

Utilité de l'analyse des sinistres en micro-assurance santé: leçons de trois cas d'Asie du Sud

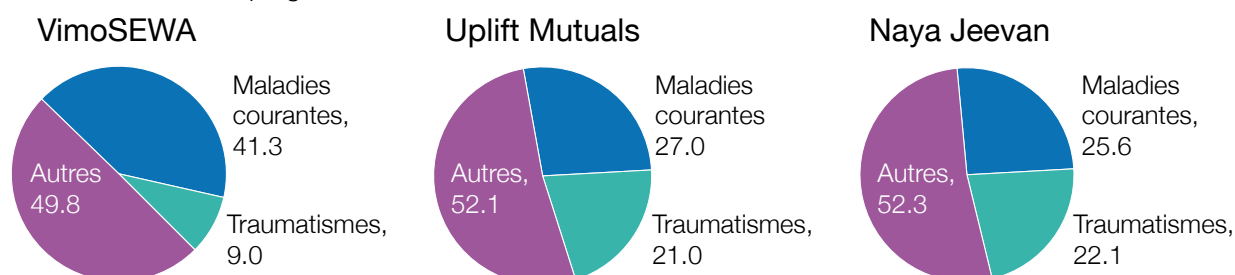
Briefing Note

La plupart des prestataires de micro-assurance santé (MAS) ont les moyens de mieux comprendre les schémas de maladie et de sinistres des clients assurés. L'analyse des données sur les sinistres fournit aux opérateurs des indications précieuses pour améliorer à la fois la valeur de leur programme pour les clients et sa viabilité. Cette note offre un aperçu de l'analyse comparative des données de sinistres de trois programmes de micro-assurance santé en Asie du Sud, mis en œuvre par VimoSEWA, Uplift et Naya Jeevan.

UNE POIGNÉE D'AFFECTIONS COURANTES, NOTAMMENT ASSOCIÉES À DES DIARRHÉES OU DES FIÈVRES, REPRÉSENTE, AVEC LES TRAUMATISMES ET LES ACCIDENTS, ENVIRON 50 % DES COÛTS DES SINISTRES. Bon nombre de ces pathologies peuvent être évitées ou traitées par des soins ambulatoires si elles sont détectées tôt et que des services de soins sont accessibles.

LES DONNÉES DE SINISTRES PEUVENT FOURNIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LES SCHÉMAS SOUS-JACENTS DE MALADIE ET SUR LE COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS DES ASSURÉS. L'analyse de la fréquence des sinistres et des rejets de demande d'indemnisation par diagnostic ou en fonction d'autres variables, par exemple par prestataire de soins ou par critère démographique, permet au prestataire d'identifier comment adapter ses produits, ses services et ses opérations aux besoins et aux objectifs des clients, et aux siens propres. Elle permet aussi d'évaluer la manière dont les clients utilisent les produits. Les données de sinistres liés à des hospitalisations peuvent également renseigner sur le statut des services de santé accessibles aux clients. Par exemple, dans un contexte où les services de soins ambulatoires sont faibles, les cas d'hospitalisation pour des diarrhées ou des fièvres peuvent être plus courants.

IL EST ESSENTIEL DE SAVOIR POURQUOI, À QUELLE FRÉQUENCE ET À QUEL COÛT LES ASSURÉS ONT RECOURS AUX SOINS ET INTRODUISENT DES DEMANDES D'INDEMNISATION. Une meilleure connaissance des facteurs de sinistres peut aider les programmes de MAS à identifier et à apporter des améliorations aux produits et aux processus, et à augmenter ainsi à la fois la valeur pour le client et la viabilité du programme.



DIX RECOMMANDATIONS POUR EXPLOITER LE POTENTIEL DES DONNÉES DE SINISTRES

1. Définir, attribuer et faire connaître les responsabilités liées à la collecte, au suivi et à l'interprétation des données de sinistres.
2. Identifier les données clés et définir une procédure pour la collecte et l'analyse des données. La procédure de collecte et d'analyse doit prendre en compte le critère de disponibilité des données et les éventuels arbitrages inhérents.
3. Attribuer un numéro ou un code d'identification unique à chaque police, à chaque personne assurée, à chaque prestataire de santé et à chaque sinistre. Utiliser des descriptions et des codes standards pour désigner les catégories d'affections, les types de prestataires de soins et le statut des sinistres.
4. Utiliser un logiciel pour faciliter l'enregistrement, la sauvegarde, le suivi et le partage des données. Nul besoin d'un logiciel coûteux ou complexe – un certain nombre de prestataires de MAS se contente d'un tableur de type Excel, complété par un logiciel personnalisé pour l'analyse de leurs données de sinistres.
5. Mettre en place une formation et un suivi des prestataires de soins de santé, du personnel interne et d'autres parties prenantes, pour s'assurer qu'ils savent comment collecter et soumettre les données de sinistres au prestataire de MAS.
6. Identifier les principaux facteurs de sinistres et les schémas d'indemnisation dans le temps, pour être en mesure d'identifier des tendances, telles que l'inflation des coûts médicaux, susceptibles d'avoir un impact à la fois sur la conception du produit et la valeur pour le client.



7. Suivre les délais de règlement des sinistres et les taux de rejet des demandes d'indemnisation du point de vue du client. Des délais importants et des taux de rejet élevés sont le signe de blocages et de dysfonctionnements des processus, qui peuvent diminuer la valeur des produits et augmenter à la fois les coûts directs (processus demandant plus de personnel) et les coûts indirects (moindre fidélisation de la clientèle).
8. Surveiller l'évolution des soins médicaux dispensés, de l'utilisation des services et des charges au niveau des clients et des prestataires de santé. Des variations peuvent signaler des fraudes, un risque moral ou des valeurs anormales justifiant une intervention.
9. Utiliser les données de sinistres pour optimiser la conception des produits et calculer les niveaux de prime avec une plus grande précision.
10. Analyser et diffuser les données dans l'objectif d'améliorer le système de santé et de favoriser l'amélioration de la prévention.

Sous l'égide de l'Organisation Internationale du Travail, le programme *Impact Insurance* aide le secteur de l'assurance, les gouvernements et leurs partenaires à exploiter pleinement le potentiel de développement social et économique de l'assurance. Anciennement Fonds pour l'innovation en micro-assurance, le programme a été lancée en 2008 grâce au généreux soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates et a par la suite bénéficié du financement de plusieurs autres bailleurs de fonds, notamment la Fondation Z Zurich, la Fondation Munich Re, le Groupe de la Banque mondiale, l'USAID et AusAID. Plus d'informations à l'adresse: <http://www.ilo.org/impactinsurance>