

Etape 5: Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes

Le système de micro-assurance santé peut prendre en charge l'intégralité du coût de chaque service de santé ou en laisser une partie à la charge des adhérents (systèmes de copaiement*). Les systèmes de copaiement ont deux avantages: 1) ils permettent de réduire le montant des cotisations; 2) ils contribuent à limiter le risque moral. Le copaiement peut être cependant durement ressenti par les usagers des systèmes de santé, notamment en période de soudure monétaire. Différents types de copaiement existent: ticket modérateur*, forfait* ou plafond*, limitation en nombre*, franchise* monétaire ou en nombre. Pour une présentation des différents copaiements, se reporter à:

► **4.5.1 – Liste des copaiements**, tome 2, chapitre 4, page 129.

Par ailleurs, le système de micro-assurance santé peut proposer: 1) une formule de couverture unique et commune à tous les adhérents; 2) plusieurs formules au choix: formule de base, formule étendue, garanties optionnelles, etc.

Les services de santé à couvrir dans le cadre de chaque formule ont été présélectionnés à l'étape 2. La présente étape consiste à définir, pour chaque formule de couverture si le système en prévoit plusieurs, les niveaux de prise en charge de ces services et le cas échéant les types et niveaux de copaiement.

Plus les niveaux de prise en charge sont élevés, plus élevée est la cotisation. Même si au départ on envisage de couvrir un certain nombre de services de santé à des niveaux importants (80%, 100% des dépenses), on est souvent contraint de revoir à la baisse cette première couverture compte tenu du montant des cotisations qu'elle implique.

Une formule de couverture comprend un ensemble de services de santé à couvrir et pour chacun d'eux un niveau de prise en charge. On définit une première formule et on calcule la

CALCUL DES COTISATIONS, MODE DE FACTURATION ET MODE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont liés à la manière dont les prestataires de soins facturent habituellement les services de santé à leurs patients. Par exemple, si le prestataire facture chaque acte de manière distincte, les données collectées sur la quantité de services consommés ou sur les coûts unitaires concerneront des actes; par conséquent, il sera possible de calculer la prime pure (voir définition plus loin) correspondant à chaque acte. Si le prestataire facture un forfait par épisode de maladie quels que soient les soins effectués ou les médicaments consommés, les données collectées suivront ce découpage; par conséquent, il sera difficile de calculer une prime pure par acte.

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont également liés au mode de paiement envisagé pour les prestataires: si l'on envisage un paiement à l'acte, il est impératif de calculer les cotisations pour chaque acte. Lorsque le mode de paiement n'a pas été choisi à ce stade, il vaut mieux effectuer les calculs de cotisations par acte, ce qui permet ensuite d'envisager tous les modes de paiement possibles: regroupement d'actes, épisode de maladie, capitation, etc. Le choix du mode de paiement est traité dans l'étape 6: préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins.

cotisation correspondante. Si le montant de cotisation est trop élevé au regard de la disposition à payer de la population cible, on modifie cette première formule en diminuant les niveaux de prise en charge des services, ou en retirant certains services de la formule de couverture. Un arbitrage entre les prestations (services à couvrir et niveaux de prise en charge) et le montant des cotisations à payer est effectué, jusqu'à ce qu'un couple prestations/cotisations acceptable soit trouvé.

Pour choisir les niveaux de prise en charge et calculer les cotisations correspondantes, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à :

1. Effectuer la synthèse des données collectées:
 - dans le cadre de l'objectif 6: «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible.» Il s'agit de calculer à l'avance pour chaque service couvert, les indicateurs entrant dans le calcul de la prime pure: la probabilité d'utiliser le service, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen du service et/ou la fréquence d'utilisation du service;
 - ou dans le cadre de l'objectif 7: «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires.» Il s'agit de calculer à l'avance les coûts prévisionnels de fonctionnement de la formation sanitaire rapportés à chaque individu.
2. Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Evaluer la disposition à payer de la population cible.» La prise en compte de la disposition à payer dans le choix du niveau et de la périodicité des cotisations conditionne en effet le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations.
3. Préparer les grilles de calcul des cotisations qui seront utilisées au cours des groupes de travail; pour un exemple de grille de calcul se reporter à :

► **4.5.5 – Exemple de grille de calcul des cotisations**, tome 2, chapitre 4, page 151.

4. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: définir des scénarios. Il s'agit de proposer différentes possibilités de couverture. Il est préférable, à ce stade, de bâtir les scénarios avec les acteurs et non de leur proposer un choix limité de scénarios préétablis.
 - Action 2: calculer les montants des cotisations pour différents scénarios. Cette étape suppose que les membres du comité de pilotage maîtrisent les bases du calcul des cotisations. Ils peuvent si nécessaire faire appel à un appui technique extérieur.
 - Action 3: prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible.
 - Action 4: choisir quelques scénarios, c'est-à-dire plusieurs couples prestations/cotisations répondant à différents critères.
5. Effectuer la synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Cette étape est parfois longue. Mais le temps que l'on y consacre s'avère être un bon investissement car l'une des principales raisons des échecs de nombreuses expériences actuelles résulte de mauvais choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations.

Action 1: Définir des scénarios

Le premier scénario comporte en général:

- les services présélectionnés à l'«étape 2: présélectionner les services de santé à couvrir»;
- une ou plusieurs formules de couverture: par exemple une formule de base comportant les services jugés prioritaires par une grande majorité de la population et une formule «étendue» comportant en plus des services non prioritaires;
- un niveau de prise en charge élevé pour chaque service (80% ou 100% des dépenses engagées).

Si après calcul (voir action 2 ci-dessous), le montant de cotisation semble élevé, un deuxième scénario pourra être défini:

- en réduisant le nombre de services à couvrir;
- en réduisant les niveaux de prise en charge: introduction de copaiements comme des tickets modérateurs, des franchises, des forfaits et plafonds.

