

INNOVATIONS ET BARRIÈRES EN MICRO-ASSURANCE SANTÉ

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen et Jeanna Holtz¹
Octobre 2010

INTRODUCTION

La micro-assurance santé (MAS) est une solution prometteuse pour atténuer les risques de maladie et d'invalidité qui touchent majoritairement les populations pauvres de la planète. Bien que la MAS soit un phénomène relativement nouveau, de récentes statistiques montrent qu'environ 40 millions d'individus dans le monde ont une forme de couverture de micro-assurance santé, essentiellement en Inde.

L'apparition de programmes de MAS dans le monde permet d'espérer que les pauvres pourront au minimum bénéficier d'un accès fiable et approprié à des soins de santé abordables. Les recherches montrent que l'accès à la MAS réduit les dépenses de santé, principalement en cas de catastrophe sanitaire, et améliore l'accès à des soins de santé de qualité pour ceux qui sont assurés. On sait également que la MAS stimule d'importants comportements de protection de la santé comme l'utilisation d'une moustiquaire ou l'administration d'un traitement antipaludéen à un stade plus précoce de la maladie. On est cependant peu renseigné sur l'impact de la MAS sur les résultats de santé et le bien-être des ménages, surtout en ce qui concerne les populations les plus pauvres qui ont tendance à être exclues des programmes de MAS et qui reçoivent généralement des soins de moindre qualité. Il y a encore de la marge pour développer et étendre les prestations de MAS. Il faut y parvenir pour faciliter l'accès des individus à faibles revenus aux soins nécessaires en temps et en heure, de façon à réduire les catastrophes financières et augmenter la productivité économique et l'utilisation efficiente des ressources.

La MAS n'est qu'une des nombreuses options de financement des soins de santé à la disposition des pauvres. Les autres solutions sont les dépenses,

le crédit ou les couvertures santé partielles ou universelles financées par l'État. Les études montrent que 26 % des ménages des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires ont recours à l'emprunt ou à la vente de biens pour couvrir leurs dépenses de santé, ce qui signifie qu'il y a d'énormes disparités de financement dans ce domaine. Bien que les soins de santé soient de plus en plus considérés comme un droit et un bien public, dans la réalité, les contraintes en matière de ressources ralentissent le déploiement et l'extension du financement par l'État. Dans ces circonstances, la MAS est une alternative possible ; les stratégies hybrides qui associent MAS privée et points forts du secteur public sont elles aussi susceptibles de repousser les frontières du financement des soins de santé pour les pauvres.

Malgré les indicateurs positifs et le potentiel de la MAS, de nombreuses difficultés limitent la croissance et l'impact de ce secteur. Cette note d'information, tirée d'une étude thématique plus longue qui incluait l'analyse de 68 documents couvrant la période 1999-2010 et des interviews de plus de 31 spécialistes représentant 25 organisations différentes, passe ces difficultés en revue et s'attache à la MAS du secteur privé. Elle identifie donc les barrières au succès et présente également des innovations qui peuvent faire progresser le secteur, parmi lesquelles les partenariats avec des programmes publics.



¹ Cette note est extraite du Microinsurance Paper n°6 disponible sur www.ilo.org/microinsurance dans lequel figurent tous les remerciements et les citations pertinentes. Sheila Leatherman travaille pour la Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina-Chapel Hill, Lisa Christensen pour la Kenan-Flagler Business School, University of North Carolina-Chapel Hill, et Jeanna Holtz pour le Fonds pour l'innovation en micro-assurance.

LA COMPLEXITE DE LA MICRO-ASSURANCE SANTÉ

Concevoir des produits pérennes et de qualité est intrinsèquement plus complexe en MAS que dans d'autres types de micro-assurance. La plupart des produits de MAS couvrent des risques liés à des catastrophes qui ne surviennent que rarement, sont souvent imprévisibles et entraînent un besoin de services très coûteux. Ces événements catastrophiques sont plus faciles à assurer que les soins de santé routiniers, si bien que les assureurs en ont fait leur priorité, se contentant souvent de couvrir uniquement les soins hospitaliers. Cependant, les programmes de MAS éprouvent des difficultés à trouver des adhésions pérennes pour ces polices de soins hospitaliers, ce qui est en partie dû au fait que les pauvres accordent plus de valeur aux services liés aux événements récurrents, prévisibles et peu coûteux. La solution idéale serait donc de répondre aux deux besoins, ce qui permettrait à la fois de réduire la vulnérabilité des clients aux catastrophes et d'améliorer les résultats de santé en général.



© ILO

La nature même de la MAS la différencie des autres formes d'assurance. En effet, il n'est pas question ici du versement d'une somme pour compenser une perte, mais d'un service fourni par une tierce partie, le prestataire de soins de santé, qui, du fait de ses connaissances, possède un avantage à la fois sur le patient et sur l'assureur en ce qui concerne l'établissement du diagnostic et la prescription des soins nécessaires. Il est donc extrêmement difficile de contrôler le recours à cette tierce partie, de veiller à ce que les services soient adaptés et d'atténuer les risques de fraude et de tarification irrationnelle. Et, ce qui ne fait que compliquer la situation, les établissements de santé dans les pays en développement fournissent souvent des services de piètre qualité, ce qui en réduit l'impact et influe sur la satisfaction du client.

En MAS, les principaux problèmes concernant l'offre sont liés aux contraintes de capital qui proviennent d'un nombre insuffisant de souscriptions et d'une inefficience opérationnelle. Une tarification inadaptée, un recours limité à la technologie et un manque de réassurance ne font qu'exacerber ces difficultés. Dans ce contexte, les programmes de MAS diffèrent à bien des égards : conception des programmes, approche en matière de distribution et de service et couverture ou prestations. Cette complexité s'explique par le fait que les différentes configurations de programmes répondent aux exigences d'environnements opérationnels disparates. Assureurs commerciaux, groupes communautaires, institutions de microfinance et autres entités impliquées en MAS exploitent

leurs points forts pour fournir des programmes à leurs groupes cibles. En évaluant l'état actuel du secteur, y compris ces importantes différences, cette note identifie des solutions pour progresser.

INNOVATIONS ET MESURES EN FAVEUR DE LA MICRO-ASSURANCE SANTÉ

Il existe un certain nombre de secteurs dans lesquels la MAS peut être améliorée. De nombreux projets y travaillent dans le monde et testent des solutions innovantes qui consistent par exemple à étendre les prestations clients, à surmonter la faible capacité à payer, à améliorer l'efficacité afin d'augmenter l'échelle et à mettre en place des collaborations entre les secteurs public et privé.

Étendre les prestations clients

Elles ne doivent plus se limiter à l'hospitalisation.

Les problèmes de santé mineurs sont une réelle préoccupation pour la plupart des ménages à faibles revenus et le fait de répondre à cette demande peut augmenter les souscriptions et stabiliser la mutualisation des risques. De plus, l'amélioration des prestations en matière de soins primaires incite les individus à procéder à des contrôles de santé réguliers, à consulter plus rapidement et à se faire soigner à temps en cas de maladie bénigne. Tout cela doit permettre de réduire le coût général des traitements et les demandes d'indemnisation de soins hospitaliers et, au bout du compte, améliorer la viabilité des programmes de MAS dans leur ensemble. Plusieurs organisations en Inde ont développé des solutions originales pour répondre à la demande de soins primaires (voir Encadré 1).

Encadré 1. Large couverture grâce aux professionnels de santé communautaires en Inde

Swayam Shikshan Prayog (SSP), une ONG indienne qui favorise les opportunités sociales et économiques pour les femmes à faibles revenus et leur famille, teste actuellement un modèle hybride de MAS pour trouver une solution à certaines des restrictions imposées par les dispositifs communautaires. Le risque financier lié aux prestations de soins hospitaliers est porté par une société d'assurance, à quoi s'ajoute un panier de prestations de soins primaires offertes par des professionnels de santé communautaires et fournies grâce à un réseau de praticiens locaux, de centres de diagnostic et d'unités de distribution de médicaments. Les professionnels de santé communautaires s'apparentent à des entrepreneurs sociaux qui œuvrent pour une meilleure santé et touchent des commissions lorsqu'ils engagent de nouveaux membres. En plus de la couverture des soins d'hospitalisation, les assurés peuvent bénéficier de soins de santé supplémentaires et avoir accès à des soins primaires et à des traitements et des médicaments préventifs pour un coût de 30 à 40 % inférieur aux coûts habituels.

Une des approches à forte valeur ajoutée pour les clients ayant des problèmes de santé chroniques, et qui est absente des programmes de MAS actuels, consiste à offrir des réductions sur les consultations de routine et les médicaments (voir Encadré 1). Non seulement ces réductions peuvent

augmenter la valeur perçue et stimuler les renouvellements de souscription, mais elles permettent également d'éviter les hospitalisations inutiles, ce qui peut déboucher sur une baisse des primes ou une amélioration des prestations. Un autre moyen d'accroître la satisfaction du client et les résultats de santé en matière de soins primaires est d'envoyer des rappels automatiques (au moyen de SMS, par exemple) pour les soins préventifs ou curatifs.

Surmonter la faible capacité à payer

Étant donné que l'accessibilité est un des paramètres clés de la demande de MAS, de nombreux pays ont mis en place des mécanismes de financement des soins de santé comme le partage des coûts ou les subventions publiques. Mais en dépit de ces solutions, il reste difficile de proposer des produits de MAS abordables tout en générant un revenu suffisant pour que l'activité perdure. Actuellement, la pratique la plus courante en matière de paiement consiste à collecter les primes annuelles au moment de la souscription ou peu de temps après. Certains programmes expérimentent cependant d'autres méthodes parmi lesquelles le recours de l'assuré à l'épargne, ce qui permet d'introduire davantage de souplesse dans le paiement des primes et de résoudre certaines difficultés propres aux pauvres comme la saisonnalité des revenus (voir Encadré 2).

Encadré 2. Paiement électronique des primes à partir d'un compte d'épargne en Bolivie

Zurich Bolivia Group fournit avec succès des produits de MAS par l'intermédiaire de BancoSol, une banque commerciale spécialisée dans le marché à faibles revenus. Ce succès vient en partie du fait que les ventes des produits et le paiement des primes se font via le compte d'épargne des assurés. Le produit, vendu dans les banques, offre une couverture à 100 % des consultations médicales, à 80 % des services auxiliaires et maternité, à 70 % des hospitalisations et des interventions chirurgicales, ainsi qu'une assurance vie pour 3,99 USD par mois. Zurich Bolivia a investi dans un système d'information de gestion personnalisé afin d'automatiser la collecte des primes et de l'intégrer aux fonctions bancaires. La collecte mensuelle des primes est adaptable : si le compte d'épargne n'est pas suffisamment approvisionné au moment où le paiement doit être effectué, le système réessaie tous les jours suivants jusqu'à ce que 1) il y ait assez de fonds disponibles ou que 2) 60 jours se soient écoulés, auquel cas la police est supprimée.

Par ailleurs, comment surmonter les contraintes financières sur le versant des demandes d'indemnisation ? Une des principales innovations dans ce domaine est la prestation sans liquidités, qui permet à l'assuré de bénéficier de soins de santé sans avoir à avancer l'argent et à remplir ensuite une demande de remboursement. Quand un programme de MAS travaille sur une zone géographique restreinte et a suffisamment de portée, de capacité et d'expertise opérationnelle, il peut se charger lui-même de la gestion administrative de ce type de produits. Sinon, les programmes de MAS font souvent appel à des tiers administrateurs pour procéder au paiement directement auprès des prestataires de soins, contrôler les clients éligibles ainsi que la prestation des soins. L'émergence d'un plus grand nombre de tiers administrateurs disposant de compétences en matière de

technologies de l'information dans le secteur de l'assurance permettra sans doute de mieux contrôler les coûts dans le secteur de la MAS, où les marges sont réduites et les transactions coûteuses.

Une autre solution pour fournir le capital nécessaire consiste à subventionner les primes de MAS. Certains bailleurs de fonds et gouvernements versent des subventions temporaires au secteur de l'assurance santé (exemple : le Health Insurance Fund au Nigeria). La logique veut que les assurés prennent conscience de la valeur de l'assurance et continuent à souscrire même lorsque les subventions sont supprimées. On a également recours à des subventions permanentes pour les populations les plus pauvres dans plusieurs pays dont la Géorgie et le Ghana. Compte tenu de l'incapacité des pauvres à payer les soins de santé, il est difficile d'envisager que des programmes de MAS de qualité puissent augmenter leur échelle au niveau régional ou international en l'absence de subventions ou d'un autre type d'aide du secteur public.

Améliorer l'efficacité pour augmenter l'échelle

Étant donné que les clients à faibles revenus sont extrêmement sensibles aux tarifs, c'est tout le processus de vente et d'administration de MAS qui doit être aussi efficace que possible. Sous-traiter l'administration à des tiers est une des solutions, mais la technologie peut également être un outil précieux pour un grand nombre d'opérations. Peu de programmes de MAS s'en servent néanmoins et ils sont également peu nombreux à utiliser des systèmes d'information de gestion. Des études de cas portant sur sept programmes de MAS en Afrique de l'Est ont montré que seuls deux d'entre eux utilisaient l'informatique pour améliorer les contrôles et obtenir des données sur la gestion. La technologie peut également être utile sur d'autres plans comme l'amélioration de l'accès aux soins pour les clients ruraux (voir Encadré 3).

Encadré 3. Technologie mobile pour relier médecins et patients ruraux

Établie à Hyderabad, en Inde, CARE Foundation expérimente un dispositif rural de prestation de soins de santé et de micro-assurance qui s'attache à fournir des soins primaires au sein d'un village. Les membres de la communauté reçoivent une formation pour devenir des champions de santé villageoise (CSV) et fournir « des soins partout dans le village ». Pour les diagnostics de routine, les CSV utilisent un terminal portable équipé d'un système d'aide à la décision clinique afin de fournir des conseils médicaux appropriés et des prescriptions. Dans les cas plus inhabituels, ils entrent en contact avec un médecin de CARE géographiquement éloigné qui recommande un traitement par SMS. CARE achève actuellement les derniers tests sur la technologie, la formation des CSV et la conception du produit. Ce dernier sera testé en 2010 avec une portée cible de 50 villages qui compteront environ 100 000 résidents à faibles revenus en 2012.

Collaboration entre les secteurs public et privé

Une autre solution pour fournir une large couverture de MAS est d'établir des partenariats public-privé (PPP). Les recherches ont montré que l'accès aux soins de santé nécessite souvent la coopération et les compétences réunies des secteurs public et privé qui ont chacun des ressources et des rôles complémentaires. Les PPP permettent tout particulièrement de



Terminal portable de Care

puiser dans la créativité et l'efficacité du secteur privé tout en exploitant les capacités de mobilisation de fonds du secteur public. Les fonds publics peuvent s'avérer nécessaires pour financer les soins les plus préventifs et la promotion de la santé ou pour subventionner les soins primaires et/ou hospitaliers.

Les entités publiques peuvent également coordonner les acteurs du secteur privé pour obtenir une mutualisation des risques plus grande et plus stable. Le secteur public peut instaurer une réglementation favorable et mettre à disposition des installations sanitaires sous-exploitées que le secteur privé pourra utiliser pour accroître l'accès et baisser les coûts ; le secteur public peut en outre définir et faire respecter des normes de qualité et d'accréditation. Enfin, l'expertise du secteur privé en matière de gestion peut permettre de trouver des solutions pour réduire la fraude, gérer les risques et les coûts des programmes et stimuler l'innovation tout le long de la chaîne de valeur de la MAS (développement du produit, technologies de l'information, etc.). Ainsi, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), un dispositif d'hospitalisation subventionné par l'État et destiné aux plus pauvres en Inde, est fourni via des sociétés d'assurance du secteur privé. En outre, d'intéressantes méthodes pour augmenter l'échelle de la MAS ont été utilisées au Rwanda et au Ghana où les

systèmes d'assurance sociale s'appuient sur des dispositifs de santé communautaires déjà existants.

CONCLUSION : UN EFFORT COORDONNÉ

Au vu des témoignages et des interviews d'experts, on constate que les programmes peuvent suivre deux approches du financement des soins de santé : réduction de la vulnérabilité (en mettant l'accent sur les événements catastrophiques ou les soins hospitaliers), ou amélioration des résultats en matière de santé (en privilégiant les soins primaires, la prévention et les soins chroniques). La présence conjointe de ces deux aspects n'est pas sans poser problème, car le premier est davantage en ligne avec les principes de l'assurance, tandis que le second répond davantage à un souhait des clients et peut donner de meilleurs résultats de santé. Les programmes de MAS doivent donc chercher à les équilibrer grâce à des modèles économiques efficaces, des innovations technologiques, des paniers de prestations sur mesure et des systèmes de paiement variés. La solution passe aussi par des PPP qui associent d'un côté la faculté du secteur public à trouver des fonds, à mutualiser de grands groupes et à intervenir dans les problèmes réglementaires et de l'autre l'innovation, l'expertise en matière d'assurance, l'efficacité et la technologie propres au secteur privé.

Pour continuer à progresser, la MAS doit donc exploiter les efforts combinés des responsables politiques et des autorités publiques, des assureurs et des réassureurs, et des acteurs du secteur privé parmi lesquels les entreprises spécialisées dans la technologie, les ONG et les prestataires de soins de santé. Mais aucun de ces efforts ne portera ses fruits si l'on ne sollicite pas en permanence la contribution de l'acteur le plus important de tous : le client potentiel.

Sous couvert de l'Organisation internationale du travail (OIT) et du Programme Finance et Solidarité, le **Fonds pour l'innovation en micro-assurance** vise à accroître la disponibilité de produits d'assurance de qualité pour les personnes à faibles revenus des pays en développement (PED) afin de les protéger des risques et rompre le cycle de la pauvreté. Le Fonds a été créé en 2008 grâce à une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Pour en savoir plus : www.ilo.org/microinsurance



Bureau
international
du Travail



The social dimension of finance

microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance