

Suisse : les modèles alternatifs coûtent moins cher

par Jean-Jacques Cristofari

La loi sur l'assurance maladie (LA.Mal) entrée en vigueur en Suisse le 1^{er} janvier 1996 avait introduit de nouvelles formes d'assurance fondées sur la « limitation du choix des fournisseurs de prestations » à côté d'autres formules prévoyant des franchises restant à la charge des assurés ou des bonus rétrocedés aux patients économes. Un demi-million de nos voisins helvètes a ainsi opté pour l'un ou l'autre des deux modèles de *Managed Care* opérationnels à ce jour dans la Confédération. Quinze ans après les premières expérimentations de *gatekeeping*, l'Office fédéral des assurances sociales (Ofas) de Berne dresse l'état des lieux de ces « modèles alternatifs ».

Deux formes majeures d'assurances « alternatives » cohabitent à ce jour en Suisse. Elles limitent, chacune à leur manière, le libre choix de fournisseurs de soins pour les assurés contractants. La première rassemble les modèles dits de « *Managed Care* », qui se répartissent en HMO (*Health Maintenance Organization*) et réseaux de médecins de famille (voir encadré). Ces derniers ouvrent droit à une couverture de soins universelle, avec un point d'entrée unique chez le *gatekeeper* (à la fois médecin de premier recours et de référence) qui transmet, en cas de besoin estimé par lui, une demande à un autre maillon de la chaîne qui doit lui rendre compte. A ces modèles de base, expérimentés en divers cantons depuis le début des années 90, s'ajoute le système dit du « *Preferred Provider Organization* » (PPO), qui limite l'accès aux soins aux seuls médecins autorisés, dont les noms sont communiqués par la compagnie d'assurance, ou à des hôpitaux également répertoriés par cette dernière. Le pilotage par le *gatekeeper* est absent dans ce système PPO.

L'Ofas dénombre dans son dernier bilan 380 000 assurés ayant recours au modèle du médecin de famille, contre 100 000 autres enrôlés par les HMO à la fin 1999. Cinquante mille assurés ont de leur côté opté pour des PPO ou d'autres modèles alternatifs. « En l'an 2000, le produit "assurance du médecin de famille" était proposé par 40 assureurs sur 118 », selon l'Ofas, qui précise que ces derniers ont conclu des contrats avec les MG, soit directement soit par le biais d'organisation de *Managed Care* (1). Ces contrats, précise l'Office fédéral, régissent surtout les clauses de participation des médecins, les rapports avec les assurés, les processus de décompte et les responsabilités respectives des MCO et des caisses ainsi que les indemnités et la répartition des pertes et profits.

Le bilan de cinq ans de loi LA.Mal est mitigé, selon l'Ofas, qui observe que « l'idée d'une gestion nouvelle et globale du système de santé n'est pas profondément ancrée [chez] les médecins de famille ». A l'en croire, le « principe de territorialité » (l'échelon cantonal est très présent en Suisse) domine encore largement l'intérêt pour ces nouvelles formes de soins. Pronostic sans nuance : « Il serait exagéré de s'attendre à voir se poursuivre leur forte extension quantitative comme elle a eu

lieu en seulement deux à trois ans après promulgation de la loi ». Côté « qualitatif », l'Ofas note que « les directives en matière de traitement jouent un rôle croissant ; l'utilisation des médicaments est contrôlée et les HMO s'en tirent avec un nombre nettement moins important de médicaments que celles prescrites dans le système traditionnel ».

Enfin, si les personnes âgées sont légèrement sur-représentées dans le premier modèle (réseaux de médecins de famille), il en va autrement dans les HMO où prédominent les « bons risques », soit les personnes âgées de 19 à 40 ans et les hommes. Cette composition du portefeuille d'adhérents aux HMO explique sans doute pourquoi les coûts par assuré y sont nettement inférieurs à ceux des réseaux concurrents (2), et davantage encore à ceux des assurés traditionnels. Analysés sur cinq HMO, les dépenses de soins par assuré en 1998 s'établissent ainsi en moyenne entre 842 et 1 114 FS (3), soit moitié moins que dans le système classique de prise en charge. « Même en affinant l'évaluation du risque, il reste un écart de coûts (de 42 à 72% selon les cantons) qui justifie les réductions de primes de 15 à 20% », conclut l'Ofas qui entend poursuivre un pilotage continu de ces modèles alternatifs. ■

Les modèles suisses de *Managed Care*

• HMO

- Cabinet de groupe avec médecins salariés de groupe d'assurance, financement par forfaits individuels, pondérés selon le sexe et l'âge, couvrant les frais de soins internes et externes, assorti d'une responsabilité budgétaire des MG.

- Nombre et adhérents fin 1999 : 28 HMO, 100 000 assurés.

- Forme juridique : propriété des caisses, HMO propres à des médecins ou fondation.

• Réseau de médecin de famille

- Prestataires de base disposant de leur propre cabinet et affiliés à un groupe local ou régional.

- Un réseau compte en moyenne 50 MG pour au moins 5 000 assurés.

- Financement selon le mode classique de rémunération des praticiens, via un décompte de prestations individuelles.

- Responsabilité budgétaire limitée à quelques groupes, avec parfois participation aux bénéfices.

- Nombre et adhérents fin 1999 : 71 réseaux, 328 039 assurés pour 3 699 médecins.

(1) MCO ou institutions intermédiaires qui travaillent selon le système de *Managed Care* sur mandat de plusieurs caisses.

(2) Coût moyen des soins par assuré en 1998 : 1 935 FS répartis en dépenses ambulatoires internes (17%) et externes (21%), hospitalières (25%), de médicaments (22%) et autres (15%).

(3) Structure des dépenses : soins internes, médicaments inclus (entre 17 et 57%), coûts hospitaliers (entre 18 et 32%).