

L'évolution des formes particulières d'assurance dans le cadre de la LAMal

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur en 1996, permet pour la première fois des formes d'assurance «avec limitation du choix des fournisseurs de prestations». Depuis 1990, de telles assurances étaient certes possibles, mais uniquement sous forme de modèles à l'essai. Le nombre des personnes qui ont opté pour une forme d'assurance-maladie dans laquelle elles renoncent à choisir librement leur médecin est monté en flèche depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Un rapport commandé par l'OFAS illustre l'évolution de ces formes d'assurance et les expériences faites jusqu'ici dans ce domaine.



Dr Rita BAUR,
Prognos AG, Bâle

Lorsque l'on veut faire une estimation de l'évolution des formes particulières d'assurance, il faut tenir compte d'un fait: tous les assurés n'ont de loin pas la possibilité d'y souscrire, de nombreuses régions ne proposant pas l'offre correspondante. Il n'en demeure pas moins que, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le nombre d'assurés ayant opté pour une telle forme d'assurance a augmenté de manière impressionnante, comme le montre le tableau ci-dessous.

Année	Nombre d'assurés
1995	35 383
1996	121 598
1997	383 093
1998	494 040
1999 (prov.)	534 200

Les formes d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations se divisent en deux groupes.

Dans les deux cas, les assurés sont limités dans le libre choix du

fournisseur de prestations, la différence se situant dans la gestion. Les modèles de *managed care* donnent le droit à une couverture de soins uniforme, avec un seul point de référence à travers toute la chaîne des prestations. L'élément central est le système du médecin de premier recours (gatekeeper) dans lequel un médecin de famille fait la consultation et, le cas échéant, transmet une demande à un autre maillon de la chaîne des traitements. Un pilotage de ce genre fait défaut dans les PPO.

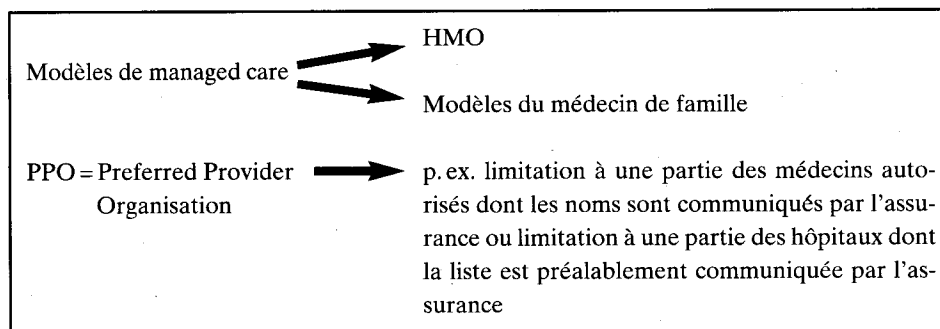
Leur signe distinctif est la sélection des fournisseurs de prestations opérée par les caisses-maladie selon des critères qualitatifs et économiques (autant que faire se peut).

Les modèles de *managed care* se répartissent en deux formes: les HMO (Health Maintenance Organization) et les modèles ou réseaux du médecin de famille. L'encadré 1 expose les principales caractéristiques.

Les modèles du médecin de famille ont fait une réelle percée, avec 380 000 assurés à la fin de 1999. Ils sont suivis par les HMO avec 100 000 assurés. Les 50 000 assurés restants ayant opté pour des formes d'assurance-maladie avec choix limité des fournisseurs de prestations se répartissent entre les PPO¹ et d'autres modèles non traités ci-après.

La pénétration régionale des assurances du modèle du médecin de famille et des HMO est très inégale (cf. illustration 2). Le système de *managed care* est absent ou il ne représente qu'une proportion inférieure à 1 % des assurés dans 10 cantons. En effet, soit il n'y a aucune proposition d'assurance correspondante, soit elle reste très minoritaires (p. ex. une unique offre d'une caisse-maladie). Par ailleurs, 3 cantons – Thurgovie, Argovie et Schaffhouse – présentent une part élevée d'assurés (20 %) dans les formes de *managed care*. Il ressort donc nettement de ces chiffres que les nouvelles formes d'assurance ont (peuvent avoir) des chances considérables sur le marché si une offre suffisante existe. Cela vaut également pour les réseaux de médecins de famille et les HMO. Dans certaines villes, les HMO qui n'ont pourtant qu'une zone d'attraction essentielle-

1 Ce peut être par exemple une forme d'assurance dans laquelle les assurés s'engagent à recourir à un médecin de famille considéré comme médecin de premier recours sans que celui-ci appartienne à un réseau du médecin de famille.



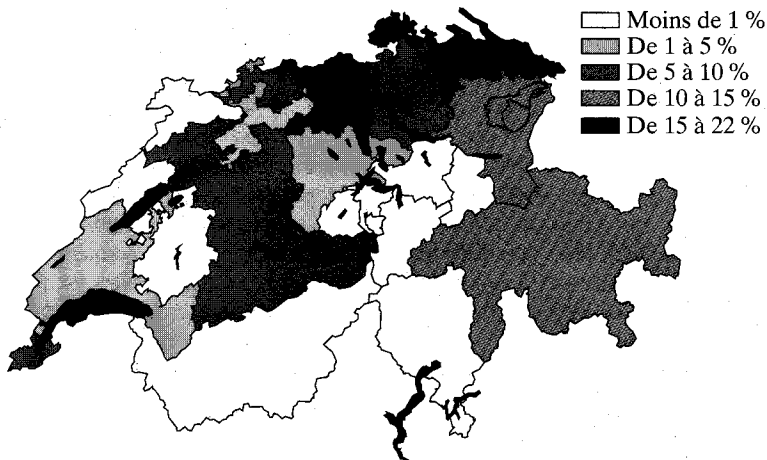
HMO

- Cabinet de groupe avec médecins employés.
- Financement par des forfaits individuels qui couvrent les frais internes et externes de la fourniture des soins. Responsabilité budgétaire.
- Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie.
- Système du médecin de premier recours (gatekeeping).

Modèle du médecin de famille

- Médecins (prestataires de base) ayant leur propre cabinet, affiliés à un groupe sur le plan régional ou local.
- Financement actuel presque exclusivement selon le schéma classique, via un décompte de prestations individuelles.
- Seulement quelques groupes avec une réelle responsabilité budgétaire, quelquefois avec une participation aux bénéfices.
- Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie.
- Système du médecin de premier recours (gatekeeping).

Part de HMO et des médecins de famille sur l'ensemble des assurés



ment locale comptent 10% d'assurés, la limite maximale avoisinant même parfois les 20%.

L'augmentation des effectifs des formes particulières d'assurance de l'assurance-maladie obligatoire demande à la fois une statistique quantitative et une description qualitative. La statistique officielle de l'assurance-maladie ne peut jusqu'à présent mettre en évidence le nombre des assurés et leur structure pour chaque forme d'assurance. De même, on connaît peu les distinctions internes, en particulier dans les réseaux de médecins de famille. Ce manque de transparence est insatisfaisant au regard des attentes placées dans les nouvelles formes d'assurance.

Réseaux du médecin de famille

En 1999, on a recensé au total 71 réseaux de médecins de famille comptant 378 039 assurés pour 3699 médecins. Cette forme d'assurance est le plus largement répandue dans les cantons de Thurgovie, d'Argovie et de Schaffhouse. En 2000, le produit «assurance du médecin de famille» est proposé par 40 assureurs sur 118. Ces assureurs ont conclu des contrats directement avec les médecins de famille ou par le biais d'organisations de managed care (MCO)². Un réseau de médecins de famille comporte en moyenne une cinquantaine de médecins et pas moins de 5000 assurés. Mais il faudrait que le réseau repose sur un effectif d'assurés plus important. On constate souvent en effet que le nombre d'assurés ayant opté pour ce modèle est peu élevé

2 Les MCO sont des institutions intermédiaires qui travaillent selon le système de managed care sur mandat de plusieurs caisses.

par médecin. Néanmoins, un tiers des réseaux a un nombre d'assurés très élevé.

Ces réseaux, généralement fondés à l'initiative de médecins ou de sociétés de médecins cantonales, ont pour la plupart des contrats avec plusieurs partenaires assureurs (plusieurs assureurs et/ou des MCO). Les contrats règlent surtout la participation des médecins, les rapports

Les nouvelles formes d'assurance peuvent avoir des chances considérables sur le marché si une offre suffisante existe.

avec les assurés, les processus de décomptes et les tâches des MCO ou des caisses-maladie ainsi que les indemnités et la répartition des pertes et profits.

Les réseaux du médecin de famille reçoivent la plupart du temps comme données de contrôle des statistiques trimestrielles concernant les coûts et les prestations. Cependant il est vrai qu'en général l'idée d'une gestion nouvelle et globale du système de santé n'est pas profondément ancrée dans la plupart des réseaux du médecin de famille et que la collaboration au sein des réseaux du médecin de famille est peu développée. Le fait que, dans la plupart des réseaux, les médecins sont choisis selon le principe de territorialité – et non pas en fonction de leur engagement ou de leur intérêt pour une nouvelle forme de soins – joue certainement un très grand rôle. On constate en effet que la majorité des réseaux se compose de médecins presque tous établis dans la région et recrutés en fonction de leur spécialisation.

En conclusion, on ne peut guère se prononcer sur les systèmes de managed care dans la plupart des réseaux du médecin de famille actuels, à l'exception de la médecine de premier recours. Mais celle-ci ne peut déployer ses effets que dans un système transparent et lié. Toutefois, il serait exagéré de s'attendre à avoir à la fois une extension fortement quantitative comme elle a eu lieu en

seulement deux à trois ans et la mise en place d'un système de managed care digne de ce nom. Les comportements et les idées dans ce domaine devraient considérablement se modifier.

Même si le managed care a une importance plutôt faible pour le moment, les réseaux du médecin de famille offrent cependant l'opportunité de réunir des expériences qui peuvent être essentielles pour le développement futur.

HMO

En 1999, on dénombrait 28 HMO qui réunissaient bien 100 000 assurés. Le point culminant des fondations de HMO se situe en 1994 et en 1995; mais depuis 1998, rares sont les HMO qui voient leur nombre d'assurés augmenter. A noter qu'elles sont situées dans de grandes agglomérations urbaines; un seul assureur a opéré plus largement.

En 1999 également, le nombre d'assurés des HMO se situe entre 2500 et 4000; le chiffre de 10 000 assurés n'a pu être dépassé que dans le cas où la HMO est reliée à un réseau de médecins de famille (plan de santé HMO de Bâle).

Les HMO sont supportées principalement par des caisses-maladie ou des MCO; on note cependant 3 exceptions en 1999: 2 HMO propres à des médecins et une HMO ayant la forme juridique d'une fondation. Les HMO ont cependant des contrats avec plusieurs caisses-maladie (2 à 6), qui proposent à leurs assurés le produit «HMO». Ces caisses remboursent aux HMO les frais de soins de leurs assurés dans ce type de réseau par un forfait individuel. Les forfaits individuels sont avant tout pondérés selon l'âge et le sexe, mais on a aussi expérimenté d'autres critères.

Les HMO se basent sur une *médecine factuelle*. Les directives en matière de traitement jouent un rôle croissant; l'utilisation de médicaments est contrôlée, les HMO s'en tirent avec un nombre nettement moins important de spécialités que celles qui sont prescrites dans le système traditionnel.

Les HMO ont, dès le début, mis l'accent sur l'*aspect qualité*. Dans un système de prestations de santé qui prend en compte explicitement les coûts, la qualité doit être appliquée de manière plus transparente que dans les systèmes traditionnels.

C'est la principale raison qui fait que les HMO sont en voie de se faire certifier ou l'ont déjà fait.

Structure des assurés dans les formes de managed care

Une question centrale en relation avec les formes de managed care concerne la sélection des risques ou plus concrètement: «Est-ce que les bons risques – donc ceux qui occasionnent des coûts plus faibles – adhèrent de manière prépondérante à de tels modèles?» Or l'évaluation du «risque» se heurte à des difficultés, car les informations disponibles sont toujours lacunaires et la formule dans ce domaine ne s'est pas encore concrétisée. Bien que les critères de l'âge et du sexe de chaque assuré ne soient guère parlants comme on le sait, ce sont toujours ceux qui sont utilisés pour définir les groupes de population à risques. Les assurés dans les modèles du médecin de famille ne se distinguent guère par leur structure d'âge et de sexe de l'ensemble des assurés maladie. Il est surprenant de constater que les personnes âgées sont mêmes légèrement surreprésentées dans ces modèles du médecin de famille. Il en va autrement pour les assurés HMO: comme déjà dans la génération pionnière de 1991 à 1994, on peut encore constater aujourd'hui que les «bons risques», soit les personnes âgées de 19 à 40 ans et les hommes, ont tendance à choisir les assurances HMO dans une proportion supérieure à la moyenne. Mais il reste des exemples isolés montrant qu'un marketing ciblé permet d'atteindre une autre structure d'assurés.

Coûts des soins dans les formes de managed care

Les coûts des soins chez les *assurés de réseaux* du médecin de famille sont inférieurs à ceux des assurés traditionnels. S'agissant d'un collectif de comparaison régional normalisé selon l'âge et le sexe, les coûts sont plus avantageux d'environ 20% en moyenne pour les assurés du médecin de famille. Par conséquent, les réductions de primes de 10 à 15% sont justifiées. On ne peut toutefois discerner de prime abord avec certitude si cet écart est «juste» ou s'il provient parfois d'une saisie imparfaite des risques. Les assureurs sont plutôt sceptiques quant à la véritable

économie, mais ils ne veulent pas se focaliser sur cet élément alors que les réseaux n'existent que depuis peu.

Dans les *HMO*, les coûts par assuré sont nettement inférieurs à ceux des réseaux du médecin de famille (et des assurés traditionnels). Même en affinant l'évaluation du risque, il reste un écart de coûts qui justifie les réductions de primes de 15 à 20% dans la majorité des cas. Il est vrai que la manière d'établir les coûts au moyen de comptes parallèles suscite des critiques. Le compte d'exploitation de l'OFAS accuse par exemple pour les HMO un résultat du compte d'exploitation négatif.

Perspective

Les modèles de managed care et, parmi eux, surtout ceux du médecin de famille sont encore très jeunes. Une phase de différenciation interne et d'autres innovations accompagneront leur percée sur le marché. Ces développements devraient encore être observés car les modèles de managed care n'ont pas encore tenu toutes leurs promesses d'une fourniture de soins plus efficace, sans d'ailleurs avoir failli à leurs engagements.

Un pilotage continu devrait être implanté, avec la structure suivante:

- une observation annuelle et l'établissement d'un rapport sur l'évolution tendancielle en se fondant sur des discussions spécialisées et des évaluations de publications;
- des relevés statistiques tous les 2 à 3 ans directement auprès des payeurs et des offreurs suivant l'exemple des relevés à disposition.

C'est de cette manière qu'un secteur innovateur dans le domaine des soins pourra se développer et que les politiques en discuteront. ■

(Traduit de l'allemand)

Où trouver le rapport suivant ?

Vous pouvez commander l'étude «Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung» qui contient un résumé en français sous le n° 318.010.15/00

auprès de l'OFCL / EDMZ, 3003 Berne

Tél. 031/325 50 50

Fax 031/325 50 58

e-mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Internet: <http://www.ofas.admin.ch>

(page d'accueil OFAS)