

**Guide de suivi
et d'évaluation
des systèmes
de micro-assurance
santé**

Tome 2:
Indications pratiques



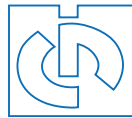
Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociales.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, recherche.

Programme STEP

Secteur de la Protection sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
INTERNET: www.ilo.org/step/publs



Le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), créé en 1961, a pour objet la mise en place de systèmes économiques et sociaux visant la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme. Il cherche à promouvoir un développement solidaire, durable et efficace au niveau des familles, des villages et des régions.

Le CIDR intervient dans quatre domaines:

- l'entreprise et le développement économique local;
- les systèmes financiers décentralisés;
- le développement local et l'appui à la décentralisation;
- les systèmes de santé et la prévoyance sociale.

Pour répondre à la demande des populations ou des acteurs de développement, il met en œuvre des recherches-actions sur des thématiques innovantes, élabore des outils de suivi-évaluation, organise l'échange de savoir et la diffusion des résultats obtenus (publications, organisation de stages et de dispositifs de formation).

Centre international de Développement et de Recherche

B.P. 1 - 60350 Autrèches, France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Tome 2: Indications pratiques

Bureau international du Travail
Centre international de Développement et de Recherche

avec le soutien
de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT, CIDR

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Centre international de Développement et de Recherche (CIDR), 2001

Guide, assurance-maladie, participation de la communauté, gestion, évaluation. 02.07.1

ISBN 92-2-212552-5

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quand au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail et le Centre international de Développement et de Recherche souscrivent aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail et du Centre international de Développement et de Recherche aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. Il est possible également de se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste de nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par e-mail: pubvente@ilo.org ou par le site web: www.ilo.org/pblns

Le catalogue des publications du programme STEP est disponible sur le site web: www.ilo.org/step/pubs

Remerciements

Ce guide a été produit conjointement par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du Bureau international du Travail (BIT) et par le Centre international de Développement et de Recherche (CIDR). Ces deux structures travaillent depuis plusieurs années au développement des connaissances en matière d'extension de la protection sociale, en particulier, à travers l'appui à des initiatives locales.

La réalisation de ce guide a été financée par le programme STEP et la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) et effectuée sous la coordination méthodologique du CIDR.

Le guide a été élaboré conjointement par Bruno Galland (CIDR), Guillaume Debaig (CIDR) et plusieurs membres du programme BIT/STEP. Sa conception a bénéficié de la contribution de Dominique Evrard (ANMC) et d'Alain Letourmy (CERMES). Le programme STEP en a réalisé la mise en forme définitive.

L'apport de nombreux acteurs œuvrant tant au niveau local que national et international a permis d'enrichir le guide. Des tests de terrain ont été effectués lors de l'élaboration de la version provisoire du guide auxquels ont participé: Issa Sissouma (UTM, Mali), Mirindi Ruhana (coordinateur santé BOM, Ile d'Idjwi, Congo), André Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Lalane Diassap), Charles Wade (GRAIM Sénégal, mutuelle de Fandène), Fabien Habimana (ANMC).

Les auteurs et éditeurs remercient chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur soutien tout au long du processus de production du guide.

Si vous avez utilisé le guide et souhaitez nous faire connaître les résultats de vos travaux et vos critiques ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT - STEP

Secteur de la Protection sociale
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org/step

CIDR

B.P. 1 - 60350 Autrêches,
France
Tél.: (33 3) 44 42 71 40
Fax: (33 3) 44 42 94 52
E-mail: cidr@compuserve.com

Table des matières

Partie I: Remplissage des tableaux	1
<hr/>	
La comptabilisation des cotisations et des prestations au CdR et au bilan.	7
La comptabilisation des cotisations	7
La comptabilisation des prestations	9
Partie II: Calcul des indicateurs	43
<hr/>	
1. Indicateurs d'évaluation de la viabilité administrative	45
2. Indicateurs d'évaluation de la viabilité technique	57
3. Indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle	66
4. Indicateurs d'évaluation de viabilité financière	75
5. Méthode de valorisation des coûts cachés et calcul du résultat économique	81
6. Indicateurs d'évaluation de la viabilité économique	83
7. Indicateurs d'évaluation des ressources humaines	85
8. Indicateurs d'efficacité	87
9. Indicateur d'efficience	97
10. Indicateurs d'impact	98

Index des tableaux

Tableaux	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Tableau 1	Présentation simplifiée du compte de résultat	16	4
Tableau 2	Présentation simplifiée du bilan	19	6
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible	28	12
Tableau 4	Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires	30	17
Tableau 5	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire	34/35	20
Tableau 6	Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge	36	23
Tableau 7	Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge	38	25
Tableau 8	Fiche de suivi des fréquences de risques	39	27
Tableau 9	Fiche de suivi budgétaire	41	28
Tableau 10	Fiche de suivi du plan de trésorerie	42	29
Tableau 11	Liste des outils de gestion et de suivi	43	30
Tableau 12	Référentiel des services couverts par un SA	61	31
Tableau 13¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité financière de l'assurance santé	78	—
Tableau 14¹	Récapitulatif des indicateurs de viabilité de l'assurance santé	82	—
Tableau 15	Tableau de rôle théorique	91	36
Tableau 15bis	Tableau de rôle réel	91	36
Tableau 16	Analyse d'une convention avec un prestataire de soins	103	38
Tableau 17	Stades de progression vers la reconnaissance juridique	104	40
Tableau 18	Obligations statutaires et réglementaires	105	41

¹ Les tableaux récapitulatifs n^{os} 13 et 14 ne sont pas repris dans le tome 2 car leur remplissage n'appelle pas de commentaires particuliers.

Index des indicateurs

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
Viabilité administrative			
T.1	Suivi des adhésions	48/49	45
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion	49	47
T.3	Contrôle des droits aux prestations	50	49
T.4	Suivi des prises en charge	50	51
T.5	Suivi du portefeuille de risques	50	53
T.6	Suivi de l'enregistrement comptable	51	54
T.7	Suivi financier	51	55
T.8	Qualité globale du suivi	52	56
Viabilité technique			
G.1	Modalités d'adhésion	60	57
G.2	Qualité du portefeuille de risques	62	59
G.3	Coûts moyens des prestations prises en charge	62	63
Viabilité fonctionnelle			
M.1	Taux de croissance brute	64	66
M.2	Taux de fidélisation	64	68
M.3	Taux de croissance interne	66	70
M.4	Taux de croissance externe	66	71
M.5	Taux de pénétration	66	72
M.6	Taux de recouvrement	67	73
M.7	Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents	67	74
Viabilité financière			
F.1	Ratio de liquidité immédiate	69	75
F.2	Ratio de capitaux propres	70	76
F.3	Ratio de couverture des charges ou taux de réserve	70	77
F.4	Ratio des cotisations acquises / charges	71	78

N°	Intitulés	Tome 1	Tome 2
F.5	Ratio de sinistralité	71	79
F.6	Ratio des frais de fonctionnement brut	72	80
Viabilité économique			
V.1	Taux de financement propre	81	83
V.2	Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)	81	84
Ressources humaines			
H.1	Outils d'administration du personnel	97	85
H.2	Investissement en formation	98	86
Efficacité			
E.1	Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires	109	87
E.2	Taux d'utilisation comparé des services de santé	110	88
E.3	Temps de latence comparé	110	90
E.4	Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée	110	92
E.5	Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée	111	94
E.6	Taux d'exclusion des bénéficiaires	111	95
Efficiences			
C.1	Produits financiers	112	97
Impact			
I.1	Part des prestations prises en charge par le SA	117	98
I.2	Apport financier du SA aux prestataires de soins	117	99
I.3	Taux de couverture	118	100
I.4	Répartition des bénéficiaires par catégorie	119	101

Liste des sigles

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux Initiatives de Développement à la Base
AG	Assemblée générale
ANMC	Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes
ASBL	Association sans but lucratif
BIT	Bureau international du Travail
CA	Conseil d'administration
CdR	Compte de résultat
CERMES	Centre de recherche Médecine, Maladie et Sciences sociales
CIDR	Centre international de Développement et de Recherche
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communal
DCI	Dénomination commune internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
FCFA	Francs CFA
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives mutualistes
IPTK	Institut polytechnique Tomas Katari
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OR	Organisations responsables
PI	Population de zone d'intervention
RDC	République démocratique du Congo
Rb	Résultat avant subvention
SA	Système de micro-assurance
SARL	Société à responsabilité limitée
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TAN	Taux de croissance national
UM	Unité monétaire
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Solidarité Mondiale

Partie I:

**Remplissage
des tableaux**

Tableau 1: **Présentation simplifiée du compte de résultat**

Référence	Tome 1 - partie I, section 5.1.
Sources d'information	Les informations nécessaires à la production du CdR proviennent des documents comptables.
Méthode de remplissage	Les méthodes d'établissement d'un CdR sont supposées connues des gestionnaires, des évaluateurs et des structures d'appui. Le CdR est présenté ici car il sert à la construction des indicateurs.
Exemple	<p>L'exemple fictif présenté est celui d'une mutuelle rurale africaine bénéficiant de l'appui d'un projet. Il servira dans d'autres exemples utilisés pour le calcul des indicateurs.</p> <p>La mutuelle de Kalikoro a démarré ses activités le 1^{er} janvier 1995. Fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997, établis en francs CFA (FCFA), ont été arrêtés au 31 décembre 1997. Les gestionnaires dressent le CdR en reprenant l'ensemble des produits et charges enregistrés par la mutuelle.</p> <p>Au niveau des produits:</p> <ul style="list-style-type: none">● Au 31 décembre 1997, 1 300 adhérents ont payé leur cotisation. Le montant des cotisations acquises pour l'exercice 1997 a été de 1 200 000 FCFA.● Les sommes déposées à la banque ont rapporté des intérêts de 5 000 FCFA.● Par ailleurs, la mutuelle a reçu une subvention d'exploitation de 150 000 FCFA. <p>Au niveau des charges:</p> <ul style="list-style-type: none">● Les prestations de santé à la charge de la mutuelle durant l'exercice ont été de 900 000 FCFA. 850 000 FCFA ont été comptabilisés et 50 000 FCFA correspondent à des soins fournis aux bénéficiaires mais pour lesquels le prestataire n'a pas encore émis de facture.● La mutuelle est gérée par un comité de gestion. Les adhérents se réunissent mensuellement. Le trésorier et le secrétaire général reçoivent des indemnités d'un montant annuel total de 50 000 FCFA.● Les déplacements et la restauration des membres du comité sont payés par la mutuelle. 50 000 FCFA ont été dépensés à cette fin au cours de l'exercice.● La mutuelle a acheté des cartes d'adhérents et des fournitures de bureau pour un montant de 65 000 FCFA.

- La mutuelle a organisé une fête pour faire connaître ses activités à la population. Elle a consacré 50 000 FCFA à cet événement. Elle a également effectué des campagnes d'information dans de nouveaux villages pour un coût de 150 000 FCFA. Au total les frais de promotion s'élèvent à 200 000 FCFA.

Le CdR simplifié se présente de la manière suivante:

Charges			Produits		
<i>Charges en prestations</i>					
✓ Remboursement des adhérents	0	a1	Cotisations	1 200 000	(f)
✓ Paiement des prestataires	900 000	a2			
<i>Sous-total prestations</i>	900 000	(a)	<i>Sous-total cotisations</i>	1 200 000	(f)
<i>Autres charges</i>					
✓ Salaires ou indemnités	50 000	b1	Droits d'adhésion (ou d'entrée)	0	(g)
✓ Loyers et charges	0	b2			
✓ Frais de déplacement	50 000	b3			
✓ Fournitures de bureau	65 000	b4			
✓ Frais de formation et de promotion	200 000	b5			
<i>Sous-total autres charges</i>	365 000	(b)	<i>Sous-total cotisations + droits d'adhésion</i>	1 200 000	(f + g)
<i>Amortissement (dotation)</i>	0	(c)			
<i>Charges financières</i>	0	(d)	<i>Produits financiers</i>	5 000	(h)
<i>Charges exceptionnelles</i>	0	(e)	<i>Produits exceptionnels</i>	0	(i)
Total charges	1 265 000	A	Total produits avant subvention	1 205 000	B
Résultat avant subvention (excédent)		Rb = B-A	Résultat avant subvention (déficit)	60 000	Rb = B-A
			Subvention d'exploitation*	150 000	(S)
Total charges	1 265 000	A	Total produits	1 355 000	C = B+S
Résultat après subvention	90 000	(R) = C-A	Résultat après subvention		(R) = C-A
TOTAL	1 355 000	X	TOTAL	1 355 000	X

* Les subventions d'exploitation sont généralement reprises dans les produits d'exploitation.

Tableau 2: **Présentation simplifiée du bilan**

Référence	Tome 1 - partie I, section 5.2.
Sources d'information	Les informations nécessaires à l'élaboration du bilan proviennent des documents comptables.
Méthode de remplissage	Les méthodes d'établissement du bilan sont supposées connues des gestionnaires, des évaluateurs et des structures d'appui. Le bilan est présenté ici car il sert à la construction des indicateurs.
Exemple	<p>L'exemple utilisé est le même que celui employé pour le CdR.</p> <p>La mutuelle de Kalikoro a démarré le 1^{er} janvier 1995. En fin décembre 1997, elle a clôturé son troisième exercice annuel. Les comptes de l'exercice 1997 ont été arrêtés au 31 décembre 1997 (en FCFA). Courant janvier, les gestionnaires dressent le bilan, à savoir la situation du patrimoine de la mutuelle au 31 décembre 1997.</p> <p>Au niveau de l'origine des ressources:</p> <ul style="list-style-type: none">● 300 000 FCFA représentent les réserves constituées par les résultats des deux exercices précédents.● 150 000 FCFA sont des subventions que la mutuelle a reçues comme fonds de départ lors de sa création (ces subventions ne doivent pas être confondues avec celles versées en 1997 pour le financement de l'exploitation).● 100 000 FCFA de factures reçues mais non encore payées correspondent à des soins fournis aux adhérents pour le mois de décembre. La mutuelle doit les payer avant le 31 janvier 1998. Il s'agit d'une dette à court terme vis-à-vis des prestataires. De plus des soins pour un montant de 50 000 FCFA ont été reçus par les bénéficiaires mais n'ont pas encore été facturés par le prestataire concerné.● 90 000 FCFA correspondent au résultat de l'exercice.● 100 000 FCFA correspondent à des cotisations perçues d'avance. Certains adhérents ont en effet payé leur cotisation en juillet et novembre 1997 pour une année. Le comptable «reporte» ce montant de l'exercice 1997 pour couvrir les dépenses de maladie durant l'exercice 1998 (voir section suivante). <p>Au niveau de l'emploi des ressources:</p> <ul style="list-style-type: none">● 50 000 FCFA correspondent à des retards de paiement des cotisations des adhérents. Ceux-ci ont dès lors des dettes vis-à-vis de la mutuelle.

- 250 000 FCFA sont placés auprès d'une banque pour faire fructifier les fonds de la mutuelle.
- 390 000 FCFA sont disponibles sur le compte courant de la mutuelle.
- 100 000 FCFA sont disponibles dans la caisse de la mutuelle.

Le bilan simplifié se présente de la manière suivante:

Emploi des ressources			Origine des ressources		
Actif		(N°)	Passif		(N°)
Immobilisations	0	11	Réserves	300 000	1
✓ Immobilisations incorporelles		11.1	Résultat (excédent/perte) de l'exercice ²	90 000	2
✓ Immobilisations corporelles		11.2	Subventions d'investissement	150 000	3
Créances à long terme	0	12	Dettes à long terme		4
Stocks	0	13	Dettes à court terme		5
Créances à court terme	50 000	14	✓ Prestataires	150 000	5.1
Placements financiers	250 000	15	✓ Adhérents	0	5.2
Valeurs disponibles		16	✓ Autres fournisseurs	0	5.3
✓ Comptes bancaires	390 000	16.1			
✓ Caisses	100 000	16.2			
Comptes de régularisation	0	17	Comptes de régularisation		6
			✓ Produits constatés d'avance	100 000	6.1
Total de l'actif	790 000	18	Total du passif	790 000	7

2 Le bilan est présenté avant affectation du résultat de l'exercice. Celui-ci pourra notamment être affecté en partie aux réserves (pour couvrir notamment des prestations futures en cas d'événements imprévus). L'affectation du résultat est du ressort de la gestion comptable et financière.

La comptabilisation des cotisations et des prestations au compte de résultat et au bilan

La comptabilisation des cotisations

Il est utile en premier lieu de rappeler quelques définitions concernant les cotisations:

- **Les cotisations émises** au cours d'un exercice, ou cotisations appelées, sont les cotisations que le SA doit théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours.
- **Les cotisations perçues** sont les cotisations que le SA a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours.
- **Les cotisations acquises** (pour la période considérée) constituent la part des cotisations qui correspondent à l'exercice considéré.

La distinction entre cotisations émises, perçues et acquises est nécessaire afin de déterminer les ressources dont dispose le SA pour couvrir les prestations d'un exercice donné (et celles qu'il doit réserver car correspondant à l'exercice suivant).

Les documents comptables (journal, grand livre) prévoient:

- *au niveau du compte de cotisations* (compte de gestion), l'enregistrement de l'ensemble des cotisations émises sur la base des contrats en vigueur;
- *au niveau du compte de créances à court terme* (compte de bilan), l'enregistrement (au débit du compte) de la contrepartie des cotisations émises. Au fur et à mesure de leur encaissement, les cotisations perçues par le SA sont portées au crédit de ce compte.

En fin d'exercice, lors de l'établissement du CdR et du bilan, deux cas méritent un commentaire particulier.

Premier cas: la période pour laquelle les cotisations sont émises diffère de celle de l'exercice comptable

La mutuelle de Kalikoro a pris en charge du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1997 (exercice 1997) 1 300 adhérents pour qui elle a demandé une cotisation de 1 000 FCFA. Les cotisations couvrent une période d'un an. Parmi elles:

- 1 120 cotisations ont été émises au 1^{er} janvier, pour une période d'un an. Les cotisations émises couvrent la même période que l'exercice et sont acquises pour l'exercice, soit $1\,120 \times 1\,000 = 1\,120\,000$ FCFA (segment [a] dans le diagramme ci-dessous).

- 150 cotisations ont été émises au 1^{er} juillet, pour une période d'un an. Les cotisations émises (150 000 FCFA) couvrent la période du 1^{er} juillet 1997 au 30 juin 1998. Les cotisations acquises pour l'exercice 1997 correspondent à la part des cotisations émises couvrant la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 1997 (6 mois), soit $150\,000 \times 6/12 = 75\,000$ FCFA (segment [b1] dans le diagramme ci-dessous). La différence ($150\,000 - 75\,000 = 75\,000$ FCFA) est considérée comme des cotisations perçues d'avance.
- 30 cotisations ont été émises le 1^{er} novembre, pour une période d'un an. Les cotisations émises (30 000 FCFA) couvrent la période du 1^{er} novembre 1997 au 31 octobre 1998. Les cotisations acquises pour l'exercice 1997 correspondent à la part des cotisations émises couvrant la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 1997 (2 mois), soit $30\,000 \times 2/12 = 5\,000$ FCFA (segment [c1] dans le diagramme). La différence ($30\,000 - 5\,000 = 25\,000$ FCFA) est considérée comme des cotisations perçues d'avance.

	Année N		Année N + 1	
Compte de résultat	01/01	31/12	01/01	31/12
Période couverte	a			
Adhérents a	1 120 /-----/			
Adhérents b	b1		b2	
	150 /-----/		/-----/	
Adhérents c	c1		c2	
	30 /-----/		/-----/	
Cotisations émises	a+b+c soit, $(1\,120 + 150 + 30) \times 1\,000$ $= 1\,300\,000$		=0	
Cotisations acquises	a + b1 + c1 soit, $(1\,120 + 75 + 5) \times 1\,000 =$ $1\,200\,000$			
Cotisations perçues d'avance	b2 + c2 soit, $(75 + 25) \times 1\,000 = 100\,000$			

Dans les documents comptables, est enregistré, dans le compte de cotisations (au crédit), le total des cotisations émises, c'est-à-dire $1\,120\,000 + 150\,000 + 30\,000$, soit $1\,300\,000$ FCFA. C'est le montant des cotisations attendues par la mutuelle de la part des bénéficiaires qu'elle assure.

Lors de l'établissement du CdR à la clôture de l'exercice, ne sont pris en compte que les produits de l'exercice considéré (et uniquement eux). Aussi, seules les cotisations acquises

relèvent-elles de l'exercice et doivent figurer au CdR, c'est-à-dire $1\,120\,000 + 75\,000 + 5\,000 = 1\,200\,000$ FCFA.

Pour ne faire apparaître que les cotisations acquises, le comptable réalise en fin d'exercice une régularisation, en enregistrant dans:

- *Le compte de cotisations*, (en débit) la différence entre les cotisations émises et acquises, soit $1\,300\,000 - 1\,200\,000 = 100\,000$ FCFA. Le solde du compte de cotisations sera donc de $1\,200\,000$ FCFA correspondant effectivement aux cotisations acquises pour l'exercice 1997. C'est ce montant qui figure dans la cellule (f) du CdR.
- *Le compte de régularisation au passif du bilan* (cellule 6), à savoir le compte de produits constatés d'avance, cette différence de $100\,000$ FCFA (en crédit).

C'est ce montant qui figure dans la cellule (6.1) du bilan.

Au début de l'exercice suivant, un débit à «Produit constaté d'avance» efface le poste; le crédit est porté au compte de produits.

Deuxième cas: certaines cotisations émises ne sont pas payées à la clôture de l'exercice.

Reprenant l'exemple ci-dessus, sur les $1\,300\,000$ FCFA de cotisations émises, la mutuelle a effectivement perçu $1\,250\,000$ FCFA. La différence entre les cotisations émises et les cotisations perçues, soit $50\,000$ FCFA constitue une créance que la mutuelle doit recouvrer auprès de ses adhérents.

Dans les documents comptables, le compte de créances à court terme (compte d'actif du bilan) constitue la contrepartie du compte de cotisations (compte de gestion). Il a été débité de $1\,300\,000$ FCFA sur l'ensemble de l'exercice. Or, comme seuls $1\,250\,000$ FCFA ont été perçus (inscrits en crédit du compte), le solde constaté en fin d'exercice est de $50\,000$ FCFA.

C'est ce montant qui figure dans le bilan au compte de créances à court terme en tant que créances à recouvrer par la mutuelle auprès de ses adhérents (cellule 14 du bilan).

La comptabilisation des prestations

Les documents comptables prévoient:

- *au niveau du compte de prestations* (compte de gestion), l'enregistrement de l'ensemble des prestations à charge du SA;
- *au niveau du compte de dettes à court terme* (compte de bilan), l'enregistrement (au crédit du compte) du montant des prestations à prendre en charge. Au fur et à mesure du paiement des prestations par le SA (aux adhérents et/ou aux prestataires), celles-ci sont portées au débit de ce compte.

En fin d'exercice lors de l'établissement du CdR et du bilan, deux cas méritent un commentaire particulier.

Premier cas: certaines factures des prestataires ne sont pas encore parvenues au SA lors de la clôture de l'exercice

Des adhérents ont pu se faire soigner en fin d'exercice comptable et les factures des prestataires correspondant à ces soins peuvent ne pas être parvenues au SA à la date d'établissement des états financiers. Il s'agit néanmoins de charges imputables à l'exercice.

L'exemple de la mutuelle de Kalikoro illustre cette situation.

La mutuelle pratique le système du tiers-payant. Durant l'exercice 1997, elle a reçu pour 850 000 FCFA de factures des prestataires et estime (sur la base des attestations de soins) que des factures d'un montant de 50 000 FCFA ne lui sont pas encore parvenues.

Dans les documents comptables sont enregistrées, dans le compte de prestations, les seules charges pour lesquelles des factures ont été reçues, c'est-à-dire 850 000 FCFA. Ce montant ne correspond toutefois pas aux charges réelles qui sont de 50 000 FCFA plus élevées.

Lors de l'établissement des états financiers, il faut effectuer des écritures de correction pour tenir compte des charges réelles de l'exercice. Ces écritures sont effectuées de la manière suivante:

- *Utilisation d'un compte rattaché au compte de tiers «prestataires»* (ce compte est cumulé avec le compte de tiers, sous la cellule 5.1, dans la présentation simplifiée du bilan). Le compte rattaché est crédité du montant des factures non parvenues soit 50 000 FCFA. Le solde cumulé du compte de tiers prestataires s'élève ainsi à un total de 1 50 000 FCFA (d'après l'exemple, la mutuelle de Kalikoro avait par ailleurs une dette de 1 00 000 FCFA vis-à-vis des prestataires, voir ci-dessous).
- *Utilisation du compte de charge «prestations»* (prestations reçues par les bénéficiaires et prises en charge par la mutuelle, cellule a.2). Les 50 000 FCFA de soins dont la facture n'est pas parvenue sont portés au débit du compte. Le solde du compte est ainsi de 850 000 + 50 000 FCFA soit 900 000 FCFA.

Deuxième cas: certaines factures reçues n'ont pas été payées par la mutuelle durant l'exercice 1997

Reprenant l'exemple de la mutuelle de Kalikoro, parmi les factures reçues:

- 750 000 FCFA ont été effectivement payés aux prestataires en 1997;
- 100 000 FCFA sont encore impayés à la fin 1997 et devront l'être à la fin janvier 1998.

Dans les documents comptables, le compte de dettes à court terme (compte de tiers «prestataires», compte de bilan), constitue la contrepartie du compte de prestations (compte de gestion). Les dernières factures de l'année doivent être enregistrées au compte de prestations (soit 850 000 FCFA avant la correction présentée plus haut). Les 100 000 FCFA correspondant aux factures non payées sont portés comme dettes à court terme vis-à-vis des prestataires (cellule 5.1 du bilan).

Tableau 3: **Caractéristiques sociodémographiques de la population et du public cible**

Référence	Tome 1 - partie II, section 1.2.1.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Données démographiques et économiques de la zone d'intervention (ou à défaut du pays) issues, notamment, des recensements.● Enquêtes réalisées auprès du public cible ou informations réunies au cours d'une étude de faisabilité.● Etudes sociodémographiques menées au niveau local.
Méthode de remplissage	<p>Les données portées dans la 2^e colonne doivent être les plus récentes possible. Il est également important d'indiquer l'année (ou les années) de référence dans la 3^e colonne ainsi que la source de ces données dans la 4^e colonne.</p> <p>Ces données concernent la population de la zone d'intervention du SA et son public cible.</p> <p>La population de la zone d'intervention du SA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Effectif (X)</i>. C'est le nombre de personnes composant la population de la zone dans laquelle opère le SA.<ul style="list-style-type: none">– Pour les SA à base territoriale, la population de la zone d'intervention est facile à définir. Exemple: si le SA opère au niveau d'une seule région, la population de la zone d'intervention est égale au total de la population de cette région.– Pour les SA à base socioprofessionnelle, la population de la zone d'intervention est constituée de la population où est implantée la catégorie socioprofessionnelle à laquelle s'adresse le SA. Exemple: si le SA s'adresse aux pêcheurs, la population de la zone d'intervention est constituée des populations installées dans les régions côtières ou à proximité des fleuves et rivières. <p>Les recensements constituent la principale source de données pour connaître l'effectif de la population de la zone d'intervention. Si le dernier recensement remonte à plusieurs années, il faut actualiser les données à l'aide du taux de croissance de la population (en moyenne sur la période). Il est possible en première approximation d'utiliser le taux de croissance national (TANP) si le taux de croissance au niveau local n'est pas disponible.</p> <p>La méthode de calcul pour déterminer l'effectif de la population (X) est la suivante:</p>

$$X_N = X_{N_0} (1 + \text{TANP})^{N - N_0}$$

Avec: X_N = Population en année N.

X_{N_0} = Population en année N_0 (année du recensement).

TANP = Taux de croissance de la population.

Exemple: population de la zone (recensement de 1991):
10 000
Taux de croissance de la population:
1 % / an
Population de la zone en 1999:
 $X = 10\,000 * (1 + 0,01)^8$
 $X = 10\,828,567$
 $X = 10\,829$ (arrondi)

2. *Densité (Y)*. C'est le rapport entre le nombre d'habitants de la zone d'intervention (X) et sa superficie en km² (Z). $Y = X/Z$ (en habitant par km²).

La densité de la population au niveau local est parfois difficile à déterminer faute de données. L'important ici est de disposer d'un ordre de grandeur.

3. *Revenu annuel moyen*. Il est parfois indiqué dans des études réalisées par des projets ou en phase de faisabilité du SA. Faute de données spécifiques à la zone, le salaire annuel moyen ou le salaire minimum fixé au niveau national donneront une base indicative.

Le public cible du SA:

4. *Effectif (P)*.
 - Pour les SA à base territoriale, le public cible correspond à la population de la zone d'intervention du SA (dans les limites géographiques) qui a la possibilité de bénéficier de ses services.

Exemple: un SA intervient au Mali, dans une région dont la population est estimée à 350 000 habitants en 1997. Au cours de cette même année, une partie seulement des villages de la région, dont la population est estimée à 150 000 habitants, a été contactée et a eu la possibilité d'accéder aux services du SA (soit comme adhérent, soit comme personne à charge). Dans ce cas, l'effectif de la population de la zone d'intervention est de 350 000 et celui du public cible pour l'année 1997 est de 150 000.

Si le SA n'avait proposé qu'une assurance maternité, seules les femmes susceptibles d'être enceintes parmi les 150 000 habitants auraient constitué le public cible.

- Pour les SA à base socioprofessionnelle, le public cible est constitué des individus appartenant à la catégorie socioprofessionnelle à laquelle s’adresse le SA. Les individus peuvent être répartis sur plusieurs zones. Si le SA ne restreint pas ses activités au niveau géographique, la zone d’intervention peut être une ou plusieurs localités ou régions, voire un pays.

Exemple: si le SA s’adresse aux pêcheurs, la population de la zone d’intervention est constituée des populations installées dans les régions côtières ou à proximité des fleuves et des rivières. Le public cible sera constitué des pêcheurs et de leur famille (si le SA permet la couverture des membres de la famille).

Si le SA est constitué au sein d’un syndicat et que tous les membres de ce syndicat et seulement eux peuvent adhérer, alors l’effectif du public cible est égal au nombre de membres du syndicat.

Selon les cas, l’effectif du public cible peut être déterminé à partir de celui de la population totale qui est donné généralement par le recensement de la population. Si le dernier recensement remonte à plusieurs années, il faut estimer la taille du public cible d’une manière similaire à celle utilisée pour estimer celle de la population de la zone d’intervention (voir ci-dessus).

5. *Taille en pour-cent de la population de la zone d’intervention.* Elle est égale au rapport entre l’effectif du public cible et celui de la population d’intervention de la zone, c’est-à-dire, pour l’année N: $P_N/X_N * 100$.
6. *Nombre moyen de membres par ménage.* Le ménage est composé des membres de la famille vivant dans un même lieu, partageant la même nourriture et utilisant les mêmes ressources pour les dépenses courantes. Il est habituellement composé de la mère, du père, des enfants et souvent d’autres personnes à charge. On indique dans cette ligne du tableau le nombre moyen de personnes membres du ménage.
7. *Revenu annuel moyen du public cible.* Il peut arriver que le public cible n’ait pas les mêmes revenus que la population de la zone d’intervention. Ce peut être notamment le cas pour les SA à base socioprofessionnelle. Il est utile (mais pas toujours possible) de connaître le revenu annuel moyen du public cible. Dans le cadre de l’évaluation, il faudra rechercher les données dans d’éventuelles enquêtes antérieurement réalisées auprès de ce public.

Tableau 4: Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.2.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.● Fiches d'adhésion et de cotisation.● Listes des bénéficiaires (ou des exclus).
Méthode de remplissage	<p>La fiche de suivi propose une synthèse du registre et des fiches d'adhésion. Elle permet de suivre, avec une fréquence donnée, l'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires. Elle comporte les rubriques suivantes (exemple d'un suivi mensuel):</p> <p><i>X1. Nouveaux adhérents.</i> Il s'agit des personnes qui entrent pour la première fois dans le SA et paient leur cotisation pour le mois concerné (ou se réinscrivent au SA après une période d'interruption).</p> <p><i>X2. Retraits d'adhérents.</i> Il s'agit des adhérents qui ne bénéficient plus des services du SA, en raison d'une rupture volontaire de leur affiliation ou d'une exclusion du SA (par exemple pour non-paiement prolongé des cotisations).</p> <p><i>X. Total des adhérents cotisants.</i> Il s'agit du nombre total des adhérents cotisants. Ce total est égal à: $X \text{ mois } j = X \text{ mois } j-1 + X1 - X2$.</p> <p><i>Y1. Nouveaux bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires (adhérents + personnes à charge) qui entrent durant le mois concerné (et à jour de leur cotisation).</p> <p><i>Y2. Retraits de bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires qui perdent le droit aux services du SA pendant le mois considéré.</p> <p><i>Y. Total des bénéficiaires.</i> Il s'agit du nombre total de bénéficiaires ayant droit aux services du SA. Ce total est égal à $Y \text{ mois } j = Y \text{ mois } j-1 + Y1 - Y2$.</p> <p><i>Z1, Z2, Z3. Bénéficiaires par type d'adhésion.</i> Il s'agit du nombre de bénéficiaires selon le type d'adhésion en vigueur dans le SA. Le remplissage de cette partie de la fiche est facultatif. Les données correspondantes ne sont pas reprises par la suite. Cette partie n'est utile que si le SA propose plusieurs types d'adhésion.</p> <p><i>Y/X. Taille moyenne des familles.</i> C'est le rapport entre le nombre total de bénéficiaires (Y) et le nombre total d'adhérents cotisants (X) pour le mois considéré. Ce ratio peut également être calculé pour les nouveaux bénéficiaires et pour ceux qui se retirent du SA.</p> <p><i>Moyenne annuelle (dernière colonne).</i> Pour interpréter les évolutions du nombre d'adhérents (et de bénéficiaires) d'une année sur l'autre, il est préférable pour les gestionnaires de se baser sur leur</p>

nombre moyen au cours de l'année. Dans les SA à période d'adhésion ouverte, il est fréquent de rencontrer des saisonnalités importantes dans les adhésions, ce qui fausserait l'interprétation si le dernier mois disponible était pris comme référence pour toute l'année.

Exemple

Le SA de Kalto, à période d'adhésion ouverte (inscription à n'importe quel moment de l'année) et sans période probatoire, a commencé ses activités en janvier de l'année N-2. La cotisation est annuelle et payable à l'inscription. La dernière année pour laquelle les données complètes d'un exercice sont disponibles est l'année N.

La fiche de suivi du nombre de bénéficiaires est présentée page suivante.

Tableau 4: Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires

Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-2													Moy. an.	
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			
																35
Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N-1													Moy. an.	
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			
																20
																148
																224
Nombre d'adhérents cotisants et de bénéficiaires		Année N													Moy. an.	
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			
																92
																116
																85
																948
																238
																603
X1	Nouveaux adhérents	15	25	10	30	50	160	135	185	40	30	20	25	60	519	948
X2	Retraits d'adhérents	15	25	35	30	40	60	180	232	50	60	32	23	65	529	0
X	Total des adhérents cotisants (solde)	276	276	251	251	261	361	316	269	259	229	217	219	265		0
Y1	Nouveaux bénéficiaires	120	185	67	201	356	1 012	850	1160	325	215	145	158	400		6,41
Y2	Retraits de bénéficiaires	98	155	231	190	255	380	1 325	1520	360	340	205	155	435	529	
Y	Total des bénéficiaires (solde)	1 810	1 840	1 676	1 687	1 788	2 420	1 945	1 585	1 550	1 425	1 365	1 368	1 705	0	0
	Bénéficiaires par type d'adhésion															6,42
Z1	Adhésion volontaire	1 810	1 840	1 676	1 687	1 788	2 420	1945	1 585	1 550	1 425	1 365	1 368	1 705		
Z2	Adhésion automatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Z3	Adhésion obligatoire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Y/X	Taille moyenne des familles	6,56	6,67	6,68	6,72	6,85	6,70	6,16	5,89	5,99	6,22	6,29	6,32	6,43		

Tableau 5: Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Attestations de soins.● Factures des prestataires.● Registres des prestations prises en charge.
Méthode de remplissage	<p>Pour chaque prestataire avec qui le SA autorise la prise en charge des soins, les gestionnaires créent une fiche de base. Ces fiches sont construites par période (mois/trimestre/année).</p> <p>Chaque fiche de base reprend de façon agrégée les catégories de services de santé offerts par le SA durant la période considérée. Une catégorie de services comprend différents types de soins (voir tableau 12). Chaque fiche de base comprend les mêmes catégories, sur des périodes identiques, pour les rendre comparables. En revanche, tous les prestataires n'offrent pas forcément l'ensemble des services couverts par le SA.</p> <p>Le remplissage des fiches de base est effectué de la manière suivante:</p> <p><i>Colonne 1 – Nombre de prestations prises en charge.</i> On indique, pour chaque catégorie de soins, le nombre de prestations prises en charge par le SA sur la période. Une prestation est considérée comme prise en charge, lorsque le paiement du prestataire (ou le remboursement de l'adhérent) a été autorisé par le SA. Le fait que la prestation ait été effectivement payée n'est pas déterminant ici.</p> <p><i>Colonne 2 – Coût total des prestations prises en charge.</i> On indique, pour chaque catégorie de soins, le coût total des prestations prises en charge par le SA sur la période considérée.</p>
Exemple	<p>Dans cet exemple, les catégories de services de santé couverts par le SA de Kalto sont:</p> <ul style="list-style-type: none">● Catégorie 1: les soins ambulatoires aigus.● Catégorie 2: les médicaments.● Catégorie 3: les interventions chirurgicales non programmées.● Catégorie 4: les interventions gynéco-obstétricales.● Catégorie 5: les hospitalisations médicalisées non programmées.● Catégorie 6: les hospitalisations programmées.● Catégorie 7: les spécialités.

Le SA de Kalto travaille avec deux prestataires de soins, le centre de santé X et l'hôpital Y. L'hôpital fournit l'ensemble des services couverts par le SA. Le centre de santé ne preste que certains services des catégories 1, 2 et 4.

Le SA de Kalto a commencé ses activités en janvier de l'année N-2.

Les gestionnaires construisent une fiche de suivi par année en réalisant un suivi mensuel par prestataire. Les fiches de base ci-dessous reprennent les informations pour l'exercice N.

Tableau 5: Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire

Fiche de base des prestations prises en charge au niveau du centre de santé X

Services couverts		Année N-2												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
Services couverts		Année N-1												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
Services couverts		Année N												
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)														
1	Soins ambulatoires	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	10
2	Médicaments	5	1	1	1	9	2	6	1	1	4	1	8	40
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	2	2	0	1	2	7	3	1	0	1	1	20
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		6	5	4	1	10	5	14	5	3	5	2	10	70
Coût des prestations														
1	Soins ambulatoires	4 000	8 000	3 500	0	0	4 500	3 000	3 000	6 000	4 000	0	4 000	40 000
2	Médicaments	6 000	1 000	2 500	1 000	13 000	2 500	6 500	1 000	1 000	2 500	1 000	10 000	48 000
3	Interventions chirurgicales non programmées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	6 500	7 500	0	3 500	9 500	35 000	25 000	3 500	0	4 500	5 000	100 000
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		10 000	15 500	13 500	1 000	16 500	16 500	44 500	29 000	10 500	6 500	5 500	19 000	188 000

Services couverts	Année N-1												
	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Consommation de prestations (nombre)													

Services couverts	Année N													
	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total	
Consommation de prestations (nombre)														
1	Soins ambulatoires	2	1	0	0	2	1	2	0	0	1	1	2	12
2	Médicaments	15	10	5	7	3	10	15	20	2	5	13	10	115
3	Interventions chirurgicales non programmées	2	5	1	1	3	2	1	5	2	1	1	1	25
4	Interventions gynéco-obstétricales	1	5	0	1	2	5	6	3	5	2	2	3	35
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	5	5	2	2	3	10	5	6	3	2	3	4	50
6	Hospitalisations programmées	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	25	27	8	11	13	28	29	34	13	11	20	20	239
Coût des prestations														
1	Soins ambulatoires	8 000	3 500	0	0	7 500	4 000	8 500	0	0	8 000	3 500	7 000	50 000
2	Médicaments	30 000	17 000	8 000	9 000	8 000	25 000	35 000	45 000	4 500	10 500	10 000	18 000	220 000
3	Interventions chirurgicales non programmées	18 000	53 000	9 000	8 500	30 500	20 000	7 000	55 000	17 000	10 000	12 000	10 000	250 000
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	32 000	0	5 000	12 000	30 000	36 000	16 000	35 000	14 000	13 000	17 000	215 000
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	90 000	85 000	35 000	30 000	56 000	170 000	71 000	98 000	55 000	35 000	50 000	75 000	850 000
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	30 000
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	151 000	204 500	52 000	52 500	114 000	249 000	157 500	214 000	127 500	77 500	88 500	127 000	1 615 000

Tableau 6: **Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p><i>Colonne 1 – Prestations prises en charge en nombre.</i> On additionne, pour chaque catégorie de soins, le nombre de prestations prises en charge par le SA sur la période considérée pour l'ensemble des prestataires.</p> <p><i>Colonne 2 – Prestations prises en charge (en pour-cent du total).</i> Il s'agit pour chaque catégorie de soins de mesurer son importance relative en nombre à savoir:</p> $\left(\frac{\text{Nombre de prestations par catégorie}}{\text{Nombre total de prestations}} \right) \times 100$ <p><i>Colonne 3 – Coût total des prestations prises en charge.</i> On additionne, pour chaque catégorie de soins, le coût des prestations prises en charge par le SA sur la période considérée pour l'ensemble des prestataires.</p> <p><i>Colonne 4 – Coûts des prestations prises en charge (en pour-cent du total).</i> Il s'agit de mesurer l'importance relative du coût de chaque catégorie de soins pris en charge par le SA:</p> $\left(\frac{\text{Coût total par catégorie}}{\text{Coût total des prestations}} \right) \times 100$
Exemple	Sur la base du tableau 5 précédent, les gestionnaires et évaluateurs du SA de Kalto ont établi la fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations suivantes pour l'année N:

Tableau 6: Fiche de suivi de la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge

Catégorie de services couverts Année N-2	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d				
Médica				
Interve non pr				
Interve				
Hospit non pr				
Hospit				
Spécia				
Total				

Catégorie de services couverts Année N-1	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins d				
Médica				
Interve non pr				
Interve				
Hospit non pr				
Hospit				
Spécia				
Total				

Catégorie de services couverts Année N	Prestations prises en charge (en nombre)	Prestations prises en charge (en % du total)	Coût total des prestations prises en charge (en UM)	Coûts des prestations prises en charge (en % du total)
Soins ambulatoires aigus	22	7,1%	90 000	5,0%
Médicaments	155	50,2%	268 000	14,9%
Interventions chirurgicales non programmées	25	8,1%	250 000	13,8%
Interventions gynéco-obstétricales	55	17,8%	315 000	17,5%
Hospitalisations médicalisées non programmées	50	16,2%	850 000	47,1%
Hospitalisations programmées	2	0,6%	30 000	1,7%
Spécialités	0	0%	0	0%
Total	309	100%	1 803 000	100%

Note d'analyse: avec 50,2 pour-cent du total, les prescriptions de médicaments constituent les prestations les plus nombreuses. Elles ne représentent que 14,9 pour-cent du coût total des prestations prises en charge par le SA. En revanche, les prestations les plus coûteuses pour la mutuelle sont les hospitalisations non programmées, qui représentent 47,1 pour-cent du coût total des prestations et seulement 16,2 pour-cent de leur nombre.

Tableau 7: **Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p>Le mode de remplissage du tableau est le même que pour le tableau 5. Le calcul des coûts moyens s'effectue pour chaque catégorie de services et pour chaque prestataire en utilisant la formule suivante:</p> <p><i>Coût total de la catégorie / Nombre de prestations de la catégorie</i></p>
Exemple	<p>Les coûts moyens des prestations prises en charge au cours des trois dernières années (N, N-1 et N-2), du SA de Kalto, sont calculés à partir du tableau 5 et présentés sur trois fiches séparées.</p> <p>Il faut noter que le coût moyen (colonne «annuel») pour le total des prestations de l'année n'est pas égal à la moyenne des coûts moyens mensuels. Le coût moyen annuel, pour une catégorie de soins donnée, est égal au total sur l'année du coût des soins divisé par le nombre total de prestations sur l'année.</p>

Tableau 7: Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge

Services couverts	Coûts moyens - Année N														Jan	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuel
	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Annuel														
Centre de santé X															00	560											
1	Soins ambulatoires	4 000	4 000	3 500	0	0	4 500	3 000	3 000	6 000	4 000	0	4 000	4 000	51	—											
2	Médicaments	1 200	1 000	2 500	1 000	1 444	1 250	1 083	1 000	1 000	625	1 000	1 250	1 200	—	330											
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—											
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	3 250	3 750	0	3 500	4 750	5 000	8 333	3 500	0	4 500	5 000	5 000	—	—											
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	757											
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55	—											
	Ensemble des prestations	1 667	3 100	3 375	1 000	1 650	3 300	3 179	5 800	3 500	1 300	2 750	1 900	2 686		—											
Hôpital Y															00	—											
1	Soins ambulatoires	4 000	3 500	0	0	3 750	4 000	4 250	0	0	8 000	3 500	3 500	4 167	50	—											
2	Médicaments	2 000	1 700	1 600	1 286	2 667	2 500	2 333	2 250	2 250	2 100	769	1 800	1 913	43	—											
3	Interventions chirurgicales non programmées	9 000	10 600	9 000	8 500	10 167	10 000	7 000	11 000	8 500	10 000	12 000	10 000	10 000	00	—											
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	6 400	0	5 000	6 000	6 000	6 000	5 333	7 000	7 000	6 500	5 667	6 143	50	—											
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	18 000	17 000	17 500	15 000	18 667	17 000	14 200	16 333	18 333	17 500	16 667	18 750	17 000	00	—											
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	15 000	00	—											
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	—											
	Ensemble des prestations	6 040	7 574	6 500	4 773	8 769	8 893	5 431	6 294	9 808	7 045	4 425	6 350	6 757		67											
Total des prestataires															81	560											
1	Soins ambulatoires	4 000	3 833	3 500	0	3 750	4 250	3 833	3 000	6 000	6 000	3 500	3 667	4 091	57	—											
2	Médicaments	1 800	1 636	1 750	1 250	1 750	2 292	1 976	2 190	1 833	1 444	786	1 556	1 729	43	330											
3	Interventions chirurgicales non programmées	9 000	10 600	9 000	8 500	10 167	10 000	7 000	11 000	8 500	10 000	12 000	10 000	10 000	62	—											
4	Interventions gynéco-obstétricales	5 000	5 500	3 750	5 000	5 167	5 643	5 462	6 833	6 417	7 000	5 833	5 500	5 727	50	—											
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	18 000	17 000	17 500	15 000	18 667	17 000	14 200	16 333	18 333	17 500	1 667	18 750	17 000	00	—											
6	Hospitalisations programmées	0	14 000	0	0	0	0	0	0	16 000	0	0	0	15 000	00	757											
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	—											
	Ensemble des prestations	5 194	6 875	5 458	4 458	5 674	8 045	4 698	6 231	8 625	5 250	4 273	4 867	5 835		—											

Tableau 8: **Fiche de suivi des fréquences de risques**

Référence	Tome 1 – partie II, section 1.2.4.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).● Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
Méthode de remplissage	<p>Le calcul des fréquences de risques (ou d'utilisation des services de santé) s'effectue pour chaque catégorie de services et pour chaque prestataire pour la période considérée en utilisant la formule suivante (en pour-cent):</p> $\frac{\text{Consommation en nombre de prestations de la catégorie}}{\text{Nombre de bénéficiaires ayant droit aux prestations (en moyenne)}}$ <p>Dans le cadre du calcul des fréquences de risques, une remarque importante s'impose: certains SA offrent des contrats (ensemble de garanties) différents; par conséquent, leurs bénéficiaires n'auront pas tous accès aux mêmes types de garanties. Dans ce cas, pour calculer les fréquences de risques, il convient de distinguer les consommations (tableau 5) et les bénéficiaires (tableau 4) par type de contrat et construire différentes fiches de suivi des fréquences de risques suivant le type de contrat en vigueur.</p>
Exemple	Sur la base des tableaux 4 et 5, les fréquences d'utilisation des années N, N-1 et N-2, résultant des prises en charge du SA de Kalto, sont les suivantes:

Tableau 8: Fiche de suivi des fréquences de risques

	Services couverts	Fréquences de risques - Année N												Annuelle	Annuelle	
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc			Annuelle
Centre de santé X															0,85	5,27
1	Soins ambulatoires	0,06	0,11	0,06	0	0	0,04	0,05	0,06	0,06	0,07	0	0,07	0,59	2,55	—
2	Médicaments	0,28	0,05	0,06	0,06	0,50	0,08	0,31	0,06	0,06	0,28	0,07	0,58	2,35	—	1,27
3	Interventions chirurgicales non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,11	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0	0,11	0,12	0	0,06	0,08	0,36	0,19	0,06	0	0,07	0,07	1,17	—	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Hospitalisations programmées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,81
7	Spécialités	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,51	—
	Ensemble des prestations	0,33	0,27	0,24	0,06	0,56	0,21	0,72	0,32	0,19	0,35	0,15	0,73	4,11	—	—
Hôpital Y															0,52	—
1	Soins ambulatoires	0,11	0,05	0	0	0,11	0,04	0,10	0	0	0,07	0,07	0,15	0,70	5,23	—
2	Médicaments	0,83	0,54	0,30	0,41	0,17	0,41	0,77	1,26	0,13	0,35	0,95	0,73	6,75	0,92	—
3	Interventions chirurgicales non programmées	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47	0,96	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0,06	0,27	0	0,06	0,11	0,21	0,31	0,19	0,32	0,14	0,15	0,22	2,05	2,62	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93	0,13	—
6	Hospitalisations programmées	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12	0,13	—
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,51	—
	Ensemble des prestations	1,38	1,47	0,48	0,65	0,73	1,16	1,49	2,15	0,84	0,77	1,47	1,46	14,02	—	1,27
Total des prestataires															0,37	5,27
1	Soins ambulatoires	0,17	0,16	0,06	0	0,11	0,08	0,15	0,06	0,06	0,14	0,07	0,22	1,29	7,78	—
2	Médicaments	1,10	0,60	0,36	0,47	0,67	0,50	1,08	1,32	0,19	0,63	1,03	1,32	9,09	0,92	1,27
3	Interventions chirurgicales non programmées	0,11	0,27	0,06	0,06	0,17	0,08	0,05	0,32	0,13	0,07	0,07	0,07	1,47	3,07	—
4	Interventions gynéco-obstétricales	0,06	0,38	0,12	0,06	0,17	0,29	0,67	0,38	0,39	0,14	0,22	0,29	3,23	2,62	—
5	Hospitalisations médicalisées non programmées	0,28	0,27	0,12	0,12	0,17	0,41	0,26	0,38	0,19	0,14	0,22	0,29	2,93	0,13	—
6	Hospitalisations programmées	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0,06	0	0	0	0,12	0,13	7,81
7	Spécialités	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02	—
	Ensemble des prestations	1,71	1,74	0,72	0,71	1,29	1,36	2,21	2,46	1,03	1,12	1,61	2,19	18,12	—	—

Tableau 9: Fiche de suivi budgétaire

Référence Tome 1 – partie II, section 2.1.

Sources d'information

- Pièces justificatives.
- Journal de caisse.
- Relevés de banque.
- Journal.
- Grand livre.
- Budget.

Méthode de remplissage La 2^e colonne du tableau correspond aux prévisions budgétaires pour l'année, réparties selon les différentes rubriques. Le budget a été décomposé par trimestre dans les colonnes suivantes.

Pour chaque trimestre, on indique dans la 1^{re} colonne «Prévu» le total des recettes et des dépenses prévues sur la période. Dans la colonne «Réalisé», on indique les recettes et les dépenses constatées durant le trimestre, en se référant aux documents comptables. L'écart entre les montants prévus et réalisés est indiqué respectivement en valeur et en pourcentage dans les 3^e et 4^e colonnes du trimestre. L'écart en pourcentage est égal au rapport entre l'écart en valeur et le montant prévu.

Tableau 10: **Fiche de suivi du plan de trésorerie**

Référence Tome 1 – partie II, section 2.2.

**Sources
d'information**

- Pièces justificatives.
- Journal de caisse.
- Relevés de banque.
- Journal.
- Grand livre.
- Plan de trésorerie.

**Méthode
de remplissage** La fiche de suivi du plan de trésorerie comporte des rubriques similaires à celles du suivi budgétaire mais elle ne concerne que les flux de trésorerie. Elle est remplie selon le même principe.

Tableau 11: Liste des outils de gestion et de suivi

Référence	Tome 1 – partie II, section 3.
Sources d'information	Système d'information du SA.
Méthode de remplissage	<p>Les SA utilisent des méthodes et outils de gestion et de suivi variés. La liste proposée dans le tableau n'est en conséquence pas exhaustive et d'autres outils peuvent y être ajoutés. L'important est de vérifier que les outils utilisés dans le SA sont suffisants pour assurer un suivi et une gestion efficaces.</p> <p>La 2^e colonne du tableau permet d'indiquer quels sont les outils utilisés par le SA.</p> <p>La 3^e colonne est réservée à l'appréciation de la manière dont ces outils sont utilisés. Les éléments suivants peuvent être décrits:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>la fréquence de mise à jour des informations;</i>● <i>la qualité et l'exactitude des écritures</i> (corrections, ratures, présence d'erreurs/omissions, etc.);● <i>l'utilisation effective des outils pour la production d'informations de synthèse</i> (états financiers, suivi des fréquences de risques, suivi des coûts moyens, etc.).

Tableau 12: **Référentiel des services couverts par un SA**

Référence	Tome 1 – partie III, section 2.2.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Contrats d'assurance.● Statuts et règlement intérieur.● Entretiens avec les gestionnaires et les responsables du SA.
Méthode de remplissage	<p>La 1^{re} colonne du tableau constitue un référentiel des services les plus couramment offerts par les SA (voir tableau complet ci-dessous). Les évaluateurs ne devront sélectionner parmi ce référentiel que les services couverts par le SA évalué (ou créer de nouvelles catégories). Si certains services font l'objet de conditions de couverture particulières, il convient de les mentionner.</p> <p>Les nombres portés dans la 2^e colonne «<i>Exposition aux risques liés à l'assurance</i>» indiquent le degré d'exposition au risque de sélection adverse et/ou de surconsommation de chaque type de service couvert. Ces nombres (1, 2 ou 3) correspondent aux catégories décrites sous le paramètre b1 du tome 1 (partie III, section 2.1.2). Les évaluateurs devront apprécier parmi les services offerts par le SA ceux qui sont par nature soumis au risque de sélection adverse et à la surconsommation.</p> <p>Les évaluateurs devront ensuite remplir les colonnes 3 à 11 en fonction des mesures prises par le SA pour limiter les risques liés à l'assurance.</p> <p>Dans la 3^e colonne «<i>Période probatoire</i>», il faut indiquer la durée de cette période. Fréquemment, la période probatoire est commune à tous les services offerts. Toutefois, un SA peut n'appliquer une période probatoire qu'à une partie des services couverts et/ou attribuer une période d'une durée spécifique à certains d'entre eux (pour l'accouchement par exemple).</p> <p>Dans les 4^e, 5^e et 6^e colonnes (<i>franchise, ticket modérateur et plafonnement</i>), il s'agit de mentionner l'existence éventuelle, pour la prestation considérée, d'un copaiement – variable éventuellement d'une prestation à l'autre – qui peut prendre les formes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>franchise</i>. Il faut alors inscrire le montant de celle-ci dans la 4^e colonne.● <i>ticket modérateur</i>. Le pourcentage correspondant doit être inscrit dans la 5^e colonne.● <i>plafonnement des prises en charge</i>. Le montant de ce plafonnement sera inscrit dans la 6^e colonne. <p>Dans la 7^e colonne «<i>Entente préalable</i>», il s'agit d'inscrire pour chaque service offert, si le SA applique un mécanisme d'entente</p>

préalable. Certains services ne sont en principe pas concernés (les hospitalisations non programmées par exemple).

Dans la 8^e colonne «Référence obligatoire», il s'agit d'indiquer pour chaque service, si le SA applique un mécanisme de référence obligatoire, c'est-à-dire si le bénéficiaire avant d'avoir recours à un prestataire d'un échelon donné doit consulter un prestataire d'un échelon inférieur.

Dans la 9^e colonne «Mécanisme de paiement», il s'agit d'indiquer le mécanisme de paiement utilisé par le SA. Si pour des prestations identiques, des modes de paiement différents sont utilisés selon les prestataires, il convient de le mentionner.

Dans la 10^e colonne «Rationalisation des prestations», il s'agit de mentionner si les soins fournis font l'objet d'un protocole thérapeutique ou d'une convention entre le SA et les prestataires, ou si le traitement varie en fonction du thérapeute ou d'autres facteurs.

Dans la 11^e colonne «Sélection des prestataires», il s'agit d'inscrire pour chaque prestation, si des prestataires ont été sélectionnés, ou si le bénéficiaire est libre de choisir le prestataire de soins.

Ce travail peut paraître fastidieux. La pratique montre que pour beaucoup de SA, le tableau sera assez facile à remplir. En effet, les modalités et les conditions de prise en charge sont souvent les mêmes ou diffèrent peu d'un service à l'autre.

Le remplissage du tableau est nécessaire à une analyse qualitative du portefeuille de risques. En outre, le tableau servira directement au calcul de l'indicateur G.2.

Exemple

Un SA fonctionne de la manière suivante:

- *Au niveau des services offerts*, le SA couvre tous les services repris dans le tableau ci-dessous.
- *Au niveau des conditions d'adhésion*, le SA:
 - ✓ permet l'adhésion à n'importe quel moment de l'année (SA à période d'adhésion ouverte);
 - ✓ impose une période probatoire uniquement pour les interventions gynéco-obstétricales.
- *Au niveau de la gestion des garanties*, le SA:
 - ✓ a mis en place un ticket modérateur de 20 pour-cent pour l'ensemble des prestations;
 - ✓ ne permet le recours aux hospitalisations programmées que dans le cas d'une entente préalable;
 - ✓ paie les prestataires autorisés par cas de maladie;

- ✓ a conclu une convention avec deux prestataires de soins, le centre de santé X et l'hôpital Y, et ne couvre les dépenses que pour les soins offerts par eux.

Pour ce SA, le tableau 12 se présente de la manière suivante:

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Soins ambulatoires aigus										
Actes										
Consultations curatives	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins infirmiers	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Petite chirurgie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Examens										
Laboratoire	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Radiologie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Consultations préventives										
Actes										
Consultations prénatales	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins maternels et infantiles	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Vaccinations	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins ambulatoires chroniques										
Actes										
Tuberculose	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Lèpre	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
HIV / SIDA	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Interventions chirurgicales non programmées										
Actes										
Traitement des hernies étranglées	1			20%				Par cas	Oui	Oui
Appendicectomie	1			20 %				Par cas	Oui	Oui

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Autres occlusions intestinales	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Réduction de fractures	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Interventions gynéco-obstétricales										
Actes										
Accouchement non compliqué	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Césarienne	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Accouchement dystocique: pose de forceps, de ventouses, etc.	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Curetage post-partum ou après avortement spontané ou provoqué	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2	6 mois		20 %				Par cas	Oui	Oui
Hospitalisations médicalisées non programmées										
Actes										
Traitement des complications des maladies les plus courantes	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Paludisme (sous hospitalisation)	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Infections respiratoires aiguës	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Diarrhée avec déshydratation	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Service de réanimation	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas		
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas		
Hospitalisations programmées										
Actes										
Maladie chronique	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Cure de hernie simple	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Ablation d'un goitre	3			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Hystérectomie ou ablation d'un fibrome	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %		Oui		Par cas	Oui	Oui

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Transport / évacuation										
Tous	1			20 %				Par cas	Oui	Oui
Spécialités										
Actes										
Ophthalmologie	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Cataracte	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Lunetterie	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Extraction dentaire	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Soins dentaires	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Appareillage	3			20 %				Par cas	Oui	Oui
Autres	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Médicaments										
Génériques et essentiels	2			20 %				Par cas	Oui	Oui
Marque et spécialités	2			20 %				Par cas	Oui	Oui

Note d'analyse: les cases grisées non remplies signalent les prestations dont les modalités de couverture tiennent insuffisamment compte des risques liés à l'assurance. Les mesures de limitation de ces risques qui font défaut dans l'exemple considéré, ont trait en particulier:

- à la période probatoire (à l'exception des interventions gynéco-obstétricales) qui permet de limiter le risque de sélection adverse. L'absence de période probatoire peut attirer des personnes vers le SA uniquement au moment où elles tombent malades ce qui peut entraîner un déséquilibre financier pour le système;
- au plafonnement, qui doit permettre de contrôler les coûts, par exemple, ceux des hospitalisations lesquels peuvent être très élevés et provoquer un déséquilibre financier;
- à la référence obligatoire, qui est un moyen de réduire les coûts. Les bénéficiaires seront tentés de s'adresser, par exemple, directement aux spécialistes (plus coûteux) avant de consulter un médecin généraliste.

Tableaux 15 et 15 bis: Tableaux de rôle théorique et tableau de rôle réel

Référence

Tome 1 – partie IV, section 1.1.2.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Manuel des fonctions.
- Procès-verbaux des AG.
- Autres textes régissant le fonctionnement du SA.
- Entretiens avec les gestionnaires, responsables et bénéficiaires du SA.
- Outils de gestion.

Méthode de remplissage

Le tableau de rôle est rempli en deux exemplaires. Le format des deux tableaux est identique (mêmes fonctions / mêmes questions posées). Seule l'origine des données utilisées pour les remplir diffère.

- **Tableau 15: tableau de rôle théorique.** Il sert à identifier les organes et les acteurs «théoriquement» chargés du fonctionnement du SA selon la répartition des rôles définie dans les textes du SA.
- **Tableau 15bis: tableau de rôle réel.** Il sert à identifier les organes et les acteurs qui réalisent effectivement les différentes opérations dans la pratique au moment de l'évaluation. Pour remplir le tableau de rôle réel, il faut poser les questions contenues dans le tableau aux différents acteurs et vérifier la cohérence des informations recueillies (procès-verbaux, signatures, etc.).

Pour chaque tableau, le remplissage est effectué en deux étapes:

Première étape: l'identification des organes et acteurs

Il convient d'identifier tous les organes et tous les acteurs impliqués dans la gestion et l'administration du SA.

En principe chaque fonction, correspondant à une question dans le tableau, est assurée par un seul organe. En revanche, plusieurs acteurs au sein de chaque organe (cellule de *la colonne* «acteurs au sein de l'organe») peuvent intervenir. Il est conseillé de coder par une abréviation le nom de chaque acteur identifié. Les évaluateurs peuvent subdiviser *la colonne* «organes» en colonnes correspondant à chaque organe identifié (CA, bureau exécutif, etc.) et faire de même pour *la colonne* «acteurs». Cette formule n'est utilisable que si le nombre d'acteurs ou d'organes est réduit (en raison du nombre de colonnes); le tableau se remplit, dans ce

cas, en portant une croix chaque fois qu'un organe ou acteur (colonne) est impliqué dans une fonction (ligne).

Différentes catégories d'organes et d'acteurs ont été préidentifiés (voir tome 1, partie IV, section 1.1.1).

Deuxième étape: le remplissage des cases

Les principales fonctions exercées au sein d'un SA sont indiquées sous forme de questions dans le tableau (*colonne 1*). Une fonction peut être assurée par plusieurs acteurs internes et externes.

Les fonctions ont été classées selon qu'il s'agisse de:

- *fonctions décisionnelles;*
- *fonctions exécutives;*
- *fonctions de contrôle.*

Pour chaque fonction, il convient d'indiquer dans la colonne correspondante, l'organe impliqué et les acteurs responsables.

Si les textes ne déterminent pas une fonction donnée ou que la fonction n'existe pas dans le SA en présence, la ligne reste en blanc.

Si les textes sont imprécis ou ambigus, des points d'interrogation seront inscrits avec le nom des acteurs qui paraissent concernés, en ajoutant un commentaire justifiant les points d'interrogation.

Tableau 16: Analyse d'une convention avec un prestataire de soins

Référence	Tome 1 – partie IV, section 3.3.
Sources d'information	Conventions avec les prestataires de soins.
Méthode de remplissage	<p>Le tableau n'est pertinent que dans le cas où le SA a formalisé ses relations avec les prestataires à l'aide d'une convention écrite.</p> <p>Les dispositions contractuelles les plus importantes qui figurent dans une convention avec un prestataire figurent dans le tableau. Les conventions utilisées par le SA peuvent avoir un contenu différent selon les prestataires. Dès lors, il convient d'utiliser un tableau séparé pour chaque groupe de conventions similaires.</p> <p>Dans la 2^e colonne du tableau, il faut indiquer «oui» si les différents éléments mentionnés dans la 1^{re} colonne sont considérés dans la convention et «non» dans le cas contraire. Ces éléments sont:</p> <ul style="list-style-type: none">● <i>La définition des services couverts.</i> En «commentaires», il est spécifié en particulier si les services sont précisément décrits.● <i>Les tarifs.</i> En «commentaires», on spécifie si les tarifs sont complets.● <i>Les modes de paiement du prestataire.</i> Quatre mécanismes sont fréquemment utilisés par les SA (voir tome 1, partie III, section 2.1.2):<ul style="list-style-type: none">✓ le paiement à l'acte;✓ le paiement par cas (ou par épisode de maladie);✓ la tarification par journée d'hospitalisation;✓ la capitation.● <i>Les délais de paiement.</i> En «commentaires», on spécifie les délais de paiement agréés.● <i>Les modalités d'application des copaiements.</i> Si le SA pratique des copaiements, on entend par modalités, le type de copaiement en vigueur, le type de prestations soumises au copaiement, le processus de modification des copaiements, etc.● <i>Les conditions de modification des tarifs des actes pris en charge.</i>● <i>Les procédures d'audit médical.</i>● <i>Les modalités d'application des protocoles thérapeutiques.</i>● <i>Les modalités de contrôle par le prestataire des droits des bénéficiaires.</i> Il s'agit en particulier de voir si la convention

décrit explicitement la forme de contrôle à réaliser par le prestataire (contrôle des cartes, contrôle sur la base d'une liste de bénéficiaires, etc.).

- *Les garanties offertes par le prestataire quant à la qualité des services.* Il s'agit de voir quels sont les engagements pris par le prestataire quant à la qualité des services et les modalités éventuelles de contrôle de cette qualité.
- *La durée de la convention et les clauses de résiliation.*
- *Les modalités de règlement des litiges.* Il s'agit de voir si la convention mentionne explicitement des dispositions concernant l'arbitrage en cas de litige par exemple, le recours aux autorités judiciaires ou à un tiers.

Tableau 17: Stades de progression vers la reconnaissance juridique

Référence	Tome 1 – partie IV, section 4.1 ³ .
Sources d'information	Inventaire des textes dont dispose l'organisation responsable (OR) ou éventuellement la tutelle.
Méthode de remplissage	<p>Il convient de vérifier:</p> <p><i>Stade 1:</i> s'il n'existe aucun texte régissant les activités de l'OR.</p> <p><i>Stade 2:</i> si l'OR dispose de statuts et d'un règlement intérieur. Dans le cas des mutuelles, il convient de vérifier que ces statuts et règlement intérieur ont été adoptés par les adhérents.</p> <p><i>Stade 3:</i> si l'OR a déposé ses statuts et règlement intérieur auprès des autorités compétentes. Il convient de consulter le récépissé de dépôt (ou de déclaration) de ces textes.</p> <p><i>Stade 4:</i> si l'OR dispose d'une personnalité juridique. Pour cela, elle doit avoir reçu des autorités compétentes les documents attestant de son enregistrement officiel et mentionnant le numéro d'ordre de celui-ci.</p> <p><i>Stade 5:</i> si l'OR dispose d'une personnalité juridique propre à l'assurance ou à la mutualité, deux conditions sont à réunir:</p> <ul style="list-style-type: none">● Une législation spécifique doit exister dans le pays (code de la mutualité ou de l'assurance par exemple).● La personnalité juridique de l'OR doit avoir été accordée officiellement en référence à la législation susmentionnée.

3 Le tableau présenté dans le tome 1, et auquel il est fait référence ici, correspond au cas où l'OR n'a que l'assurance comme activité. Dans le cas contraire, la multiplicité des possibilités quant à la création de statuts et structures séparés pour les différentes activités rendraient la présentation de ce tableau plus complexe.

Tableau 18: **Obligations statutaires et réglementaires**

Référence

Tome 1 – partie IV, section 4.2.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Textes législatifs régissant l'activité du SA.

Méthode de remplissage

Il convient d'indiquer dans:

- *la 2^e colonne*, la périodicité des obligations statutaires et réglementaires telle qu'elle est prévue par les textes du SA (*périodicité théorique*);
- *la 3^e colonne*, la fréquence réelle de réalisation des activités faisant l'objet d'obligations statutaires et réglementaires.

En comparant les deux colonnes, on pourra juger du respect des obligations statutaires et réglementaires. Les commentaires quant aux éventuels écarts seront inscrits dans *la 4^e colonne*.

Les différentes obligations considérées dans le tableau (lignes du tableau) doivent être ajustées et éventuellement complétées par les évaluateurs suivant les spécificités du SA.

Partie II:

**Calcul
des indicateurs**



Indicateurs d'évaluation de la viabilité administrative

T.1: Suivi des adhésions

Référence Tome 1, page 48/49.

Sources d'information

- Fiches d'adhésion et de cotisations.
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Listes d'adhérents et/ou d'exclus.

Méthode de calcul

Indicateur T.1.1: outils de gestion et de suivi des adhésions

L'indicateur T.1.1 porte sur l'existence d'outils de gestion et de suivi des adhésions. Il apprécie si ces outils contiennent certains éléments d'information jugés essentiels pour un bon suivi des adhésions. Trois éléments d'information ont été retenus. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois qu'un de ces éléments est contenu dans les outils du SA (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Numéro et/ou nom de l'adhérent	$\frac{1}{3}$
2. Dates de début de prise en charge	$\frac{1}{3}$
3. Dates de fin de prise en charge	$\frac{1}{3}$
Total	1

S'il n'existe pas d'outils de gestion et de suivi des adhésions, ou si ces outils ne contiennent aucun des éléments d'information susmentionnés, le score de l'indicateur est 0.

Indicateur T.1.2: utilisation des outils de gestion et de suivi des adhésions

L'indicateur T.1.2 porte sur l'utilisation des différents outils de gestion et de suivi des adhésions dont dispose le SA. Ces outils doivent permettre la réalisation d'un certain nombre d'activités de suivi. Quatre d'entre-elles ont été retenues pour leur importance. On attribue $\frac{1}{4}$ de point à chaque activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activités	Pondération
1. Calcul du nombre de bénéficiaires pris en charge	¼
2. Calcul du nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant	¼
3. Mise à jour de la liste des adhérents et des bénéficiaires	¼
4. Mise à jour périodique de la liste des adhérents en retard de cotisation, exclus temporairement ou définitivement du SA	¼
Total	1

Si aucune des activités n'est réalisée au moment de l'évaluation, le score de l'indicateur est 0.

L'indicateur T.1 est la moyenne arithmétique des indicateurs T.1.1 et T.1.2, c'est-à-dire:

$$T1 = \frac{T.1.1 + T.1.2}{2}$$

L'indicateur varie entre 0 et 100 pour-cent.

T.2: Suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion

Référence Tome 1, page 49.

Sources d'information

- Fiches d'adhésion et de cotisations.
- Régistre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Listes d'adhérents et/ou d'exclus.

Méthode de calcul

L'indicateur T.2 porte sur l'existence des outils de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion et sur le type d'information qu'ils contiennent. Pour le calcul de l'indicateur, il convient de distinguer les SA où le versement de la cotisation est unique de ceux où il est fractionné.

SA où la cotisation est versée en une seule fois:

Trois éléments d'information ont été sélectionnés pour leur importance en matière de suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois qu'un de ces éléments est contenu dans les outils du SA (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Montant des cotisations émises	$\frac{1}{3}$
2. Montant des droits d'adhésion perçus	$\frac{1}{3}$
3. Montant total perçu pour la période	$\frac{1}{3}$
Total	1

SA où la cotisation est versée de manière fractionnée:

Sept éléments d'information ont été sélectionnés en raison de leur importance pour un bon suivi du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion. Il est attribué $\frac{1}{7}$ de point à chaque fois que les outils de suivi du SA contiennent un de ces éléments (les informations ne sont pas forcément à jour). La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
1. Montant des cotisations émises	1/7
2. Montant des droits d'adhésion perçus	1/7
3. Montant total perçu pour la période	1/7
4. Montant des cotisations à encaisser à la date d'échéance	1/7
5. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice en cours	1/7
6. Montant des cotisations perçues au titre de l'exercice suivant	1/7
7. Nombre d'adhérents (et/ou de bénéficiaires) à jour dans le paiement de leur cotisation	1/7
Total	1

T.3: Contrôle des droits aux prestations

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information

- Système d'information du SA.
- Méthodes de gestion administrative du SA.
- Entretiens avec les gestionnaires et les prestataires de soins.

Méthode de calcul

L'indicateur T.3 mesure l'existence et l'application de procédures de contrôle des droits aux prestations au niveau des prestataires et du SA. Ces procédures varient en fonction des outils de contrôle utilisés dont les principaux sont: la carte d'adhérent, la lettre de garantie, l'attestation de soins et une liste des exclus des prestations du SA.

Le calcul de l'indicateur doit prendre en compte plusieurs possibilités:

- Le SA peut n'utiliser qu'un outil de contrôle, par exemple la carte d'adhérent.
- Le SA peut réaliser un contrôle multiple en utilisant plusieurs outils, par exemple la carte d'adhérent plus la lettre de garantie ou la carte d'adhérent plus l'attestation de soins et la liste d'exclus.

Pour chaque utilisation d'un outil lors d'une procédure de contrôle, un point est attribué conformément au tableau de scores ci-dessous.

Acteurs	Activités	Carte d'adhérent	Liste d'exclus	Lettre de garantie	Attestation de soins
SA	Actualisation des registres ou fiches d'adhésion	1	1	1	1
	Vérification de la validité de la carte			1	
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la fiche d'adhésion			1	
	Mise à jour d'une liste d'exclus		1		
	Rapprochement fiches d'adhésion (ou liste d'exclus)/factures	1	1		

Acteurs	Activités	Carte d'adhérent	Liste d'exclus	Lettre de garantie	Attestation de soins
	Rapprochement lettres de garantie/factures			1	
	Rapprochement attestations/factures				1
Presta-taire	Vérification de la validité de la carte	1			1
	Contrôle de l'inscription du bénéficiaire sur la carte	1			1
	Référence à une liste d'exclus établie par le SA		1		
Total des scores par outil		4	4	4	4

Le score de chaque outil utilisé varie entre 0 et 4.

L'indicateur T.3, exprimé en pour-cent, est calculé par la formule suivante:

$$T.3 = \frac{\text{Somme des scores correspondant à chaque outil utilisé}}{4 \times \text{Nombre d'outils utilisés}} \times 100$$

Par exemple si deux outils sont utilisés et que chacun totalise un score de 2 points, la valeur de l'indicateur sera égale à:

$$T.3 = \frac{2 + 2}{4 \times 2} \times 100$$

Soit $T.3 = 50$ pour-cent.

En fait, plus que le score de l'indicateur, il sera important d'analyser les procédures pour déterminer si toutes les activités de contrôle apparaissant dans le tableau sont réalisées.

L'évaluateur devra vérifier lors de l'analyse de cet indicateur T.3 si les prestataires refusent la prise en charge des fraudeurs repérés et/ou si le SA sanctionne ces derniers (remboursement des soins pris en charge, retrait de carte, exclusion, etc.).

L'application de procédures de contrôle, aussi performantes qu'elles soient, sera sans effet si les bénéficiaires, voire les non-bénéficiaires, peuvent utiliser frauduleusement les services du SA sans crainte de sanctions.

T.4: Suivi des prises en charge

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information Système d'information du SA.

Méthode de calcul

Indicateur T.4.1: suivi par prestation et par prestataire

L'indicateur T.4.1 porte sur l'existence des outils de gestion et de suivi des prestations prises en charge et sur la qualité de l'information qu'ils contiennent. Cet indicateur est à mettre en relation avec le tableau 5.

L'indicateur T.4.1 s'applique dans le cas où un suivi par prestataire est réalisé. Le suivi par prestataire facilite l'analyse des dérapages éventuels des coûts des prestations.

Trois critères d'appréciation ont été retenus pour évaluer la qualité du suivi. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi par prestataire contiennent le nombre de prestations prises en charge	$\frac{1}{3}$
2. Les outils de suivi par prestataire contiennent le coût des prestations prises en charge	$\frac{1}{3}$
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	$\frac{1}{3}$
Total	1

Indicateur T.4.2: système d'information sur les prestations prises en charge

L'indicateur T.4.2 est semblable à l'indicateur T.4.1. Il porte sur l'existence de données consolidées (tous prestataires réunis) relatives aux prestations prises en charge. Il est à mettre en relation avec le tableau 6.

Comme précédemment, trois critères d'appréciation ont été retenus pour évaluer la qualité du suivi. Il est attribué $\frac{1}{3}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères d'appréciation	Pondération
1. Les outils de suivi contiennent le nombre total des prestations prises en charge par catégorie	1/3
2. Les outils de suivi contiennent le coût des prestations prises en charge par catégorie	1/3
3. Les outils de suivi sont mis à jour régulièrement (à jour au moment de l'évaluation)	1/3
Total	1

L'indicateur T.4 permet de juger de façon globale le suivi dans ce domaine. Il est égal à la moyenne arithmétique des indicateurs T.4.1 et T.4.2, c'est-à-dire:

$$T.4 = \frac{T.4.1 + T.4.2}{2}$$

L'indicateur varie entre 0 et 100 pour-cent.

T.5: Suivi du portefeuille de risques

Référence Tome 1, page 50.

Sources d'information Système d'information du SA.

Méthode de calcul L'indicateur T.5 permet d'apprécier si les gestionnaires disposent d'outils permettant la surveillance du portefeuille de risques. Il est calculé à partir de six critères d'analyse du suivi du nombre, du coût moyen et de la fréquence des prestations prises en charge. Il est à mettre en relation avec les tableaux 6, 7 et 8.

Il est attribué $\frac{1}{6}$ de point à chaque fois que l'un de ces critères est satisfait. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Critères	Pondération
Existence des outils de suivi	
1. Les outils permettent le suivi du coût moyen des prestations (par catégorie et/ou prestations)	$\frac{1}{6}$
2. Les outils permettent le suivi des fréquences de risques (par catégorie et/ou prestations)	$\frac{1}{6}$
Tenue des outils de suivi	
3. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés annuellement	$\frac{1}{6}$
4. Les outils de suivi des coûts moyens sont actualisés trimestriellement	$\frac{1}{6}$
5. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés annuellement	$\frac{1}{6}$
6. Les outils de suivi des fréquences de risques sont actualisés trimestriellement	$\frac{1}{6}$
Total	1

T.6: Suivi de l'enregistrement comptable

Référence Tome 1, page 51.

Sources d'information

- Documents et outils comptables.
- Procédures de gestion comptable.

Méthode de calcul L'indicateur T.6 mesure l'existence et la qualité du suivi de l'enregistrement comptable, en supposant qu'une comptabilité existe. Il ne s'agit pas d'apprécier la gestion comptable mais les procédures de suivi appliquées.

Six activités ont été sélectionnées. Il est attribué $\frac{1}{6}$ de point pour chaque activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activité	Pondération
1. Collecte des pièces comptables	$\frac{1}{6}$
2. Archivage des pièces comptables	$\frac{1}{6}$
3. Vérification périodique des écritures et des soldes comptables (par exemple par la balance)	$\frac{1}{6}$
4. Contrôle de la caisse et rapprochement bancaire effectués mensuellement	$\frac{1}{6}$
5. Contrôle du CdR annuel	$\frac{1}{6}$
6. Contrôle du bilan annuel	$\frac{1}{6}$
Total	1

T.7: Suivi financier

Référence Tome 1, page 51.

Sources d'information

- Outils de gestion financière.
- Procédures de gestion financière.

Méthode de calcul L'indicateur T.7 porte sur l'existence et la qualité du suivi du budget et de la trésorerie.

Cinq activités de suivi ont été sélectionnées. On attribue $\frac{1}{5}$ de point par activité réalisée. La somme arithmétique multipliée par 100 donne le score de l'indicateur en pour-cent. Le score maximal est de 100 pour-cent.

Activité	Pondération
1. Construction du budget en début d'exercice	$\frac{1}{5}$
2. Suivi budgétaire effectué au moins deux fois par an	$\frac{1}{5}$
3. Construction du plan de trésorerie, pour une durée d'un an ou moins, en début d'exercice	$\frac{1}{5}$
4. Suivi de la trésorerie au moins une fois par trimestre	$\frac{1}{5}$
5. Suivi du taux de recouvrement (M.6) au moins une fois par trimestre	$\frac{1}{5}$
Total	1

T.8: Qualité globale du suivi

Référence Tome 1, page 52.

Sources d'information Indicateurs T.1 à T.7.

Méthode de calcul Cet indicateur donne une appréciation de la qualité globale du suivi du SA à partir des indicateurs de suivi présentés précédemment.

Les scores des différents indicateurs de suivi sont portés dans le tableau ci-après:

N°	Indicateurs de bonne gestion	Score obtenu	Score optimal	Ecart
T.1	Suivi des adhésions		1	
T.2	Suivi du recouvrement des cotisations		1	
T.3	Contrôle des droits aux prestations		1	
T.4	Suivi des prises en charge		1	
T.5	Suivi du portefeuille de risques		1	
T.6	Suivi comptable		1	
T.7	Suivi financier		1	
	Score total		7	

L'indicateur est égal à la moyenne arithmétique des autres indicateurs de suivi:

$$T.8 = \frac{\text{Score total obtenu}}{7} \times 100$$



Indicateurs d'évaluation de la viabilité technique

G.1: Modalités d'adhésion

Référence Tome 1, page 60.

Sources d'information

- Statuts.
- Règlement intérieur.
- Règlement d'adhésion (ou autres textes réglementaires).

Méthode de calcul Sur base du tableau suivant, on évalue le risque de sélection adverse auquel le SA est confronté en se référant aux modalités d'adhésion qu'il utilise.

Adhésion	Volontaire	Obligatoire	Automatique
Par individu	3	0	0
Par famille	2	0	0
Par groupe d'individus	1	0	0

- 0 = pas de sélection adverse.
- 1 = risque de sélection adverse faible.
- 2 = risque de sélection adverse moyen.
- 3 = risque de sélection adverse fort.

Si l'adhésion est obligatoire ou automatique (pour un groupe socioprofessionnel ou une population d'une communauté donnée), on considère que le risque de sélection adverse est nul. En revanche, dans les systèmes à adhésion volontaire, plus la base d'adhésion est réduite plus le risque de sélection adverse pour le SA est élevé.

Si différentes modalités d'adhésion existent, il convient de pondérer les différents scores par le pourcentage de bénéficiaires appartenant à chacune des catégories proposées (voir tableau 4). L'indicateur se construit alors de la manière suivante:

Catégorie	Volontaire	Obligatoire	Automatique
Par individu	$A \times 3$ points	0	0
Par famille	$B \times 2$ points	0	0
Par groupe d'individus	$C \times 1$ points	0	0
Score	Somme arithmétique des points		

- A = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par individu.
- B = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par famille.
- C = proportion de bénéficiaires à adhésion volontaire par groupe.

Exemple:

Un SA compte 500 bénéficiaires dont:

- 250 à adhésion volontaire par individu;
- 250 à adhésion volontaire par famille.

Calcul des proportions de bénéficiaires:

$$A = 250/500 = 0,5$$

$$B = 250/500 = 0,5$$

Catégorie	Volontaire	Automatique	Obligatoire
Par individu	$0,5 \times 3$ points = 1,5	0	0
Par famille	$0,5 \times 2$ points = 1,0	0	0
Par groupe d'individus	0	0	0
Score	$G.1 = 1,5 + 1,0 = 2,5$		

Plus l'indicateur G.1 approche de 0 moins le SA est soumis au risque de sélection adverse au regard des modalités d'adhésion qu'il pratique. Plus G1 s'approche de 3 plus il est exposé à ce risque. Dans l'exemple présenté, la valeur de l'indicateur étant de 2,5, l'exposition au risque est forte.

G.2: Qualité du portefeuille de risques

Référence

Tome 1, page 62.

Sources d'information

- Contrats d'assurance.
- Règlement intérieur (ou textes réglementaires du SA).
- Entretiens avec les gestionnaires du SA.

Méthode de calcul

Cet indicateur complète l'analyse qualitative effectuée à partir du tableau 12. Le score de l'indicateur G.2 est obtenu sur la base du même référentiel de la manière suivante:

- Dans la 1^{re} colonne, on sélectionne les services couverts par le SA. Le tableau donne un référentiel des prestations les plus couramment couvertes. Il convient de supprimer les prestations non couvertes par le SA.
- Dans la 2^e colonne «*exposition aux risques liés à l'assurance*», on entoure le score *maximum* correspondant à chaque service offert par le SA. On additionne ces scores pour obtenir le total théorique (X, dernière ligne du tableau), correspondant à une qualité optimale du portefeuille de risques. Dans le cadre de ce référentiel, si tous les services sont offerts par le SA, le score maximal est 194, soit une qualité du portefeuille de risques de 100 pour-cent.

Pour chaque service offert (par ligne), on entoure les «1» pour les services où le SA impose des mesures adéquates de limitation des risques liés à l'assurance santé, du type figurant dans les entêtes des colonnes 3 à 11 (il est compté un point si le paiement forfaitaire est appliqué, colonne 9). On additionne le nombre de «1» par ligne. Le résultat constitue le score obtenu par service offert. On additionne le total des scores obtenus pour avoir le total réel du SA (Y, dernière ligne du tableau).

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$G.2 = \frac{Y}{X} \times 100 \text{ (exprimé en \%)}$$

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Soins ambulatoires aigus										
Actes										
Consultations curatives	4		1	1			1			1
Soins infirmiers	4		1	1			1			1
Petite chirurgie	4		1	1			1			1
Autres	4		1	1			1			1
Médicaments (Note 1)										
Génériques et essentiels	5		1	1			1		1	1
Marque et spécialités	6		1	1		1	1		1	1
Examens										
Laboratoire	5		1	1		1	1			1
Radiologie	5		1	1		1	1			1
Autres	5		1	1		1	1			1
Consultations préventives										
Actes										
Consultations prénatales	5		1			1	1	1		1
Soins maternels et infantiles	2		1					1		
Vaccinations	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-
Soins ambulatoires chroniques										
Actes										
Tuberculose	7		1	1	1	1	1	1	1	
Lèpre	7		1	1	1	1	1	1	1	
HIV / SIDA	7		1	1	1	1	1	1	1	
Autres	7		1	1	1	1	1	1	1	
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-
Interventions chirurgicales non programmées										
Actes										
Traitement des hernies étranglées	2		1					1		
Appendicectomie	2		1					1		
Autres occlusions intestinales	2		1					1		
Réduction de fractures	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-		-	-		-	-

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance	Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
		Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Interventions gynéco-obstétricales										
Actes										
Accouchement non compliqué	4		1	1			1	1		
Césarienne	2		1					1		
Accouchement dystocique: pose de forceps, de ventouses, etc.	2		1					1		
Curetage post partum ou après avortement spontané ou provoqué	2		1					1		
Autres	2		1					1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Hospitalisations médicalisées non programmées										
Actes										
Traitement des complications des maladies les plus courantes	4		1	1	1			1		
Paludisme (sous hospitalisation)	4		1	1	1			1		
Infections respiratoires	4		1	1	1			1		
Diarrhée avec déshydratation	4		1	1	1			1		
Service de réanimation	4		1	1	1			1		
Autres	4		1	1	1			1		
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Hospitalisations programmées										
Actes										
Maladie chronique	5		1	1	1	1	1			
Cure de hernie simple	5		1	1	1	1	1			
Ablation d'un goitre	5		1	1	1	1	1			
Hystérectomie ou ablation d'un fibrome	5		1	1	1	1	1			
Autres	5		1	1	1	1	1			
Médicaments										
Génériques et essentiels			-	-			-		-	-
Marque et spécialités			-	-			-		-	-
Transport / évacuation										
Tous	5		1	1		1	1			1
Spécialités										
Actes										
Ophthalmologie	5		1	1	1			1		1
Cataracte	6		1	1	1	1		1		1

Référentiel des services couverts par l'assurance santé	Exposition aux risques liés à l'assurance		Mesures de limitation des risques liés à l'assurance santé								
			Période probatoire	Franchise (Note 2)	Ticket modérateur	Plafonnement	Entente préalable	Référence obligatoire	Mécanismes de paiement (tarification forfaitaire = 1)	Rationalisation des prestations	Sélection des prestataires
Lunetterie	5		1	1		1			1		1
Extraction dentaire	5		1		1	1			1		1
Soins dentaires	5		1		1	1			1		1
Appareillage	6		1	1		1	1		1		1
Autres	5		1		1	1			1		1
Médicaments											
Génériques et essentiels			-		-			-		-	-
Marque et spécialités			-		-		-	-		-	-
Autres											
Total	X=	Y	46	33	22	17	21	31	6	18	
	194										

Note 1: les médicaments ne seront comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul de l'indicateur, sauf s'ils sont soumis à des mesures différentes par catégories de services.

Note 2: dans le cas des services pour lesquels la franchise et le ticket modérateur limitent les risques liés à l'assurance santé, il a été considéré qu'il suffisait d'appliquer une seule de ces deux mesures à la fois.

G.3: Coûts moyens des prestations prises en charge

Référence

Tome 1, page 62.

Sources d'information

- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 4).
- Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge (tableau 7).
- Données financières disponibles chez les prestataires.
- Enquêtes.

Méthode de calcul

G.3.1: évolution des coûts moyens des prestations prises en charge

L'indicateur peut être construit de deux manières:

- à partir des valeurs brutes des coûts moyens des prestations prises en charge, représentées dans un tableau ou sous forme graphique;
- à partir des taux de croissance des coûts moyens des différentes prestations. La formule utilisée est alors la suivante:

$$G.3.1 = \frac{\text{Coût moyen}_N - \text{Coût moyen}_{N-1}}{\text{Coût moyen}_{N-1}}$$

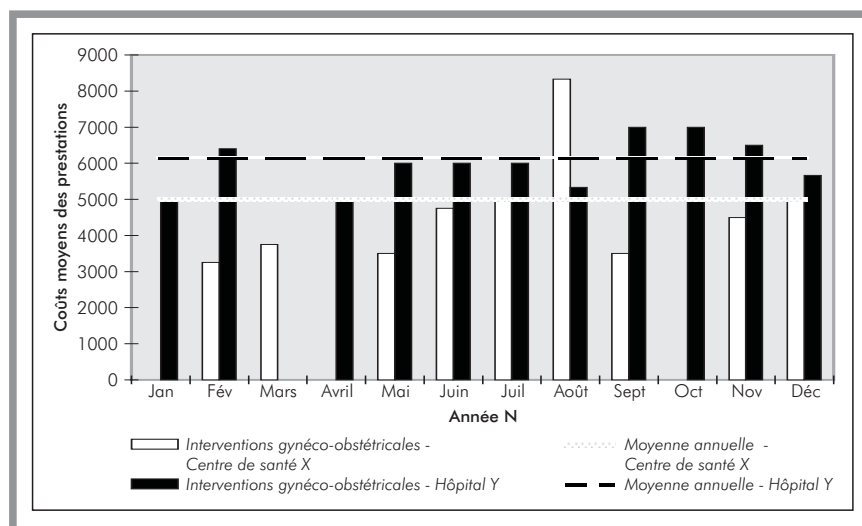
L'évolution des coûts moyens peut être analysée de différentes manières:

- analyse de l'évolution du coût moyen d'une prestation au cours du temps. L'analyse permet de dépister une augmentation des coûts et de la caractériser: augmentation réversible, progression régulière, etc.;
- comparaison de l'évolution des coûts moyens des soins fournis par différents prestataires. Cette analyse permet de dépister les abus de certains prestataires ou une modification différente des techniques de traitement qu'ils utilisent.

Dans les deux cas, des graphiques peuvent être établis. La comparaison des coûts moyens devra se faire sur une durée suffisamment longue pour être significative.

Exemple

Le graphique suivant est construit sur la base des données de la fiche de suivi des coûts moyens de prestations prises en charge, du SA de Kalto.



Note d'analyse: l'analyse du graphique permet de constater une relative stabilité des coûts des interventions gynéco-obstétricales pratiquées par l'hôpital Y. En revanche, cela n'a pas été le cas pour le centre de santé X, où les coûts moyens ont dérapé au cours du mois d'août. L'analyse de ce dérapage a mis en évidence que le centre de santé n'a pas référé vers l'hôpital un cas compliqué nécessitant un traitement coûteux, et ce malgré le schéma de référence convenu avec le SA. Le suivi continu réalisé par le SA a permis d'identifier rapidement ce dérapage et d'intervenir auprès du centre de santé afin d'éviter qu'un tel cas ne se renouvelle.

G.3.2: comparaison des coûts moyens des services pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires

Cet indicateur peut être utile pour confirmer l'existence d'éventuelles surprescriptions. Toutefois, il n'est pas toujours possible d'obtenir les informations nécessaires à son calcul.

Pour chaque service (ou catégorie de services) et pour la même période, il faut disposer des informations suivantes:

- X = coût moyen de la prestation considérée (ou catégorie).
- Y = copaiement (franchise, ticket modérateur, plafonnement) à la charge du bénéficiaire du SA pour la prestation considérée. Le copaiement est calculé sur la base de la moyenne des copaiements à la charge des bénéficiaires pour la prestation considérée.
- Z = coût moyen de la même prestation facturé à un non-bénéficiaire (à partir des données disponibles chez le prestataire ou par enquêtes sur un échantillon représentatif de non-bénéficiaires).

L'indicateur G.3.2 de comparaison des coûts moyens des services pour des bénéficiaires et des non-bénéficiaires est obtenu de la manière suivante:

$$G.3.2 = \frac{X + Y}{Z} \times 100$$

Un taux supérieur à 100 pour-cent indique une possible surprescription de la part des prestataires. Pour vérifier si une telle surprescription existe, d'autres analyses sont nécessaires.

Exemple

Avec l'intervention du médecin-chef de district, il a été possible d'estimer le coût moyen d'un accouchement simple pour une parturiente bénéficiaire et non bénéficiaire du SA. Pour les bénéficiaires, le coût était de 5 000 FCFA, pour les autres, de 3 000 FCFA en année N. Interrogée sur ces différences, la sage-femme a avancé le fait qu'elle ne pouvait pas pratiquer tous les soins nécessaires aux non-bénéficiaires, argument non confirmé par l'analyse des dossiers médicaux effectués par le médecin.



Indicateurs d'évaluation de la viabilité fonctionnelle

M.1: Taux de croissance brute

Référence

Tome 1, page 64.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).

Méthode de calcul

Trois taux de croissance brute peuvent être calculés sur la base de périodes identiques (mois/années par exemple) selon la disponibilité des données, à l'aide des formules suivantes⁴:

M.1: le taux de croissance brute

$$M.1 = \frac{\text{Adhérents}_N - \text{Adhérents}_{N-1}}{\text{Adhérents}_{N-1}} \times 100$$

M.1.1: le taux de croissance du nombre de bénéficiaires

$$M.1.1 = \frac{\text{Bénéficiaires}_N - \text{Bénéficiaires}_{N-1}}{\text{Bénéficiaires}_{N-1}} \times 100$$

M.1.2: le taux de croissance du nombre de personnes à charge

$$M.1.2 = \frac{\text{Personnes à charge}_N - \text{Personnes à charge}_{N-1}}{\text{Personnes à charge}_{N-1}} \times 100$$

4 Par souci de simplification de la présentation des formules, le terme «nombre» n'a pas été incorporé aux formules. Ainsi la mention «adhérents» doit être lu «nombre d'adhérents».

Exemple

Les taux de croissance brute du SA de Kalto en années N et N-1, calculés à partir des données du tableau 4, sont les suivantes:

Taux de croissance brute	En année N-1	En année N
Adhérents (M.1)	$[(238 - 148) / 148] \times 100 = + 60,8 \%$	$[(265 - 238) / 238] \times 100 = + 11,3 \%$
Bénéficiaires (M.1.1)	$[(1529 - 948) / 948] \times 100 = + 61,3 \%$	$[(1705 - 1529) / 1529] \times 100 = + 11,5 \%$
Personnes à charge (M.1.2)	$[(1291 - 800) / 800] \times 100 = + 61,4 \%$	$[(1440 - 1291) / 1291] \times 100 = + 11,5 \%$

M.2: Taux de fidélisation

Référence

Tome 1, page 64.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul

Le taux de fidélisation correspond au taux de renouvellement des adhésions et donc des contrats passés entre le SA et les adhérents.

La forme du contrat varie suivant le type de SA. Dans un système d'assurance commerciale, le contrat est écrit et signé par l'assureur et l'assuré. Dans une mutuelle de santé, il s'agit d'un contrat tacite dont les termes figurent au sein des statuts et du règlement intérieur.

Dans tous les cas, le contrat est le plus souvent annuel. Plusieurs cas de figure sont à prendre en compte pour le calcul du taux de fidélisation:

- Pour les SA à période fermée d'adhésion, le calcul de l'indicateur est effectué à l'issue de la période d'adhésion et correspond au rapport entre le nombre d'adhérents cotisants de l'année N-1 qui ont recotisé en année N et le nombre total d'adhérents en année N-1.

$$M.2 = \frac{\text{Anciens membres}_{\text{Année N}}}{\text{Membres}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Lorsque les cotisations sont annuelles, le renouvellement des contrats correspond également au renouvellement des cotisations. On parle alors de taux de fidélisation ou de recotisation.

Lorsque les cotisations sont fragmentées par semaine, mois, trimestre, etc., la recotisation correspond au paiement régulier des cotisations suite à chaque appel du SA. La fidélisation et la recotisation sont alors à distinguer, la seconde étant mesurée par le taux de recouvrement des cotisations.

- Pour les SA à période ouverte d'adhésion, le calcul de l'indicateur s'effectue en deux temps:
 - ✓ Chaque mois, le SA calcule le taux de renouvellement des contrats passés (ou renouvelés) le même mois de l'année précédente en appliquant la formule proposée plus haut.
 - ✓ En fin d'année, le taux de fidélisation correspond à la moyenne des taux calculés mensuellement.

Exemple

L'exemple suivant illustre le calcul en années N et N-1, du taux de fidélisation dans un SA à période fermée d'adhésion qui chaque année présente les situations suivantes:

	N-2	N-1	N
Nouveaux adhérents	100	250	160
Retraits	–	10	20
Total des adhérents	100	340	480

Les taux de fidélisation en années N-1 et N sont les suivants:

En année N-1: $M.2 = [(340 - 250) / 100] \times 100 = 90 \%$

En année N: $M.2 = [(480 - 160) / 340] \times 100 = 94 \%$

L'indicateur pourrait être également calculé de la façon suivante:

En année N: $M.2 = [(340 - 20) / 340] \times 100 = 94 \%$

M.3: Taux de croissance interne

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul L'indicateur mesure le taux de croissance des adhérents originaires des anciennes zones d'intervention du SA. Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.3 = \frac{\text{Adhérents}_{\text{Année N}} \text{ dans les zones où opérait le SA en Année N-1} - \text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}}{\text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Comme pour l'indicateur M.1, ce taux peut être calculé pour les bénéficiaires et les personnes à charge en remplaçant, dans la formule, le nombre d'adhérent par le nombre considéré.

Exemple

A partir de l'enregistrement des adresses des adhérents enregistrées dans les outils de suivi du SA de Kalto, il est possible de répartir les adhérents cotisants en année N-1 selon leur origine.

Adhérents cotisants	Année N-2	Année N-1
Anciennes zones	148	135
Nouvelles zones	0	103
Total	148	238

Le taux de croissance interne en l'année N-1 est:

$$M.3 = [(135 - 148) / 148] \times 100 = - 8,8 \%$$

Note d'analyse: M.3 est négatif alors que le taux de croissance brute (M.1) est positif (+ 60,8 pour-cent). Cela montre qu'il n'y pas eu de croissance du nombre d'adhérents dans l'ancienne zone d'intervention et que la croissance du nombre total d'adhérents est due à l'extension géographique.

M.4: Taux de croissance externe

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul L'indicateur mesure la proportion d'adhérents originaires des nouvelles zones d'intervention du SA à l'aide de la formule suivante:

$$M.4 = \frac{\text{Adhérents}_{\text{Année N}} \text{ dans les nouvelles zones d'intervention du SA}}{\text{Adhérents}_{\text{Année N-1}}} \times 100$$

Comme pour l'indicateur M.1, ce taux peut être calculé pour les bénéficiaires et les personnes à charge en remplaçant, dans la formule, le nombre d'adhérents par le nombre considéré.

Exemple

Adhérents cotisants	Année N-2	Année N-1
Anciennes zones	148	135
Nouvelles zones	0	103
Total	148	238

Le taux de croissance externe du SA de Kalto au cours de l'année N-1 est:

$$M.4 = (103 / 148) \times 100 = \mathbf{69,6 \%}$$

Note d'analyse: l'indicateur montre que pour l'année N-1, la croissance externe a été très importante dans la dynamique d'adhésion.

M.5: Taux de pénétration

Référence Tome 1, page 66.

Sources d'information

- Caractéristiques de la population de la zone d'intervention et du public cible (tableau 3).
- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).

Méthode de calcul

L'indicateur mesure la part du public cible qui est bénéficiaire. Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.5 = \frac{\text{Bénéficiaires}_{\text{Année N}}}{\text{Public cible}_{\text{Année N}}} \times 100$$

Le taux de pénétration peut également être calculé par catégorie de bénéficiaires et de membres du public cible. Les catégories peuvent être par exemple le sexe, l'âge ou le revenu.

Exemple

Les taux de pénétration du SA de Kalto durant ses trois premières années de fonctionnement sont les suivants:

	Nombre de bénéficiaires et effectif du public cible		
	Année N-2	Année N-1	Année N
Bénéficiaires	948	1 529	1 705
Public cible	10 000	10 200	10 300
Taux de pénétration	9,5 %	15,0 %	16,6 %

M.6: Taux de recouvrement

Référence

Tome 1, page 67.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.

Méthode de calcul

L'indicateur mesure la proportion de cotisations émises effectivement encaissées par le SA (à une date donnée). Il est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$M.6 = \frac{\text{Montant des cotisations perçues}}{\text{Montant des cotisations émises}} \times 100$$

Exemple

La mutuelle de Kalikoro a émis pour 1 300 000 FCFA de cotisations pour l'exercice N allant du 1^{er} janvier au 31 décembre. Elle a effectivement encaissé à la date d'échéance 1 250 000 FCFA. Le taux de recouvrement est égal à:

$$M.6 = (1\,250\,000 / 1\,300\,000) \times 100 = \mathbf{96,2\%}$$

M.7: Délai moyen de paiement des prestataires ou de remboursement des adhérents

Référence Tome 1, page 67.

Sources d'information

- CdR.
- Bilan.

Méthode de calcul Les règles en vigueur quant aux modalités de remboursement des adhérents ou de paiement des prestataires (tiers-payant) diffèrent selon les SA.

Deux indicateurs sont proposés:

M.7.1: délai moyen de paiement des prestataires

L'indicateur est calculé à partir des dettes vis-à-vis des prestataires figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 5.1) et le montant total des prestations figurant dans le CdR (tableau 1, cellule a).

$$M.7.1 = \frac{\text{Dettes vis-à-vis des prestataires}}{\text{Total des prestations}} \times 365 \text{ jours}$$

Ce délai moyen de paiement des prestataires doit être apprécié par rapport aux délais accordés avec le prestataire ou, à défaut, selon les pratiques observées, dans la zone considérée, en matière de règlement des prestataires.

M.7.2: délai moyen de remboursement des adhérents

L'indicateur est calculé à partir des dettes vis-à-vis des adhérents figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 5.2) et le montant total des prestations prises en charge figurant dans le CdR (tableau 1, cellule a).

$$M.7.2 = \frac{\text{Dettes vis-à-vis des adhérents}}{\text{Total des prestations}} \times 365 \text{ jours}$$

La valeur de l'indicateur doit être rapprochée des délais observés dans des SA similaires. Il faut également s'informer de l'existence éventuelle de plaintes des adhérents dans ce domaine. Enfin, l'évolution de l'indicateur constitue une information intéressante dans l'appréciation du fonctionnement du SA.

Exemple

En se basant sur son CdR et son bilan (tableaux 1 et 2), l'indicateur de délai moyen de paiement des prestataires de la mutuelle de Kalikoro, qui pratique le système du tiers-payant, est égal à:

$$\begin{aligned} M.7.1 &= (\text{cellule 5.1}) / (\text{cellule a}) \times 365 = \\ &= (150\ 000 / 900\ 000) \times 365 \text{ jours} = \mathbf{61 \text{ jours}} \end{aligned}$$

4

Indicateurs d'évaluation de viabilité financière

F.1: Ratio de liquidité immédiate

Référence

Tome 1, page 69.

Source d'information

Bilan.

Méthode de calcul

Ce ratio est calculé à partir des actifs circulants directement disponibles à savoir les montants dans les comptes bancaires et en caisse (tableau 2, cellules 16.1 et 16.2) et les dettes à court terme (tableau 2, cellule 5). Les autres actifs circulants (créances, stocks et placements) ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas immédiatement disponibles.

Le ratio de liquidité immédiate est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.1 = \frac{\text{Avoirs en caisse} + \text{Avoirs en banque}}{\text{Dettes à court terme}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 2), le ratio de liquidité immédiate est égal à:

$$F.1 = (\text{cellule 16}) / (\text{cellule 5}) \text{ soit } (390\ 000 + 100\ 000) / 100\ 000 = 4,9$$

Note d'analyse: la valeur élevée du ratio signifie que la mutuelle n'aura pas de problème pour faire face à ses dettes à court terme (par contre, un examen du plan de trésorerie est nécessaire car il est possible que la mutuelle conserve des liquidités en quantité trop importante).

F.2: Ratio de capitaux propres

Référence Tome 1, page 70.

Source d'information Bilan.

Méthode de calcul Ce ratio est calculé à partir des capitaux propres (tableau 2, cellules 1, 2, 3) et de l'ensemble des dettes du SA (tableau 2, cellules 4 et 5).

Le ratio de capitaux propres est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.2 = \frac{\text{Capitaux propres}}{\text{Dettes}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 2), le ratio de capitaux propres est égal à:

$$\begin{aligned} F.2 &= [(cellules 1 + 2 + 3) / (cellules 4 + 5)] \times 100 \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000 + 150\ 000) / 150\ 000] \times 100 = \mathbf{360\ \%} \end{aligned}$$

Le ratio indique que la solvabilité générale de la mutuelle est excellente.

F.3: Ratio de couverture des charges ou taux de réserve

Référence

Tome 1, page 70.

Sources d'information

- Bilan.
- CdR.

Méthode de calcul

Le ratio est calculé à partir des réserves comptables figurant dans le bilan (tableau 2, cellule 1) et les charges en prestations du SA, figurant dans le CdR (tableau 9, cellule a). Le ratio est calculé après affectation du résultat⁵.

Le ratio de couverture des charges (en prestations) ou taux de réserve obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.3.1 = \frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} \times 100 \text{ (en \%)}$$

$$F.3.2 = \frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} \times 12 \text{ (en mois)}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableaux 1 et 2) et en supposant que l'intégralité du résultat est affecté aux réserves, le taux de réserve est égal à:

$$\begin{aligned} F.3.1 &= [(cellules 1 + 2) / (cellule a)] \times 100 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \times 100 \\ &= 43,3 \text{ \%} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} F.3.2 &= [(cellules 1 + 2) / (cellule a)] \times 12 = \\ &= [(300\ 000 + 90\ 000) / 900\ 000] \times 12 \\ &= 5,2 \text{ mois} \end{aligned}$$

5 Dans le cas où le résultat est porté dans un compte de report à nouveau, celui-ci doit être ajouté aux montants des réserves pour le calcul du ratio.

F.4: Ratio des cotisations acquises / charges

Référence Tome 1, page 71.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul

F.4.1: ratio des cotisations acquises / charges d'exploitation

Ce ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant des charges d'exploitation de l'exercice considéré, à savoir les charges en prestations et autres charges du SA (tableau 1, cellules a + b).

$$F.4.1 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges d'exploitation}}$$

F.4.2: ratio des cotisations acquises / charges totales

Ce ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant total des charges de l'exercice (tableau 1, cellule A).

$$F.4.2 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges totales}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), les ratios de cotisations acquises sont égaux à:

$$\begin{aligned} F.4.1 &= (\text{cellule f}) / (\text{cellules a} + \text{b}) = \\ &= 1\,200\,000 / (900\,000 + 365\,000) \\ &= \mathbf{0,95} \end{aligned}$$

Note d'analyse: la mutuelle n'a pas pu couvrir en totalité ses prestations et ses charges d'exploitation.

$$F.4.2 = (\text{cellule f}) / (\text{cellules A}) = 1\,200\,000 / 1\,265\,000 = \mathbf{0,95}$$

Note d'analyse: la mutuelle n'est pas parvenue à couvrir la totalité des charges de l'exercice avec les cotisations acquises.

Dans cet exemple, les deux indicateurs sont identiques dans la mesure où pour l'exercice considéré, la mutuelle n'a supporté que des charges d'exploitation. Le ratio F.4.2 aurait été inférieur à 0,95 si la mutuelle avait dû amortir des équipements ou des bâtiments, supporté des charges financières ou des charges exceptionnelles.

F.5: Ratio de sinistralité

Référence Tome 1, page 71.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul Le ratio est calculé à partir des prestations prises en charge (tableau 1, cellule a) et des cotisations acquises pour l'exercice (tableau 1, cellule f), figurant dans le CdR.

Le ratio de sinistralité est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.5 = \frac{\text{Prestations totales}}{\text{Cotisations acquises}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio de sinistralité est égal à:

$$F.5 = (\text{cellule a}) / (\text{cellules f}) = (900\,000 / 1\,200\,000) \times 100 = 75 \%$$

Note d'analyse: la valeur du ratio indique qu'une bonne partie des cotisations sert effectivement au financement des prestations. Cette valeur est satisfaisante.

F.6: Ratio des frais de fonctionnement brut

Référence Tome 1, page 72.

Source d'information CdR.

Méthode de calcul Le ratio est calculé sur base des «autres charges de fonctionnement» (tableau 1, cellule b) et du total des produits de l'exercice dont dispose le SA (tableau 1, cellule X), figurant dans le CdR.

Le ratio des frais de fonctionnement brut est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$F.6 = \frac{\text{Autres charges}}{\text{Total Produits}} \times 100$$

Exemple Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio des frais de fonctionnement brut est égal à:

$$F.6 = (\text{cellule b}) / (\text{cellule X}) = (365\ 000 / 1\ 355\ 000) \times 100 = \mathbf{26,9\%}$$

Note d'analyse: le ratio est élevé, mais près de la moitié des frais de fonctionnement sont liés à des activités de formation et de promotion (200 000). Si le SA est en phase de démarrage, il est normal que des efforts importants de sensibilisation et de formation aient été consentis. L'évolution de ce ratio est à surveiller.

5

Méthode de valorisation des coûts cachés et calcul du résultat économique

Référence

Tome 1, page XXX.

Sources d'information

- Tableaux de rôle (tableaux 15 et 15bis).
- CdR.
- Bilan.

Identification et valorisation des coûts cachés

1. L'identification:

Les évaluateurs ont à identifier les activités dont les coûts n'ont pas été considérés dans le CdR et le bilan.

Exemple: la mutuelle de Kalikoro, en phase de lancement, a bénéficié de l'appui d'un projet. Les activités suivantes ont été réalisées sans qu'elle n'en supporte les coûts:

- Le remplissage des cartes d'adhérents. Cette activité a été effectuée par des animateurs et un secrétaire mis à disposition de la mutuelle.
- L'établissement du CdR et du bilan de la mutuelle. Cette activité a été réalisée par le projet.
- L'organisation de trois sessions de formation pour les responsables et gestionnaires du SA. Cette activité a été exécutée par une ONG et financée par le projet.

2. La valorisation:

Pour déterminer le montant des coûts cachés, on estime le coût des activités que le SA aurait dû réaliser pour bénéficier des mêmes services que ceux qui lui ont été fournis gratuitement.

En reprenant l'exemple précité, la valorisation des coûts cachés pour les différentes activités est la suivante:

- *Le remplissage des cartes d'adhérents.* Il a été estimé que si la mutuelle avait dû contracter les services d'un agent pour le remplissage des cartes d'adhérents, il lui en aurait coûté 20 000 FCFA.
- *L'établissement du CdR et du bilan.* La mutuelle a évalué à 50 000 FCFA le coût d'élaboration des états financiers par un comptable agréé de la place.
- *L'organisation et le financement de trois sessions de formation.* Le coût des sessions de formation a été estimé à 100 000 FCFA (déplacement, hébergement de 5 personnes pendant quatre jours).

Dans cet exemple, les coûts cachés représentent au total:

$$20\ 000 + 50\ 000 + 100\ 000 = 170\ 000\ \text{FCFA}$$

Calcul du résultat économique

1. La prise en compte des coûts cachés: après avoir identifié les coûts cachés, il faut déterminer ceux qui sont à considérer pour le calcul du résultat économique du SA. Pour ce faire, il faut tenir compte du besoin de reconduire dans le futur les activités concernées, de la pérennité des sources externes de financement (projet, institution publique, communauté, etc.), du degré désiré d'autonomie du SA, etc. Il faut garder à l'esprit que l'objectif premier de la valorisation des coûts cachés est de déterminer la capacité du SA à faire face durablement à l'ensemble de ses charges.

2. Le calcul du résultat économique: le résultat économique est égal au résultat de l'exercice diminué des coûts cachés valorisés.

Exemple: dans le cas de la mutuelle de Kalikoro, le résultat de l'exercice est égal à + 90 000 FCFA. Le résultat économique est lui égal à:

$$90\ 000\ \text{FCFA} - 170\ 000\ \text{FCFA} = - 80\ 000\ \text{FCFA}$$

La mutuelle a un résultat économique négatif alors que son CdR faisait apparaître un résultat positif (après subvention). La mutuelle n'est pas en mesure, au regard de cet exercice, de supporter l'ensemble des charges nécessaires à son fonctionnement.



Indicateurs d'évaluation de la viabilité économique

V.1: Taux de financement propre

Référence

Tome 1, page 81.

Sources d'information

- CdR.
- Comptabilisation des coûts cachés.

Méthode de calcul

Le taux de financement propre apprécie la capacité du SA à financer l'ensemble de ses charges. Il est calculé à partir des produits «propres» du SA (total des produits avant subvention) pour l'exercice considéré (tableau 1, cellule B), des charges totales figurant au CdR de l'exercice (tableau 1, cellule A) et des coûts cachés valorisés.

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$V.1 = \frac{\text{Total produits avant subvention}}{\text{Total charges} + \text{Coûts cachés valorisés}} \times 100$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le taux de financement propre est égal à:

$$\begin{aligned} V.1 &= \{(\text{cellule B}) / [(\text{cellule A}) + (\text{coûts cachés valorisés})]\} \times 100 \\ &= [1\ 205\ 000 / (1\ 265\ 000 + 170\ 000)] \times 100 = \mathbf{84\ \%} \end{aligned}$$

Note d'analyse: ce ratio indique que la mutuelle a couvert 84 pour-cent de ses charges (coûts cachés compris) avec ses propres produits (subventions non comprises) au cours de l'exercice considéré.

V.2: Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés)

Référence

Tome 1, page 81.

Sources d'information

- CdR.
- Comptabilisation des coûts cachés.

Méthode de calcul

Ce ratio est complémentaire au ratio des cotisations acquises / charges totales (F.4.2). A la différence de ce dernier, il tient compte des coûts cachés.

Le ratio est calculé à partir du montant des cotisations acquises (tableau 1, cellule f) et du montant des charges et coûts cachés de l'exercice considéré (tableau 1, cellule A + coûts cachés valorisés).

$$V.2 = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges totales} + \text{Coûts cachés valorisés}}$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), le ratio est égal à :

$$\begin{aligned} V.2 &= (\text{cellule f}) / [(\text{cellule A}) + \text{coûts cachés valorisés}] \\ &= 1\,200\,000 / (1\,265\,000 + 170\,000) = \mathbf{0,84} \end{aligned}$$

Note d'analyse: l'analyse financière a montré que le ratio de cotisations acquises / charges totales (F.4.2) était de 0,95. La mutuelle n'est pas parvenue à couvrir la totalité des charges de l'exercice à l'aide des cotisations.

La mutuelle est encore moins en mesure de couvrir l'ensemble de ses charges par les cotisations, lorsque l'on tient compte des coûts cachés. Cela est confirmé par la valeur du ratio V.2 qui est inférieure à celle de F.4.2. Les deux ratios indiquent que l'équilibre financier de la mutuelle dépend de ressources extérieures.



Indicateurs d'évaluation des ressources humaines

H.1 : Outils d'administration du personnel

Référence Tome 1, page 97.

Sources d'information Outils d'administration du personnel.

Méthode de calcul L'indicateur H.1 mesure l'existence et la qualité des outils d'administration du personnel du SA. Seuls deux outils ont été pris en compte pour le calcul de l'indicateur: le manuel des fonctions et le règlement de travail. Le même principe peut être appliqué avec des outils équivalents.

Huit éléments d'information ont été sélectionnés en raison de leur importance. Il est attribué $\frac{1}{8}$ de point à chaque fois que l'un de ces éléments est contenu dans un outil. Le score total multiplié par 100 donne la valeur de l'indicateur en pour-cent.

Éléments d'information	Pondération
Le manuel des fonctions contient les éléments suivants:	
1. Les objectifs de chaque fonction du SA	$\frac{1}{8}$
2. Le degré de qualification requis pour la fonction	$\frac{1}{8}$
3. L'unité (ou l'organe) à laquelle la fonction est rattachée	$\frac{1}{8}$
4. La description des tâches relatives à la fonction	$\frac{1}{8}$
Le règlement de travail contient les éléments suivants:	
5. La durée journalière de travail	$\frac{1}{8}$
6. Le règlement des conflits	$\frac{1}{8}$
7. Les droits du personnel	$\frac{1}{8}$
8. Les obligations du personnel	$\frac{1}{8}$
Total	1

H.2: Investissement en formation

Référence Tome 1, page 98.

**Sources
d'information**

- CdR.
- Factures des organismes (ou personnes) ayant fourni les formations.
- Coût estimé des formations (délivrées par des structures d'appui, projets ou autres).

**Méthode
de calcul**

Deux indicateurs sont proposés afin de tenir compte du fait que certaines formations sont fréquemment financées par un tiers. Si le SA a assuré le financement de la totalité des formations, les deux indicateurs se confondent.

H.2.1: investissement brut en formation

Le premier indicateur estime le coût des formations par rapport au total des «autres charges de fonctionnement» que ce coût ait été ou non supporté directement par le SA. Pour calculer cet indicateur, il faut donc valoriser les coûts cachés en matière de formation (sur la base de factures ou d'estimations) et les ajouter aux charges de formation figurant dans le CdR.

L'indicateur H.2.1 se calcule, pour l'exercice considéré, par la formule suivante:

$$H.2.1 = \frac{\text{Coût total de formations}}{\text{Charges totales de fonctionnement}} \times 100$$

H.2.2: investissement net en formation

Le second indicateur est semblable au précédent mais il ne prend en compte que les coûts des formations assumées par le SA (cellule b5 – sans les frais de promotion). Il permet d'apprécier la part des charges que le SA consacre à la formation.

L'indicateur H.2.2 se calcule, pour l'exercice considéré, par la formule suivante:

$$H.2.2 = \frac{\text{Frais de formations}}{\text{Charges totales de fonctionnement}} \times 100$$



Indicateurs d'efficacité

E.1: Taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires

Référence

Tome 1, page 109.

Sources d'information

- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Fiche de suivi des fréquences de risques (tableau 8).
- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.

Méthode de calcul

L'indicateur peut être calculé pour un service de santé couvert par le SA ou pour une catégorie de services, pour un prestataire ou pour un ensemble de prestataires. Les données au numérateur et au dénominateur doivent couvrir la même période et concerner les mêmes bénéficiaires. Cette précision est importante lorsque le SA propose différents «paquets» de garanties.

La formule de calcul de l'indicateur, pour une prestation Z (ou catégorie) durant la période considérée, est la suivante:

$$E.1 = \frac{\text{Nombre de prestations Z prises en charge}}{\text{Nombre moyen de bénéficiaires du SA}} \times 100$$

Exemple

Les tableaux 4 et 5 relatifs au SA de Kalto indiquent notamment que:

- 50 hospitalisations médicalisées non programmées ont été prises en charge par le SA.
- Le nombre de bénéficiaires moyens du SA pendant la même période était de 1 705.

Le taux d'utilisation des hospitalisations médicalisées non programmées par les bénéficiaires du SA en année N s'élève à:

$$E.1 = (50 / 1\,705) \times 100 = 2,9 \%$$

E.2: Taux d'utilisation comparé des services de santé

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Fiche de suivi du nombre de bénéficiaires (tableau 4).
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Fiche de suivi des fréquences de risques (tableau 8).
- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Système d'information des actes prestés au niveau des prestataires.
- Population de référence des prestataires.

Méthode de calcul

L'indicateur peut être calculé pour un service de santé couvert par le SA ou pour une catégorie de services, pour un prestataire ou pour un ensemble de prestataires. Les données nécessaires au calcul de l'indicateur peuvent être obtenues auprès du prestataire ou en ayant recours à un échantillon représentatif de personnes non-bénéficiaires résidant dans la zone d'intervention du SA.

La formule de calcul de l'indicateur, pour un service de santé Z (ou catégorie de services) durant la période considérée, est la suivante:

$$E.2 = \frac{\frac{\text{Nombre de prestations Z accordées aux bénéficiaires}}{\text{Nombre moyen de bénéficiaires}}}{\frac{\text{Nombre de prestations Z accordées aux non-bénéficiaires}}{\text{Nombre moyen de non-bénéficiaires}}}$$

Exemple

En reprenant l'exemple des hospitalisations non programmées prises en charge par le SA de Kalto:

- 50 hospitalisations médicalisées non programmées ont été prises en charge par le SA.
- 2 400 hospitalisations médicalisées non programmées ont été réalisées par l'hôpital auprès de la population de sa zone d'intervention, non-bénéficiaire du SA.
- Le nombre de bénéficiaires moyens du SA pendant la même période était de 1 705.
- L'effectif de la population de la zone couverte par l'hôpital est, pour la période considérée, de 105 000 personnes sans compter les bénéficiaires du SA.

Taux d'utilisation par les bénéficiaires =
 $(50 / 1\,705) \times 100 = \mathbf{2,9\%}$

Taux d'utilisation par les non-bénéficiaires =
 $(2\,400 / 105\,000) \times 100 = \mathbf{2,3\%}$

Taux d'utilisation comparé des services de santé:

$$\mathbf{E.2} = 2,9\% / 2,3\% = \mathbf{1,26}$$

Les bénéficiaires ont recours 1,26 fois plus souvent aux hospitalisations médicalisées non programmées que les non-bénéficiaires.

E.3: Temps de latence comparé

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Enquêtes auprès des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Enquêtes ménages spécifiques.
- Sondages auprès des bénéficiaires du SA utilisant les services de santé.

Méthode de calcul

Cet indicateur peut être imprécis dans la mesure où il repose sur les déclarations des personnes soignées (quant au début de la maladie). Il demande également que les dates de recours aux soins soient connues ce qui suppose que les prestataires tiennent à jour un document enregistrant les visites de l'ensemble des patients.

L'indicateur se calcule à partir des durées moyennes entre:

- La date de début de la maladie (X) ayant nécessité les soins considérés.
- La date de recours aux services (Y) (consultation, hospitalisation, etc.).

La formule de calcul de l'indicateur est la suivante:

- en considérant N bénéficiaires «sondés» durant la période considérée, on a:

Temps de latence pour les bénéficiaires du SA

$$E.3.1 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - X_i)}{N}$$

- en considérant M non-bénéficiaires «sondés» durant la même période, on a:

Temps de latence pour les non-bénéficiaires

$$E.3.2 = \frac{\sum_{i=1}^m (Y_i - X_i)}{M}$$

Le temps de latence comparé obtenu est:

$$E.3 = E.3.2 - E.3.1$$

Exemple

Dans cet exemple, ne sont considérés que 4 bénéficiaires, pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Temps de latence

pour le bénéficiaire 1 = 20 mars – 15 mars = **5 jours**

pour le bénéficiaire 2 = 25 octobre – 12 octobre = **13 jours**

pour le bénéficiaire 3 = 12 avril – 11 avril = **1 jour**

pour le bénéficiaire 4 = 12 juin – 9 juin = **3 jours**

Le temps de latence des bénéficiaires du SA (en moyenne) est:

$$E.3.1 = (5 + 13 + 1 + 3) / 4 = \mathbf{5,5 \text{ jours}}$$

De la même manière, sont considérés 5 non-bénéficiaires pour la même période.

Temps de latence

pour le non-bénéficiaire 1 = 30 mars – 22 mars = **8 jours**

pour le non-bénéficiaire 2 = 15 juin – 2 juin = **13 jours**

pour le non-bénéficiaire 3 = 12 octobre – 1^{er} octobre = **11 jours**

pour le non-bénéficiaire 4 = 17 septembre – 2 septembre = **15 jours**

pour le non-bénéficiaire 5 = 21 février – 10 février = **11 jours**

Le temps de latence des non-bénéficiaires (en moyenne) est:

$$E.3.2 = (8 + 13 + 11 + 15 + 11) / 5 = \mathbf{11,6 \text{ jours}}$$

Le temps de latence comparé est:

$$E.3 = 11,6 - 5,5 = \mathbf{6,1 \text{ jours}}$$

Les bénéficiaires attendent, en moyenne, 6 jours de moins que les non-bénéficiaires avant de recourir aux soins de santé.

E.4: Durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée

Référence

Tome 1, page 110.

Sources d'information

- Système d'information des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Attestations de soins.

Méthode de calcul

L'indicateur devra être calculé sur un échantillon représentatif de bénéficiaires et de non-bénéficiaires originaires d'une même zone et ayant subi une hospitalisation non programmée dans une même formation sanitaire. Les données sont recherchées dans les dossiers médicaux des malades bénéficiaires et non-bénéficiaires.

L'indicateur se calcule à partir des durées moyennes des hospitalisations non programmées c'est-à-dire à partir de:

- la date d'entrée à l'hôpital (X);
- la date de sortie de l'hôpital (Y).

La formule de calcul de l'indicateur est la suivante:

- en considérant N bénéficiaires «sondés» durant la période considérée, on a:

$$\text{Durée moyenne hospitalisation bénéficiaires} \quad E.4.1 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - X_i)}{N}$$

- en considérant M non-bénéficiaires «sondés» durant la même période, on a:

$$\text{Durée moyenne hospitalisation non-assurés} \quad E.4.2 = \frac{\sum_{i=1}^m (Y_i - X_i)}{M}$$

La durée moyenne comparée d'une hospitalisation non programmée est:

$$E.4 = E.4.2 - E.4.1$$

Exemple

Dans cet exemple, ne sont considérés que 4 bénéficiaires et 5 non-bénéficiaires. L'ensemble de ces personnes proviennent de la même zone et ont été hospitalisés pendant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Pour les bénéficiaires: (pour les hospitalisations non programmées).

Durée d'hospitalisation

pour le bénéficiaire 1 = 25 mars – 17 mars = **8 jours**

pour le bénéficiaire 2 = 25 décembre – 14 décembre = **11 jours**

pour le bénéficiaire 3 = 12 mars – 2 mars = **10 jours**

pour le bénéficiaire 4 = 11 juillet – 6 juillet = **5 jours**

La durée moyenne d'une hospitalisation pour les bénéficiaires est de:

$$(8 + 11 + 10 + 5) / 4 = \mathbf{8,5 \text{ jours}}$$

Pour les non-bénéficiaires: (pour les hospitalisations non programmées).

Durée individuelle

pour le non-bénéficiaire 1 = 10 janvier – 2 janvier = **8 jours**

pour le non-bénéficiaire 2 = 25 novembre – 10 novembre = **15 jours**

pour le non-bénéficiaire 3 = 12 février – 3 février = **9 jours**

pour le non-bénéficiaire 4 = 12 juin – 1^{er} juin = **11 jours**

pour le non-bénéficiaire 5 = 15 août – 3 août = **12 jours**

La durée moyenne d'une hospitalisation pour les non-bénéficiaires est de:

$$(8 + 15 + 9 + 11 + 12) / 5 = \mathbf{11 \text{ jours}}$$

$$\mathbf{E.4 = 11 - 8,5 = 2,5 \text{ jours.}}$$

Les bénéficiaires sont hospitalisés en moyenne 2,5 jours de moins que les non-bénéficiaires.

E.5: Coût moyen comparé d'une hospitalisation non programmée

Référence	Tome 1, page 111.
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none">● Fiche de suivi des coûts moyens des prestations prises en charge (tableau 7).● Système d'information des prestataires de soins autorisés par le SA.
Méthode de calcul	<p>Le mode de calcul de l'indicateur E.5 est comparable à celui de l'indicateur E.4. Pour obtenir E.5, il faut remplacer dans la formule de calcul de E.4 les durées moyennes par les coûts moyens des hospitalisations non programmées.</p> <p>Les coûts moyens d'hospitalisation ne peuvent être comparés que si les mêmes tarifs sont appliqués aux bénéficiaires et aux non-bénéficiaires.</p>

Taux d'exclusion des bénéficiaires

Référence

Tome 1, page 111.

Sources d'information

Enquêtes (sondages) auprès d'un échantillon de ménages bénéficiaires du SA et de ménages non-bénéficiaires.

Méthode de calcul

L'estimation du taux d'exclusion des bénéficiaires est réalisée sur la base d'une observation de la morbidité locale et d'une comparaison des comportements de recours des bénéficiaires et des non-bénéficiaires.

Pour ce faire, il est nécessaire de réaliser une enquête portant sur une période relativement importante afin de recenser un nombre suffisant de cas de maladie.

Les questions portent notamment sur la taille des ménages, le nombre de cas de maladie (quels que soient les cas), les recours utilisés pour chaque cas et les motifs de ces recours (qualité, proximité, problèmes d'argent, etc.).

Une telle enquête permet de réaliser une photographie de:

- la morbidité locale qui se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas de maladie dans le ménage durant la période (quelle que soit la gravité) par le nombre de personnes dans le ménage;
- l'utilisation des différents prestataires et services de santé locaux;
- l'impact du SA sur l'utilisation de ces prestataires et services;
- le taux d'exclusion éventuelle de bénéficiaires du SA des services couverts, ainsi que les motifs de cette exclusion et la comparaison avec la situation des non-bénéficiaires.

Ce type d'enquête peut-être réalisé lors de l'étude de faisabilité du SA et constitue une photographie de la situation de départ à laquelle pourront être comparées les évaluations futures concernant les bénéficiaires et les non-bénéficiaires.

Exemple

Un SA couvre les services (consultation, petite hospitalisation, maternité et pharmacie) d'un centre de santé communal (CSC) (système de tiers-payant avec ticket modérateur variable suivant les services).

Une enquête réalisée au sein de la population cible du SA (habitants des villages couverts par le CSC) lors d'une évaluation présente notamment les résultats suivants:

- Les taux de morbidité observés, projetés sur un an, s'élèvent à 1,2 cas de maladie par an et par personne au sein des ménages bénéficiaires et à 1,3 au sein des ménages non-bénéficiaires.

- Les comportements de recours observés sont résumés dans le tableau suivant:

Prestataires	Fréquence de recours aux prestataires	
	Ménages bénéficiaires	Ménages non-bénéficiaires
Automédication traditionnelle (1)	5 %	15 %
Automédication moderne (2)	10 %	50 %
Tradipraticiens (3)	7 %	7 %
«Charlatan» (4)	–	35 %
Prestataires privés (5)	–	3 %
CSC	95 %	25 %
Hôpital régional (consultations)	–	3 %
Hôpital régional (hospitalisations) (6)	4%	8 %
Autres prestataires (7)	–	–
Nombre de recours par malade	1,21	1,46

- (1) Utilisation de la pharmacopée traditionnelle à la maison.
- (2) Achat de médication sur le marché, dans les boutiques et utilisation de médicaments divers disponibles à la maison.
- (3) Guérisseurs traditionnels.
- (4) Arracheurs de dents, colporteurs et autres «prestataires» sans compétence médicale.
- (5) Soins de santé modernes.
- (6) L'hôpital régional dispose d'un centre de santé pour les habitants de la commune où il est implanté et reçoit les habitants des autres communes référés par les centres de santé dont le CSC, en hospitalisation.
- (7) Autres CS communaux et prestataires hors de la région.

Note d'analyse: avec des taux de morbidité comparables entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires (respectivement: 1,2 et 1,3 cas de maladie par an et par personne), le SA a drainé vers le CSC 95 pour-cent des malades bénéficiaires alors que seuls 25 pour-cent des malades non-bénéficiaires l'ont utilisé.

22 pour-cent des malades bénéficiaires ont recouru en premier lieu à l'automédication moderne et/ou traditionnelle et aux tradipraticiens. Il peut s'agir d'une forme d'exclusion temporaire, mais les motifs avancés par les ménages montrent que ceux-ci préfèrent tenter de soigner d'abord le malade, quand le cas est jugé bénin, au village pour gagner du temps ou éviter de se déplacer vers le CSC. Beaucoup de malades continuent également d'associer médecine moderne et médecine traditionnelle.

Les 5 pour-cent de malades bénéficiaires (répartis entre l'automédication traditionnelle et/ou moderne et les tradipraticiens) qui n'ont pas recouru au CSC se répartissent ainsi:

- 2 pour-cent par manque d'argent au moment de la maladie pour payer le ticket modérateur;
- 3 pour-cent estimaient les tradipraticiens plus compétents pour soigner la maladie en question.

Le taux d'exclusion des bénéficiaires, pour des raisons financières, s'élèverait donc à 2 pour-cent. Pour les non-bénéficiaires et d'après leurs réponses, ce taux s'élève à 32 pour-cent.

4 pour-cent des malades bénéficiaires ont été traités à l'hôpital régional (cas référés par le CSC) contre 8 pour-cent des non-bénéficiaires. Interrogés sur ce point, l'infirmier du CSC et le médecin-chef de l'hôpital ont expliqué que les bénéficiaires recourent plus rapidement et directement au CSC d'où une prise en charge de la maladie précoce, contrairement aux non-bénéficiaires. Ces derniers arrivent souvent au CSC dans un état grave et nécessitent une référence plus fréquente vers l'hôpital.

Cette utilisation plus faible des services de santé secondaires par les bénéficiaires ne traduit pas un phénomène d'exclusion mais une utilisation plus rapide et efficace du niveau primaire.



Indicateur d'efficience

C.1: Produits financiers

Référence

Tome 1, page 112.

**Source
d'information**

CdR.

**Méthode
de calcul**

Le ratio produits financiers / produits totaux est calculé à partir des produits financiers du SA (tableau 1 cellule h) et du total des produits de l'exercice (tableau 1, cellule X), figurant dans le CdR.

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$C.1 = \frac{\text{Produits financiers}}{\text{Total produits}} \times 100$$

Exemple

Dans le cas de la mutuelle de Kalikoro (tableau 1), l'indicateur est égal à:

$$C.1 = (\text{cellule h}) / (\text{cellule X}) = (5\,000 / 1\,355\,000) \times 100 = \mathbf{0,37\%}$$



Indicateurs d'impact

I.1: Part des prestations prises en charge par le SA

Référence Tome 1, page 117.

Sources d'information

- Système d'information des prestataires.
- Fiche de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Registres de paiement des prestations.

Méthode de calcul

La formule de calcul de l'indicateur, pour chaque service offert, est la suivante, pour une période donnée:

$$I.1 = \frac{\text{Nombre de prestations Z prises en charge}}{\text{Nombre total de prestations Z réalisées par prestataire Y}} \times 100$$

Cet indicateur est utile à calculer:

- pour les prestations les plus courantes prises en charge par le SA;
- pour les prestataires les plus fréquentés par les bénéficiaires.

Exemple

Un hôpital Y a effectué durant la période considérée 200 prestations (2^e colonne) dont 122 ont été prises en charge par le SA (3^e colonne). L'indicateur I.1 est calculé pour chaque prestation dans la 4^e colonne.

Catégories de services	Nombre de prestations effectuées par le prestataire Y = A	Nombre de prestations prises en charge par le SA = B	Indicateur I.1 = B/A
Hospitalisations non programmées	80	50	62,5 %
Interventions chirurgicales	45	25	55,5 %
Interventions gynécologiques	55	35	63,6 %
Soins ambulatoires	20	12	60,0 %
Total	200	122	61,0 %

I.2: Apport financier du SA aux prestataires de soins

Référence Tome 1, page 117.

**Sources
d'information**

- Comptabilité des prestataires de soins autorisés par le SA.
- Outils comptables du SA.
- Fiches de base des prestations prises en charge par prestataire (tableau 5).
- Registre de paiement des prestations.

**Méthode
de calcul**

Cet indicateur est pertinent si le SA pratique le système du tiers-payant. L'objectif est de connaître l'incidence financière du SA sur les recettes totales d'un prestataire donné (ou de l'ensemble des prestataires).

Pour chaque prestataire (ou l'ensemble des prestataires) et pour une même période, il faut disposer des données suivantes:

- **X** = *montant total des versements effectués par le SA au prestataire.*
- **Y** = *recettes perçues par le prestataire sur la base des copaiements effectués par les bénéficiaires du SA. Cette information est à rechercher dans la comptabilité du prestataire.*
- **Z** = *recettes totales des prestataires durant la période considérée. Cette information est à rechercher auprès du prestataire.*

L'indicateur est calculé à l'aide de la formule suivante:

$$I.2 = \frac{X + Y}{Z} \times 100$$

1.3: Taux de couverture

Référence Tome 1, page 118.

Sources d'information

- Outils de gestion et de suivi des bénéficiaires du SA et de la population (tableaux 3 et 4).
- Registres d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Listes de bénéficiaires (ou d'exclus).
- Etudes sociodémographiques menées au niveau local.

Méthode de calcul

Le taux de couverture de la population est calculé de la même façon que le taux de pénétration (M.5) en prenant la population totale de la zone d'intervention et non le public cible comme référence (dénominateur). Cet indicateur mesure la proportion de bénéficiaires au sein de la population totale de la zone d'intervention du SA.

$$1.3 = \frac{\text{Bénéficiaires}_{\text{Année N}}}{\text{Population zone}_{\text{Année N}}} \times 100$$

Exemple

Cet exemple reprend les données utilisées pour la construction du taux de pénétration (M.5) du SA de Kalto:

	Année N-2	Année N-1	Année N
Nombre total de bénéficiaires	948	1 529	1 705
Public cible	10 000	10 200	10 300
Population totale de la zone	150 000	152 000	153 000
Taux de pénétration	9,5 %	15,0 %	16,6 %
Taux de couverture de la population	0,6 %	1,0 %	1,1 %

Note d'analyse: cet exemple montre que malgré un taux de pénétration de 16,6 pour-cent, le « poids » du SA est très faible sur la population de sa zone d'intervention (1,1 pour-cent).

1.4 Répartition des bénéficiaires par catégorie

Référence Tome 1, page 119.

Sources d'information

- Registre d'adhésion, de paiement des cotisations et des droits d'adhésion.
- Fiches d'adhésion et de cotisation.
- Etudes sociodémographiques menées au niveau local.
- Enquêtes des ménages spécifiques mentionnant les informations par catégorie.

Méthode de calcul

L'indicateur mesure et compare la part relative de certaines catégories de personnes au sein de l'ensemble des bénéficiaires d'un côté et de la population de la zone d'intervention d'un autre côté.

Le tableau ci-dessous présente une forme de répartir en catégories les bénéficiaires et la population de la zone d'intervention. D'autres catégories peuvent être retenues, par exemple, basées sur le revenu, la distance d'habitation du centre de santé (ou du SA) ou la profession.

	Population de la zone d'intervention		Bénéficiaires du SA		Analyse des écarts par catégorie
	Nombre	Répartition en %	Nombre	Répartition en %	%
<i>Total</i>					
Masculin					
Féminin					
0 - 5 ans					
5 - 15 ans					
15 - 45 ans					
45 ans et plus					

Exemple

Le tableau ci-dessous donne un exemple de répartition comparée des bénéficiaires du SA de Kalto et des membres de la population de la zone d'intervention en catégories constituées sur la base des âges et du sexe.

	Population de la zone d'intervention A		Bénéficiaires du SA B		Analyse des écarts par catégorie B - A
	Nombre	%	Nombre	%	%
Total	153 000	100	1 705	100	-
Masculin	75 000	49	887	52	+3
Féminin	78 000	51	818	48	-3
0 - 5 ans	15 300	10	188	11	+1
5 - 15 ans	38 250	25	409	24	-1
15 - 45 ans	68 850	45	682	40	-5
45 ans et plus	30 600	20	426	25	+5

Note d'analyse: les écarts de répartition, selon les catégories sélectionnées, entre bénéficiaires et membres de la population de la zone d'intervention sont relativement faibles. Il faut noter, toutefois, que la catégorie des plus de 45 ans est surreprésentée au sein des bénéficiaires.