

Baisse des coûts grâce à de nouvelles formes d'assurances

Les nouvelles formes d'assurance – à savoir l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (HMO), l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise annuelle à option – peuvent contribuer efficacement à la réduction des coûts de l'assurance-maladie. C'est ce que révèle une étude effectuée par la firme Prognos sur mandat de l'OFAS. La diminution des coûts provient d'économies réelles, indépendamment de l'état de santé des assurés concernés. L'inscription de ces nouvelles formes d'assurance-maladie dans la LAMal favorisera par conséquent la diminution des coûts recherchée par le législateur.

Rita BAUR (Prognos SA), Till BANDI, Stefan SCHÜTZ

De nouvelles formes d'assurance-maladie peuvent-elles contribuer à la réduction des coûts de la santé? Telle est la question fondamentale à laquelle tente de répondre l'étude.¹ Les résultats de cette étude ont fait l'objet de huit rapports partiels, résumés dans un rapport de synthèse.²

Le comportement des assurés et des médecins comme valeur de référence

Les assurés qui ont opté pour l'assurance avec bonus ou avec franchise annuelle à option ont intérêt à recourir le moins possible à des prestations médicales. Dans les systèmes HMO, les médecins sont incités à prodiguer à leurs patients des soins

dans une optique de maîtrise des coûts et de promotion de la santé.

Qui opte pour les nouvelles formes d'assurance?

On observe pour la période couverte par l'étude, soit de 1991 à 1994, que les trois formes d'assurance séduisent principalement des assurés qualifiés de «bon risque» en jargon d'assurance. C'est-à-dire des assurés plutôt jeunes, de sexe masculin, qui ne souffrent d'aucune maladie chronique et se considèrent subjectivement en parfaite santé. Cette (auto)sélection du risque est plus marquée parmi les assurés qui ont opté pour un système d'assurance avec bonus. Les assurés qui ont choisi une assurance avec bonus ou avec une

Fin 1989, le Conseil fédéral avait, par le biais d'une modification d'ordonnance, donné son aval à l'introduction de l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations et de l'assurance avec bonus. Il souhaitait que l'introduction de ces nouveaux modèles d'assurance contribue à freiner l'évolution des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. Les répercussions de ces nouveaux modèles d'assurance n'étant pas prévisibles, le Conseil fédéral a chargé l'OFAS de mener parallèlement une étude scientifique qui consistait à évaluer les effets des nouvelles formes d'assurance. L'étude visait par ailleurs à concevoir et à tester, dans le cadre de ces travaux, une nouvelle forme de statistique de l'assurance-maladie. En effet, les bases de données de l'assurance-maladie ne satisfont plus, depuis longtemps, aux besoins de l'autorité de surveillance, des autorités politiques, des assureurs et ne sont plus appropriées sur le plan scientifique. Sur proposition des assureurs, le champ d'investigation a été par la suite élargi à l'assurance avec franchise annuelle plus élevée.

L'acceptation par le peuple de la LAMal a rendu caduc le premier objectif de l'évaluation du fait que les nouvelles formes d'assurance ont été inscrites dans la nouvelle loi. Les conséquences de l'application de la LAMal et la nouvelle statistique de l'assurance-maladie, devant être établie annuellement dès 1998, ont occupé une place prépondérante dans les travaux.

Les rapports finaux de l'étude, disponibles dès à présent, contiennent des informations intéressantes et encore valables quand bien même la période couverte par l'enquête remonte à quelques années.

franchise annuelle élevée se recrutent principalement parmi les personnes financièrement à l'aise. On peut déduire de cette particularité que les assurés concernés ne risquent pas de s'abstenir de consulter un médecin pour des motifs économiques.

Question décisive : la structure de risque favorable suffit-elle à expliquer à elle seule les différences de coûts ?

Vu que les nouvelles formes d'assurance présentent une structure de risque plus favorable que celle de l'assurance-maladie traditionnelle, il n'est guère surprenant que les coûts des personnes ainsi assurées soient nettement inférieurs à ceux relevant de l'assurance traditionnelle. Reste cependant à vérifier si les différences de coût résultent uniquement de la structure – plus favorable – en termes de risque ou si la forme même de l'assurance, et à travers celle-ci la stimulation exercée, peuvent générer une diminution «réelle» des coûts de la santé.

Réductions de coût supérieures aux réductions de prime

Comparée au système traditionnel d'assurance, l'assurance avec bonus permet de réaliser une économie réelle, ceci indépendamment des particularités dues à la structure de risque, de l'ordre de 30%. L'économie est même légèrement supérieure dans le système des franchises à option lorsque l'assuré choisit la franchise la plus élevée (1200 francs). Elle ne peut en revanche être établie statistiquement avec certitude pour les franchises inférieures (350 ou 600 francs). L'assurance avec bonus et celle qui prévoit une franchise de 1200 francs entraînent dans une certaine mesure un dé-

1 Le concept de l'étude est décrit en détail dans CHSS 1/1994 (p. 38 ss).

2 Office fédéral des assurances sociales (ed.), Prognos AG, Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. Rapport de synthèse, Berne 1998.

Les «nouvelles» formes d'assurance prises en considération dans le cadre de l'évaluation

1

Assurance avec bonus	Franchise annuelle à option	Assurance limitant le libre choix des assurés: HMO (Health maintenance organization)
Les assurés qui n'occasionnent aucun frais à leur caisse bénéficient d'un rabais de prime l'année suivante. Ce bonus augmente d'année en année pour atteindre un plafond d'environ 40 % au terme de cinq ans.	Les assurés qui choisissent une franchise supérieure à la franchise ordinaire bénéficient d'un rabais de prime et assument, en cas de maladie, une part plus élevée des frais de traitement. Pendant la période sous revue, les assurés avaient le choix entre trois niveaux de franchise: 350 fr, 600 fr, 1200 fr.	En cas de maladie, les assurés s'engagent à consulter en priorité un médecin HMO. Celui-ci décide si une consultation chez un spécialiste ou une hospitalisation s'impose. La renonciation au libre choix du médecin donne lieu à une réduction des primes d'assurance. Les HMO sont financées par le biais d'un forfait par assuré et non sur la base des décomptes individuels de prestations.
Nombre d'assurés 1994: 15 087 Evolution 91/94: +25,9 % par année	Nombre d'assurés 1994: min. 365 000 Evolution 91/94: +21,2 % par année	Nombre d'assurés fin 1994: 16 513¹ Evolution 91/94: +62,6 % par année

Evolution ultérieure des effectifs d'assurés (modification en %)

1995:	+113,8 %	+8,5 %	+42,7 %
1996:	-14,9 %	+230,0 %	+243,7 %

¹ Données relatives aux trois premières HMO créées, soit HMO-Zurich/Wiedikon, Medizinisches Zentrum Helvetia (MZH)-Zurich, HMO-Bâle. D'autres HMO ont été constituées dès 1994; celles-ci n'entrent toutefois plus dans l'évaluation.

L'assurance avec bonus permet de réaliser une économie réelle d'environ 30 %. Les franchises élevées et l'assurance HMO donnent lieu à des économies du même ordre de grandeur.

placement de la charge financière, qui n'apparaît pas dans les données des caisses-maladie du fait que les assurés ne présentent pas toutes les notes d'honoraires des médecins pour remboursement mais les prennent en charge eux-mêmes. Les enquêtes révèlent que les assurés prennent en charge en moyenne le 10 % des frais, ce qui réduit la différence de coût effective à 30 %.³ Il en résulte, pour les deux formes d'assurance, une diminution réelle des coûts supérieure aux réductions de prime accordées aux assurés.

L'assurance HMO génère elle aussi des économies réelles de coûts de 30 à 35 % par rapport à un système d'assurance traditionnel. Plus

³ Cela est valable du point de vue des assurés, mais non pour les assurances.

Contenu des enquêtes menées auprès des assurés

2

Etude partielle	Questions principales
I Enquête de base	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des risques • (Autres) critères guidant le choix de l'assurance • Jugement porté sur les différentes formes d'assurance • Indices pour les frais de santé assumés par le patient
II Frais de santé assumés par l'assuré Etat de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Montant des frais de santé assumés entièrement par les assurés eux-mêmes pour <ul style="list-style-type: none"> - médecins, hospitalisations - médicaments - prestations de santé paramédicales • Modifications de l'état de santé subjectif
III Aspects qualitatifs des HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction subjectif à l'égard des centres HMO par rapport aux cabinets médicaux traditionnels • Frais de santé assumés par l'assuré HMO lui-même
IV Assurés sortis de la HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Raisons de quitter l'assurance HMO • Sélection des risques par les départs
V Comparaison de la structure des nouveaux adhérents	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités entre la génération des pionniers et les assurés ultérieurs <ul style="list-style-type: none"> - sélection des risques - structure sociodémographique

sieurs facteurs expliquent ce résultat, notamment:

- un taux d'hospitalisation moins élevé,
- une diminution des frais de médicaments,
- un choix rigoureux des médecins spécialistes,
- l'abstention de contre-examens.

Dans ce système, l'avantage est moindre pour les assurés et ne dé-

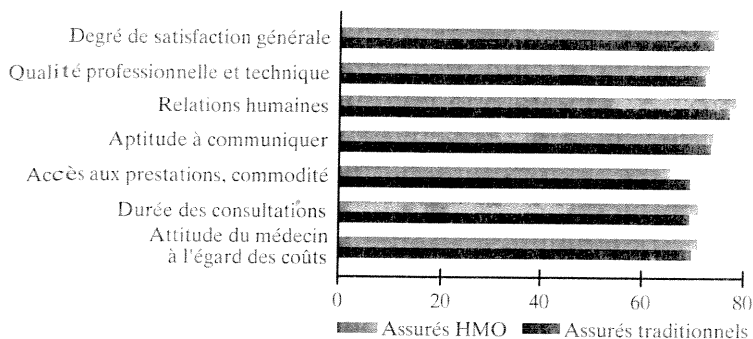
passe pas l'économie effectivement réalisée (réduction de la prime d'assurance et, dans certains cas, absence de franchise et de quote-part).

Réduire les coûts ne nuit pas à la qualité

Pour vérifier l'hypothèse souvent avancée que, dans les HMO, les économies de coût se font au détriment

Degré de satisfaction des patients à la lumière de différents aspects de la prise en charge médicale¹

3



¹ Moyenne en % de la valeur maximale possible (=100).

de la qualité, on ne s'est pas contenté de considérer l'aspect financier pour ce système d'assurance mais on a également étudié divers aspects qualitatifs.

Les indices recensés attestent que la réduction des coûts n'est pas engendrée par une baisse de la qualité des prestations :

- Le degré de satisfaction exprimé par les patients HMO est comparable à celui des patients de cabinets médicaux traditionnels.
- Les systèmes HMO respectent les normes de la médecine préventive (mesure de la tension artérielle, frotis pour le dépistage du cancer, mammographie, vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les enfants âgés de moins de cinq ans).
- L'appréciation de la qualité, considérée à la lumière des résultats obtenus dans le traitement de l'hypertension artérielle, n'a révélé aucune différence statistiquement significative entre les cabinets médicaux traditionnels et les cabinets HMO.

Assurés HMO satisfaits

Les assurés ayant opté pour un système HMO se déclarent dans l'ensemble satisfaits des soins médicaux prodigués. Les médecins HMO ont apparemment réussi à instaurer des relations de confiance avec leurs patients. Le tableau 3 ne révèle pas, à une exception près, de différences significatives entre les adhérents au modèle HMO et les assurés du système d'assurance traditionnel. Il convient notamment de relever que les assurés HMO n'ont pas le sentiment d'être privés pour des raisons économiques de certaines prestations par les médecins des centres HMO.

Les HMO s'en sortent légèrement moins bien que les cabinets médicaux traditionnels uniquement dans la domaine de l'accessibilité. Concrètement, les patients HMO se sont déclarés un peu moins satisfaits que les assurés traditionnels lorsqu'il s'agissait d'obtenir rapidement un rendez-vous. L'accès à l'aide médicale en cas d'urgence, la fréquence et la durée des consultations, ainsi que la disponibilité des médecins HMO à effectuer des visites à domicile, reçoivent une appréciation moins positive. Les patients HMO se sont déclarés en revanche plus satisfaits que les assurés traditionnels par rapport aux délais d'attente dans les cabinets médicaux. Ils n'ont par ailleurs pas eu l'impression d'être restreints dans la possibilité de consulter des médecins spécialistes.

Lorsque des assurés quittent la HMO, cela peut signifier que ce modèle ne les satisfait pas. Il convient de constater à cet égard qu'un petit nombre seulement d'assurés ont résilié leur assurance HMO : 5 à 10 % des assurés pour les années 1992 et 1993. Une enquête menée auprès d'anciens assurés HMO révèle qu'environ un tiers de ceux-ci ont résilié leur assurance parce qu'ils changeaient de domicile. Plus de la moitié ont déclaré n'avoir jamais consulté, ou uniquement une à deux fois, un cabinet HMO. La décision de résilier l'assurance était par conséquent souvent prise sans être motivée par des expériences négatives. Il est permis de supposer que l'adhésion à une HMO n'avait pas été suffisamment réfléchie ou que l'entourage social de l'assuré considérait cette décision d'un œil critique. Cette hypothèse se fonde sur le fait que ces personnes ont fréquemment motivé leur décision

de renoncer à ce type d'assurance par « l'absence du libre choix du médecin », et cela bien qu'elles n'aient jamais sollicité les prestations du cabinet HMO.

Principe de solidarité intact

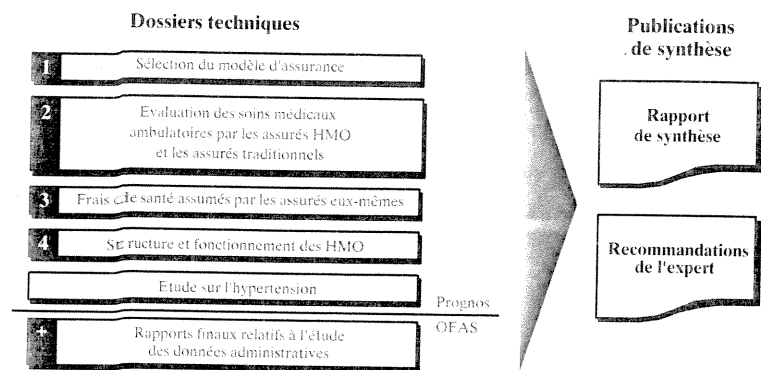
Les assurés des nouvelles formes d'assurance sont comparativement plus jeunes et plus souvent de sexe masculin que les assurés traditionnels. Cette particularité apparaît notamment parmi les assurés ayant opté pour un type d'assurance avec bonus. Les assurés affiliés à ces nouveaux types d'assurance manquent-ils pour autant de solidarité ? L'étude révèle, au contraire, qu'ils sont de fait solidaires. Il s'avère en particulier que la réduction de prime dont bénéficient les membres d'une HMO, les assurés avec bonus et ceux dont la franchise annuelle se monte à 1200 francs, est inférieure à l'économie de coût réalisée. Cela signifie en d'autres termes que ces assurés, en plus du versement de leur prime – et de leur contribution à la compensation des risques – participent encore indirectement au financement de l'assurance traditionnelle.

Rentabilité des nouvelles formes d'assurance

Malgré leur jeunesse et le coût élevé de leur mise en route, deux des trois HMO analysées avaient déjà atteint le seuil de rentabilité en 1994. L'étude révèle toutefois de manière évidente que le devenir des nouvelles formes d'assurance dépend dans une large mesure de la promotion que leur feront les caisses-maladie. La pratique actuelle en la matière explique les grandes différences dans l'implantation régionale des nouveaux types d'assurance. Si le modèle des franchises à option est surtout répandu en Suisse romande, le canton de Berne apparaît pour sa part comme le champion des assurances avec bonus.

Appréciation des résultats

Monsieur Jürg H. Sommer, professeur à l'Université de Bâle, a été chargé par le DFI d'analyser les résultats de l'évaluation des nouvelles formes d'assurance-maladie et d'en tirer des conclusions pour la politique de la santé. L'expert est parvenu à la conclusion que la réforme de



Les rapports peuvent être commandés auprès de l'Office central fédéral des imprimés et du matériel (OCFIM), 3000 Berne (cf. indications plus précises sur la page de couverture de la présente revue).

L'assurance-maladie sociale – orientée vers le principe de la libre concurrence – introduite par la LAMal, avait fait un pas dans la bonne direction. Bien que l'évaluation ait été effectuée sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents, les résultats les plus significatifs peuvent être transposés dans le cadre de la nouvelle réglementation.

Selon le professeur Sommer, un système basé sur le principe de la concurrence convient à la Suisse, du fait que, d'une part, il existe un urgent besoin de réforme et d'adaptation (surcapacité de l'offre entre autres) et que, d'autre part, la nouvelle LAMal crée des conditions favorables à la réussite d'un processus de réforme exigeant (séparation claire

de Managed-Care. Parmi ces entraves à la concurrence, il convient de citer en particulier l'octroi de subventions aux traitements hospitaliers. D'un côté, ceci empêche de répercuter les avantages économiques sur les assurés HMO; de l'autre, ça freine le transfert de certains types de soins vers le secteur ambulatoire, en règle générale plus avantageux.

Il convient d'accorder une attention particulière à la motivation financière; et de manière générale d'augmenter la transparence au sein de l'assurance-maladie pour stimuler la concurrence entre les caisses et les diverses formes d'assurance. Dans ce modèle, l'Etat, garant des conditions-cadre, assume une tâche particulièrement délicate: il doit en premier lieu s'assurer que la solidarité dans l'assurance-maladie et la qualité des soins médicaux soient maintenues. La compétition entre les assureurs et entre les fournisseurs de prestations doit garantir que les prestations médicales seront économiques et conformes aux besoins. Des conditions-cadre, définies avec précision par l'Etat, sont indispensables à la réalisation de cet objectif.

Et après ?

Il convient de considérer les résultats de l'analyse comme un premier bilan provisoire, cela pour deux raisons: d'abord, la période sur laquelle a porté l'évaluation est très courte; ensuite, les effectifs étudiés sont parfois très réduits. On sait que des situations particulières au sein d'une population restreinte – ce qui est le cas notamment pour les assurés au

bénéfice d'une assurance avec bonus – peuvent considérablement fausser les résultats. A cet égard, on peut remarquer que de nombreux contrats collectifs, prévoyant des systèmes d'assurance avec bonus, ont été conclus à partir de 1993, entraînant une profonde modification de la structure de risque et influençant notablement les coûts.

Il apparaît toutefois, dans l'ensemble, que pour contribuer à une réduction des coûts, les nouveaux modèles d'assurance ont besoin de conditions-cadre et d'un soutien dans leur application quotidienne. Il s'agira en premier lieu d'éliminer les obstacles à la concurrence qui entraînent, voire menacent, l'introduction de nouvelles formes d'organisation: souvent sans qu'on le remarque, et pas seulement au sein de l'assurance-maladie. L'évolution du nombre d'assurés depuis 1994 (cf. tableau 1) révèle une grande motivation à tirer profit, dans tous les cas, des avantages des nouvelles formes d'assurance: au cours de l'année d'entrée en vigueur de la LAMal, le nombre d'assurés avec franchise annuelle à option et celui des assurés HMO a plus que triplé.

Conclusion

Il est trop tôt pour pouvoir affirmer que les nouveaux modèles d'assurance pourront réaliser à long terme leur potentiel d'économies. Par ailleurs, on ignore quels assurés quittent ces modèles pour réintégrer l'assurance traditionnelle et quelles sont les répercussions financières engendrées par ce mouvement. Les nouvelles conditions-cadre de la LAMal peuvent également entraîner des modifications.

Ces réserves ne visent cependant nullement à minimiser les conclusions de ce premier bilan qui a eu le mérite d'apporter des réponses claires aux questions qui se posaient. Oui, les nouveaux modèles d'assurance contribuent à réduire les coûts de la santé. Ce résultat s'explique par des changements de comportement chez les assurés et chez les fournisseurs de prestations. Cette réduction des coûts ne s'effectue pas au détriment du principe de solidarité et, dans les limites de ce qu'il a été possible d'examiner jusqu'ici, ne diminue pas la qualité des soins et ne constitue pas davantage un risque pour la santé des assurés.

Des obstacles entravent le développement des HMO et l'apparition de nouveaux modèles de Managed-Care (Prof. Jürg H. Sommer)

entre prestations médicales de base et soins complémentaires, primes individuelles, multiplicité des caisses-maladie, diversité des formes d'assurance). L'évaluation a révélé que les cabinets collectifs HMO peuvent engendrer de réelles économies de coûts. Des obstacles entravent toutefois le développement des HMO et l'apparition de nouveaux modèles