



Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas

Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie

Rapport de synthèse

Rapport de recherche n° 1/98

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

Auteurs: Prognos AG, Rita Baur, Wolfgang Hunger,
Klaus Kämpf, Johannes Stock

Renseignements: Office fédéral des assurances sociales
Section statistique
3003 Berne
Herbert Känzig, tél. 031 322 91 48

Diffusion: Office central fédéral des imprimés et du matériel
(OCFIM), 3000 Berne

Copyright: Office fédéral des assurances sociales
CH – 3003 Berne, Novembre 1997
Reproduction d'extraits autorisés – excepté à des fins
commerciales – avec mention de la source; copie à
l'Office fédéral des assurances sociales.

Numéro de commande: 318.010.1/98 f 1.98 250

Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie

Rapport de synthèse

***Etude réalisée par Prognos AG sur mandat
de l'Office fédéral des assurances sociales***

Table des matières

	Page
1. Introduction: Nouveaux modèles d'assurance-maladie et leur évaluation.....	1
1.1 L'expérimentation de nouveaux modèles d'assurance-maladie.....	1
1.2 Questions abordées lors de l'évaluation	5
1.3 Outils d'évaluation.....	6
1.4 Rapports	9
2. Les assurés et les coûts.....	12
2.1 Les adhérents aux «nouveaux» modèles d'assurance	12
2.2 Répartition selon les régions et structure des assurés	13
2.2.1 Les assurés HMO	13
2.2.2 Les assurés avec bonus	17
2.2.3 Assurés avec franchise annuelle à option.....	23
2.3 Coûts et fréquence du recours aux prestations.....	28
2.3.1 Objet, délimitations.....	28
2.3.2 L'assurance HMO	31
2.3.3 L'assurance avec bonus	33
2.3.4 Assurés avec franchise annuelle à option.....	36
2.4 Frais de santé pris en charge par les assurés eux-mêmes.....	39
3. Les disparités de coût: Fruit de la séparation des risques ou d'un changement de comportement?.....	40
3.1 Problématique et procédure méthodologique	40
3.2 Résultats pour l'assurance avec bonus	44
3.3 Résultats pour l'assurance avec franchise à option	46
3.4 Résultats pour les assurés HMO.....	49
3.5 Aperçu global	54
3.6 Séparation des risques par démission	55
3.7 Economies de coûts et primes de l'assurance-maladie.....	58
4. Aspects qualitatifs de l'assurance HMO.....	60
4.1 Introduction.....	60
4.2 Satisfaction des patients: données comparées.....	62
4.3 Motifs de résiliation du contrat d'assurance	64
4.4 Prévention	65
4.5 Gestion de l'hypertension.....	67
5. Structure et fonctionnement des HMO	72
5.1 Le système HMO, un nouveau modèle d'assurance et de prise en charge.....	72
5.2 Personnel médical et offre de prestations HMO.....	73
5.3 Gestion des prestations de soins par les HMO.....	74
5.4 Structure des coûts et rentabilité des HMO	78
5.5 Cas particulier: le système HMO de l'Université de Genève	81

Table des matières des tableaux	Page
1.1 Niveaux de franchise et réductions maximales de primes, LAMA, ordonnance V, art. 26ter et ordonnance 11, art. 2	4
1.2 Barèmes des bonus et réductions de primes, LAMA, ordonnance V, art. 23ter et ordonnance 13, art. 3	5
1.3 Contenu et étendue des enquêtes auprès des assurés	9
1.4 Rapports relatifs aux enquêtes sectorielles de l'évaluation	11
2.1 Nombre d'assurés dans les divers modèles	12
2.2 Evolution des effectifs d'assurés des 3 HMO pionnières	14
2.3 Provenance géographique des assurés HMO en 1991 et 1994	14
2.4 Structure des assurés HMO selon l'âge et le sexe à Zurich, Bâle-Ville et Bâle-Campagne	15
2.5 Répartition selon l'âge dans l'assurance HMO par rapport à la population résidente, 1994	16
2.6 Autres caractéristiques des assurés HMO par rapport aux assurés traditionnels	17
2.7 Répartition selon les régions des assurés avec bonus	18
2.8 Assurés avec bonus selon l'âge; Part de femmes selon les classes d'âge; Ensemble de la Suisse	20
2.9 Structure d'âge dans l'assurance avec bonus par rapport à la population résidente, 1994	21
2.10 Autres caractéristiques des assurés avec bonus par rapport aux assurés traditionnels	21
2.11 Répartition selon les régions des assurés avec franchise annuelle à option	23
2.12 Les assurés avec franchise à option selon l'âge et les niveaux (en %) pour l'ensemble de la Suisse, en 1994	25
2.13 Répartition par âge et par sexe des assurés avec franchise à option par rapport à la population résidente	25
2.14 Autres caractéristiques structurelles des assurés avec franchise à option par rapport aux assurés traditionnels	27

2.15	Les HMO du point de vue des coûts	30
2.16	Coût des nouveaux adhérents pendant la première année en % du coût des membres déjà assurés dans la branche depuis plus d'un an. Pour les 21 à 40 ans seulement	31
2.17	Taux de morbidité, coût des médicaments HMO 1994; cantons de Bâle-Ville et de Zurich	32
2.18	Coûts comptabilisés par assuré dans les HMO, en francs	32
2.19	Taux de morbidité et coût pour les assurés avec bonus pour l'ensemble de la Suisse	33
2.20	Taux de morbidité en % et coûts en francs pour les assurés traditionnels et les assurés avec bonus, cantons de Berne et de Zurich	35
2.21	Evolution des coûts pour la cohorte d'assurés avec bonus (échantillon) par rapport aux assurés traditionnels, dès 18 ans	36
2.22	Taux de morbidité et coût pour les assurés avec franchise à option pour l'ensemble de la Suisse	36
2.23	Taux de morbidité et coûts pour les assurés traditionnels et les assurés avec franchise à option, cantons de Vaud, Genève et Berne	38
3.1	Disparité des coûts entre les assurés avec bonus et les assurés traditionnels (en % des coûts des assurés traditionnels)	44
3.2	Analyse de régression: Rapport entre les assurés avec bonus et les assurés traditionnels	45
3.3	Ecart de coûts entre les assurés avec franchise à option et les assurés traditionnels (en % des coûts des assurés traditionnels)	46
3.4	Analyse de régression: Rapport entre les assurés avec franchise annuelle à option et les assurés traditionnels (en % des coûts des assurés traditionnels)	48
3.5	Coûts comparatifs régionaux des assurés HMO/traditionnels	50
3.6	Analyse de régression: rapport assurés HMO / assurés traditionnels (en % des coûts des assurés traditionnels)	51
3.7	Séjours en milieu hospitalier d'assurés HMO et d'assurés traditionnels (en %)	54
3.8	Coûts avant l'entrée dans la nouvelle forme d'assurance: comparaison des trois formes d'assurance (en % des coûts des assurés traditionnels)	55
3.9	Analyse de régression: comparaison des données des trois formes d'assurance (en % des coûts des assurés traditionnels)	55

4.1	Satisfaction des patients à la lumière de différents aspects de la prise en charge médicale	63
4.2	Résultat du traitement de l'hypertension	69
5.1	Personnel médical des cabinets HMO - Nombre moyen de postes en 1994 (sans l'administration) -	73
5.2	Liens financiers des HMO	79
5.3	Structure des charges et des produits des HMO pour les exercices 1992, 1993 et 1994 (en %, moyenne de toutes les HMO)	80

Résumé

De nouvelles formes d'assurance-maladie peuvent-elles contribuer à réduire les coûts de santé? Telle est la question fondamentale à laquelle tente de répondre l'évaluation qui a été effectuée pour la période 1991 - 1994 (donc sous l'ancienne loi). Les résultats de cette étude ont fait l'objet de huit rapports partiels, résumés sous la forme d'un rapport de synthèse.

L'évaluation a été effectuée au moyen des instruments suivants:

- Préparation et analyse des données administratives des caisses-maladie
- Enquêtes auprès des assurés
- Recensements auprès des HMO
- Etude du traitement de l'hypertension artérielle: comparaison des résultats obtenus.

Les "nouvelles" formes d'assurance prises en considération dans le cadre de l'évaluation sont:

Assurance avec bonus	Franchise annuelle à option	Assurance limitant le libre-choix des assurés: HMO (Health Maintenance Organization)
<p>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.</p> <p>Nbre d'assurés 1994: 15'087 Evolution 91/94: + 25,9 % p.a.</p>	<p>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: Fr. 350.-, Fr. 600.-, Fr. 1200.-.</p> <p>Nbre d'assurés 1994: min. 365'000 Evolution 91/94: + 21,2 % p.a.</p>	<p>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. Jusqu'en 1994, les assurés HMO ne payaient ni franchise ni quote-part. Les HMO sont financées par le biais d'un forfait par assuré et non sur la base des décomptes individuels de prestations.</p> <p>Nbre d'assurés fin 1994: 16'513¹⁾ Evolution 91/94: + 62,6 % p.a.</p>

1) Données concernant uniquement les trois premières HMO qui ont été créées, soit HMO-Zürich/Wiedikon, Medizinisches Zentrum Helvetia (MZH)-Zürich, HMO-Bâle. D'autres HMO ont été constituées dès 1994. Celles-ci n'entrent toutefois plus dans l'évaluation.

Les assurances avec bonus ou franchise annuelle à option incitent les assurés à ne pas solliciter, ou à solliciter dans une moindre mesure seulement, des prestations médicales. Dans les systèmes HMO, les médecins sont incités à prodiguer des soins dans une optique de maîtrise des coûts et de promotion de la santé. Pour tenir compte des critiques formulées à l'encontre des HMO, selon lesquelles ces systèmes privilégient l'aspect économique au détriment de la qualité des soins, l'étude ne s'est pas uniquement penchée sur des considérations de coûts, mais aussi sur des critères qualitatifs dans le cas des HMO.

Pendant la période sous revue, soit de 1991 à 1994, on observe que les trois formes d'assurance séduisent principalement des assurés considérés comme étant de «bons risques». Il s'agit de personnes relativement jeunes, la plupart du temps de sexe masculin, qui ne souffrent d'aucune maladie chronique et qui, subjectivement, se sentent en parfaite santé. Cette (auto)sélection du risque est la plus marquée parmi les assurés ayant opté pour un système d'assurance avec bonus. Etant donné que la structure de risque des nouvelles formes d'assurance est plus favorable que celle des assurances-maladie traditionnelles, il n'est guère surprenant que celles-là présentent des coûts par assuré nettement plus bas que celles-ci. La question qu'il convient cependant de se poser ici est celle de savoir si les différences de coûts sont uniquement liées à la structure – plus favorable – de risque ou si la forme même de l'assurance et, partant, l'incitation exercée, peuvent se traduire par une baisse réelle des coûts de la santé.

Comparée aux systèmes traditionnels, l'**assurance avec bonus** permet de réaliser une économie réelle, donc indépendante de 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 maximum (1200 francs). Elle peut par contre difficilement être établie statistiquement pour les franchises inférieures (350 francs ou 600 francs). Les systèmes d'assurance avec bonus et les assurances prévoyant une franchise de 1200 francs entraînent un déplacement limité de la charge financière qui n'apparaît pas dans les données des caisses-maladie puisque les assurés ne présentent pas toutes les notes d'honoraires des médecins pour remboursement. Quoi qu'il en soit, ces deux systèmes d'assurance (avec bonus et à franchise de 1200 francs) permettent une économie réelle des coûts qui, selon toute vraisemblance, est supérieure aux réductions de prime dont bénéficient les assurés. Les assurés qui ont opté pour une assurance avec bonus ou pour une franchise annuelle élevée se recrutent principalement parmi les personnes financièrement à l'aise. Cette particularité amène à penser que les assurés concernés ne risquent pas d'être empêchés de consulter un médecin faute de moyens économiques.

L'**assurance HMO** permet pour sa part de réaliser des économies réelles de coûts de l'ordre de 30 à 35% par rapport à un système traditionnel d'assurance. Un certain nombre de facteurs, dont le poids individuel n'a pourtant pas pu être établi avec précision, concourent à ce résultat;

notamment un taux d'hospitalisation moins élevé, des coûts moindres en matière de médicaments, un choix rigoureux des médecins spécialistes et la renonciation à consulter un deuxième médecin. Dans ce système également, l'avantage qui en résulte pour les assurés (réduction de la prime d'assurance, absence de franchise et de participation aux frais de traitement) est relativement faible et ne dépasse jamais l'économie réellement réalisée.

Tout une série d'indices permettent de penser que la réduction des coûts enregistrée par les systèmes HMO n'a pas pour corollaire une baisse de la qualité des prestations. En effet:

- le degré de satisfaction exprimé par les patients HMO est égal à celui des assurés ayant le libre-choix du médecin-traitant;
- les systèmes HMO respectent les normes établies en matière de prévention;
- les résultats des traitements, considérés à la lumière des résultats obtenus dans le traitement de l'hypertension artérielle, ne révèlent aucune différence entre les types de pratique.

Malgré leur jeunesse et des coûts de démarrage élevés, deux des trois HMO analysées avaient déjà atteint le seuil de rentabilité en 1994.

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 pourquoi les différents types d'assurance sont représentés avec autant d'inégalité d'une région à l'autre. Si le système 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.

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 dans une population restreinte, c'est le cas notamment pour les assurés au bénéfice d'une assurance avec bonus, peuvent considérablement fausser des 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. Cette tendance, qui ne reflète aucune volonté individuelle de l'assuré, a conduit à une profonde modification de la structure de risque et des coûts.

On ignore encore quelle sera l'évolution des coûts si l'engouement manifesté entre 1991 et 1994 en faveur des nouvelles formes d'assurance venait à fléchir. Il n'est pas davantage possible de dire qui quitte les nouvelles formes d'assurance pour réintégrer le modèle classique et quelles en sont les conséquences sur les coûts. Enfin, les nouvelles conditions-cadre de la LAMal peuvent aussi peser sur ces mouvements.

Ces réserves ne visent nullement à minimiser les conclusions de ce premier bilan qui a eu pour mérite d'apporter des réponses claires aux questions qui se posaient. Oui, les nouvelles formes d'assurance contribuent dans une large mesure à réduire les coûts de santé, le phénomène ne s'expliquant pas uniquement par une structure de risque favorable des assurés mais aussi par des changements de comportement. En l'occurrence, cette baisse des coûts ne s'effectue pas au détriment du principe de solidarité et, pour ce qu'il a été possible d'observer jusqu'ici, ne diminue pas la qualité des soins et ne constitue pas davantage un risque dans l'optique de la santé des assurés.

1. Introduction: Nouveaux modèles d'assurance-maladie et leur évaluation

1.1 L'expérimentation de nouveaux modèles d'assurance-maladie¹

Dans la conjoncture actuelle de forte hausse du coût des soins et dans la perspective de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et accident, le Conseil fédéral a créé par le biais d'une modification d'ordonnance², la base légale en vue de l'introduction, à titre d'essai, de l'assurance avec bonus et de l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (dites formes particulières d'assurance). Cette modification d'ordonnance est entrée en vigueur en partie le 1er janvier 1990 et en partie le 1er juillet 1990. Ces nouveaux modèles d'assurance ont d'abord été admis, de manière limitée, jusqu'à fin 1995 seulement, du fait que leurs effets n'étaient guère prévisibles. Le Conseil fédéral espérait qu'en stimulant la concurrence, ils contribueraient à freiner les coûts. Il craignait par ailleurs l'amplification du processus de désolidarisation au sein de l'assurance-maladie sociale.

Afin d'examiner les effets des nouveaux modèles d'assurance, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a été chargé de mener conjointement en collaboration avec les caisses-maladie, une étude scientifique relative à "l'influence de l'assurance particulière sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, ainsi que ses répercussions sur l'évolution financière de la caisse. Elles doivent en particulier comparer le groupe des personnes affiliées à l'assurance particulière avec un groupe de personnes affiliées à l'assurance ordinaire de base de la caisse, dont la structure de risques est identique".³

Cette évaluation devait fournir les bases pour décider si ces modèles particuliers d'assurance, admis provisoirement, devaient être insérés dans le droit ordinaire. Par l'adoption de la LAMal en décembre 1994 cet objectif est toutefois devenu caduc. Si les conclusions de l'évaluation n'ont aujourd'hui plus de conséquences immédiates, des informations sur les effets des nouveaux modèles d'assurance dans l'assurance-maladie revêtent néanmoins une grande importance, non seulement dans la discussion scientifique mais également en vue d'adaptations futures.

A la demande du Concordat des assureurs-maladie suisses, l'étude conjointe obligatoire au départ seulement pour l'assurance avec bonus et l'assurance avec choix limité des fournisseurs

¹ Les considérations faites dans ce chapitre reposent sur le rapport d'enquête 7 (OFAS) : "Neue Formen der Krankenversicherung : Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil". Certains passages des chapitres 1 et 2 sont repris tels quels.

² Ordonnance V sur l'assurance-maladie relative à la reconnaissance des caisses-maladie et des associations de réassurance ainsi que leur sécurité financière, art.23 s.; modification du 20 décembre 1989.

³ Loi sur l'assurance-maladie et accidents, ordonnance V, art. 23quiquies.

de prestations, a été étendue ensuite à l'assurance avec franchise annuelle à option. Il s'agit donc des trois formes d'assurance suivantes:

- assurance limitant le libre choix des assurés (HMO)
- franchise annuelle à option
- assurance avec bonus.

Les assurances avec bonus ou franchise annuelle à option incitent les assurés à ne pas solliciter, ou à solliciter dans une moindre mesure seulement, des prestations médicales. Dans les systèmes HMO, les médecins sont incités à prodiguer des soins dans une optique de maîtrise des coûts et de promotion de la santé. Ces trois formes d'assurance sont décrites succinctement ci-dessous.

Assurance avec choix limité: HMO (Health Maintenance Organization)

Ce modèle vise à influencer, resp. «manager», l'offre de prestations médicales au niveau individuel et à y introduire des éléments de gestion économique. Il s'agit d'inciter les fournisseurs de prestations, c.-à-d. en l'occurrence surtout les cabinets médicaux, à agir de sorte que les patients jouissent de la meilleure santé possible grâce à l'utilisation des moyens les plus efficaces. Pour être en mesure de remplir cette tâche de management, le médecin se voit attribuer le rôle de médecin de premier recours (gatekeeper) que le patient est tenu de consulter d'abord en cas de troubles de santé.⁴ Le patient, resp. l'assuré, renonce ainsi au libre choix du médecin mais bénéficie en revanche d'une réduction de primes comme effet bénéfique du management de la santé. La fonction de médecin de premier recours constitue le dénominateur commun des diverses formes concrètes d'assurances restreignant la liberté de choix.

Les trois premières HMO créées en Suisse sont des HMO dites «staff-model» HMO.⁵ Les HMO comprennent un cabinet médical de groupe dispensant les soins médicaux de base ainsi que d'autres prestations que la HMO entend fournir elle-même. A cela s'ajoute l'administration de la HMO. Pour les prestations médicales spéciales que la HMO n'offre pas elle-même ainsi que pour les prestations hospitalières, elle adresse les patients à des cabinets médicaux et à des institutions tiers qui font le décompte de leurs prestations selon des procédures traditionnelles.

Les HMO sont financées par le biais de forfaits individuels qui leur sont versés par les caisses-maladie partenaires. Elles disposent ainsi d'un budget fixe dans le cadre duquel elles doivent couvrir tant leurs propres prestations que celles fournies par des tiers. Le décompte des prestations individuelles à l'intention des caisses (et des assurés) n'existe plus.

⁴ En fonction de la caisse concernée, la réduction de prime se situait entre 6 et près de 30%, en moyenne entre 15 et 20%.
⁵ Il existe en Suisse deux modèles: « Le staff-model » HMO, sorte de cabinet médical collectif et la HMO en réseau, appelée aussi « Individual Practice Association » (IPA) qui regroupe en modèle HMO des médecins installés dans leur propre cabinet.

Les trois HMO pionnières en Suisse sont les suivantes:

- Zurich-Wiedikon, fondée en janvier 1990, organisme faîtier: IGAK (Interessengemeinschaft alternativer Formen der Krankenversicherung);
- Medizinisches Zentrum Helvetia (MZH), Zurich Stadelhofen, fondé en août 1991, caisse faîtière: Helvetia;
- Bâle, inaugurée en octobre 1991, organisme faîtier: IGAK.

Deux des HMO pionnières relevaient ainsi de la «communauté d'intérêts pour des modèles alternatifs d'assurance-maladie» (IGAK). Cette association officielle regroupait d'abord dix caisses-maladie totalisant ensemble 2,5 mio. d'assurés. L'IGAK a été dissoute en 1994. Une nouvelle réglementation régit les rapports entre partenaires. Les assurés des caisses faîtières peuvent sans autre adhérer à une HMO ou opter de nouveau sans préjudice pour l'ancienne forme d'assurance. Les assurés d'autres caisses-maladie doivent changer de caisse. En raison de la liberté de choix limitée des assurés, seules les personnes habitant une région où leur caisse pratique cette forme d'assurance peuvent adhérer à une HMO.

Depuis 1994, d'autres HMO ont été créées et de nouvelles formes sont apparues, les HMO en réseau ou les IPA (Individual Practice Association). Ces dernières regroupent des cabinets médicaux individuels.

L'évaluation dans son ensemble concerne exclusivement les trois HMO pionnières mentionnées ci-dessus.⁶ Parmi les créations de la phase initiale, il y a lieu de citer le PdS (Plan de Santé) de la caisse-maladie L'Avenir à l'intention des étudiants, resp. des collaborateurs de l'Université de Genève (octobre 1992). Ce plan a remplacé le contrat collectif de l'Université. Les assurés ont dû choisir entre l'adhésion à la HMO ou l'assurance individuelle. Cette HMO a fait l'objet d'une évaluation par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève (IMSP)⁷ associée à la démarche dès la phase de création.

Franchise annuelle à option

En concluant une assurance avec franchise à option, l'assuré s'engage à assumer, en cas de maladie, une participation aux coûts plus élevée que dans le cas de l'assurance-maladie traditionnelle. Les primes dépendent de l'importance de la franchise; plus la franchise est élevée, plus la réduction des primes est grande. Il y a ainsi un déplacement des coûts en cas de maladie. Cette forme d'assurance vise à promouvoir un usage des prestations médicales plus conscient du coût. Elle doit par ailleurs, par le déplacement des coûts, favoriser une réduction des frais administratifs des caisses-maladie.

⁶ Les données administratives de 1994 contiennent déjà d'autres HMO.

⁷ Cf. digression, chap. 5.5.

Tableau 1.1: Niveaux de franchise et réductions maximales de primes, LAMA, ordonnance V, art. 26ter et ordonnance 11, art. 2

Niveau	Franchise annuelle en francs		Réduction maximale des primes
	Adultes	Enfants	
1	350.–	50.–	12%
2	600.–	150.–	22%
3	1200.–	200.–	35%

Source: Rapport d'enquête 7 (OFAS)

Assurance avec bonus

Contrairement à l'assurance avec franchise à option, l'assurance avec bonus présente un rapport direct entre primes et recours aux prestations médicales. Plus longue est la période durant laquelle aucune prestation n'a été sollicitée, resp. payée par la caisse, plus basses sont les primes. Lorsqu'un usager de l'assurance avec bonus ne présente pas de facture pour remboursement pendant une année, il bénéficie d'une réduction de ses primes l'année suivante. Pour la nouvelle année, c'est le niveau inférieur suivant qui est appliqué. La réduction maximale des primes de 45% est atteinte après quatre ans. C'est la prime initiale qui sert de base pour le calcul des primes. Elle doit être supérieure de 10% à la prime de l'assurance de base ordinaire. Ainsi, pour le barème le plus favorable, on ne peut de fait pas atteindre la réduction de 45% mais tout au plus une réduction de 40%. En revanche, lorsque l'assurance prend en charge au moins une facture, l'assuré paie l'année d'après une prime correspondant au niveau immédiatement supérieur.⁸ La prime de l'assurance avec bonus ne peut toutefois pas aller au delà de 110 % de la prime de l'assurance ordinaire. Les assurés affiliés à l'assurance avec bonus sont donc également motivés pour une raison financière à solliciter les prestations médicales avec une conscience plus aiguë du coût. La résiliation de l'assurance avec bonus est possible au plus tôt après cinq ans. L'assurance avec bonus comme l'assurance avec franchise à option, fonctionne pour le reste comme l'assurance-maladie traditionnelle.

⁸ Ne sont pas pris en considération les examens de grossesse et certains examens préventifs.

Tableau 1.2: Barèmes des bonus et réductions de primes, LAMA, ordonnance V, art. 23ter et ordonnance 13, art. 3

Barème des bonus	Réduction en % de la prime initiale*	Réduction effective en %
0	0.0	-10.0
1	15.0	6.5
2	25.0	17.5
3	35.0	28.5
4	45.0	39.5

* La prime initiale doit être supérieure de 10 % à la prime de l'assurance de soins ordinaire. De ce fait, il y a un rabais négatif pour le niveau 0 de bonus, soit un malus de 10 %
Source: Rapport d'enquête 7 (OFAS)

1.2 Questions abordées lors de l'évaluation⁹

L'étude devrait en premier lieu permettre de juger si les nouveaux modèles d'assurance-maladie sont à même de contribuer à la diminution des coûts. Il convient en particulier de vérifier s'il s'agit d'une contribution réelle ou apparente à la réduction des coûts. La contribution ne serait qu'apparente si par exemple les nouvelles formes d'assurance attiraient essentiellement des bons risques. Il s'agit donc de déterminer

- si les assurés ayant adhéré aux formes alternatives d'assurance-maladie occasionnent effectivement moins de frais que les assurés traditionnels;
- dans quelle mesure ces différences de coût sont dues à une structure particulière des assurés (par exemple sur-représentation d'hommes jeunes et en bonne santé);
- dans quelle mesure elles sont la conséquence d'un changement de comportement et donc un effet des formes alternatives d'assurance.

Les facteurs suivants peuvent avant tout provoquer une réduction des coûts:

- un recours moindre aux prestations dû à une participation plus élevée aux coûts (franchise annuelle) ou au risque de perdre une partie du bonus;
- une prise en charge et des traitements par les fournisseurs de soins plus économiques, en particulier dans le cadre HMO, le système de financement accentuant la prise de conscience des coûts.

Une réduction des coûts à terme implique toutefois qu'elle n'ait pas lieu au détriment de la santé ou de la qualité, car alors demain des coûts pourraient être engendrés, supérieurs aux économies d'aujourd'hui.

⁹ En s'appuyant sur : Bandi, T., Dätwyler, S., Känzig, H. : "Les caisses de santé (HMO) et les assurances avec bonus : une évaluation est en cours", dans Sécurité sociale 1/1994, pp. 38-41.

Il a été admis lors de l'élaboration de l'enquête que celle-ci ne saurait avoir pour tâche d'effectuer une étude de la qualité à une large échelle. Il était de même admis lors de la mise en œuvre de l'enquête sur les nouveaux modèles d'assurance que la formation des médecins, sanctionnée par un examen officiel et un complément FMH, garantissait la qualité des soins médicaux prodigués. Il s'avéra par la suite que cet a priori ne suffisait pas à contrecarrer les importantes réserves émises à l'égard du modèle des HMO. C'est pourquoi le programme global a été complété par des études partielles de la qualité des soins prodigués dans les HMO. Il se pose la question générale de l'influence du modèle de financement des cabinets médicaux sur la qualité des soins. Les aspects suivants ont notamment été étudiés:

- La satisfaction des patients,
- la prévention médicale,
- la réussite du traitement dans le cas de l'hypertension à titre d'exemple de la «qualité des résultats».

Contrairement à l'assurance avec bonus et à l'assurance avec franchise à option qui ne contiennent qu'un seul élément destiné à la maîtrise du coût, à savoir l'incitation financière des assurés à solliciter peu ou pas de prestations, l'assurance HMO est plus complexe. Ce n'est pas seulement un nouveau modèle d'assurance mais également un nouveau modèle de cabinet médical, du fait que les centres HMO assument la maîtrise de l'ensemble des prestations en matière de santé ainsi que la maîtrise économique. Cela explique la nécessité d'évaluer le modèle des HMO en répondant en particulier aux questions suivantes:

- Quel personnel assure les soins et quelles prestations en matière de santé sont dispensées dans les HMO elles-mêmes;
- comment les HMO gèrent-elles la santé sur le plan interne et externe;
- si le modèle HMO est économiquement rentable.

1.3 Outils d'évaluation

Les outils suivants ont été utilisés pour l'évaluation des HMO et de l'assurance avec bonus:

- Préparation et analyse des données administratives des caisses,
- Sondages auprès des assurés
- Enquêtes auprès des HMO
- Etude sur le traitement de l'hypertension: étude comparative sur la réussite du traitement de l'hypertension.

Données administratives

Les données administratives des caisses-maladie constituent le matériau essentiel. Toutes les caisses-maladie qui offrent l'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations (HMO) ou l'assurance avec bonus (14 pour l'année de départ 1991) étaient tenues de fournir à

l'OFAS des données anonymes pour tous leurs assurés pour chaque année d'évaluation. Huit autres caisses offrant la franchise annuelle à option ont participé de leur propre gré. Les données consistent en des enregistrements de membres et de dommages. L'enregistrement des dommages sert de base à l'évaluation des informations centrales sur les coûts selon divers centres de charges.

Pour différentes raisons, l'analyse des données administratives a subi un retard considérable: de nombreuses caisses n'ont pas été en mesure de livrer leurs données comme cela avait été planifié, de très nombreuses insuffisances nécessitant des corrections sont apparues, la vérification et le traitement ont demandé beaucoup plus de temps que prévu.¹⁰ L'OFAS n'a disposé des données définitives qu'à partir du printemps 1996 alors que les premières évaluations auraient dû commencer en 1992. Comme ces données devaient également faire l'objet de nombreuses vérifications, l'exploitation des données administratives n'a pas encore pu être opérée avec toute la finesse désirée. Nous reviendrons sur les problèmes qui en résultent dans la partie consacrée aux résultats. L'état des données rend impossible le calcul d'importants indices, à savoir le nombre des hospitalisations, les frais d'hospitalisation par personne hospitalisée et la fréquence des consultations médicales.

Sondage auprès des assurés

Les données des caisses-maladie ne suffisent pas à elles seules à répondre aux questions prévues pour l'évaluation. Elles contiennent en particulier trop peu d'informations sur les facteurs de risque et la structure sociale des assurés. Les enquêtes menées pour cette raison auprès des assurés peuvent être réparties en deux groupes:

- Une enquête de base, 1991/1992, la "1^{ère} vague des sondages auprès des assurés", avec un échantillonnage important destiné à fournir notamment des informations significatives quant à la structure des assurés des différentes branches (caractéristiques au plan de la santé, de la structure sociale). Elle contient par ailleurs une appréciation des différents modèles d'assurance.
- Diverses enquêtes concernant des questions particulières dans les années 1993/1994, à savoir:
 - les frais de santé assumés entièrement par les patients afin de pouvoir évaluer si les coûts saisis par les caisses-maladie sont sous-estimés pour les nouveaux modèles;
 - des aspects qualitatifs des HMO, en particulier la satisfaction des assurés concernés par rapport aux assurés traditionnels;
 - les raisons de démission des HMO.
- Une enquête auprès d'assurés qui n'ont adhéré qu'en 1993/1994 à l'assurance HMO ou à l'assurance avec bonus afin de déterminer si la situation est stable ou si la "génération des pionniers" présente des caractéristiques particulières.

¹⁰ Pour l'année 1991 par exemple, plus d'un tiers des données des caisses ont dû être retraitées.

Le tableau 1.3 ci-dessous décrit brièvement les différentes études sectorielles de l'enquête menée auprès des assurés.

Comme on pouvait admettre que le marketing des caisses-maladie avait joué un rôle lors du choix de la forme d'assurance-maladie, une enquête écrite a été effectuée début 1995 auprès des caisses-maladie concernées. Elle a été complétée par une série d'entretiens avec des professionnels. Il s'agissait de savoir s'il existait une promotion spéciale - et si oui, sous quelle forme - des modèles alternatifs d'assurance-maladie.

Enquêtes auprès des HMO

S'agissant des HMO comme nouvelle forme d'offre de prestations en matière de santé, l'intérêt portait sur leur structure et leurs manières de procéder. Les enquêtes annuelles ont fourni des données sur leur dotation en personnel et leur équipement en matériel, sur les offres spéciales et leur utilisation ainsi que sur l'état des coûts et du rendement. Des entretiens avec le personnel responsable des HMO sont venus compléter les enquêtes. Vu que les données administratives ne comportent pas de diagnostics, des chiffres relatifs à l'hospitalisation – et à la durée d'hospitalisation – en fonction des diagnostics ont, de plus, été établis.

Etude sur l'hypertension

Une comparaison entre les centres de santé HMO et 12 cabinets traditionnels de médecin de famille a permis d'établir le taux respectif de réussite en ce qui concerne le contrôle de l'hypertension simple et les moyens thérapeutiques. On s'est basé sur le dépouillement des dossiers de patients pour la période 1992 – 1994.¹¹

L'enquête et le dépouillement des données administratives ont été effectués par l'OFAS. Prognos SA s'est chargé de toutes les autres enquêtes. Le travail sur le terrain pour tous les sondages auprès des assurés a été confié à l'Institut de recherche sociale LINK. A une exception près (structure et nouveaux adhérents) toutes les enquêtes consistaient en une interview par téléphone suivie de l'envoi d'un questionnaire écrit. Le taux de participation a été globalement très bon.

La totalité de l'évaluation, et donc également le présent rapport de synthèse, se rapportent à la période 1991 – 1994. Les évolutions ultérieures n'ont pas été prises en considération.

¹¹ La direction scientifique de cette enquête a été confiée au Prof. D. Conen, Hôpital Cantonal, Aarau.

Tableau 1.3: Contenu et étendue des enquêtes auprès des assurés

Etude partielle	Questions principales	Echantillonnage	Durée de l'enquête
I Enquête de base « 1ère vague de l'enquête auprès des assurés »	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des risques • (Autres) raisons pour le choix de l'assurance • Evaluation des différentes formes-d'assurance • Indices pour les frais de santé assumés par le patient 	Ass. HMO: 1779 ¹⁾ Ass. avec bonus: 1230 Ass. avec franchise annuelle plus élevée: 1220 Ass. traditionnels: 4666	Octobre 1991 à novembre 1992 (Echantillon HMO complémentaire: août 1993 à décembre 1993)
II Frais de santé assumés par l'assuré	<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, hôpitaux - médicaments - prestations de santé paramédicales • Modifications de l'état de santé subjectif 	Ass. avec bonus: 1000 Ass. avec franchise annuelle plus élevée: 1000 Ass. traditionnels.: 1000 En partie échantillonnage par panel, c.-à-d. personnes interviewées lors de la 1ère vague.	Août 1993 à janvier 1994
III Aspects qualitatifs des HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction subjective à l'égard des centres HMO par rapport aux cabinets méd. traditionnels • Frais de santé assumés par l'assuré HMO lui-même 	Ass. HMO: 1000 Ass. traditionnels: 1000 En partie échantillonnage par panel	Septembre 1993 à janvier 1994
IV Assurés sortis de la HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Raisons pour la sortie de l'assurance HMO • Sélection des risques par les départs 	Assurés sortis de la HMO: 300	1ère vague, novembre 1993 à janvier 1994 2ème vague, novembre 1994 à janvier 1995
V Comparaison de la structure des nouveaux adhérents	<ul style="list-style-type: none"> • Différences entre la génération des pionniers et les assurés venant ensuite <ul style="list-style-type: none"> - sélection des risques - structure socio-démographique 	Assurés n'ayant adhéré qu'en 1994: HMO: 500 Bonus: 500	Novembre 1994

1) L'échantillonnage HMO a été augmenté afin d'inclure également des assurés des HMO qui n'ont été inaugurées qu'en automne 1991.

1.4 Rapports

Les résultats des enquêtes partielles sont développés dans 8 rapports qui sont brièvement présentés dans le tableau 1.4.

Certaines enquêtes se suffisent à elles-mêmes, d'autres ne livrent que des informations partielles qui doivent être mises en perspective. C'est le cas en premier lieu pour la question de la sélection des risques et des effets de celle-ci sur les coûts. Il faut réunir alors les informations provenant des données administratives et celles fournies par les enquêtes. Le présent **rapport de synthèse** relie les résultats des enquêtes sectorielles. Il est articulé comme suit:

- Le chapitre 2 donne un bref aperçu de la propagation de ces modèles d'assurance, de la structure socio-démographique des assurés et de leurs frais de santé.

- Le chapitre 3 présente et discute les résultats des différentes évaluations qui ont permis de déterminer les effets des diverses structures de risques sur les différentes formes d'assurance. Il s'interroge, de plus, sur les conséquences économiques qui en résultent pour les caisses-maladie et les assurés.
- Le chapitre 4 aborde la question de la qualité des soins prodigués dans les cabinets médicaux HMO en comparaison avec le système traditionnel. Il contient un condensé des diverses enquêtes.
- Le chapitre 5 est un condensé des enquêtes menées sur la structure et les procédures propres aux HMO, sur leur situation au plan du coût et du rendement. Il contient également un bref aperçu sur les résultats de l'évaluation de la HMO genevoise par rapport aux HMO en Suisse alémanique.

Le rapport de synthèse veut présenter les résultats de l'évaluation de manière succincte. Cela exclut la possibilité de présenter des commentaires détaillés sur les manières de procéder, les analyses et les définitions. Pour cela il convient de se référer aux divers rapports partiels.

Pour les données administratives, le rapport de synthèse se réfère au rapport d'enquête 7 de l'OFAS : "Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil". Prognos n'a procédé à une évaluation séparée des données administratives que dans leur rapprochement avec les données fournies par les enquêtes.

Tableau 1.4: Rapports relatifs aux enquêtes sectorielles de l'évaluation

Titre, Date	Résultats des enquêtes / sondages suivants
Rapport d'enquête 1: Die Wahl der Versicherungsformen. Mars 1993 / Mai 1995 (Prognos)	<ul style="list-style-type: none"> • 1ère vague de l'enquête menée auprès des assurés et enquête ultérieure auprès du MZH et de la HMO Bâle • Structure des nouveaux adhérents (automne 1994) • Promotion par les caisses-maladie
Rapport d'enquête 2: Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Mars 1995 (Prognos)	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comparative HMO "aspects qualitatifs" • Enquête menée auprès des assurés qui ont quitté la HMO
Rapport d'enquête 3: Selbstgetragene Gesundheitskosten. Avril 1995 (Prognos)	Enquête sur les frais de santé assumés par les assurés eux-mêmes
Rapport d'enquête 4: Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Juillet 1995 (Prognos)	Enquêtes effectuées auprès des HMO
Rapport d'enquête 5: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Novembre 1996 (Prof. Conen / Prognos)	Dépouillement des dossiers dans les cabinets médicaux
Rapports relatifs aux données administratives	
Rapport d'enquête 6: Données administratives de l'assurance-maladie: analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. Septembre 1997 (OFAS)	Données administratives fournies par les caisses-maladie
Rapport d'enquête 7: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Septembre 1997 (OFAS)	
Rapport d'enquête 8: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zur traditionellen Krankenversicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Septembre 1997 (OFAS)	

2. Les assurés et les coûts

2.1 Les adhérents aux «nouveaux» modèles d'assurance

Des trois modèles alternatifs d'assurance, c'est la franchise annuelle à option qui est la plus répandue. L'assurance avec bonus et l'assurance HMO offertes depuis 1990/1991 seulement ont certes connu une forte augmentation de leurs assurés, mais ne concernent toutefois qu'une petite minorité à la fin 1994.

Tableau 2.1: Nombre d'assurés dans les divers modèles

	Nombre d'assurés		
	1991	1994	Progression 1991/1994 en % par an
Ass. avec bonus	7'557	15'087	25,9
Assurance HMO	4'550	19'563	62,6
• dans les 3 HMO pionnières, pour la fin de l'année ¹⁾	6'168	16'513	38,9
Franchise annuelle à option dont ²⁾	205'419	365'804	21,2
• Niveau 1 (350 francs)	102'950	187'031	22,0
• Niveau 2 (600 francs)	68'617	106'911	15,9
• Niveau 3 (1200 francs)	33'852	71'862	28,5
Total des assurés pour les soins en cas de maladie, toutes les caisses ³⁾	6,97 Mio	7,13 Mio	

1) Source: Enquête auprès des HMO. L'effectif à fin 1991 est supérieur à celui relevé dans les données administratives des caisses, car dans ces dernières l'unité retenue est l'année d'assurance; ainsi une personne ayant adhéré à une HMO en octobre 91 ne compte que pour un quart.

2) Autres montants de franchise en francs pour les enfants; répartition selon niveaux calculée sur la base des données administratives.

3) Statistique sur l'assurance-maladie 1994/95.

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7; propres calculs.

En raison du manque de certaines informations, les données fournies par les caisses à l'OFAS n'ont pas toutes pu être exploitées. Le nombre d'assurés figurant dans le tableau est par conséquent en partie en dessous de la réalité. Il convient de relever de plus que certaines caisses offrant des contrats d'assurance avec franchise annuelle à option n'ont pas pris part à l'évaluation. Par rapport aux chiffres de la statistique sur l'assurance-maladie pour 1994/95, on a atteint, pour 1994, un taux de saisie de près de 100% (96,5%) pour les assurés avec bonus, de 79,8%¹ pour l'assurance impliquant un choix restreint des fournisseurs de prestations et de 60% à peine pour les assurés avec franchise à option. On peut supposer que le taux de saisie varie selon les cantons pour les assurés avec franchise annuelle à option.

L'assurance avec bonus a été introduite pour le 1er janvier 1991; en 1992, elle était offerte par 10 caisses totalisant 3,6 millions de membres. 0,5% à peine d'entre-eux a contracté une assurance avec bonus. La quasi-totalité des assurés avec bonus sont regroupés dans deux caisses-maladie seulement² ils représentent pour 1994, le 1% de l'ensemble des assurés de ces deux caisses.

Les premières et secondes HMO ont été créées à Zurich en janvier 1990 et août 1991. Elles ont été suivies par une HMO à Bâle en octobre 1991. Une assurance HMO ne peut être choisie que par des usagers habitant ou travaillant dans son bassin de recrutement. Aussi le taux des personnes choisissant cette forme d'assurance ne peut être déterminé sur la base du nombre total des assurés des caisses concernées. Par rapport aux assurés de la région en question, le taux d'assurés en HMO se situe pour 1994, selon les estimations, entre 5 et 6%.

L'assurance avec franchise annuelle à option est admise depuis 1987 dans l'assurance-maladie sociale. Elle est offerte par toutes les caisses qui participent à l'évaluation. En se référant à l'effectif des assurés de ces caisses, la part de marché de la franchise annuelle à option était en 1994 d'au moins 10 %.

2.2 Répartition selon les régions et structure des assurés

2.2.1 Les assurés HMO

Parmi les trois premières HMO, deux sont situées à Zurich, une à Bâle. Le tableau 2.2 montre l'évolution des effectifs d'assurés.

¹ Les 3 HMO pionnières auxquelles l'évaluation se réfère plus spécifiquement sont toutefois complètement recensées.

² En 1992, les 90% de tous les assurés avec bonus se répartissaient auprès de deux caisses-maladie seulement

Tableau 2.2: Evolution des effectifs d'assurés des 3 HMO pionnières

	Effectif des membres			
	Zurich-Wiedikon	Zurich-Stadelhofen (MZH) ¹⁾	Bâle	Total
Décembre 1990	1'265	—	—	1'265
Décembre 1991	3'863	1'236	1'069	6'168
Décembre 1992	4'577	1'996	2'665	9'238
Décembre 1993	5'792	2'992	5'052	13'836
Décembre 1994	6'891	3'327	6'295*	16'513

* dont 550 assurés inscrits auprès de médecins du réseau de santé HMO.

1) MZH = Medizinisches Zentrum Helvetia

Source: Enquête HMO, rapport d'enquête 4

Etant donné les lieux d'implantation, la majorité des assurés HMO habitent dans les cantons de Zurich et de Bâle (Tableau 2.3).

Tableau 2.3: Provenance géographique des assurés HMO en 1991 et 1994¹⁾

Canton	1991	1994
	%	
Zurich	67	52
Bâle-Ville	29	25
Bâle-Campagne	3	5
Lucerne	—	14
Autres cantons	1	4
Somme	100	100

1) Tous les assurés HMO.

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Une répartition géographique plus précise montre que parmi les assurés HMO de Zurich, en 1993, le 85 % habitait la ville de Zurich, le 15 % les communes environnantes. Pour la HMO bâloise, 80 % des assurés habitaient la ville de Bâle, 20 % les communes avoisinantes.

La progression rapide des assurés HMO est certainement en partie due au fait que parmi les trois formes d'assurance, ce modèle a bénéficié d'une publicité et d'une promotion plus intenses. Il est vrai qu'un produit aussi nouveau et difficile à comprendre que le modèle "HMO" devait être soutenu par un large support publicitaire et nécessitait surtout aussi une bonne formation des collaborateurs. Deux des trois HMO n'ont pas simplement laissé le soin de la promotion aux caisses faîtières mais se sont elles-mêmes engagées activement auprès des agences et des collaborateurs des caisses alors que pour une des HMO la promotion était entièrement du ressort de la caisse faîtière. Cela explique certainement en partie la progression différente du nombre des membres.

Ce sont surtout les 21 à 40 ans qui ont opté pour une assurance HMO: en 1991, 44% faisaient partie de ce groupe d'âge et 48% en 1994. Les femmes sont un peu moins souvent membres d'une HMO que les hommes (Tableau 2.4).

Tableau 2.4: Structure des assurés HMO selon l'âge et le sexe à Zurich, Bâle-Ville et Bâle-Campagne

Age	Les 3 cantons		Canton de Zurich	Cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne
	1991	1994	1994	1994
	en %			
0-20	12	14	11	20
21-40	44	48	47	51
41-60	24	23	25	18
61-80	17	13	15	10
81 +	3	2	2	1
Somme	100	100	100	100
Sexe				
masculin	52	52	53	51
féminin	48	48	47	49
Somme	100	100	100	100

Entre 1992 et 1994, la structure d'âge des HMO de Zurich-Wiedikon et plus particulièrement de Bâle a rajeuni; elle est restée plus ou moins stable dans le MZH. La HMO de Bâle a dès le départ compté plus d'enfants et d'adolescents et a continué de progresser au sein de ce créneau. Des trois HMO, c'est le MZH qui a la moyenne d'âge la plus élevée, avec en particulier une proportion des personnes de plus de 41 ans nettement supérieure.

La comparaison entre les assurés HMO et la population résidente de la ville de Zurich, resp. du canton de Bâle-Ville, montre la situation suivante (Tableau 2.5):

- Dans le canton de Bâle-Ville, les jeunes jusqu'à 20 ans sont légèrement sur-représentés parmi les assurés HMO, les 21 à 40 ans fortement sur-représentés; tous les autres groupes d'âge sont sous-représentés.
- Pour la ville de Zurich ce sont également les 21 à 40 ans qui sont sur-représentés, les enfants et les jeunes et plus encore les personnes très âgées étant sous-représentés.
- Malgré toutes les différences, il faut néanmoins relever la prédominance des 21 à 40 ans et la très faible représentation du groupe d'âge le plus élevé parmi les assurés HMO.

Tableau 2.5: Répartition selon l'âge dans l'assurance HMO par rapport à la population résidente, 1994

Classes d'âge	Facteur de sous-/sur-représentation ¹⁾	
	Ville de Zurich	Canton de Bâle-Ville
0-20	0.62	1.10
21-40	1.34	1.62
41-60	1.01	0.69
61-80	0.84	0.52
81 +	0.41	0.25

1) Un facteur de 1 signifie que la part du groupe d'âge est la même que dans la population résidente. Il y a sur-représentation lorsque le facteur de la classe d'âge est supérieur à 1. A l'inverse, un facteur inférieur à 1 indique que la classe d'âge est sous-représentée.

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Selon l'enquête menée auprès des assurés, les usagers des HMO se distinguent des assurés traditionnels également par les caractéristiques suivantes (Tableau 2.6):

- Parmi les assurés HMO, les ménages comptant une personne sont nettement sur-représentés alors que les ménages de 4 personnes ou plus sont nettement sous-représentés.
- Les femmes et les hommes qui ont opté pour l'assurance HMO bénéficient fréquemment d'une formation scolaire plus élevée que les assurés traditionnels.
- Les statistiques ne font pas apparaître de différences significatives en ce qui concerne le revenu. Si la formation plus poussée ne s'accompagne pas de revenus plus élevés, cela peut s'expliquer par le fait que les assurés HMO sont plus jeunes et n'ont donc souvent pas encore atteint le maximum de leur salaire.

Les caractéristiques au niveau de l'état de santé indiquent toutes que les assurés HMO sont en meilleure santé que les groupes témoins, cela vaut particulièrement pour les classes d'âge plus élevées.³

Les différences sont minimales entre les trois HMO en ce qui concerne les caractéristiques relevant de la couche sociale et de l'état de santé.

³ Cf. rapport d'enquête 1.

Tableau 2.6: Autres caractéristiques des assurés HMO par rapport aux assurés traditionnels

	Assurés HMO		Assurés traditionnels dans les régions HMO ¹⁾	
	Au total	Hommes 21 à 40 ans	Au total	Hommes 21 à 40 ans
Caractéristiques socio-démographiques				
Ménage composé d'une personne %	34	35	21	24
Formation scolaire et post-scolaire de base ²⁾ %	64	50	76	66
Revenu équivalent par habitant ³⁾ - en francs, par mois	3'862	4'332	3'736	4'161
Caractéristiques de santé				
Etat de santé subjectif "très bon" %	42	56	33	49
Pas de maladies chroniques ⁴⁾ %	72	81	61	76
Pas de handicap %	89	94	85	92
n ⁵⁾	1'265	355	803	143

* chiffres en caractères gras: la différence par rapport au groupe correspondant de l'assurance traditionnelle est statistiquement significative (intervalle de confiance 95 %).

1) Par régions HMO on entend les agglomérations de Bâle et de Zurich.

2) Jusqu'à et y compris apprentissage professionnel ou école professionnelle à plein temps.

3) Revenu par habitant déterminé selon l'échelle d'équivalence SKOS sur la base du revenu du ménage indiqué.

4) Pas en traitement pour une maladie chronique pendant 12 mois.

5) Effectif des personnes sondées.

Source: Enquête menée auprès des assurés en 1991/1993, rapport d'enquête 1.

Les différences structurelles essentielles se confirment également pour les nouveaux adhérents des années 1993/94, de sorte qu'on peut admettre, sauf pour ce qui est du rajeunissement, une situation plutôt stable.

2.2.2 Les assurés avec bonus

La répartition géographique des assurés avec bonus est très inégale: en 1991, 43% habitaient dans les cantons de Berne et de Zurich, en 1994, ce pourcentage s'élevait à 53%. L'assurance avec bonus est très faiblement représentée en Suisse romande.

Tableau 2.7: Répartition selon les régions des assurés avec bonus

	1991	1994	Population résidente 1994
	en %		
Canton de Berne	14	32	13
Canton de Zurich	29	21	17
Autres cantons alémaniques	48	39	41
Suisse romande	7	6	25
Tessin	2	2	4
Somme	100	100	100

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7 / Annuaire statistique de la Suisse 1996

Cette répartition est liée aux zones d'implantation des deux grandes caisses-maladie qui se partagent la plus grande part des assurés avec bonus. Plus de la moitié de l'augmentation totale des assurés de ce type entre 1991 et 1994 revient au canton de Berne et la plus grande partie à une seule caisse-maladie.

Les assurés avec bonus sont en règle générale jeunes et de sexe masculin (Graphique 2.8). En 1991, deux tiers des assurés étaient âgés de 21 à 40 ans. L'importance de cette classe d'âge a plutôt diminué entre 1991 et 1994. En 1994 toutefois, encore plus de la moitié des assurés étaient âgés de 21 à 40 ans. Pendant le même laps de temps, la part de la classe d'âge des 41 à 60 ans s'est élevée à plus de 25 % (Graphique 2.8). La classe d'âge des 21 à 40 ans était fortement sur-représentée par rapport à la population résidente, en 1994 également (Tableau 2.9). En 1991 comme en 1994, environ 60 % des assurés, toutes catégories d'âge confondues, étaient de sexe masculin, la sous-représentation des femmes étant la plus marquée dans les classes d'âge des 21 à 40 ans (Graphique 2.8).

Selon l'enquête menée auprès des assurés, ceux qui ont choisi le modèle avec bonus en 1991 se distinguent des assurés traditionnels également par les caractéristiques suivantes (cf. Tableau 2.10):

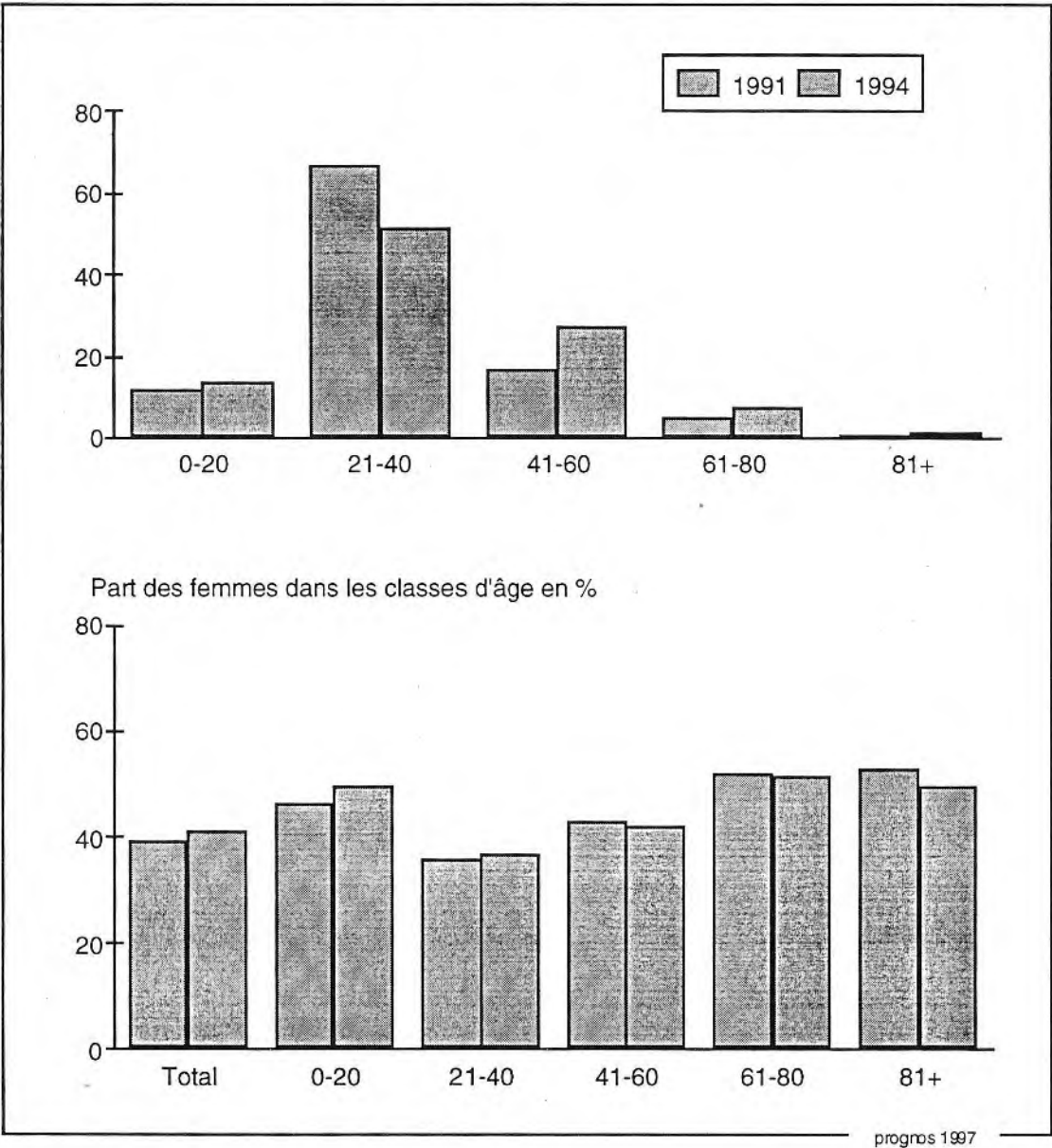
- Les ménages d'une personne sont sur-représentés, même parmi les classes d'âge les plus jeunes;
- La formation scolaire et le revenu indiquent que les assurés avec bonus bénéficient plus souvent d'un statut social plus élevé que les assurés traditionnels.

Comme dans le cas de l'assurance HMO, les données relatives à l'assurance avec bonus ne confirment pas l'hypothèse que le choix de ce type d'assurance est motivé par des difficultés financières.

Pour toutes les caractéristiques relatives à la "santé", les assurés avec bonus présentent des valeurs nettement plus favorables que les assurés traditionnels. Ces différences sont confirmées par la répartition selon le sexe et la classe d'âge: dans toutes les classes d'âge, les assurés avec bonus sont "en meilleure santé" que les assurés traditionnels. C'est dans la classe d'âge la plus jeune que l'écart est le moins grand du fait qu'ici même les assurés traditionnels ont de très bonnes valeurs. Cet écart se creuse pour les classes d'âge les plus élevées: alors que par exemple pour les assurés traditionnels âgés de 66 ans et plus, le 35% seulement n'ont pas été en traitement pour une maladie chronique en l'espace d'une année, ce pourcentage s'élevait à 78% pour les assurés avec bonus de la même classe d'âge.⁴

⁴ Cf. rapport d'enquête 1.

Graphique 2.8: Assurés avec bonus selon l'âge; Part de femmes selon les classes d'âge; Ensemble de la Suisse



Source: Rapport basé sur les données administratives

Tableau 2.9: Structure d'âge dans l'assurance avec bonus par rapport à la population résidente, 1994

Classe d'âge	Facteur de sur-/sous-représentation, ensemble de la Suisse ¹⁾
0–20	0.55
21–40	1.63
41–60	1.05
61–80	0.50
81 +	0.25

1) Un facteur de 1 signifie que la part de la classe d'âge est la même que dans la population résidente. Il y a sur-représentation lorsque le facteur de la classe d'âge est supérieur à 1. A l'inverse, un facteur inférieur à 1 indique que la classe d'âge est sous-représentée.

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Tableau 2.10: Autres caractéristiques des assurés avec bonus par rapport aux assurés traditionnels*

	Assurés avec bonus		Assurés traditionnels	
	Au total	Hommes 21 à 40 ans	Au total	Hommes 21 à 40 ans
Caractéristiques socio-démographiques				
Ménage composé d'une personne %	25	29	19	18
Formation scolaire et post-scolaire de base ¹⁾ %	67	59	76	68
Revenu équivalent par habitant en francs, par mois ²⁾	4'029	4'178	3'424	3'659
Caractéristiques de santé				
Etat de santé subjectif "très bon" %	57	60	32	44
Pas de maladies chroniques ³⁾ %	86	87	60	74
Pas de handicap %	96	97	87	93
n ⁴⁾	923	411	2'642	521

* chiffres en caractères gras : la différence par rapport au groupe correspondant de l'assurance traditionnelle est statistiquement significative (intervalle de confiance 95 %).

1) Jusqu'à et y compris apprentissage professionnel ou école professionnelle à plein temps.

2) Revenu par tête déterminé selon l'échelle d'équivalence SKOS sur la base du revenu du ménage indiqué.

3) Pas en traitement pour une maladie chronique pendant 12 mois.

4) Effectif des personnes sondées.

Source: Enquête menée auprès des assurés en 1991/1992, rapport d'enquête 1.

Une enquête menée en 1994 auprès d'assurés avec bonus qui n'avaient choisi ce modèle d'assurance qu'en 1993/94⁵ aboutit à des résultats surprenants: elle révélait d'abord que la moyenne d'âge avait glissé vers le haut et montrait que les écarts avec les assurés traditionnels au plan des critères de la santé s'étaient fortement réduits par rapport à 1991. Mais elle révélait

⁵ Enquête "Struktur der Neueintritte", rapport d'enquête 1.

surtout que la majorité (60 %) des assurés ayant contracté une assurance avec bonus en 1993/94 n'étaient même pas conscients d'avoir souscrit à une assurance de ce type.⁶ Des renseignements recueillis auprès des caisses-maladie ont révélé que la caisse qui avait enregistré la plus grande augmentation d'assurés avec bonus en 1993/94, avait conclu, pendant cette période, pour une large part des contrats collectifs d'assurance avec bonus sans que les assurés eux-mêmes n'en aient généralement pris conscience.

Le fait qu'une grande partie des nouveaux adhérents n'ait pas pris une décision individuelle et consciente en faveur de l'assurance avec bonus est un élément nouveau à prendre en considération. Cela pourrait expliquer en grande partie les écarts frappants, enregistrés par le biais des données administratives et des enquêtes, entre les assurés avec bonus de 1991 et ceux de 1994. L'analyse de l'évolution des coûts, notamment, doit en tenir compte (Chapitre 2.3).

Ce qui précède suffit à démontrer que la promotion par les caisses-maladie influe considérablement sur le succès de l'assurance avec bonus. L'enquête menée auprès des caisses-maladie a par ailleurs révélé qu'une seule d'entre elles avait encouragé activement l'assurance avec bonus par voie publicitaire et par des démarches incitatives auprès des collaborateurs. Les autres assureurs se sont contentés d'une information générale (diffusée par exemple dans la revue destinée à leurs assurés et par l'envoi de lettres à leurs membres). Cette attitude a été motivée explicitement par les conditions défavorables (en particulier le malus de 10 % la première année et l'engagement pour 5 ans au moins) et un intérêt finalement trop marginal pour que des dépenses promotionnelles soient maintenues au-delà de la phase initiale.

La réduction de 35 % (barème de bonus 3) a pu être atteinte pour la première fois en 1994. La répartition selon le barème de bonus se présentait comme suit en 1994:⁷

Bonus 0	28,3 %
Bonus 1	13,2 %
Bonus 2	16,0 %
Bonus 3	42,5 %
Bonus 4	—

Ces chiffres permettent de constater que la majorité (env. 85%) de ceux qui avaient opté pour l'assurance avec bonus en 1991 ont "progressé" comme prévu et atteint le barème maximal possible. Il n'est donc guère surprenant que la structure des assurés ayant atteint le niveau le plus élevé du bonus corresponde dans une large mesure à celle des assurés avec bonus de 1991. Du fait qu'ils sont composés de cohortes différentes, les autres niveaux ne sont pas révélateurs en soi: ainsi, par exemple, le barème de départ, bonus 0, en 1994 comprend aussi

⁶ Dans l'enquête de base de 1991, 13% seulement des assurés n'étaient pas au courant de leur branche d'assurance.

⁷ Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

bien des personnes affiliées depuis 1991 mais qui n'ont jamais pu réaliser un bonus en raison de maladie, que des personnes affiliées seulement en 1994. En présence de ce mélange de différentes cohortes, nous renonçons à d'autres considérations sur les niveaux de bonus.⁸

De manière générale, l'exemple de l'assurance avec bonus démontre à l'évidence que des situations particulières, lorsque de plus les effectifs d'assurés sont peu importants et ne concernent qu'un petit nombre de caisses-maladie, peuvent fortement influencer les résultats. Comme on ne peut exclure que des situations particulières puissent exister dans d'autres circonstances également (suite par exemple à une action publicitaire adressée ponctuellement par une caisse à des groupes d'assurés ciblés), l'analyse se limite à identifier des tendances générales et à dévoiler avec prudence certaines "singularités".

2.2.3 Assurés avec franchise annuelle à option

Les trois cinquièmes à peine des assurés avec franchise annuelle à option sont assurés auprès des caisses participant à l'évaluation. Il convient donc de considérer avec prudence notamment les données relatives à la répartition géographique.

Tableau 2.11: Répartition selon les régions des assurés avec franchise annuelle à option

	1994	
	Franchise annuelle à option	Population résidente
	en %	
Canton de Vaud	27	7
Canton de Genève	11	6
Autres cantons romands	12	12
Canton de Berne	22	13
Canton de Zurich	10	17
Autres cantons alémaniques	16	41
Tessin	2	4
Somme	100	100

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Par rapport à la population résidente, les assurés avec franchise annuelle à option sont relativement sur-représentés dans tous les cantons romands à l'exception du Valais, relativement sous-représentés dans tous les cantons alémaniques à l'exception de Berne. Le fait qu'avant l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal, les caisses ayant leur siège en Suisse romande, soumises à la pression du coût, ont assuré la promotion de la franchise annuelle à

⁸ Une analyse – encore inachevée – des cohortes selon les données administratives fournira des informations plus précises.

option beaucoup plus activement que les caisses alémaniques explique certainement cette diffusion plus forte en Suisse romande. La majorité des assurés d'une partie des caisses en Suisse romande avaient une franchise plus élevée; ces caisses présentaient l'assurance avec franchise plus élevée comme le produit standard si bien qu'il fallait insister pour choisir la franchise normale.

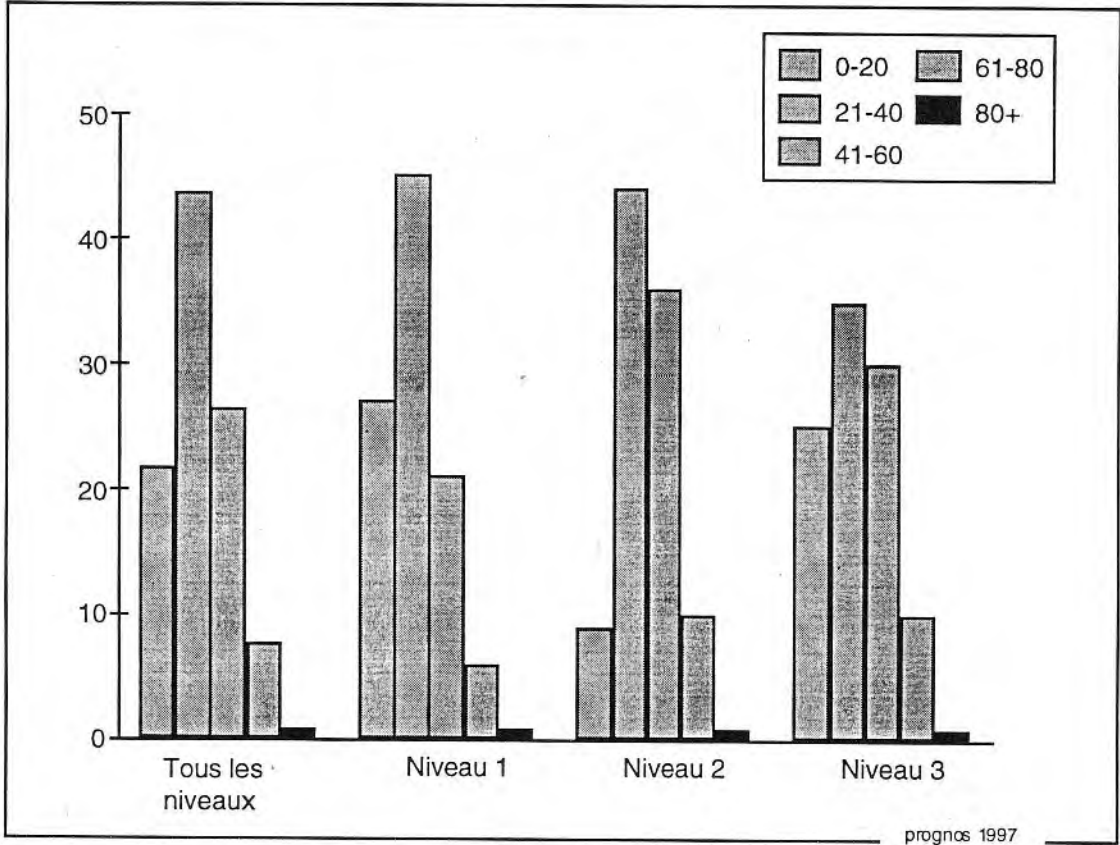
La promotion de la franchise plus élevée a été soutenue dans l'ensemble avec une intensité très variable: plus d'un tiers des caisses-maladie se sont contentées de l'information générale sans plus, un autre tiers l'a complétée par une promotion publicitaire par le biais d'affiches, au travers des médias et au moyen d'un matériel d'information spécial. Le dernier tiers a mis en oeuvre tous les moyens, en particulier également la pratique de commissions pour la conclusion de contrats avec franchise plus élevée. L'ampleur de la promotion se reflète très nettement dans le pourcentage des assurés avec franchise annuelle à option dans chaque caisse.

La franchise annuelle plus élevée a en particulier été choisie par les 21 à 40 ans, suivis par les 41 à 60 ans. Les enfants et les adolescents fournissent également une part importante avec plus de 20% des assurés avec franchise alors que les plus de 60 ans ne sont que faiblement représentés. La structure d'âge se déplace en fonction du niveau de franchise choisi: au niveau 2 et 3, les 41 à 60 ans gagnent en importance et la part des 61 à 80 ans est également nettement plus élevée qu'au niveau 1. Enfin, et cela surprend, le niveau de franchise le plus élevé a très souvent été choisi également pour les enfants et les adolescents (Graphique 2.12). Par rapport à la population résidente, les 21 à 40 ans y sont nettement sur-représentés, les plus de 61 ans nettement sous-représentés (Tableau 2.13). La structure d'âge ne révèle pas des écarts notables d'un canton à l'autre.

Comme dans le cas des autres nouvelles formes d'assurance, les femmes sont également sous-représentées dans l'assurance avec franchise et cela de manière de plus en plus nette avec l'élévation du niveau de la franchise (Tableau 2.13).

Les caractéristiques relatives à l'âge et au sexe n'ont pas évolué notablement entre 1991 et 1994. La forte augmentation du nombre des membres n'a donc pas entraîné de déplacements dans la répartition des adhérents.

Graphique 2.12: Les assurés avec franchise à option selon l'âge et les niveaux (en %) pour l'ensemble de la Suisse, en 1994



Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Tableau 2.13: Répartition par âge et par sexe des assurés avec franchise à option par rapport à la population résidente

Classe d'âge	Facteur de sur-représentation/sous-représentation des groupes, en 1994, pour l'ensemble de la Suisse ¹⁾			
	Tous les niveaux	Niveau		
		1	2	3
0-20	0.87	1.12	0.35	1.02
21-40	1.36	1.45	1.39	1.12
41-60	1.05	0.80	1.43	1.14
61-80	0.53	0.40	0.63	0.68
81 +	0.22	0.17	0.26	0.29
Sexe				
Femmes	0.91	0.97	0.87	0.80

1) Un facteur de 1 signifie que dans l'assurance avec franchise à option, la part de la classe d'âge est la même que dans la population résidente. Il y a sur-représentation lorsque le facteur de la classe d'âge est supérieur à 1. A l'inverse, un facteur inférieur à 1 indique que la classe d'âge est sous-représentée.

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

L'enquête menée auprès des assurés fait apparaître d'importantes différences (cf. Tableau 2.14):

- Les assurés avec une franchise annuelle plus élevée bénéficient plus souvent que les assurés traditionnels d'une formation scolaire approfondie et appartiennent plus souvent aux catégories de revenus supérieures. Cela est vrai pour les jeunes et pour les personnes plus âgées, pour les hommes aussi bien que pour les femmes. Il est clair que les gens aisés peuvent assumer plus facilement le risque de devoir prendre en charge chaque année une part importante des frais de santé. Ces constatations sont valables également pour l'assurance avec bonus. Ainsi donc, on peut penser que les consultations de médecins ne sont pas évitées pour des raisons économiques.
- Contrairement aux assurés HMO et aux assurés avec bonus, on ne relève pas de grandes différences quant à la composition du ménage, compte tenu du facteur âge.

Pour les critères relatifs à la santé, les assurés avec franchise présentent sans exception de meilleures valeurs que les assurés traditionnels, même si les écarts sont en partie inférieurs à ceux des deux autres groupes d'assurés.

Les différences entre assurés traditionnels et assurés avec franchise plus élevée s'accroissent très nettement au plan du statut social si l'on prend en compte le montant de la franchise: trois quarts des assurés traditionnels ont bénéficié d'une formation scolaire et post-scolaire élémentaire alors que cette proportion se réduit à moins de la moitié pour le niveau de franchise le plus élevé. Pour le revenu équivalent par habitant, l'écart entre les assurés ayant opté pour le niveau de franchise le plus élevé et les assurés traditionnels dépasse les 1200 francs par mois. Pour les critères liés à la santé, les corrélations sont moins accentuées. Certains indices signalent un état de santé meilleur pour les assurés des deux niveaux de franchise les plus élevés.

Tableau 2.14: Autres caractéristiques structurelles des assurés avec franchise à option par rapport aux assurés traditionnels*

	Assurés avec franchise							Assurés traditionnels ⁴⁾	
		Au total			Hommes de 21 à 40 ans			Au total	Hommes de 21 à 40 ans
	Tous les niveaux	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Tous les niveaux	Niveau 1	Niveaux 2+3		
Caractéristiques socio-démographiques									
Ménages composés d'une personne %	16	15	16	28	22	16	26	22	19
Formation scolaire et postscolaire de base ¹⁾ %	59	69	51	44	59	69	50	76	69
Revenu équivalent par habitant ²⁾ - En francs par mois	4'104	4'030	4'170	4'571	3'963	3'989	3'890	3'304	3'530
Caractéristiques de santé									
Etat de santé subjectif „très bon“ %	38	35	40	31	45	53	41	30	39
Pas de maladies chroniques ³⁾ %	69	61	73	73	75	67	78	58	68
Pas de handicap	93	92	95	96	96	98	94	87	93
n ⁵⁾ *	772	277	222	78	143	55	68	2'642	521

* chiffres en caractères gras : la différence par rapport au groupe correspondant de l'assurance traditionnelle est statistiquement significative (intervalle de confiance 95 %).

1) Jusqu'à et y compris apprentissage professionnel ou école professionnelle à plein temps.

2) Revenu par habitant déterminé selon l'échelle d'équivalence SKOS sur la base du revenu du ménage indiqué.

3) Pas en traitement pour une maladie chronique pendant 12 mois.

4) Pondéré en fonction de la répartition des assurés avec franchise à option dans les régions du pays, pour contrôler l'effet de la sur-représentation des assurés avec franchise à option en Suisse Romande.

5) Effectif des personnes sondées. Le total sur l'ensemble des niveaux est inférieur au total des personnes sondées, car toutes ne savaient pas à quel niveau elles étaient assurées.

Source: Enquête menée auprès des assurés en 1991/1992, rapport d'enquête 1.

2.3 Coûts et fréquence du recours aux prestations

2.3.1 Objet, délimitations

D'énormes écarts entre les différentes formes d'assurance-maladie apparaissent dans la fréquence des cas de maladie et l'ampleur des frais occasionnés chaque année; ils seront brièvement exposés ci-dessous. Ces coûts sont déterminés ici sans aucune référence à l'âge, au sexe ou à d'autres critères significatifs pour les risques. Le chapitre 3 étudiera la relation éventuelle entre les différences de coût et les groupes de risques.

Les définitions et chiffres de référence suivants ont été utilisés.⁹

Par **assurés** on entend des personnes qui ont contracté une assurance de base auprès d'une des caisses engagées dans l'évaluation. Les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire seulement n'ont pas été prises en compte.

Par **malades** on entend des personnes qui, au cours d'une année, ont remis au moins une facture à leur caisse-maladie. Les assurés qui avaient des factures médicales mais ne les ont pas présentées ne peuvent être identifiés comme patients.

Le **taux de morbidité** est obtenu en divisant le nombre de patients par le nombre d'assurés.

Pour analyser les coûts au sein des différentes branches d'assurance et procéder à des comparaisons entre ces branches d'assurance on calcule **le coût par assuré et le coût par patient**. Ces chiffres se rapportent au coût global de toutes les factures enregistrées par les caisses. Sont pris en considération les coûts médico-pharmaceutiques (y compris les indemnités journalières obligatoires en cas d'hospitalisation) pris en charge par l'assurance de base avant la déduction de la participation des assurés aux frais.

Ne sont analysés que les coûts pris en charge par l'assurance de base.

En raison de la répartition géographique inégale des assurés dans les nouveaux modèles d'assurance et des énormes écarts de coût entre les cantons, l'étude des coûts s'effectue au niveau cantonal.

Des spécificités apparaissent pour chaque type d'assurance au niveau de la détermination du coût et de sa pertinence.

⁹ Cf. rapport d'enquête 7.

Ne sont en principe pris en considération que les coûts pour lesquels les caisses-maladie sont intervenues. Les factures de médecins et les médicaments payés sans le recours à la caisse-maladie ne sont pas pris en compte. Les assurés qui ont certes des frais mais ne transmettent pas les factures à la caisse pour remboursement ne peuvent figurer parmi les patients. On peut faire l'hypothèse que le coût et la fréquence des cas de maladie pour les assurés avec franchise annuelle plus élevée sont sous-estimés dans la mesure où les frais inférieurs à la franchise pour l'ensemble de l'année ne sont pas nécessairement communiqués aux caisses. On peut supposer de même que les assurés avec bonus paient de leur poche les montants peu importants pour bénéficier ensuite du bonus plus élevé. Une enquête ciblée sur les frais de santé assumés par les assurés eux-mêmes permet au moins de mesurer l'importance de ce phénomène (cf. chapitre 2.4).

La situation est tout autre pour l'assurance HMO qui exclut toute facturation de prestation aux patients. Il est donc impossible de déterminer les coûts de cette manière. Le coût par patient ne peut être identifié directement et de façon comparable que pour les fournisseurs de prestations extérieurs (hôpitaux, médecins spécialistes, laboratoires) et pour les médicaments. Dans le cas des HMO on a pris en considération les frais comptabilisés: c'est-à-dire les coûts résultant du fonctionnement du centre additionnés au coût des prestations extérieures (cf. chapitre 5.4 pour les détails). Sous l'angle envisagé ici, à savoir "Quel est le coût pour un assuré?", on relève dans les deux cas des données identiques, à une exception près: les cabinets médicaux HMO assument des tâches administratives et supportent des frais administratifs qui sont ordinairement du ressort des caisses-maladie.

Le mode de calcul des coûts dans les HMO présente l'inconvénient qu'il ne permet pas de les comptabiliser par patient et donc, par exemple, de déterminer le coût en fonction des âges.

Pour pallier cet inconvénient et pouvoir effectuer une étude exacte des coûts, on a exigé des HMO, au début de l'évaluation, qu'elles tiennent des **comptes parallèles**, autrement dit qu'elles comptabilisent les prestations fournies par le centre de santé comme dans les cabinets médicaux traditionnels. Ces comptes parallèles ont été établis mais leurs résultats ne peuvent être interprétés de manière univoque pour les raisons suivantes:

- les coûts déterminés sur cette base sont nettement inférieurs aux coûts comptabilisés (de 44% pour les HMO zurichoises en 1994),
- les coûts pour les prestataires de services extérieurs, clairement attestés, représentent à eux seuls déjà le 80% du coût global établi sur la base des comptes parallèles, si bien que, du point de vue comptable, il ne reste pas grand chose pour les prestations fournies par la HMO elle-même.

En gros, les causes suivantes sont envisageables:

- En mettant par exemple l'accent sur les entretiens plutôt que sur l'utilisation des moyens techniques, les HMO pratiquent une médecine insuffisamment honorée. Elles ne pourraient pas survivre de la sorte dans le système traditionnel.
- Les comptes parallèles n'ont pas d'objectif économique pour les HMO ce qui n'incite pas, du point de vue comptable, à optimiser les décomptes (parallèles) des prestations. Les médecins viennent, de plus, en majorité du domaine clinique et sont peu, voire pas du tout, familiarisés avec le système de facturation d'un cabinet médical ambulatoire.

Il est impossible, sans un complément d'études, d'évaluer ne serait-ce que de manière approximative le poids de l'un ou l'autre facteur, si bien que la poursuite des spéculations n'a pas de sens. On a donc décidé de faire figurer dans ce rapport les frais des HMO établis sur la base de la comptabilité. Les taux de morbidité et le coût des médicaments, indépendants des facteurs évoqués plus haut, sont en revanche tirés des comptes parallèles.

Les comptes parallèles sont évoqués ci-dessous en rapport avec les chiffres provenant de la prise en compte individuelle des prestations. Ce tableau explicite les notions utilisées.

Tableau 2.15: Les HMO du point de vue des coûts

Comptes parallèles	Coûts comptables (cf. chap. 5.4)
Prestations médicales internes aux HMO = comptes parallèles Prestations extérieures aux HMO comptabilisées de façon traditionnelle Coût des médicaments	Frais externes de santé et frais de matériel de santé (coûts des fournisseurs externes de prestations, médicaments, etc.) Frais de fonctionnement (personnel, matériel, coûts de financement, etc.)

Dans l'évaluation des données administratives, les deux manières de voir sont intégrées: les coûts pour les assurés HMO ont été extrapolés à partir de l'enquête menée par Prognos et des données administratives pour 1994. Dans l'estimation, on a admis que dans les comptes parallèles, les coûts propres aux diverses classes d'âge sont uniformément sous-estimés. Sur la base de cette hypothèse, les coûts tirés de l'enquête effectuée par Prognos ont été ventilés selon les différentes classes d'âge et l'on a déterminé le coût par assuré et par patient pour obtenir des données individualisées.

En matière de coûts, s'agissant des nouveaux modèles d'assurance, il convient de prendre en considération les éléments suivants: il s'agit de branches d'assurance qui ont connu une forte progression pendant la durée de l'observation. Les taux annuels moyens de croissance se situent à 21% pour l'assurance avec franchise, à 28% pour l'assurance avec bonus et à 39%

pour l'assurance HMO.¹⁰ Les nouveaux adhérents occasionnent toutefois, du moins pendant la première année, des frais nettement moins élevés que les anciens (Tableau 2-16). Cela vaut pour toutes les branches d'assurance à l'exception de la situation particulière de l'assurance avec bonus dans le canton de Berne en 1993/94.

Le net avantage financier qui en résulte pour les modèles en croissance (et qui se prolonge probablement au-delà de la première année) nuit à la comparaison, dans une simple étude transversale, des frais non standardisés comme des frais standardisés.

Tableau 2.16: Coût des nouveaux adhérents¹⁾ pendant la première année en % du coût des membres déjà assurés dans la branche depuis plus d'un an . Pour les 21 à 40 ans seulement

	Nouvelles adhésions 1993 et 1994
Adhésions aux HMO ²⁾	47,6 %
Adhésions au bonus ³⁾	43,8 %
Adhésions à la franchise à option ⁴⁾	53,8 %

- 1) Les anciens assurés traditionnels demeurés dans la même caisse et les personnes ayant changé de caisse-maladie pris ensemble; pondérés par le nombre de cas.
 - 2) Extrapolation des coûts effectuée par l'OFAS
 - 3) Seuls les cantons de Berne et de Zurich, le canton de Berne sans les adhésions de 1994
 - 4) Adhésions 93/94 pour les cantons de Berne, Genève et Vaud
- Source: Données administratives, rapport d'enquête 7, propres calculs

2.3.2 L'assurance HMO

La probabilité que les assurés consultent un médecin dans le courant d'une année se situe pour les assurés HMO à plus de 75% pour 1994, exprimé en taux de morbidité et n'est donc que légèrement inférieure à celle des assurés traditionnels. Cela montre que l'accès aux médecins n'est en principe pas touché par le modèle HMO (Tableau 2.17).

Pour les HMO, le coût par assuré calculé sur la base de la comptabilité est relativement élevé au début. Il baisse progressivement ensuite dans la mesure où le nombre d'assurés devient plus adapté à la dotation en personnel et en infrastructure. Les deux plus grandes des trois HMO examinées ont atteint le seuil de prises en charge optimal, alors que la troisième voyait le nombre d'assurés progresser relativement lentement et présentait donc encore en 1994 un coût par assuré élevé¹¹ (cf. Tableau 2.18).

¹⁰ Ces chiffres ne concernent que les trois HMO évaluées
¹¹ Les mesures de redimensionnement prises au courant de l'année 1994 n'ont pas encore fait baisser le coût de manière significative si l'on prend en considération l'année entière.

Tableau 2.17: Taux de morbidité, coût des médicaments HMO 1994; cantons de Bâle-Ville et de Zurich

	1994			
	HMO BS	Assurés traditionnels BS	HMO ZH	Assurés traditionnels ZH
Taux de morbidité en %	78,9	86,3	74,3	78,9
Coût des médicaments par patient en Fr.	163	578	156	358

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Tableau 2.18: Coûts comptabilisés par assuré dans les HMO, en francs ¹⁾

HMO	1992	1993	1994
IGAK ZH Coût moyen en francs	1'446	1'265	1'334
MZH ZH Coût moyen en francs	2'441	2'140	2'106
IGAK BS Coût moyen en francs	1'647	1'316	1'351
Assurés traditionnels 1994 ²⁾			
Canton de Zurich			1'684
Canton de Bâle-Ville			2'659
Canton de Bâle- Campagne			1'832

1) Source: Enquêtes menées auprès des HMO

2) Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Le coût des médicaments par membre d'une HMO en traitement pour maladie se monte à environ 160 francs par an pour 1994 et est donc nettement inférieur à celui des assurés traditionnels.

Une comparaison entre les années 1991 et 1994 des données administratives permet de présenter l'évolution dans le temps des divers indicateurs. Du fait que deux des trois HMO n'ont ouvert leurs portes qu'en automne 1991, ce point de repère chronologique nous paraît inopérant pour les HMO. Nous renonçons par conséquent à émettre des déclarations sur l'évolution dans le temps.

2.3.3 L'assurance avec bonus

Les assurés avec bonus présentaient en 1991 à la fois un nombre très faible de cas de maladie et des coûts très modestes. Les coûts ont toutefois doublé, voire triplé en 1994, par rapport à 1991 (Tableau 2.19).

Tableau 2.19: Taux de morbidité et coût pour les assurés avec bonus pour l'ensemble de la Suisse

	1991	1994
Taux de morbidité	39,7	46,7
Coût par assuré en Fr.	277	633
Coût par malade en Fr.	698	1'355
Coût des médicaments par malade en Fr.	60	198

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Si l'on ne considère que les cantons de Berne et de Zurich où habitait en 1994 le 53% de tous les assurés avec bonus, la situation se présentait au départ de manière assez semblable dans les deux cantons (Tableau 2.20).

- Les assurés avec bonus sont tombés malades environ deux fois moins souvent que les assurés traditionnels.
- Le coût par assuré avec bonus ne représente qu'un quart du coût pour un assuré traditionnel; pour les frais de médicaments par malade l'écart est du même ordre.
- Lorsque les assurés avec bonus tombent malades, ils sont manifestement moins gravement atteints: les coûts par malade se montent environ à la moitié de ceux des assurés traditionnels.

En 1994, les résultats ont évolué de façon différente. Dans le canton de Zurich, avec moins de nouveaux adhérents et une plus grande part d'assurés ayant déjà atteint le niveau de bonus 3, l'écart par rapport aux assurés traditionnels a certes légèrement diminué, mais il reste néanmoins important. On peut donc constater que quatre ans après le départ, la situation au niveau du coût et certainement aussi au niveau de l'état de santé des assurés avec bonus s'est légèrement détériorée, mais reste toutefois excellente par rapport à celle des assurés traditionnels.

Il en va autrement pour le canton de Berne avec beaucoup de nouveaux adhérents et une population différente (assurés collectifs): par rapport à tous les indicateurs, les écarts par rapport aux assurés traditionnels ont fortement diminué.

Une analyse spécifique des cohortes est faisable pour l'échantillon des assurés avec bonus interrogés, vu qu'il s'agit d'un groupe déjà affilié à ce type d'assurance en 1991 et que les

nouvelles adhésions ne sont pas comprises (Tableau 2.21). Elle confirme les conclusions tirées pour le canton de Zurich.

Tableau 2.20: Taux de morbidité en % et coûts en francs pour les assurés traditionnels et les assurés avec bonus, cantons de Berne et de Zurich

	Canton de Berne		Canton de Zurich	
	Assurés traditionnels	Assurés bonus	Assurés traditionnels	Assurés bonus
1991				
Taux de morbidité %	76,3%	33,2%	76,9%	41,4%
Coûts par assuré, en fr.	1'256	295	1'287	305
Coûts par malade, en fr.	1'647	889	1'674	736
Coût des médicaments par malade, en fr.	327	70	268	59
1994				
Taux de morbidité %	78,6%	58,9%	78,9%	38,4%
Coûts par assuré, en fr.	1'699	907	1'684	486
Coûts par malade, en fr.	2'161	1'539	2'133	1'264
Coût des médicaments par malade, en fr.	438	297	358	110

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Tableau 2.21: Evolution des coûts pour la cohorte d'assurés avec bonus (échantillon) par rapport aux assurés traditionnels, dès 18 ans

	Coût par assuré	
	Assurés avec bonus en francs	en % du coût par assuré traditionnel
1991	264	24
1992	289	24
1993	298	28
1994	450	29

Source: Données administratives, propres calculs.

2.3.4 Assurés avec franchise annuelle à option

Dans l'ensemble de la Suisse, le taux de morbidité est d'autant plus petit que la franchise est élevée, ce qui n'est pas le cas des coûts. Les coûts par assuré et le coût des médicaments par malade, pour 1991 comme pour 1994, sont à peu près les mêmes au niveau 2 qu'au niveau 1, ils sont même plus élevés dans le cas des coûts par malade. Seul le niveau 3 laisse apparaître des valeurs inférieures pour toutes les caractéristiques. (Tableau 2.22).

Tableau 2.22: Taux de morbidité et coût pour les assurés avec franchise à option pour l'ensemble de la Suisse

	1991	1994
Taux de morbidité		
Niveau 1	63,5	66,3
Niveau 2	52,6	54,8
Niveau 3	46,7	44,5
Coût par assuré en Fr.		
Niveau 1	983	1'003
Niveau 2	900	1'010
Niveau 3	546	611
Coût par malade en Fr.		
Niveau 1	1'549	1'513
Niveau 2	1'712	1'842
Niveau 3	1'168	1'374
Coût des médicaments par malade en Fr.		
Niveau 1	267	252
Niveau 2	243	302
Niveau 3	148	182

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

Dans les cantons de Vaud et de Genève, la répartition par âge et sexe des assurés avec franchise annuelle à option est comparable. Les écarts de coût par rapport aux assurés traditionnels respectifs sont également très semblables. Pour 1994, ils peuvent être résumés comme suit (Tableau 2.23):

- Le taux de morbidité et le montant des coûts sont inférieurs à ceux des assurés traditionnels quel que soit le niveau de la franchise. La franchise à option la plus élevée connaît la plus grande différence par rapport aux assurés traditionnels.
- Pour le niveau 1, le taux de morbidité est assez proche de celui des assurés traditionnels. L'enquête auprès des assurés a également montré qu'au niveau 1 ce n'est pas la franchise plus élevée qui freine la consultation d'un médecin.¹²
- Le coût par assuré atteint à peu près 60% du coût par assuré traditionnel pour le niveau 1, respectivement le 50% pour le niveau 2 et le 30% pour le niveau 3.
- Les coût par malade approche le 70% de celui des assurés traditionnels pour les niveaux 1 et 2 et le 50-60% pour le niveau 3.

La situation n'a guère changé entre 1991 et 1994 pour les cantons de Vaud et de Genève. Les différences de détail ne sont pas consistantes et ne sont donc pas interprétables.

La situation du canton de Berne pour 1991 correspond à peu près à celle des cantons de Vaud et de Genève. Elle a en revanche considérablement évolué en 1994: l'écart des coûts par rapport aux assurés traditionnels s'est nettement creusé à la suite de l'énorme croissance du nombre d'assurés avec franchise dans ce canton (+ 45 % par an.)

¹² Cf. rapport d'enquête 1.

Tableau 2.23: Taux de morbidité et coûts pour les assurés traditionnels et les assurés avec franchise à option, cantons de Vaud, Genève et Berne

	Canton de Vaud				Canton de Genève				Canton de Berne			
	Assurés trad.	Assurés avec franchise			Assurés trad.	Assurés avec franchise			Assurés trad.	Assurés avec franchise		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
1991												
Taux de morbidité %	84,3	68,0	56,8	55,4	84,0	66,7	55,6	43,1	76,3	67,0	43,5	40,5
Coûts par assuré, en fr.	1'983	1'171	966	637	2'099	1'194	1'182	702	1'256	769	666	408
Coûts par malade, en fr.	2'352	1'721	1'701	1'150	2'500	1'792	2'124	1'629	1'647	1'148	1'532	1'008
Coût des médicaments par malade, en fr.	384	309	273	166	423	300	250	207	327	193	194	135
1994												
Taux de morbidité %	85,5	71,4	58,9	47,4	80,8	69,7	56,0	43,3	78,6	68,1	47,5	39,0
Coûts par assuré, en fr.	2'406	1'491	1'259	686	2'629	1'556	1'254	751	1'699	632	692	472
Coûts par malade, en fr.	2'813	2'086	2'138	1'446	3'255	2'233	2'239	1'735	2'161	927	1'459	1'209
Coût des médicaments par malade, en fr.	542	361	357	198	659	419	395	278	438	126	214	160

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7.

2.4 Frais de santé pris en charge par les assurés eux-mêmes

La question de la possibilité de comparer le taux de morbidité et le coût des cas de maladie entre les modèles testés et l'assurance traditionnelle reste ouverte. La comparaison est en effet faussée du fait que seule une part variable des coûts est connue des caisses-malade. Comme la première vague de l'enquête menée auprès des assurés avait révélé que les assurés avec bonus et avec franchise annuelle à option renonçaient effectivement plus souvent que les assurés traditionnels à présenter des factures à la caisse-maladie, une enquête complémentaire a été effectuée afin de pouvoir estimer, au moins approximativement, l'ampleur de la distorsion. Les factures reçues pour des prestations de santé ont été enregistrées à l'aide de journaux pour une année entière (1993) avec chaque fois l'indication qu'elles ont ou non été présentées pour remboursement. Les médicaments achetés par les assurés eux-mêmes ont été reportés dans des journaux mensuels répartis sur le deuxième semestre de 1993.¹³

L'enquête complémentaire révèle que les assurés avec bonus et les assurés du niveau de franchise le plus élevé, prennent d'emblée à leur entière charge une part significativement plus importante de frais de santé que les assurés traditionnels, et que cette part n'est pas enregistrée par les caisses-maladie. Il s'agit toutefois de montants relativement peu importants:

- Pour les assurés avec bonus, 70 francs de plus par année que pour les assurés traditionnels;
- Pour les assurés avec franchise à option de niveau 3, 100 francs de plus par année que pour les assurés traditionnels.

Cela signifie que les informations fournies par les données administratives doivent être quelque peu relativisées sans pour autant être fondamentalement mises en question. On n'a pas constaté d'écarts statistiquement significatifs pour les autres modèles (HMO, franchise annuelle de 350 francs, franchise annuelle de 600 francs). Il n'y a pas non plus d'écarts à signaler pour les frais de médicaments des divers groupes d'assurés. Une comparaison des indications fournies par l'enquête menée auprès des assurés et par les données administratives sur la fréquence des consultations devait fournir des renseignements sur les consultations qui ne figurent pas dans les données de l'assurance-maladie. Suite aux problèmes rencontrés avec les informations contenues dans les données administratives cela n'a pas été possible.

¹³ Cf. rapport d'enquête 3.

3. Les disparités de coût: Fruit de la séparation des risques ou d'un changement de comportement?

3.1 Problématique et procédure méthodologique

Une question cruciale se pose: les écarts de coût entre les modèles testés et l'assurance-maladie traditionnelle découlent-ils d'une composition différente des risques (structure) ou proviennent-ils des modèles testés eux-mêmes qui entraîneraient un usage plus modéré des prestations de santé. De nombreuses enquêtes internationales ont démontré la difficulté de mesurer le risque en matière de santé, resp. de coûts de la santé. La plus grande part des composantes individuelles dans les coûts de la santé ne peut être expliquée et prévue à l'aide des concepts théoriques et des méthodes de mesure empiriques actuels. En fonction des critères considérés, on peut expliquer environ 15 à 20% de la variance individuelle. La valeur d'explication en particulier de l'âge et du sexe mais aussi d'autres variables socio-démographiques est modeste; l'état de santé subjectif et objectif et, notamment, la précocité du recours aux prestations, resp. des coûts qui en découlent, constituent de meilleurs critères.¹

Il ne faut donc pas s'attendre à une réponse claire à la question de l'importance de la composition des risques ou des modifications de comportement comme explication de la disparité des coûts. Il s'agit de rechercher des indices plutôt que des preuves. Trois évaluations y contribuent:

1. Dans l'interprétation des données administratives, on identifie les influences de composantes telles que l'âge et le sexe en ciblant la comparaison de la fréquence et du coût des recours aux prestations sur le groupe des hommes de 21 à 40 ans. Cette référence à un groupe homogène du point de vue du sexe et de l'âge donnera des indications sur le lien existant entre disparité des coûts et structure d'âge et de sexe. Dans l'évaluation des données administratives, on n'a toutefois pas procédé à une standardisation des valeurs pour les coûts et la fréquence du recours aux prestations en fonction de l'âge et du sexe.
2. Pour le groupe des 21 à 40 ans, on a effectué une analyse de l'évolution de l'attitude en comparant les coûts occasionnés pour l'année précédant l'adhésion à un nouveau modèle d'assurance ainsi que les coûts totalisés pendant la première année d'adhésion avec les coûts des assurés restés dans l'assurance traditionnelle et ceux des assurés qui ont opté pour le nouveau modèle depuis plus d'une année. Pour cette étude, les coûts avant l'adhésion servent de référence. Lorsque les adhérents à un nouveau modèle d'assurance présentaient déjà des coûts très modiques dans l'ancien système, on peut déduire que ce

¹ Van de Ven, W., Van Vliet, R.: How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market. In: Zweifel, P., Frech, H.E. Ed.: Health Economics Worldwide, 1992.

n'est pas le modèle d'assurance mais la structure des risques qui explique les écarts de coût. De manière générale, les coûts occasionnés précédemment passent pour être un bon indicateur pour les frais de santé actuels. Les données à disposition limitent toutefois la portée et l'étendue de l'évaluation, du fait qu'on n'a pu y inclure les informations, en amont, que pour une année. La référence à une seule année antérieure au changement est en général problématique et dans le cas présent, d'autant plus périlleuse qu'il ne s'agit pas d'une étude de l'évolution d'une population générale d'assurés, mais seulement d'un groupe de personnes ayant changé de type d'assurance pour adhérer à un modèle présentant certains risques financiers (bonus, franchise annuelle à option) ou imposant un changement de médecin et une restriction du libre choix du médecin (HMO). On conçoit aisément que des personnes malades soient beaucoup moins enclines à prendre une telle décision que des personnes non tributaires des prestations du système de santé. Cette analyse offre malgré tout un important complément dans l'appréciation de l'état de la santé (tout au moins subjectif) lors de l'adhésion à un nouveau modèle d'assurance. Il y a lieu de relever que l'analyse des personnes qui ont changé d'assurance mentionne le coût global (assurance de base et assurance complémentaire).

3. La troisième évaluation porte sur la vérification de l'influence de la structure des risques au moyen d'une analyse de régression. Il s'agit d'une adaptation des disparités de coût en fonction de la structure d'âge, de sexe et d'autres caractéristiques pertinentes. Le principe de régression peut être considéré comme une méthode standard pour l'examen de telles questions en économétrie.²

Les coûts de l'assurance de base, extraits des données administratives, constituent les variables dépendantes de la régression effectuée selon la méthode des moindres carrés. Les indicateurs suivants, tirés des données administratives ou des résultats de l'enquête auprès des assurés, ont été introduits dans l'analyse comme variables indépendantes:

- Age
- Sexe
- Affection chronique (oui/non)
- Handicap (oui/non)
- Appréciation subjective de l'état de santé par l'assuré (très bon/pas très bon)
- Niveau de formation (élémentaire/supérieur)
- Région (Suisse allemande/Suisse romande)
- Type d'agglomération (grande agglomération/autres).

² Cf. Howland et al., Adjusting capitation using chronic disease risk factors, Health Care Financing Review, Vol. 9, Nr.2 (1987). D'autres exemples d'application de cette technique se trouvent dans A. Franzen, Umweltbewusstsein und Verkehrsverhalten, Zurich 1997 et dans A. Diekmann, Empirische Sozialforschung, Reinbek 1995.

Les assurés ont été classés en douze groupes, d'après leur âge et leur sexe:

- Hommes: 18 à 40 ans, 41 à 60 ans, 61 à 70 ans, 71 à 80 ans et plus de 80 ans
- Femmes: 18 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50 ans, 51 à 60 ans, 61 à 70 ans, 71 à 80 ans et plus de 80 ans.³

Les variables indépendantes entrent dans l'analyse comme variables explicatives. La sélection des variables indépendantes parmi l'ensemble des caractéristiques contenues dans l'enquête menée auprès des assurés et la répartition par groupe ont été effectuées au moyen d'analyses de régression, selon un processus d'entrée à priori (forward entry) et d'élimination à posteriori (backward elimination).⁴ Les variables retenues ont alors été analysées successivement, en comparaison avec les autres variables, quant à leur importance dans l'explication des coûts (critère : Test F). Une différenciation plus poussée (p. ex : subdivision des assurés de sexe masculin en sept catégories d'âge ou différenciation de l'appréciation subjective de l'état de santé en très bon/moyen/mauvais) ne s'est pas révélée pertinente.

Toutes les analyses ont été effectuées pour l'ensemble des personnes interrogées (5'297 assurés) et pour le groupe des assurés présentant un cas de maladie (frais > 0 franc). Les coûts ont été étudiés séparément pour les années 1991 à 1994. En l'absence d'indice des prix pouvant valablement être utilisé, les coûts n'ont pas été déflatés.

Par ailleurs, il a été procédé à une régression pour l'ensemble de la période 1991 à 1994, sur la base des coûts moyens de chaque assuré pour cette période. Dans cette analyse, on observe une nette baisse du nombre des "non malades" ainsi qu'une réduction de l'écart relatif entre les cas dont les coûts sont très élevés et la valeur moyenne. Par rapport à l'analyse portant sur une année, ces deux éléments permettent de constater une qualité plus élevée de la régression (R^2) ainsi que des intervalles d'erreurs réduits (intervalle de confiance 95%).

Pour la comparaison des assurés HMO avec les assurés traditionnels, seuls les assurés traditionnels domiciliés dans les régions de recrutement des HMO de Bâle et de Zurich ont été considérés (cf. chapitre 2.2.1).

Les différences de structures d'âge et de sexe entre la totalité des assurés et l'échantillon sont corrigées à l'aide d'une pondération.

Les coefficients de régression calculés livrent les coûts pour chaque caractéristique considérée compte tenu des autres caractéristiques. Autrement dit: les disparités de coût observées peuvent s'expliquer en partie, du point de vue statistique, par les

³

Seules les personnes ayant au moins 18 ans sont considérées dans l'analyse.

⁴

Les variables avec beaucoup de valeurs manquantes (p. ex. le revenu) et celles qui n'apparaissent que dans l'enquête écrite (p. ex. le bien-être psychique) ont été exclues de prime abord afin d'éviter une réduction supplémentaire du nombre de cas.

caractéristiques considérées, les coefficients de régression indiquant la contribution au coût des différentes caractéristiques.

Finalement, l'adaptation structurelle des coûts de l'assurance de base s'effectue en additionnant les coefficients de régression de la forme d'assurance considérée aux coûts moyens des assurés traditionnels.

Exemple: pour l'ensemble de la période 1991 à 1994, le coût moyen des assurés traditionnels s'élevait à 1'320 Fr. et celui des assurés bonus à 377 Fr. Le coefficient de régression pour l'assurance bonus est de - 390 Fr. Corrigé des composants structurels, le coût moyen des assurés bonus équivaut alors à: $1'320 \text{ Fr.} - 390 \text{ Fr.} = 930 \text{ Fr.}$ La part du coût corrigé des assurés bonus au coût des assurés traditionnels s'élève à 70,5%. La différence qui persiste par rapport au coût observés des assurés bonus ($930 \text{ Fr.} - 377 \text{ Fr.} = 553 \text{ Fr.}$) reflète l'effet de l'assurance bonus.

Une grande partie des disparités individuelles de coût observées n'est pas explicable par la régression. La portion expliquée est donnée par la valeur de R^2 . Il y a donc d'autres facteurs d'influence dont l'intégration à la régression (pour autant qu'ils soient connus et que les données correspondantes soient disponibles) peut influencer les coefficients de régression.

Contrairement aux coûts établis sur la base des données administratives, axés sur des études transversales, les personnes considérées ici sont des assurés ayant déjà adhéré à leur forme d'assurance depuis 1991 (pour la HMO en partie depuis 1992/93). Les adhésions plus tardives ne peuvent avoir été intégrées du fait que la base est constituée par des personnes sélectionnées lors des enquêtes et qui ont également pu être interrogées. Les effets des nouvelles adhésions et ceux des "cas anciens" ainsi distingués, une image nette de l'évolution des coûts dans le temps apparaît. Il importe également de relever qu'il ne s'agit ici que d'assurés âgés de 18 ans et plus, les enfants et les adolescents n'étant pas compris.

L'inconvénient de cette analyse réside d'une part dans le fait, déjà évoqué, que le risque de santé ne peut être saisi que de manière lacunaire. En effet, les caractéristiques relevant de la santé qui ont été intégrées sont certes de meilleurs indicateurs de risques que l'âge et le sexe seuls. Il n'en demeure pas moins que la plus grande partie de la variance individuelle ne peut être expliquée. Par ailleurs les données de l'enquête n'existent que sur la base d'échantillons et le nombre de cas disponible pour la répartition selon les niveaux de franchise est si limité qu'il en résulte d'énormes marges d'erreurs sur le plan statistique.

Les assurés ayant adhéré aux nouvelles formes d'assurance ont souvent des **taux de morbidité** (nombre de cas avec coûts > 0) inférieurs à ceux de l'assurance traditionnelle. Afin d'isoler l'influence (apurée des risques) de la forme d'assurance, en plus des analyses décrites ci-dessus, il a été réalisé une régression logistique avec les mêmes variables indépendantes. La variable dépendante retenue était l'indicateur dichotomique

"malade/non malade" (soit coûts > 0 / coûts = 0). La pertinence de ce modèle s'est avérée insuffisante pour mettre à jour des influences statistiquement significatives de la forme d'assurance sur le taux de morbidité. De sorte que son application n'a pas été poursuivie.

3.2 Résultats pour l'assurance avec bonus

Pour l'assurance avec bonus, il s'avère que dans les groupes des hommes de 20 à 41 ans, les coûts par assuré et par malade sont nettement inférieurs à ceux du groupe de référence traditionnel (Tableau 3.1). Il existe une exception pour le canton de Berne en 1994 dont le contexte a déjà été évoqué (Chapitre 2.3).

Tableau 3.1: Disparité des coûts entre les assurés avec bonus et les assurés traditionnels (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Coûts par assuré (Bonus)		Coûts par malade (Bonus)	
	en % des coûts des assurés traditionnels du groupe et de la région de référence respectifs			
	tous les assurés	Hommes 21- 40 ans	tous les assurés	Hommes 21- 40 ans
1991				
Canton de Berne	23,5	22,7	54,0	61,5
Canton Zurich	23,7	19,7	44,0	41,0
1994				
Canton de Berne	53,4	76,6	71,3	78,9
Canton de Zurich	28,9	29,7	59,1	57,4

Source: Données administratives, rapport d'enquête 7

Les personnes ayant passé à l'assurance avec bonus, soit ici les assurés de 21 à 40 ans qui, en 1993 et 1994 sont passés de l'assurance traditionnelle à l'assurance avec bonus, présentaient pour l'année précédant le changement des frais de santé par assuré extraordinairement bas. Pour les cohortes 1993 dans les cantons de Zurich et de Berne et la cohorte 1994 à Zurich, ils se situaient en moyenne (pondérée) à 19% de ceux des assurés traditionnels.⁵ Pour la cohorte 1994 à Berne, les coûts par (futur) assuré avec bonus se montaient toutefois à 83% des coûts pour les assurés traditionnels, ce qui confirme une fois de plus clairement que la nouvelle stratégie de recrutement (concentration sur les contrats collectifs) allait toucher une population totalement atypique pour les contrats avec bonus. Abstraction faite de cette situation particulière, l'adhésion à une assurance avec bonus se fait manifestement lorsque l'on est certain qu'il n'y aura vraisemblablement aucun besoin de prestations de santé.

⁵ En raison des nombres en partie très petits d'assurés, ce sont des résultats regroupés qui sont présentés dans la mesure du possible.

L'analyse de régression montre que dans le cas des assurés avec bonus dont le coût par assuré ne représente que le quart environ de celui des assurés traditionnels, plus de la moitié de l'écart provient de la composition favorable des facteurs de risque. En considérant la structure des risques, on constate que les coûts par assuré pour les différentes années se situent à env. 65 à 70% du coût des assurés traditionnels. (Tableau 3.2).

Sur l'ensemble des années, les assurés avec bonus, compte tenu des facteurs de risque, occasionnent des coûts qui se situent entre 78 et 63% de ceux des assurés traditionnels. C'est dans cette marge de fluctuation que se situe l'effet engendré par le modèle "bonus". La prise en considération de la modicité des coûts occasionnés l'année antérieure au changement d'assurance pourrait accroître l'influence de la structure des risques et amoindrir celle du modèle. L'hypothèse selon laquelle le choix d'une assurance avec bonus va de pair avec une consommation "économe" de prestations médicales garde sa pertinence même si l'effet est beaucoup plus limité que peut le laisser supposer le simple constat des écarts de coûts. En considérant également que les assurés avec bonus prennent entièrement à leur charge des montants de frais plus élevés que les assurés traditionnels (70 francs par an), coûts qui n'apparaissent pas dans les comptes des caisses-maladie, on remarque que l'avantage financier relatif diminue de 5 points. Il n'en demeure pas moins que les assurés avec bonus occasionnent des frais moindres.

Tableau 3.2: Analyse de régression: Rapport entre les assurés avec bonus et les assurés traditionnels

	Rapport observé	Rapport après la régression			
		Valeur moyenne	Minimum*	Maximum*	R²
Coûts par assuré en % de celui des assurés traditionnels					
1991	24	65	74	55	21%
1992	24	70	79	60	22%
1993	28	67	77	57	19%
1994	29	66	77	55	18%
1991 - 1994	29	70	78	63	29%
Coûts par malade en % de celui des assurés traditionnels					
1991	47	76	89	63	16%
1992	53	90	105	76	17%
1993	60	96	111	81	14%
1994	54	86	101	72	14%
1991 - 1994	39	76	85	68	26%

* Intervalle de confiance: 95%

Un écart moindre par rapport aux assurés traditionnels apparaît dans les coûts par malade établis après adaptation selon la structure des risques. Le résultat ne peut toutefois pas être interprété de manière claire:

- Il peut être dû au fait que les assurés avec bonus souffrant d'affections bénignes ne vont pas chez le médecin et que de ce fait les groupes à très faible coût ne sont pas pris en compte;
- il peut également s'expliquer par le fait que l'assuré exerce une influence plus grande sur les coûts par le choix de consulter ou non que par le choix du traitement.

3.3 Résultats pour l'assurance avec franchise à option

Pour les assurés avec franchise annuelle à option, les écarts de coût par rapport aux assurés traditionnels sont, dans les niveaux 1 et 2, nettement inférieurs à ceux pour les assurés avec bonus; dans le niveau 3 ils sont équivalents. Comme pour l'assurance avec bonus, il se confirme que ces disparités ne sont pas dues exclusivement à une autre composition du point de vue de l'âge et du sexe. Même si l'on se réfère au groupe des hommes de 21 à 40 ans, les disparités de coût persistent, voire augmentent encore en partie. (Tableau 3.3).

Tableau 3.3: Ecart de coût entre les assurés avec franchise à option et les assurés traditionnels¹⁾ (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Coût par assuré 1994 en % des coûts des assurés traditionnels du groupe et de la région de référence respectifs		Coût par malade 1994	
	tous les assurés	Hommes 21 - 40 ans	tous les assurés	Hommes 21 - 40 ans
Franchise annuelle à option				
Niveau 1				
Canton de Vaud	61,9	60,2	74,2	79,4
Canton de Genève	59,2	67,6	68,6	79,8
Canton de Berne	37,2	41,1	42,9	53,3
Niveau 2				
Canton de Vaud	52,3	42,8	76,0	74,4
Canton de Genève	47,7	51,4	68,8	74,5
Canton de Berne	40,8	32,9	67,5	62,3
Niveau 3				
Canton de Vaud	28,5	24,8	51,4	57,8
Canton de Genève	28,6	33,7	53,2	71,6
Canton de Berne	27,8	22,1	55,9	54,6

1) La situation pour 1991, très semblable, ne figure pas ici.
Source: Données administratives, rapport d'enquête 7

L'analyse des assurés de 21 à 40 ans qui ont passé d'une assurance traditionnelle à une assurance avec franchise à option n'est pas détaillée selon les niveaux de franchise. Elle fait néanmoins apparaître assez clairement qu'avant même de changer de branche d'assurance, ils occasionnaient des coûts inférieurs à ceux des assurés traditionnels. Pour les cantons de Vaud, Genève et Berne, les personnes ayant changé de forme d'assurance en 1993 et en 1994 ont coûté par assuré, en moyenne pour l'année antérieure, 58% des coûts des assurés traditionnels qui n'avaient pas changé de branche d'assurance.

En raison du nombre très limité de cas, les résultats de **l'analyse de régression** pour les différents niveaux de franchise présentent de très grandes marges d'erreur. Ils tendent à montrer ce qui suit (Tableau 3.4):

- Par rapport aux assurés traditionnels, les assurés du niveau 1 (franchise 350 francs) n'engendrent pas – statistiquement parlant – de coûts inférieurs par assuré ou par malade, si l'on prend en considération l'influence des facteurs de risque spécifiques.
- Pour les assurés du niveau 2, (franchise 600 francs) les coûts par assuré sont inférieurs de 20% environ pour l'ensemble des années, mais cette différence peut également être quasi nulle si l'on tient compte des marges d'erreur. Le coût par malade, compte tenu de l'influence des facteurs de risque, est presque aussi élevé, voire plus élevé, que pour les assurés traditionnels.
- Pour les assurés du niveau de franchise le plus élevé (1200 francs) , même en tenant compte de l'influence des caractéristiques pertinentes du point de vue des risques, l'écart des coûts par rapport aux assurés traditionnels est considérable (env. 40%). En raison du nombre très limité de cas et de la grande diversité des situations, les marges d'erreur sont certes élevées mais le coût reste toujours inférieur à celui des assurés traditionnels. Si l'on prend en considération les frais assumés entièrement par les assurés eux-mêmes (cf. chapitre 2.4), l'écart relatif diminue d'environ 10 points sans toutefois se réduire à zéro. Le coût par malade, observé pour l'ensemble des années, est également inférieur à celui des assurés traditionnels bien que l'écart soit minime.

Tableau 3.4: Analyse de régression: Rapport entre les assurés avec franchise annuelle à option et les assurés traditionnels¹⁾ (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Rapport observé	Franchise niveau 1		
		Rapport après la régression		
		Valeur moyenne	Minimum*	Maximum*
Coût par assuré en % de celui des assurés traditionnels				
1991	100	98	114	82
1992	107	104	120	88
1993	88	95	111	79
1994	71	73	90	55
1991 - 1994	90	91	102	79
Coût par malade en % de celui des assurés traditionnels				
1991	126	116	134	98
1992	117	110	128	92
1993	95	102	120	84
1994	74	71	91	51
1991 - 1994	97	93	106	80
Franchise niveau 2				
Coût par assuré en % de celui des assurés traditionnels				
1991	91	87	105	70
1992	88	80	98	61
1993	59	64	83	45
1994	90	91	111	71
1991 - 1994	79	82	95	69
Coût par malade en % de celui des assurés traditionnels				
1991	120	108	129	87
1992	126	108	132	85
1993	103	102	126	77
1994	129	122	148	96
1991 - 1994	100	94	109	80
Franchise niveau 3				
Coût par assuré en % de celui des assurés traditionnels				
1991	42	48	75	21
1992	52	57	81	33
1993	46	64	90	39
1994	44	59	85	32
1991 - 1994	50	62	79	45
Coût par malade en % de celui des assurés traditionnels				
1991	71	62	98	26
1992	85	89	122	56
1993	64	78	111	45
1994	123	135 ²⁾	177	92
1991 - 1994	67	72	92	51

1) R²: voir tableau 3.2.

2) Quelques cas avec un coût particulièrement élevé

* Intervalle de confiance: 95%

3.4 Résultats pour les assurés HMO

Nous l'avons déjà vu au point 2.3.1, le système HMO ne permet pas de comparer les données personnelles des assurés, comme c'est le cas dans les autres types d'assurance. Pour cette raison, nous renonçons à comparer les coûts de santé des hommes de la tranche d'âge 21-40 ans.

L'analyse des changements d'assurance montre que pendant l'année qui précède l'affiliation, les coûts de santé des assurés de 21 à 40 ans, qui ont adhéré à une HMO en 1993 ou en 1994, n'atteignent en moyenne que 60% des coûts des assurés traditionnels des cantons de Bâle-Ville et de Zurich. La différence équivaut ainsi à celle des assurés avec franchise à option. Elle indique aussi que l'assurance HMO est plutôt choisie par les bons risques.

Pour contrôler les différences dans les structures de risques en rapport avec les coûts de l'assurance HMO, nous avons retenu deux méthodes, à savoir:

- standardisation par âge et par sexe pour un groupe de référence régional;
- analyse de régression, sur la base d'une extrapolation des données de la comptabilité parallèle (d'après les coûts comptables).

Si nous avons choisi de présenter la première méthode, c'est qu'elle montre bien l'importance que revêt le groupe de référence délimité d'après la provenance des assurés HMO et parce qu'une normalisation selon l'âge et le sexe des assurés est aussi à la base d'autres comparaisons de coûts HMO.⁶

En ce qui concerne le groupe de référence régional standardisé par âge et par sexe, nous avons procédé de la manière suivante:

- un groupe d'assurés traditionnels correspondant au bassin de recrutement de la HMO en 1993 a tout d'abord été défini.⁷ Pour Bâle, 80% des assurés proviennent de la ville et 20% de communes avoisinantes (suburbaines). Pour Zurich, le rapport est de 85/15. S'agissant du choix des communes, une attention particulière a été apportée au fait que des assurés HMO devaient y être domiciliés. Les données des assurés traditionnels se fondent sur les données administratives;
- le groupe de référence régional a été pondéré de sorte à assurer une concordance parfaite des structures d'âge et de sexe entre les assurés HMO et les assurés traditionnels;
- les résultats font l'objet d'une comparaison avec les coûts comptables des HMO. Seules les HMO de Zurich-Wiedikon et de Bâle ont été prises en considération, car MZH - qui n'avait pas encore atteint le nombre d'assurés requis pendant la période sous revue - constitue un cas particulier. La même remarque vaut par ailleurs pour la structure par âge.

⁶ Cf. Huber-Stemich, F., Hess, K.: 6 Jahre HMO-Wiedikon, 1996.

⁷ Peu de modifications ont été observées en 1994.

Le tableau 3.5 montre que les coûts par assuré d'un groupe de référence régional d'assurés traditionnels s'élèvent à plus de 2000 francs en 1993 et 1994; toutefois, ramenés à la structure par âge et par sexe des assurés HMO, ils n'atteignent qu'approximativement 1700 francs. La différence de coûts entre les assurés HMO et les assurés traditionnels changent en conséquence.

Tableau 3.5: Coûts comparatifs régionaux des assurés HMO/traditionnels

	Coûts par assuré	
	1993	1994
Assurés traditionnels¹⁾		
Cantons:		
Zurich		1'684 Fr.
Bâle-Ville		2'659 Fr.
Bâle Campagne		1'832 Fr.
Groupe de référence régional d'assurés traditionnels ¹⁾		
- sans pondération	2'078 Fr.	2'129 Fr.
- ramenés à la structure par âge et par sexe HMO	1'700 Fr.	1'709 Fr.
Coûts comptables HMO ²⁾	1'288 Fr.	1'342 Fr.
- en % du groupe de référence régional, non pondéré	62%	63%
- en % du groupe de référence régional, pondéré	76%	78%

1) Source: données administratives, calculs internes

2) Source: recensements HMO, sans MZH

L'**analyse de régression** prend également en compte, comme c'est le cas dans les autres formes d'assurance, des facteurs de risque (état de santé subjectif, etc.). Rappelons ici encore que, contrairement au calcul supra, l'analyse de régression se fonde exclusivement sur l'interrogation d'assurés âgés de plus de dix-huit ans.

Le tableau 3.6 montre que les coûts des assurés HMO, compte tenu des risques par le biais de l'analyse de régression, atteignent en moyenne 74% des coûts des assurés traditionnels pour l'année 1993 et 81% pour l'année 1994. Les écarts se situent dans une fourchette allant de 60 à 93%.

Les résultats sont pratiquement identiques en ce qui concerne les coûts par malade. Sur ce dernier plan, les chiffres HMO se différencient en effet nettement de ceux des assurances bonus ou des systèmes de franchises, dont les coûts par malade, compte tenu des risques, s'approchent nettement plus de ceux des assurés traditionnels que les coûts par assuré. Deux possibilités d'interprétation s'offrent ici à nous:

- le taux de morbidité est plus élevé chez les assurés HMO que dans les autres formes d'assurance. La différence entre coûts par assuré et coûts par malade est donc plus ténue;
- il se peut également que les frais de traitement soient moins élevés dans les systèmes HMO, les autres types d'assurances réalisant principalement des économies par la non-sollicitation de prestations d'assurance de la part des assurés.

Tableau 3.6: Analyse de régression: rapport assurés HMO / assurés traditionnels¹⁾ (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Rapport constaté	Rapport après régression			
		Moyenne	Minimum*	Maximum*	R²
	Coûts par assuré en % des coûts des assurés traditionnels				
1993	59	74	88	60	13%
1994	66	81	93	68	13%
	Coûts par malade en % des coûts des assurés traditionnels				
1993	67	79	94	64	11%
1994	66	77	90	64	10%

* Intervalle de tolérance 95%

1) Base de calcul HMO: coûts comptables, sans MZH. Assurés traditionnels des villes de Bâle et de Zurich et de communes avoisinantes dans lesquelles sont domiciliés des assurés HMO.

L'avantage, compte tenu des risques, des systèmes HMO, soit 20 à 25% d'économies, s'accroît si l'on considère que les coûts HMO englobent des composants qui ne sont pas forcément pris en compte par les autres types d'assurance.

- Le concept HMO prévoit un partage de la **gestion** de l'assurance-maladie. La gestion des assurés HMO (gestion des membres) incombe aux caisses-faîtières tandis que la gestion des coûts (facturation) relève des HMO. De l'avis des HMO et des caisses-faîtières, les HMO supportent environ la moitié des frais de gestion. Les frais de gestion des caisses-maladie représentant environ 8% des frais totaux, les coûts des HMO doivent de ce fait être réduits d'environ 4%.
- Les HMO incluent dans leur assurance de base des prestations relevant normalement du domaine des assurances complémentaires, notamment: psychothérapies effectuées auprès de non-médecins, mesures de prévention, médecines alternatives, couverture illimitée des frais d'hôpital, prestations supplémentaires en matière de cures et transports.

La HMO-Wiedikon a calculé que ces prestations supplémentaires représentent environ 10% des coûts totaux.⁸ En 1994, d'importantes caisses-faîtières ont facturé pour ce type de prestations des primes d'assurance atteignant 8 à 13% des primes de l'assurance de base. Il

⁸ Huber-Stemich, op. cit.

n'en demeure pas moins qu'une partie des autres caisses-maladie a aussi accordé des prestations supplémentaires aux assurés dans le cadre de l'assurance de base. Par conséquent, le montant qui devrait normalement être déduit des coûts HMO ne peut pas être chiffré avec précision.⁹ En tenant compte des frais administratifs (4 % des coûts totaux) et des prestations supplémentaires (5 %), on peut dire que l'économie de coûts effective réalisée par les HMO par rapport à l'assurance-maladie traditionnelle est de l'ordre de 30 à 35 %. L'appréciation de cette percée doit prendre en considération deux éléments essentiels:

- D'abord, le nombre des adhérents aux HMO a considérablement augmenté pendant la période sous revue. Il est fort probable que ces structures aient bénéficié de l'effet dit des *«premières années»* (voir chapitre 2.3).
- Ensuite, la création d'une HMO suppose l'engagement de moyens financiers dont les retombées peuvent se faire sentir plus tard seulement, notamment paiement des intérêts des crédits d'investissements et frais administratifs élevés.

Les données existantes ne permettent pas de dire avec précision comment les HMO parviennent à des coûts moindres. Certains indices peuvent toutefois être obtenus en comparant, pour chacune des positions, la différence existant entre les assurés HMO et les assurés traditionnels.

- L'avantage en faveur des HMO ne peut pas s'expliquer par le fait que les assurés HMO seraient moins souvent malades ou qu'en cas de maladie, ils consulteraient moins fréquemment un médecin que les assurés traditionnels. Dans les faits, c'est plutôt le contraire qui a été observé puisque les assurés HMO ne déboursaient ni franchise ni quote-part pendant la période sous revue.
- Sur le front des médicaments, on constate en revanche une différence marquée d'un système à l'autre. Chez les assurés HMO, les coûts n'atteignent en effet que 40% des coûts des assurés traditionnels. Cette différence s'explique vraisemblablement par une attitude plus critique des assurés des HMO face aux médicaments, et, du côté des médecins HMO, par une plus grande retenue dans la prescription des médicaments et par un souci constant de choisir des produits meilleur marché (génériques).

D'après des études américaines, c'est essentiellement dans le **domaine hospitalier** que les HMO d'outre-Atlantique réalisent des économies, avec des taux d'hospitalisation à la baisse et une diminution du nombre des journées d'hospitalisation.¹⁰

⁹ En 1992, des mesures urgentes ont réduit le catalogue de prestations de l'assurance traditionnelle. Afin de permettre une comparaison, la part des prestations déplacée dans les assurances complémentaires a été, après cette date, ajoutée à l'assurance de base dans les données administratives.

¹⁰ Sommer J.H.: Health Maintenance Organizations. Erwartung und Erfahrungen in den USA. Chur, Zurich 1992.

Les données administratives ne fournissant pas d'informations fiables en matière de taux et de durée d'hospitalisation, celles-ci n'ont pas été utilisées ici. Dans le cadre de sondages effectués directement auprès des HMO, le nombre et la durée des hospitalisations ont été recensés en même temps que le diagnostic ICD (établi par le médecin hospitalier) puis comparés aux données de la statistique VESKA. Les informations ainsi obtenues aboutissent cependant à une comparaison à l'échelle nationale ce qui, compte tenu des grandes différences qui existent d'un canton à l'autre, ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes d'interprétation.¹¹ La comparaison montre que, toutes catégories d'âge et groupes de diagnostics confondus, la durée d'hospitalisation des patients HMO est inférieure à celle des autres malades (- 21% en moyenne). La question de savoir si les patients HMO présentent des affections moins graves que les autres patients hospitalisés demeure ouverte. D'après les informations fournies par les HMO, il semble difficile que celles-ci puissent intervenir de quelque manière que ce soit sur les durées d'hospitalisation. Une certaine influence pourrait cependant être exercée indirectement par une pratique rigoureuse en matière de forfait par type de traitement.

Entre 1992 et 1994, les HMO ont enregistré en moyenne 8 séjours en milieu hospitalier pour 100 assurés (enquête effectuée auprès des HMO). La statistique de l'assurance-maladie fait état, pour l'ensemble de la Suisse et toujours pour 100 assurés, de 14,8 séjours en milieu hospitalier en 1992, 15,3 en 1993 et 16,2 en 1994.¹² Une normalisation des données n'est pas possible.¹³

Une autre source d'information fournit des taux d'hospitalisation standardisés selon l'âge et le sexe des patients. Une enquête effectuée en 1993, portant sur des aspects qualitatifs de l'assurance-maladie, a permis d'interroger un échantillon d'assurés HMO et d'assurés traditionnels des villes de Zurich et de Bâle. Au nombre des questions posées: la date du dernier séjour en milieu hospitalier et la durée d'hospitalisation.¹⁴ Les résultats de cette enquête sont utilisés à des fins de comparaison régionale. Les données renvoient à des hospitalisations en 1992 et 1993 et le taux d'hospitalisation est calculé sur une période de 20 à 23 mois.¹⁵ Ce taux a été établi par âge et par sexe et prend uniquement en compte des assurés âgés de plus de dix-huit ans.

¹¹ La statistique VESKA pour Zurich et Bâle englobe essentiellement de grands établissements hospitaliers qui offrent des prestations de soins spécifiques et qui accueillent des patients venant d'autres régions. Elle ne constitue donc pas une base de comparaison régionale pertinente.

¹² OFAS: Statistique de l'assurance-maladie; différentes années

¹³ Cf. rapport d'enquête 4.

¹⁴ Vu le faible nombre de données à disposition, la durée d'hospitalisation n'a pas été évaluée, cf. rapport d'enquête 2.

¹⁵ L'enquête a été effectuée de septembre à novembre 1993. Les personnes interrogées ont été invitées à indiquer l'année de leur dernier séjour en milieu hospitalier.

Tableau 3.7: Séjours en milieu hospitalier d'assurés HMO et d'assurés traditionnels¹⁾
(en %)

	Assurés HMO	Assurés traditionnels domiciliés dans les villes de Zurich et de Bâle
Hospitalisations en % des assurés pour la période 1992/93	8,6	17,2
Hospitalisations, standardisées par âge et par sexe, en % des assurés pour la période 1992/93 ²⁾	9,0	16,8

1) Contrairement à la statistique de l'assurance-maladie, ce sont des personnes et non des séjours qui sont comptabilisés ici.

2) Groupes d'âge : 18-40, 41-60, 61+.

Source: Enquête 1993 auprès des assurés, rapport d'enquête 2

On observe que même en cas de standardisation par âge et par sexe, le nombre de séjours en milieu hospitalier est nettement moins élevé chez les assurés HMO que chez les assurés traditionnels. Si différents indices laissent penser que le nombre moins élevé d'hospitalisations et les durées d'hospitalisation plus courtes ont un rapport avec les HMO, les données disponibles ne permettent pas de savoir dans quelle mesure cela est dû à une structure des risques plus favorable.

Les données ne fournissent par ailleurs aucune information quant à d'éventuelles mesures susceptibles de contribuer à réduire les coûts de santé; p. ex: éviter de répéter les examens, bon choix des médecins-spécialistes externes. Les principes appliqués par les HMO en la matière sont décrits au chapitre 5.3. Selon les informations fournies dans le cadre de l'enquête auprès des assurés, il est peu probable que des économies de coûts résultent du fait que les assurés HMO seraient moins prompts à consulter des spécialistes. En effet, sur le total des consultations médicales en l'espace de trois mois, 40% des rendez-vous de médecin des assurés HMO concernent des consultations chez des spécialistes, contre 42% pour les assurés traditionnels.¹⁶

3.5 Aperçu global

Les tableaux 3.8 et 3.9 présentent les résultats de l'analyse des changements d'assurance et de l'analyse de régression pour les trois formes d'assurance sous revue. On peut observer que les coûts relatifs des années précédentes sont plus ou moins identiques pour les assurés HMO et les assurés ayant opté pour un système de franchise à option alors qu'ils sont extrêmement bas pour les assurés-bonus. L'analyse de régression révèle, compte tenu des risques, une

¹⁶ 1ère partie de l'enquête effectuée auprès des assurés, rapport d'enquête 1.

économie par assuré la plus forte pour le degré de franchise 3, suivi de l'assurance bonus, de l'assurance HMO puis du degré de franchise 2.

Tableau 3.8: Coûts avant l'entrée dans la nouvelle forme d'assurance: comparaison des trois formes d'assurance (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Coûts au cours de l'année précédant le changement d'assurance, en % des coûts des assurés traditionnels n'ayant effectué aucun changement. Mutations parmi les assurés de 21 à 40 ans en 1993 et 1994
Changement de ... à	
Formule traditionnelle - HMO	60%
Formule traditionnelle - Bonus (Cantons de Berne et de Zürich) ¹⁾	19%
Formule traditionnelle - Franchise à option (Cantons de Genève, Vaud et Berne)	58%

1) Canton de Berne: sans les changements 1994

Tableau 3.9: Analyse de régression: comparaison des données des trois formes d'assurance (en % des coûts des assurés traditionnels)

	Coûts adaptés aux risques par assuré/malade en % des coûts des assurés traditionnels ¹⁾	
	Coûts par assuré	Coûts par malade
HMO 93	74	79
HMO 94	81	77
Bonus 91-94	70	76
Franchise à option 91-94		
Degré 1	91	93
Degré 2	82	94
Degré 3	62	72

1) Valeur moyenne après régression

3.6 Séparation des risques par démission

Théoriquement, on peut penser que les formes particulières d'assurance séduisent surtout les risques intéressants, que celles-ci profitent de l' " effet d'entrée " et que les assurés qui évoluent vers ce qu'il est convenu d'appeler les mauvais risques retournent par la suite à des systèmes d'assurance traditionnels. Cela s'avère exact tout spécialement pour les assurances qui instituent une participation financière de l'assuré, que ce soit sous la forme d'un bonus ou d'une franchise. En effet, pourquoi un assuré à bonus qui, pour avoir été malade, ne parvient pas au bonus supérieur resterait-il dans ce type d'assurance? Pourquoi un assuré qui a opté pour une franchise spécifique et qui, année après année, débourse de sa poche le montant

intégral de la franchise ne retournerait-il pas au système traditionnel?¹⁷ La situation n'est pas aussi simple en ce qui concerne les HMO: la suppression de la franchise et de la participation personnelle (jusqu'en 1994) profite aux assurés. D'un strict point de vue financier, il serait donc logique que les assurés qui ont des coûts de santé élevés et qui, partant, réalisent un maximum d'économies au titre de la participation personnelle, tendent davantage à rester dans une HMO que les assurés ayant des coûts de santé négligeables. Une autre manière de considérer les choses nous conduit cependant à un résultat diamétralement opposé: pour peu que le mécontentement à l'égard des prestations constitue un motif de démission, il y a fort à parier que ce seront les gros consommateurs de prestations qui quitteront cette forme d'assurance plutôt que les assurés qui sollicitent rarement la caisse-maladie.

La question de la séparation des risques par démission revêt une importance considérable. Les données existantes nous fournissent un certain nombre d'informations à ce propos.

Les **assurés** qui ont opté pour un système de **bonus** doivent avoir cotisé au moins cinq ans à cette forme d'assurance avant de pouvoir la résilier. Pour une affiliation en 1991, l'échéance de résiliation la plus proche est donc fin 1995, période qui n'entre plus dans notre champ d'observation.¹⁸

Les réserves énoncées dans le cadre de l'analyse des entrées valent par analogie pour les deux autres types d'assurance:

- Pour les démissions également, il est uniquement possible de se référer aux données de la première année suivant la sortie. Or, on sait que pendant cette période, les effets de rattrapage, qui disparaissent généralement par la suite, risquent de compter de manière disproportionnée.
- L'observation porte uniquement sur les changements d'assurance au sein d'une caisse-maladie. Les passages dans une autre caisse, par exemple à la suite d'un changement de domicile d'un assuré HMO ou d'une affiliation à une assurance collective ne sont ici pas pris en considération.

Les **données HMO** indiquent les taux de sortie suivants (en % du nombre moyen d'assurés calculé sur un an):¹⁹

1992	9,5 %
1993	5,3 %
1994	6,7 %

Un tiers environ de ces démissions s'explique par un changement de domicile. Les assurés concernés sont relativement jeunes par rapport à la moyenne (75% d'entre eux ont moins de

¹⁷ A moins que la réduction de prime ne soit tellement élevée que l'assuré a tout intérêt à assumer le montant de la franchise.

¹⁸ Une démission anticipée est toutefois recevable lorsqu'un assuré change de caisse-maladie

¹⁹ Source: recensements HMO, rapport d'enquête 4.

36 ans alors que la tranche d'âge correspondante ne forme que 35% des assurés) et ne présentent aucune autre caractéristique particulière.²⁰ Les changements de domicile riment donc souvent avec un départ des bons risques.

Parmi les deux tiers restants, on constate que certains assurés ont démissionné en raison d'un mécontentement plus ou moins marqué à l'égard du système et que d'autres ont opté pour une HMO sur la base d'une mauvaise information (voir chapitre 4.3). Là encore, la proportion des jeunes est supérieure à la moyenne, bien que nettement moindre que celle observée dans le cadre des changements de domicile, et on remarque aussi que les femmes sont sur-représentées. Dans l'ensemble, les caractéristiques de santé des assurés ayant donné leur démission en raison d'un mécontentement présentent une structure des risques moins favorable que la moyenne des membres, ceci valant tout particulièrement pour les assurés âgés de plus de 35 ans. Par rapport au nombre total des assurés, on peut dire que ces sorties sélectives liées aux risques sont négligeables.

L'analyse des mutations basée sur les données administratives sous-estime très certainement le nombre de démissions à la suite d'un changement du lieu de domicile, ce genre de mutation allant souvent de pair avec un changement d'emploi et une affiliation à une assurance collective. En ce qui concerne les assurés qui ont changé d'assurance mais qui sont restés membres de leur caisse faitière, on observe, en général, une nette tendance à vouloir se "rattraper" et à consommer des prestations de santé, surtout pendant la première année qui suit la démission. Les coûts qu'ils engendrent dépassent en moyenne d'un tiers les coûts des assurés traditionnels. Précisons que ces considérations se fondent sur un nombre très restreint de cas.

Les données se rapportant aux **assurés avec franchise à option** sont pour leur part étonnantes. En effet, les assurés âgés de 21 à 40 ans, qui ont renoncé à une franchise supérieure au profit de la franchise de base en 1993 ou 1994, ont, avant changement d'assurance, des coûts légèrement inférieurs à ceux des assurés qui n'ont pas changé d'assurance. Après changement d'assurance, ils ont des coûts nettement inférieurs à ceux des assurés déjà précédemment au bénéfice du système traditionnel mais néanmoins supérieurs à ceux des assurés ayant conservé le système de franchise. Il semble donc qu'il n'y a pas de sélection du risque au moment de la démission. On constate en outre un rattrapage de prestations de santé dans l'année qui suit la sortie, toutefois pas de manière à rejoindre le niveau des coûts des personnes restées assurées de manière traditionnelle. Il convient de ne pas accorder trop d'importance à ces données pour deux raisons: d'abord, nous n'avons pas parlé de l'effet du "consommateur payeur"; ensuite, l'évaluation globale a montré combien des influences spécifiques au sein d'un groupe réduit peuvent se répercuter de manière disproportionnée.

²⁰ Résultats d'enquêtes consacrées aux démissions HMO, rapport d'enquête 2

3.7 Economies de coûts et primes de l'assurance-maladie

Une comparaison entre les économies, corrigées des risques, à l'égard des assurés traditionnels et les rabais de primes pratiqués par les différentes formes d'assurance indique, en principe, dans quelle mesure les rabais accordés sont trop faibles (à l'avantage de la caisse) ou au contraire trop élevés (à l'avantage des assurés). Les considérations avancées valent pour un secteur d'assurance dans son ensemble et non pour un calcul individuel.

Les principes suivants devraient prévaloir:

- L'avantage, pour les assurés, devrait être proportionnel aux économies effectivement réalisées.
- Les caisses-maladie devraient fixer leurs primes d'après les économies effectivement réalisées. Elles ne devraient ni promouvoir de nouvelles formes d'assurances en pratiquant des subventionnements horizontaux ni utiliser les primes avantageuses, parce que subventionnées, pour attirer de bons risques.

Au cours des cinq premières années d'assurance, et pour autant qu'ils passent régulièrement d'un bonus à l'autre, les assurés ayant opté pour un système à bonus paient, en moyenne par année, environ 83,6% des primes qui leur seraient demandées pour une assurance traditionnelle (calcul effectué sur la base d'une prime de départ de 110%). Etant donné que les économies de coûts effectives, corrigées des risques, sont supérieures, l'assurance bonus profite dans les premières années plus aux caisses-maladie ou aux autres groupes d'assurés de ces caisses qu'aux assurés bonus eux-mêmes.²¹ L'écart s'accroît encore davantage si l'on tient compte du fait que ces assurés assument personnellement différents frais et qu'une partie d'entre eux ne parvient pas à atteindre la réduction maximale.

Dans un système à bonus, ce n'est qu'après environ dix ans sans versement de prestations de la part de l'assurance que la balance commence à pencher du côté des assurés.

Les assurés ayant opté pour un système de franchise à option assument davantage de frais de santé que les assurés traditionnels. La différence réelle des coûts demeurant inconnue, il n'est possible de dire qu'approximativement dans quelle mesure le montant d'une réduction de prime est correct.²²

- Le rabais de prime maximum accordé pour le degré de franchise 3 est de 35%, ce qui est légèrement inférieur à l'économie de coûts moyenne, adapté aux risques. Si l'on part du principe que le degré de remboursement des coûts pratiqué par les caisses-maladie est inférieur à celui dont bénéficient les assurés traditionnels et que les assurés à franchise

²¹ Les coûts étant adaptés aux risques, il est possible de ne pas tenir compte de la compensation des risques, qui concerne tous les types d'assurance de la même manière.

²² Les coûts indiqués dans les données administratives ne sont pas subdivisés par unités d'imputation.

assument une part supplémentaire des coûts de santé, on peut dire que le degré de franchise 3 est avantageux pour les assureurs, non pour les assurés avec franchise à option.

- Le rabais de prime maximum accordé pour le degré de franchise 2 est de 22%, ce qui peut approximativement correspondre aux économies de coûts effectives. Là encore, les modalités de remboursement des frais médicaux font que le degré de franchise 2 n'est pas spécialement avantageux pour les assurés.
- Les mêmes considérations valent pour le degré de franchise 1, qui prévoit un rabais de prime maximum de 12% alors que l'économie de coûts moyenne, adapté aux risques, atteint 10%.²³

Quant aux assurés HMO, ils bénéficient d'un rabais de prime de l'ordre de 15 à 20% par rapport aux assurés traditionnels de la même classe d'âge affiliés à la caisse faîtière. C'est moins que la différence des coûts corrigés des risques. Comme les assurés HMO n'avaient alors à déboursier ni franchise ni participation personnelle, on arrive ici à un résultat à peu près équilibré, à la rigueur légèrement favorable aux caisses-maladie.²⁴

²³ On ne sait pas combien de caisses ont opté pour le rabais maximal dans l'assurance avec franchise à option.

²⁴ Par le biais des franchises et des quotes-parts, environ 10% des frais de santé des caisses sont à la charge des assurés.

4. Aspects qualitatifs de l'assurance HMO

4.1 Introduction

Les HMO ont suscité et suscitent toujours de fortes réticences en ce sens qu'on leur reproche de viser des avantages financiers au détriment de la prise en charge des patients. L'argumentation de base consiste à dire que l'aspect financier ne saurait intervenir dans les prestations de soins, seul comptant ce qui est juste et adéquat du point de vue médical. Force est de constater que cette approche méconnaît que ce qui est juste et adéquat du point de vue médical se prête difficilement à une définition rigoureuse et que, partant, les avis les plus divers existent parmi les médecins. On ne peut donc exclure d'emblée le droit de se demander quelle est, parmi plusieurs possibilités, la solution la plus avantageuse. De la même manière, il est évidemment tout aussi important et essentiel d'analyser le concept des HMO dans l'optique de savoir dans quelle mesure le système en question incite à des soins d'une qualité discutable voire inférieure.

L'appréciation de la qualité des soins offerte par les nouveaux modèles de prestations est particulièrement difficile dans le domaine des soins ambulatoires. Rares sont en effet les indicateurs et procédures susceptibles de faire l'unanimité, qui se prêteraient à une analyse comparative de la qualité des prestations fournies. Les éléments pouvant éventuellement être retenus supposent des investigations tellement complexes qu'ils ne sont pratiquement jamais utilisés.

L'aperçu qui suit fournit une classification des résultats de l'évaluation du système HMO en rapport avec les principales questions que l'on peut se poser au chapitre de la qualité des prestations. Les ouvrages de référence distinguent généralement les trois éléments suivants:

- la structure de l'offre
- la qualité des processus
- la qualité des résultats.¹

Les **caractéristiques de structure** renvoient, entre autres, à la répartition de l'offre sur le plan régional, à l'accès aux soins, au niveau de formation du personnel médical et aux équipements et installations. L'accessibilité en termes de revenu et de milieu social est également prise en considération. Ces données sont souvent exploitées lorsqu'il s'agit de mettre en parallèle des systèmes nationaux de santé ou d'effectuer des recoupements à un niveau régional. En revanche, elles ne sont guère performantes quand on veut effectuer des comparaisons à l'intérieur d'un système de santé complexe, leur rapport avec le facteur qualité n'étant pas évident.

¹ Hopkins, R.: Measuring the quality of medical care. London 1991
Zweifel, P., Pedroni, G.: Wie misst man Gesundheit? Studien zur Gesundheitsökonomie 14, Basel 1990.

Dans le cadre de l'évaluation HMO, des enquêtes ont été effectuées directement auprès des HMO. Des données concernant le personnel et les équipements ont été recensées et, dans la mesure où cela présentait un intérêt, comparées à celles du système traditionnel.

La **qualité des processus** renvoie aux examens et traitements et pose la question de savoir si la mesure adoptée est véritablement "adéquate". Le recensement de ce type de données suppose que les procédures médicales soient définies et consignées au moyen de normes. Cette exigence est toutefois difficilement compatible avec les impératifs des soins ambulatoires.

Dans le cadre de l'évaluation HMO, l'enquête sur les mesures de prévention a permis de juger de la qualité des processus. C'est dans ce domaine que l'on peut le plus facilement recenser des normes.

Enfin, la **qualité des résultats** pose la question de savoir si l'issue d'un traitement médical répond véritablement aux attentes et dans quelle mesure les caractéristiques principales (p. ex: état de santé, mortalité) varient pour les patients/assurés de l'un ou de l'autre des systèmes (de prestations). Là encore, les choses sont très difficiles à quantifier en raison, notamment:

- de la conjonction des multiples facteurs, médicaux et non médicaux, qui interviennent dans le processus de guérison;
- de la non-observation des données indispensables ou de l'observation d'effets à très long terme seulement (guérison ou état inchangé en cas d'interruption de traitement).

Dans le cadre de l'évaluation HMO, l'étude consacrée à l'hypertension, intitulée "Hypertoniemanagement, ein Praxisvergleich", permet de mesurer qualitativement les résultats obtenus.

Par ailleurs, le présent rapport répertorie un certain nombre d'indicateurs de santé et analyse leur évolution sur une période de deux ans.

Dans les ouvrages de référence, la **satisfaction des patients** est tantôt considérée comme une donnée spécifique (quatrième dimension), tantôt incluse dans la "qualité des résultats". Cette composante doit être traitée comme un indicateur à part entière puisqu'elle joue parfois un rôle essentiel dans l'acceptation des prescriptions. Bien sûr, le degré de satisfaction n'est pas forcément proportionnel à la qualité d'une prestation. Il n'en demeure pas moins que dans un système de santé offrant un libre choix aux assurés (choix de la forme d'assurance, choix du médecin), la satisfaction intervient dans une large mesure dans la décision de conserver une forme d'assurance ou, au contraire, de la résilier. Dans cette optique, les HMO ont tout intérêt à répondre à l'attente des assurés/patients car, à moyen terme, l'attrait financier ne suffira pas à les retenir.

La présente étude compare et analyse en particulier:

- la satisfaction des assurés HMO et des assurés traditionnels;
- les raisons incitant les assurés HMO à résilier leur assurance;
- les mesures de prévention prévues par les deux formes d'assurance;
- les résultats obtenus à la suite d'un traitement (traitement de l'hypertension).

4.2 Satisfaction des patients: données comparées

En 1993, des HMO et des médecins traitants ont interrogé un échantillonnage représentatif d'assurés HMO et d'assurés traditionnels pour connaître leur degré de satisfaction à l'égard des prestations de santé. L'enquête de satisfaction comportait quarante et un points; elle a été effectuée par le biais de sondages téléphoniques ou de questionnaires écrits.² Le système retenu se fonde principalement sur un modèle déjà souvent testé et exploité aux Etats-Unis, qui a été quelque peu adapté à la réalité suisse.³ Les réponses fournies (échelle de cinq valeurs allant de "parfaitement exact à parfaitement inexact") ont été regroupées par rubriques. Celles-ci permettent de mesurer les différents éléments constitutifs de la satisfaction, à savoir:

- la satisfaction en général
- la qualité professionnelle et technique
- les relations humaines
- l'aptitude à communiquer
- la durée des consultations
- l'accès aux prestations, la commodité
- l'attitude du médecin à l'égard des coûts.

On peut dire d'emblée que, dans l'ensemble, les **réponses** sont le **plus souvent positives**. Les patients entretiennent donc de bonnes relations avec leur médecin. Relevons également que les différences entre les patients traités en HMO et ceux traités par un médecin de famille traditionnel sont minimes (voir Graphique 4.1). Cela est particulièrement intéressant en ce sens qu'au départ, les assurés HMO ne choisissent pas un médecin spécifique mais optent pour un système d'assurance. Le choix du médecin s'effectue, le cas échéant à titre secondaire, parmi les médecins HMO. De toute évidence, les médecins HMO ont su gagner la confiance de leurs patients. Les réponses de six rubriques (sur sept) ne permettent pas de déceler d'écart notable dans l'appréciation des médecins HMO et des médecins traitants.⁴ Pourtant très controversées, les mesures destinées à réduire les coûts de santé, voire les mesures éventuellement exagérées, ne semblent pas poser de problèmes aux assurés HMO.

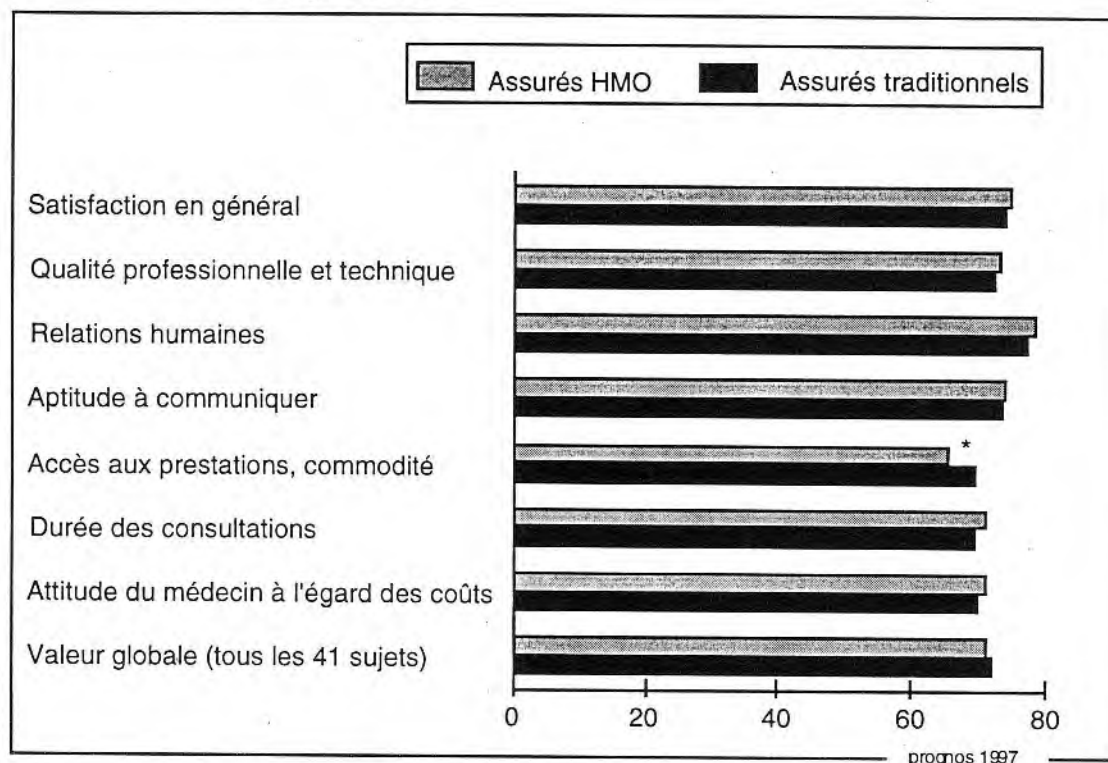
² Les assurés traditionnels qui n'avaient pas de médecin traitant (=13%) ont été invités à exprimer ce qu'ils pensaient en général des médecins qu'ils avaient eu l'occasion de consulter.

³ Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ III), Ware 1987. Dans : Wilkin, D., Hallam, L., Dogett, M.A. : Measures of need and outcome for Primary Health Care, New-York, Tokio 1992.

⁴ Si l'on considère que les réponses des assurés traditionnels qui n'ont pas de médecin traitant expriment un avis général sur le corps médical, on constate que les résultats obtenus par les médecins HMO sont même supérieurs aux résultats des médecins des assurés traditionnels.

La rubrique correspondante indique des avis pratiquement identiques dans les deux groupes, les différences étant également négligeables en ce qui concerne les réponses prises séparément. L'avis exprimé par les assurés vient donc balayer la critique selon laquelle les systèmes HMO risquent de pratiquer une médecine bon marché.

Graphique 4.1: Satisfaction des patients à la lumière de différents aspects de la prise en charge médicale¹⁾



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

Source: Enquêtes menées en 1993 auprès des assurés

*= Différence significative du point de vue statistique (intervalle de confiance 95%)

L'unique point sur lequel les HMO se font dépasser concerne **l'accès aux prestations**:

- L'accès au cabinet médical (distance, temps) est systématiquement moins bien noté par les assurés HMO que par les assurés traditionnels. Il s'agit en particulier:
 - de la possibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous
 - de la possibilité de recevoir rapidement des soins en cas d'urgence
 - de la fréquence et de la durée des consultations
 - de la distance à parcourir pour consulter un médecin HMO.
- Inversement, le temps d'attente dans le cabinet médical est considéré comme moins long par les assurés HMO que par les assurés traditionnels.
- La plus grande différence observée au chapitre de l'accès aux prestations concerne la question "mon médecin se déplace facilement à domicile". L'appréciation est nettement moins favorable de la part des patients HMO que de celle des assurés traditionnels.

- Deux points de la rubrique Accès aux prestations traitent de la possibilité de consulter des spécialistes. Etant donné que cet élément fait référence à une particularité HMO souvent critiquée, il est très surprenant de constater que les réponses fournies par les assurés HMO ne diffèrent pas sensiblement de celles des assurés traditionnels. Conclusion: les patients HMO ne se sentent pas limités dans leur possibilité de consulter des spécialistes (du moins pas davantage que les assurés traditionnels).

Force est de constater que, la plupart du temps, les critiques formulées à l'égard de l'accès aux prestations ne résultent pas d'une expérience effective mais se bornent à répéter une chose souvent entendue. Pour preuve: les rares assurés HMO qui ont été amenés à solliciter des services d'urgence déclarent tout aussi souvent que les assurés traditionnels que la prise en charge n'a pas posé de problème.

Les questions en rapport avec la perspective de rester dans un système HMO et d'y rester même si les primes devaient rejoindre celles d'autres assurances fournissent également des informations quant au degré de satisfaction des assurés HMO. 90% des personnes interrogées déclarent qu'elles pensent rester dans le système HMO, 78% d'entre elles précisant qu'elles pensent y rester même si l'avantage financier existant actuellement venait à disparaître.

4.3 Motifs de résiliation du contrat d'assurance

Comme nous l'avons déjà indiqué au chapitre 3.4, 5% des assurés ont quitté le système HMO au terme de l'année 1993, contre 10% en 1992. Un bon tiers des démissions résulte d'un changement du lieu de domicile. En général, les personnes qui ont quitté le système HMO à la suite d'un déménagement considèrent, rétrospectivement, les prestations HMO tout aussi positivement que les assurés restés dans ce système d'assurance. Les autres démissions (3-7%) sont le fait d'assurés non satisfaits des prestations ou des médecins HMO ou encore d'assurés qui, au départ, n'avaient pas véritablement réalisé qu'une HMO constitue un système d'assurance différent du système traditionnel.

- Le regard que les "**démissionnaires**" portent sur le système HMO (toutes rubriques confondues) est nettement plus négatif que celui des assurés qui ont quitté le système en raison d'un changement de domicile ou des autres assurés HMO.
- Les déclarations des démissionnaires atteignent les valeurs les plus basses surtout en ce qui concerne la rubrique "Satisfaction générale". On y trouve des propos tels que: "Bien des prestations auraient pu être meilleures". Pour les rubriques qui renvoient à des éléments concrets, les écarts tournent autour de la valeur moyenne. Autrement dit: le nombre d'avis négatifs et positifs tend à s'équilibrer, de sorte que l'on arrive pratiquement à un "match nul". Précisons que les démissionnaires se montrent plutôt réservés quand il

s'agit de formuler des critiques précises mais que leur jugement global a tendance à être très virulent.

Un quart environ des démissionnaires (donc des assurés qui ont quitté le système HMO pour une raison autre qu'un changement de domicile) n'a en fait jamais consulté de médecin ou suivi de traitement pendant la période d'assurance HMO. Sur les trois quarts restants, environ 40% des assurés ont sollicité une ou deux fois des prestations HMO. On peut donc affirmer qu'une bonne moitié des démissionnaires n'a eu aucune expérience HMO ou que leur expérience a été réduite. De toute évidence, de nombreux assurés HMO ont pris la décision de démissionner alors qu'ils n'avaient ni directement fait une expérience négative, ni fait de manière répétée des expériences négatives. Il est probable également que ces assurés ne se soient pas posé toutes les questions qu'il convenait au moment d'opter pour le système HMO, qu'ils aient été mal informés au départ, voire qu'ils aient ultérieurement été influencés par les critiques formulées à l'encontre du système. Ces hypothèses se fondent sur le fait que l'absence de choix du médecin est très souvent invoquée comme motif de démission par les assurés qui n'ont jamais consulté de médecin HMO. Seulement 15% des assurés sortants ont indiqué ce motif de démission.

4.4 Prévention

Des informations relatives à la qualité des traitements ont été recensées dans la mesure où des questions de ce type peuvent raisonnablement figurer dans une enquête s'adressant à des patients. Ce genre de données suppose à la fois l'existence de normes claires et la possibilité de poser des questions en rapport avec la qualité des prestations. Autrement dit, le non spécialiste doit pouvoir facilement capter ce qui lui est demandé et s'en souvenir spontanément. Dans le domaine des soins ambulatoires, ces deux conditions ont encore le plus de chance d'être réunies dans le cadre de certains examens de prévention. D'entente avec des médecins spécialisés dans la médecine préventive, les normes et examens suivants ont été retenus:

- tension artérielle: un examen de contrôle tous les 1 à 3 ans;
- taux de cholestérol: un examen à l'âge adulte, suivi d'une stratégie adaptée de cas en cas;
- dépistage du cancer: frottis annuel dès le début de l'activité sexuelle;
- mammographie: tous les deux ans dès l'âge de 50 ans et jusqu'à 70 ans;
- vaccin rougeole, rubéole, oreillons: enfants âgés de moins de 5 ans.

Parallèlement aux examens préventifs, une grande importance a été accordée aux conseils en matière de santé. Les personnes interrogées ont été invitées à dire:

- si elles avaient suivi des cours, des séminaires ou d'autres manifestations de plusieurs heures (initiative personnelle ou recommandation venant de tiers),

- si elles avaient sollicité les conseils d'un médecin ou d'autres spécialistes en rapport avec les différents aspects de la santé.

En ce qui concerne la mesure de la tension artérielle, aucune différence significative n'a été constatée entre les assurés HMO et les assurés traditionnels. En revanche, le taux de cholestérol est nettement plus souvent contrôlé chez les assurés traditionnels que chez les assurés HMO. Cette particularité ne constitue toutefois pas un point négatif pour les systèmes HMO, les normes standard ne prévoyant pas d'examen systématique du taux de cholestérol.

La pratique en matière de frottis et de mammographies ne montre pas de véritable différence entre les assurés HMO et les autres assurés. La même constatation vaut pour les autres mesures de prévention du cancer du sein.

Aucune différence non plus dans l'administration du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons chez les enfants en bas âge. Ces vaccins semblent très peu connus.

Rien ne permet donc de penser que les systèmes HMO négligeraient l'aspect prévention. Cette remarque vaut également pour le contrôle de facteurs de risques tels que la surcharge pondérale.

Dans le cadre de la prévention, une place prépondérante est accordée aux recommandations en faveur d'une bonne hygiène de vie. Sur un plan théorique, la prévoyance en matière de santé occupe une place toute particulière dans le concept HMO en ce sens que des cours consacrés à divers aspects de la santé sont proposés aux assurés. Les conseils prodigués par le médecin ou d'autres spécialistes constituent également un élément déterminant de la prévoyance.

Si l'on se réfère à la proportion d'assurés qui a suivi des cours de prévoyance-santé ou qui a sollicité des conseils en la matière, on remarque qu'avec un petit 50% de part et d'autre, elle est pratiquement identique dans les deux catégories d'assurés. Toutefois, le rapport cours/conseils est exactement l'inverse d'un groupe à l'autre: si les cours dominent du côté des assurés HMO, la demande de conseils l'emporte chez les assurés traditionnels. Pour peu que l'on considère que le suivi d'un cours suppose une plus grande persévérance qu'une consultation chez un spécialiste, forcément limitée dans le temps, il en résulte un avantage pour les assurés HMO. Ces observations ne cherchent pas à démontrer que la prévention tient une place capitale dans les systèmes HMO; elles indiquent simplement que les HMO ne la négligent aucunement.

4.5 Gestion de l'hypertension⁵

L'analyse de la gestion de l'hypertension permet d'évaluer la différence de qualité des résultats obtenus dans le cadre de pratiques dont le mode de financement diverge. L'étude se fonde sur les soins ambulatoires reçus par des patients souffrant d'hypertension artérielle essentielle, la question centrale étant: **le mode de financement d'un cabinet influe-t-il sur la qualité des soins reçus par les patients souffrant d'hypertension artérielle?** La présente analyse compare les données de cabinets HMO et celles de cabinets financés selon un modèle classique, qui ne jouent pas de rôle de médecin de premier recours dans le cadre d'une assurance HMO (ces cabinets sont désignés ci-après par cabinets traditionnels).

Toute une série de raisons a contribué à choisir ici pour exemple le traitement de l'hypertension, à savoir:

- L'hypertension est une affection bien précise, qui peut être diagnostiquée simplement, en toute objectivité, et pour laquelle il existe un objectif de traitement parfaitement quantifiable. En d'autres termes: la persistance de la maladie comme la réussite du traitement (outcome) sont faciles à mesurer.
- Les médecins traitants (cabinets de médecine générale, de médecine interne) sont fréquemment appelés à traiter des cas d'hypertension.
- L'hypertension est une affection qui se traite facilement de nos jours. Dans les cas simples, le médecin a de fortes chances d'arriver à maintenir les valeurs de la tension artérielle dans des limites acceptables.
- Le traitement de l'hypertension constitue également une mesure de prévention importante à l'égard d'affections qui comptent parmi les principales causes de mortalité. De célèbres études ont démontré que le traitement de l'hypertension permettait de réduire sensiblement le nombre d'accidents cérébro-vasculaires (attaques cérébrales) ainsi que la morbidité et la mortalité cardiovasculaires (circulation cardiaque).

L'organisation de l'analyse peut être décrite brièvement de la manière suivante:

Design: étude rétrospective portant sur une période de trois ans, soit de 1992 à 1994. Recensement des résultats obtenus sur des patients traités pour hypertension.

Setting: trois cabinets HMO et douze cabinets traditionnels. Spécialisations pratiquées dans les deux types de cabinets: médecine générale et médecine interne.

Patients: ensemble des patients traités dans un cabinet pour hypertension artérielle simple chronique; durée du traitement supérieure à six mois avec, au minimum, une consultation après le 1.1.1993. L'étude effective porte sur 388 patients HMO et 876 patients soignés dans des cabinets traditionnels.

⁵ La direction de l'étude, quant au fond, a été confiée au professeur Conen, Hôpital cantonal d'Aarau.

Saisie des données: ensemble des consultations effectuées pendant la période sous revue; si le traitement a débuté avant la période observée, saisie des données de diagnostic pour la période précédente. Source d'informations: anamnèse.⁶

Normes de qualité: hypertension stabilisée: < 140/90 mmHg; hypertension non stabilisée: > = 160/95 mmHg. Les valeurs situées entre deux sont réputées "critiques" mais ne sont pas considérées comme devant faire l'objet d'un traitement.

Valeur de départ: tension artérielle moyenne enregistrée pendant la phase de diagnostic (entre quatre et six semaines).

Résultat du traitement: moyenne de toutes les valeurs systoliques et diastoliques enregistrées en cours de traitement. Les valeurs obtenues pendant les six premiers mois qui ont suivi le diagnostic ne sont pas prises en considération du fait que ces données peuvent encore être influencées par des problèmes imputables à la mise en oeuvre du traitement.

Tous les médecins HMO ont participé à l'enquête. A des fins de comparaison, il a fallu trouver des médecins, hommes ou femmes, exerçant dans des cabinets traditionnels à Zurich et Bâle. L'enquête se proposait de comparer les données obtenues par les huit médecins HMO (début 1992) avec celles de seize médecins pratiquant dans des cabinets traditionnels. Par l'intermédiaire des associations des médecins des cantons de Bâle et de Zurich, une circulaire a été adressée à tous les généralistes et internistes indépendants exerçant en dehors de structures hospitalières. La circulaire présentait l'objet de l'étude et invitait les médecins à y prendre part. Sur les 492 médecins contactés, 74 (=15%) ont répondu et 24 d'entre eux (=5%) ont déclaré être prêts à participer à l'étude. Les 14 médecins (exerçant dans 12 cabinets) qui ont été retenus sont ceux qui présentaient un profil similaire à celui des médecins HMO (âge, expérience professionnelle).

En ce qui concerne la **structure des patients faisant l'objet de l'étude**, on peut préciser ce qui suit:

- Avec un **âge moyen** de 64 ans, les patients soignés pour hypertension dans des cabinets HMO ont 2,4 ans de plus que les patients des cabinets traditionnels. Il y a **nettement plus d'hommes** parmi les patients HMO que parmi les patients de cabinets traditionnels, ce qui s'explique par le fait que le sexe masculin est, de manière générale, surreprésenté parmi les assurés HMO.
- Les **valeurs moyennes de la tension artérielle pendant la phase de diagnostic** sont identiques dans les deux groupes pour les nouveaux cas. S'agissant du critère de base essentiel, soit la "nécessité d'un traitement", il n'y a donc pas de différence entre le groupe des patients HMO et le groupe des patients traités dans des cabinets

⁶ En ce qui concerne la saisie des données, précisons qu'une autorisation spéciale a été accordée par la commission d'experts compétente chargée des questions de secret professionnel en matière de recherche médicale.

traditionnels. Les **facteurs de risques** qui ont été répertoriés (diabète, alcoolisme, antécédents familiaux) ne présentent pas non plus d'écarts significatifs.

- Avec une moyenne de 23 mois, la **durée de traitement** est plus courte de cinq mois chez les patients HMO.⁷

Pour ce qui est du **résultat du traitement** (valeurs systoliques et diastoliques confondues), on ne constate pas de différence marquée entre les assurés HMO et les patients de cabinets traditionnels. Seulement un bon 10% des patients a une tension artérielle normale; 50% des patients évoluent dans la zone critique, tandis que la tension artérielle d'environ 40% des patients n'a, en moyenne, pas pu être stabilisée pendant la durée du traitement. Si les résultats globaux et les résultats des valeurs systoliques obtenus par les HMO sont tout à fait honorables, les valeurs diastoliques s'en tirent légèrement moins bien. Les deux types de cabinets enregistrent bien plus fréquemment des valeurs normales pour la tension diastolique que pour la tension systolique.

Quelle que soit la forme d'assurance, on ne parvient donc que rarement à un résultat optimal et plus d'un tiers de l'ensemble des patients a une hypertension non stabilisée. Au vu des possibilités de traitement existantes, cette constatation est plutôt surprenante; elle rejoint néanmoins les résultats obtenus dans le cadre d'autres études.

Tableau 4.2: Résultat du traitement de l'hypertension

	HMO	Cabinets traditionnels
Tension artérielle moyenne en phase de traitement (résultats globaux)		
– normale (< 140/90)	12 %	11 %
– critique	46 %	53 %
– non stabilisée (\geq 160/95)	42 %	36 %
	100 %	100 %
Tension artérielle moyenne pendant le traitement (mmHg)		
– systolique	152.5	152.0
(écart-type)	(14.95)	(13.88)
– diastolique	89.2*	87.9*
(écart-type)	(7.91)	(7.24)
n	388	876

* La différence entre les genres de cabinets est significative à 95 %

Les différences de structures entre les deux groupes de patients n'ont pas d'incidences sur les résultats.

⁷ Cela s'explique par le fait qu'au moment de l'enquête, les cabinets HMO n'existaient que depuis trois, voire quatre années au maximum.

Les **ressources engagées** par les deux types de cabinets présentent certaines différences.

- Pendant la phase de traitement, les deux groupes de patients ont bénéficié en moyenne de **cinq consultations** au moins par an. On ne peut donc pas dire que la fréquence des consultations est inférieure chez les patients HMO.
- Il existe des différences marquées entre les deux groupes en ce qui concerne la prescription d'**examens techniques** et d'**analyses de laboratoire** pendant la phase de diagnostic et la phase de traitement. Dans l'ensemble, ce type d'examens est moins souvent demandé par les praticiens HMO. Cela s'explique peut-être par le fait que les médecins HMO peuvent se référer aux résultats des examens effectués par les patients au moment de leur entrée dans le cabinet HMO. Il semble toutefois bien plus probable que les caractéristiques financières des différents types de cabinets aient une répercussion sur le nombre d'examens et d'analyses de laboratoire. En l'état actuel, il est encore impossible de se prononcer valablement sur la question.
- En ce qui concerne la **prescription de médicaments**, on observe que les médecins HMO ont une préférence pour les bêta-bloquants et les antagonistes du calcium alors que les autres médecins prescrivent plus fréquemment des diurétiques. Les différences constatées sont cependant nettement moins importantes que les différences relevées au titre des examens techniques et des analyses de laboratoire.

Au moment de l'**évaluation finale**, il y a lieu de se souvenir que l'organisation pratique de l'étude peut avoir une incidence sur les résultats:

- Le choix des cabinets traditionnels n'est pas le fruit du hasard. Rappelons que les médecins ont été invités par écrit à participer à cette étude mais qu'ils ont été très peu nombreux à manifester leur intérêt. Il est de ce fait possible que les médecins des cabinets traditionnels représentent un échantillonnage de spécialistes hautement compétents en matière de contrôle de l'hypertension artérielle. Si tel devait être le cas, il conviendrait alors de dire que les cabinets médicaux HMO ont été comparés à des cabinets traditionnels particulièrement "performants".
- Par ailleurs, il faut tenir compte de plusieurs autres éléments, à savoir: tous les cabinets HMO sont encore très "jeunes", on attend beaucoup d'eux et la qualité de leurs prestations fait l'objet d'une attention toute particulière de la part du public. Un tel contexte peut parfaitement nourrir un esprit "pionnier" et être à l'origine de résultats supérieurs à ce qu'ils seraient dans le cadre d'une activité médicale "courante".

La conception de cette étude de l'hypertension ne permet qu'une observation réduite de l'ensemble de la prise en charge de l'hypertension, à savoir la phase de traitement. Une évaluation plus globale devrait aussi s'interroger sur:

- les chances de déceler une hypertension,
- les chances qu'une hypertension dûment diagnostiquée soit traitée.

S'agissant du premier élément, nous disposons de données comparatives cabinets HMO/cabinets traditionnels, établies sur la base d'une enquête auprès des assurés, qui nous renseignent sur la fréquence des contrôles de l'hypertension artérielle. Conformément à ces données, on peut avancer que la probabilité d'un contrôle régulier de l'hypertension et, partant, la probabilité de déceler une hypertension est la même pour les deux types de cabinets (voir point 4.4).

5. Structure et fonctionnement des HMO

5.1 Le système HMO, un nouveau modèle d'assurance et de prise en charge

Le système HMO constitue à la fois une variante particulière d'assurance-maladie et un nouveau modèle de soins dans lequel les médecins orchestrent les prestations médicales aux patients et assument une responsabilité économique globale. Nous présenterons brièvement ici l'organisation des trois HMO qui ont fait l'objet de l'étude, la manière dont celles-ci fonctionnent et leurs caractéristiques financières. Les observations formulées renvoient à une période de mise en oeuvre d'un nouveau système, avec tout ce que cela implique comme développements à venir et adaptations ultérieures.

A l'origine, les **primes HMO** étaient uniquement échelonnées par catégorie d'âge et non par sexe. En 1994, leur montant était en moyenne de 15 à 20 % inférieur à celui des primes perçues par les caisses faîtières. Dans certaines caisses, cette réduction était plus élevée, dans d'autres plus faible. Le système se distinguait notamment par le fait que les assurés ne payaient ni franchise annuelle ni quote-part.¹ Une participation des assurés était demandée pour certaines prestations seulement, notamment pour les cures, les moyens auxiliaires et les psychothérapies.

Les **prestations obligatoires** de l'assurance HMO sont conformes aux prestations de l'assurance de base prévue par la loi. On y retrouve donc l'assurance obligatoire des soins, le remboursement des médicaments et des moyens auxiliaires ainsi que la couverture des frais d'hospitalisation en division commune. Les HMO proposent par ailleurs des assurances complémentaires semi-privées et privées, le remboursement des frais incombant alors à la caisse faîtière. Avec des prestations telles que couverture illimitée des frais d'hôpital, meilleure prise en charge des prestations Spitex, mesures ciblées dans le domaine de la prévention et remboursement de certaines prestations relevant de médecines alternatives, le volume des prestations HMO dépasse les prestations obligatoires prévues par la LAMA.

Les HMO de Zurich et Bâle sont situées toutes les trois au centre de l'agglomération; tous les médecins HMO pratiquent dans leurs locaux. En novembre 1994, la HMO de Bâle a innové en concluant des accords avec des médecins indépendants dans l'optique d'une prise en charge de patients HMO. Au milieu de l'année 1995, vingt-trois médecins indépendants de Bâle étaient rattachés à cette nouvelle branche (IPA, réseau HMO).²

¹ En 1995, la HMO de Bâle a introduit une quote-part de 10 %. Depuis, toutes les HMO prélèvent des quote-part et des franchises.

² Ces médecins ne sont pas pris en considération dans le cadre du présent chapitre.

5.2 Personnel médical et offre de prestations HMO

A la fin de l'année 1994, les trois HMO étudiées occupaient au total vingt et un médecins. Moyennant un degré d'occupation d'environ 70%, cet effectif correspond en réalité à 14,5 postes à plein temps. En 1994 toujours, on enregistrait 1'232 patients HMO par poste à plein temps, ce qui correspond à une hausse de l'ordre de 10 à 20% par rapport au début de la période sous revue. Les HMO ont en effet limité le nombre des médecins compte tenu du nombre de leurs assurés.

Tableau 5.1: Personnel médical des cabinets HMO
- Nombre moyen de postes en 1994 (sans l'administration) -

	Zurich- Stadelhof en	Zurich- Wiedikon	Bâle*	Total
Médecins - pour 1'000 assurés	3.2 0.98	5.3 0.80	4.3 0.74	12.8 0.81
Autres professions médicales - pour 1'000 assurés	2.1 0.64	1.7 0.26	2.0 0.34	5.8 0.37
Assistantes médicales - pour 1'000 assurés	2.6 0.81	5.5 0.82	4.0 0.68	12.1 0.76
Total - pour 1'000 assurés	7.9 2.43	12.5 1.87	10.3 1.75	30.7 1.94

* sans les médecins IPA affiliés et sans les assurés IPA

Dès le début, l'effectif des médecins des trois HMO présentait des différences considérables. La HMO de Zurich-Stadelhofen a démarré avec le plus grand nombre de postes. Malgré une nette diminution (relative) du nombre des postes, cette HMO occupe en 1994 encore, le plus grand nombre de médecins pour 1'000 assurés. La HMO de Bâle tourne pour sa part avec le plus faible nombre de postes de médecins.

Les services administratifs d'une HMO n'assument pas uniquement les tâches courantes d'un cabinet médical, notamment comptabilité et décomptes de salaires. Ils effectuent parfois des tâches relevant du domaine des caisses-maladie et interviennent dans la direction opérationnelle de la HMO. A ce titre, ils sont relativement autonomes³ et leur charge ne saurait être comparée à l'activité administrative courante d'un cabinet médical.

Les vingt et un médecins HMO sont pour la plupart des généralistes (10) et des internistes (9). Abstraction faite d'une gynécologue et d'un pédiatre, aucune autre spécialité n'y est pratiquée à ce jour. Les médecins possèdent presque toujours une expérience professionnelle antérieure acquise dans le cadre d'une activité indépendante, d'une activité de groupe ou en

³ La réorganisation des instances faitières a aussi entraîné une restructuration administrative au sein des HMO.

qualité de médecin-chef. Parmi les qualifications complémentaires, on trouve, par exemple, des sous-spécialisations en médecine interne (médecine tropicale, médecine du travail), des thérapies du langage, des techniques de diagnostic par ultra-sons et des pratiques relevant de médecines dites «alternatives» (médecine manipulative / chiropraxie, homéopathie, acupuncture).

La rémunération des médecins HMO s'effectue sur la base des salaires usuellement versés aux médecins-assistants ou aux médecins-chef dans les cantons concernés. Les salaires sont modulés en fonction de l'expérience professionnelle, des années de service et de la fonction exercée. Une politique des salaires relativement uniforme est possible du fait que jusqu'ici le système n'a pas compté dans ses rangs des spécialistes au sens strict du terme. Hormis la garantie d'une rémunération régulière, les HMO n'offrent pas d'avantages particuliers à leur médecins, comme cela se pratique fréquemment aux Etats-Unis dans l'optique de promouvoir une médecine financièrement avantageuse. Cette discrétion résulte de la crainte que de telles méthodes ne renforcent les critiques adressées aux HMO pendant la phase de mise en oeuvre du système. L'institution d'un système de promotion suppose par ailleurs une certaine expérience en la matière et les techniques prévalant aux Etats Unis ne sauraient être importées sans autres en Suisse. Néanmoins, les HMO envisagent d'introduire progressivement des éléments de stimulation par le biais des rémunérations.

Les trois HMO occupent des infirmières en santé publique. Leur fonction principale consiste à conseiller les assurés en matière de santé et à suivre les patients soignés ambulatoirement ou en milieu hospitalier. Ces infirmières donnent également des consultations, effectuent des visites à domicile ou à l'hôpital, participent à l'élaboration de l'offre de cours des HMO et font parfois de la physiothérapie et des massages. Leur activité complète et prolonge celle du médecin et ne nécessite pas de recours externe. Les HMO occupent également des physiothérapeutes et, en ce qui concerne la HMO de Bâle, un spécialiste des techniques de la médecine chinoise. Les assistantes médicales font elles aussi partie du personnel médical. Outre les tâches courantes de secrétariat et de laboratoire qui leur incombent, elles assument parfois aussi des électrothérapies ou des traitements par ultra-sons.

Les cours proposés par les HMO s'adressent en priorité, mais non exclusivement, aux assurés HMO. L'offre est variée et privilégie surtout les techniques de mouvement et la relaxation. L'hygiène de vie, les soins corporels, l'alimentation et les massages y occupent une place moins importante.

5.3 Gestion des prestations de soins par les HMO

Le principe HMO repose sur la gestion directe et individuelle des structures et procédures constitutives des soins aux patients. Les conditions-cadre de ce processus sont données par la

structure de base d'une HMO. La clé du succès pour une HMO réside cependant dans l'élaboration d'instruments de gestion adéquats et judicieusement ciblés dans le domaine médical et de l'économie d'entreprise. Ceci constitue depuis l'origine la condition première de la gestion d'une HMO.

L'objectif HMO consiste à fournir des prestations de soins de qualité au prix le plus avantageux. Les instruments que les HMO utilisent à cet effet sont différents selon qu'ils concernent des prestations internes ou externes. Les principaux instrument de la **gestion interne** sont les suivants:

- **Définition de la structure de l'offre interne:** il s'agit de définir les prestations fournies directement par la HMO et celles qui seront *«achetées»* à l'extérieur de la structure. Ceci pose la question de savoir dans quelle mesure la HMO doit avoir à son service des médecins spécialisés. Les données fournies par les trois HMO sous revue ne permettent de dire ni dans quelle mesure des médecins spécialisés seraient suffisamment occupés ni si une solution de ce type est effectivement plus avantageuse. L'analyse permanente des cas des patients adressés à l'extérieur devrait bientôt permettre de répondre à cette question.
- **Elaboration de normes de traitement:** certaines HMO ont commencé à travailler sur la base de protocoles de traitement. Ces protocoles fixent des recommandations et définissent les médicaments à prescrire en prenant en considération le rapport coût/utilité d'une mesure. Les procédures en question sont très complexes. Elles prévoient, d'abord, d'arrêter des principes et, par la suite, de les compléter et de les affiner. En l'occurrence, les HMO ne visent pas une réduction des coûts de la santé mais plutôt une amélioration de la garantie de qualité.
- **Colloques et esprit d'équipe:** une HMO est constituée de membres qui agissent en commun. Dans le cadre de ses compétences, chacun des membres de l'équipe jouit du maximum d'indépendance. Les cabinets HMO ont pour habitude de tenir des colloques au moins une fois par semaine. Ces rencontres permettent d'échanger des informations et des expériences, de prendre des décisions en commun, de débattre d'éventuels problèmes médicaux et de discuter de cas difficiles. Elles offrent aussi à l'ensemble du personnel rattaché à la HMO l'occasion d'exposer et de résoudre des problèmes pratiques.
- **Principe du médecin de premier recours:** les assurés choisissent librement leur médecin à l'intérieur de la HMO; il leur est possible d'y changer de médecin. Au début de leur période d'activité, les HMO traitaient avec une relative souplesse le remboursement des prestations médicales externes non expressément autorisées. Une pratique plus restrictive a été introduite par la suite. Selon les informations fournies par les HMO, il est relativement rare que des assurés HMO sollicitent des prestations externes sans autorisation préalable.

- **Nombre de consultations par médecin et durée des consultations:** le nombre de praticiens HMO est fixé sur la base de ces données. Dans les trois HMO, le nombre de consultations par poste de médecin à plein temps est de l'ordre de 3'000 à 3'500 par an, ce qui équivaut environ à deux consultations par heure. Il est possible d'influer dans une certaine mesure sur la fréquence des consultations par patient (nombre des consultations et fréquence des visites). Il faut savoir que les stratégies visant à freiner la demande de consultations (longs délais d'attente) ont pour effet de mécontenter les patients et risquent d'inciter les assurés à changer de système d'assurance.
- **Médicaments:** le contrôle des dépenses de médicaments et de matériel (environ 10% des frais) contribue aussi à limiter les frais. Les médecins HMO s'efforcent de prescrire systématiquement des génériques. L'optimisation des prescriptions est fonction des affections à traiter.
- **Garantie de qualité:** c'est précisément parce qu'on leur reproche souvent de vouloir pratiquer une médecine au rabais que les HMO étudiées ont estimé utile d'élaborer un concept de garantie de qualité. A fin 1994, ces concepts n'étaient toutefois pas encore disponibles. Précisons à ce propos que toutes les HMO participent à l'étude comparative consacrée au traitement de l'hypertension.

L'évolution des HMO dépend aussi dans une large mesure de la charge **financière que représentent la consultation de spécialistes et les traitements en milieu hospitalier**. Pour les trois HMO étudiées, on observe que les frais occasionnés par les fournisseurs externes de prestations médicales constituent systématiquement le poste le plus lourd (40 à 50% des frais). Les HMO sont donc appelées à trouver des solutions en vue d'exercer une influence sur les coûts externes. Si les conditions-cadre de la LAMA ne leur accordaient qu'une faible marge de manoeuvre dans ce domaine, la situation s'est nettement assouplie depuis l'introduction de la LAMaI. Les éléments et instruments suivants permettent d'agir sur le coût des prestations externes:

- examen rigoureux du besoin de prestations externes
- choix des fournisseurs externes de prestations, le cas échéant conclusion d'accords prévoyant des conditions spéciales,
- influence sur les traitements externes,
- contrôle et évaluation des factures établies par des prestataires externes.

A propos des **fournisseurs externes de prestations:**

- **Médecins-spécialistes** (soins ambulatoires): la nécessité d'adresser un patient à un spécialiste est pratiquement toujours discutée au sein de l'équipe de médecins. La sélection des fournisseurs externes de prestations s'effectue sur la base de critères bien précis. Les HMO rassemblent des informations, établissent des relations avec les spécialistes puis, sur la base d'expériences concrètes, se prononcent sur la qualité des

traitements effectués, la manière de collaborer et les coûts. Le spécialiste externe reçoit un mandat précis. On lui demande la plupart du temps d'établir un diagnostic et de formuler des propositions de traitement. On peut également lui demander de prendre contact avec son confrère HMO, notamment pour justifier le traitement préconisé. Selon les informations fournies par les HMO, la collaboration avec les prestataires externes de soins fonctionne de manière satisfaisante. Cette manière de procéder et l'enregistrement rigoureux des prestations déjà fournies dans le cadre de la HMO (p. ex: radiographies) permettent d'exercer une action sur les coûts de santé.

- **Fournisseurs de prestations non médicales:** il s'agit en particulier de psychothérapeutes et d'organisations Spitex. La HMO Zurich-Stadelhofen est la seule à avoir conclu des accords de collaboration avec onze psychothérapeutes n'ayant pas de formation de médecin. Par séance, ces thérapeutes sont rémunérés aux deux tiers des honoraires pratiqués usuellement par les psychothérapeutes-médecins.
- **Hôpitaux:** dans ce domaine, des économies peuvent surtout être réalisées en remplaçant une hospitalisation par un autre type de traitement. Les hospitalisations n'ayant pas un caractère d'urgence sont systématiquement discutées par l'équipe de médecins HMO, qui s'interroge notamment sur le caractère impératif de cette mesure. Lorsqu'une hospitalisation s'impose, le choix de l'établissement est fonction de la gravité du cas et des spécialités requises pour le traitement. L'aspect financier entre rarement en considération. La possibilité existe parfois aussi de remplacer une hospitalisation par un traitement ambulatoire. Cette formule n'est généralement pas plus avantageuse car les soins sont alors entièrement à la charge de la HMO, ce qui n'est pas le cas avec une hospitalisation. En raison des réglementations tarifaires en vigueur, il n'a à ce jour pas été possible de conclure des conventions spéciales avec les hôpitaux. Les médecins HMO veillent activement à entretenir de bonnes relations avec les médecins hospitaliers et à les renforcer. Les HMO estiment qu'elles n'ont guère la possibilité d'agir sur la durée des hospitalisations. Des tentatives pour y parvenir sont faites par le biais de forfaits mais on pense que ces informations ne parviennent pas jusqu'au médecin traitant hospitalier.
- **Urgences:** les HMO n'ont guère les moyens d'influer sur cette donnée.⁴ Les urgences, on le sait, entraînent généralement toute une série d'investigations faites par mesure de sécurité. C'est ce qui explique pourquoi ce type de traitements est relativement coûteux. Selon les principes en vigueur, le médecin qui prend en charge une urgence ou qui signe le bon d'entrée à l'hôpital devrait en informer le médecin traitant du patient le lendemain. Les HMO sont rarement informées des mesures d'urgence. Mais l'hypothèse d'un recours aux urgences pour contourner la restriction du choix du médecin n'est pas confirmée. Pour éviter les consultations externes d'urgence, les HMO ont prolongé leurs heures de permanence.

⁴ En cas d'urgence, les assurés sont autorisés à s'adresser à un médecin externe sans accord préalable de la HMO.

La direction des HMO repose dans une large mesure sur l'exploitation de **systèmes d'information internes** assistés par ordinateurs. Les techniques utilisées permettent d'obtenir en permanence des informations stratégiques. La mise en oeuvre de tels systèmes est liée à des dépenses considérables et suppose la collaboration active de l'ensemble des collaboratrices et des collaborateurs d'une HMO. Depuis leur création, les HMO ont récolté un grand nombre d'indices et de données internes. Le moment est maintenant venu d'en tirer un petit nombre d'indicateurs, fournissant le maximum d'informations pour la gestion de la HMO.

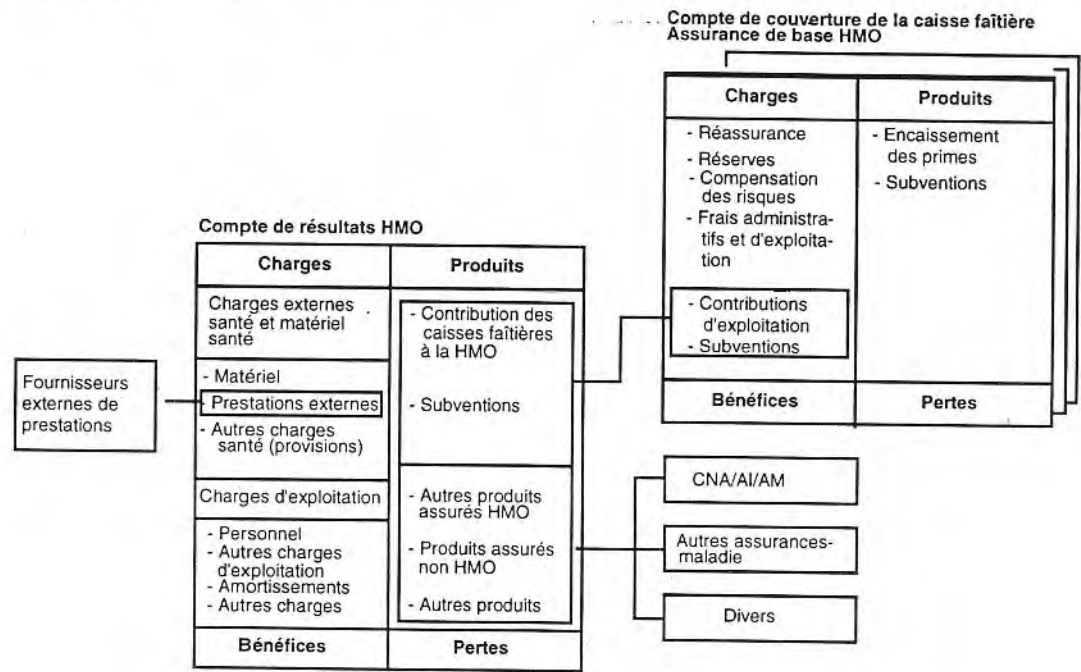
5.4 Structure des coûts et rentabilité des HMO

D'un point de vue économique, les HMO doivent être considérées comme des **centres de profit**. Face aux caisses faïtières, elles négocient aussi bien les charges que les produits et assument, par conséquent, une responsabilité dans la réalisation des objectifs. Les **rapports financiers** entre les HMO et les caisses faïtières (classification des charges et des produits) se caractérisent par le fait que les prestations de santé internes et externes, les prestations administratives (à l'exception des rentrées de primes d'assurance, qui sont du ressort des caisses faïtières) et les produits apparaissent directement dans le compte des résultats des HMO. Pour leur part, les caisses faïtières encaissent les primes d'assurance, assument la compensation des risques et constituent des réserves. Les HMO ont donc une double fonction: celle de cabinet de groupe et celle de caisse-maladie.

Les HMO participent à la **compensation des risques** par l'intermédiaire des caisses faïtières. Selon la structure des risques, le montant de la contribution d'exploitation qu'elles reçoivent des caisses faïtières peut donc augmenter ou diminuer. Le système HMO ne pratique pas de discrimination en rapport avec l'âge ou le sexe des assurés.

Le Graphique 5.2 présente les liens financiers entre les HMO et les caisses faitières ainsi que la méthode de classification des charges et des produits.

Graphique 5.2: Liens financiers des HMO



Le tableau 5.3 présente la structure des charges et des produits des HMO sous revue pour les exercices 1992, 1993, 1994

Tableau 5.3: Structure des charges et des produits des HMO pour les exercices 1992, 1993 et 1994
(en %, moyenne de toutes les HMO)

HMO	Δ total			Δ par groupe charges/produits		
Genre charges / produits	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Charges externes santé et matériel santé	55,0	52,2	58,3	100,0 ¹⁾	100,0	100,0 ¹⁾
- Matériel	8,0	10,5	-2)	14,6	20,0	19,4
- Prestations externes	35,7	37,7	-2)	65,0	72,1	76,6
- Autres charges santé (p. ex: provisions)	11,3	4,0	-2)	20,4	7,9	4,0
Charges d'exploitation	45,0	47,8	41,7	100,0	100,0	100,0
- Personnel	23,1	25,4	23,8	51,4	53,1	57,1
- Autres charges d'exploit.	11,7	11,4	8,1	26,1	23,9	19,4
- Amortissements	6,6	5,0	5,2	14,6	10,4	12,5
- Autres charges	3,6	6,0	4,6	7,9	12,6	11,0
Produits	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Contributions de la (des) caisse(s) faîtière(s) aux HMO	78,3	80,8	97,0 ³⁾	78,3	80,8	97,0 ³⁾
- Subventions fédérales/cantoniales	17,1	16,1	-	17,1	16,1	-
- Autres produits assurés HMO	1,7	1,4	0,2	1,7	1,4	0,2
- Produits assurés non HMO	1,6	0,9	2,1	1,6	0,9	2,1
- Autres produits	1,3	0,8	0,7	1,3	0,8	0,7

1) HMO Zurich-Wiedikon et Bâle

2) Pas de données détaillées disponibles pour HMO Zurich-Stadelhofen

3) Contributions des caisses faîtières aux HMO, subventions fédérales/cantoniales incluses

L'évolution des charges suit la même tendance dans les trois HMO sous revue: les prestations externes forment le plus gros poste en ce qui concerne les charges globales. Ce poste a grossi d'année en année dans toutes les HMO. En 1994, il atteint environ 45% dans les deux HMO pour lesquelles des données sont disponibles. Comparée aux prestations externes et aux charges de matériel santé, la part des charges d'exploitation (internes) diminue au fil des ans. Cela tient au fait que les collectifs HMO sont toujours plus sollicités. Les charges de personnel constituent l'élément le plus important des charges d'exploitation. Par les charges et les amortissements qu'ils supposent, les frais de personnel ainsi que les investissements dans les

locaux et dans d'autres infrastructures grèvent lourdement le compte des produits des jeunes HMO.

Au chapitre des produits, les comptes de résultats des HMO sont alimentés à raison de 97% environ par les contributions versées par les caisses faîtières sur la base des cotisations des membres et par des subventions, au prorata, provenant de la Confédération et des cantons. Les autres sources de revenus tiennent une place secondaire.

Depuis 1993, les HMO de Zurich-Wiedikon et de Bâle font état d'un compte des résultats positif. Cette évolution montre que le passage à la phase de consolidation a pleinement réussi. Malgré des investissements de base élevés, ces deux HMO ont enregistré des résultats d'exploitation positifs après seulement deux à quatre années d'exploitation, avec un nombre d'assurés relativement bas (4'500/5'500 membres). Ces chiffres ont été atteints sans subventionnement de la part des autres formes d'assurance de base.

En raison du peu d'expérience engrangée dans ce domaine et du petit nombre de HMO opérationnelles à ce jour en Suisse, il est encore impossible de dire combien de temps il faut à une HMO avant de trouver un rythme de croisière. Ce qui est certain, c'est que les investissements qu'une telle entreprise suppose et la sous-utilisation des capacités dans la phase de démarrage se traduiront presque inévitablement par un déficit. Il ne faudrait pas chercher à compenser d'emblée ces pertes au moyen de primes d'assurance trop élevées.

Après des difficultés considérables imputables à une sous-utilisation de son potentiel, on observe que les mesures de redressement déployées dans le cadre de la HMO Zurich-Stadelhofen commencent à porter des fruits. Les données structurelles de son compte des résultats se rapprochent en effet peu à peu de celles des autres HMO. Les écarts de rentabilité constatés dans les HMO sous revue s'expliquent donc **en partie** par la présence d'équipes de direction plus ou moins performantes.

5.5 Cas particulier: le système HMO de l'Université de Genève

Le "Plan de santé", assurance HMO de l'Université de Genève, a été institué en 1992. Il présente des caractéristiques structurelles fondamentales qui ne vont pas sans rappeler les trois premières HMO de Zurich et de Bâle, à savoir:

- un budget global qui sert à financer l'ensemble des prestations médicales,
- un cabinet HMO qui intervient comme premier prestataire de soins et des médecins HMO, par lesquels les assurés ont accès aux fournisseurs externes de prestations.

Cela mis à part, la HMO à l'extrémité du Léman se distingue de ses cousines d'outre-Sarine par sa genèse, ses destinataires et son organisation. Pour ces raisons, il nous a semblé intéressant de la présenter séparément. Les remarques formulées ici se fondent sur une évaluation

effectuée par l'IMSP⁵ de l'Université de Genève.⁶ L'évaluation a été faite sur la base de l'analyse des données de l'assurance faîtière, d'enquêtes auprès des assurés et d'entretiens avec des responsables HMO.

Genèse: depuis 1984, les étudiants immatriculés à l'université, les assistants ainsi que les membres de leur famille avaient la possibilité de s'assurer auprès de la collective proposée par la caisse-maladie l'Avenir. Considérant les déficits enregistrés, les responsables concernés ont souhaité trouver une autre solution. En accord avec le rectorat de l'université, il a été décidé, en février 1992, de transformer l'assurance collective en une HMO. Les assurés ont été informés de ce changement un mois environ avant le démarrage de l'opération. Les personnes qui n'ont pas expressément donné leur démission ont automatiquement été intégrées dans la nouvelle forme d'assurance.

Structure: le cabinet HMO s'est installé dans les locaux de la Clinique de l'Arve, à Carouge. Les médecins qui y travaillaient étaient jeunes et inexpérimentés dans le domaine des soins ambulatoires. L'équipe de médecins n'était entourée d'aucun autre thérapeute. Jusqu'à fin 1993, les médecins percevaient une rémunération fixe. Dès le début de l'année 1994, ils ont facturé leurs honoraires de la manière usuelle. Le contrôle budgétaire n'était pas effectué par les médecins HMO mais par deux médecins externes rattachés à un centre de santé. En 1994, l'organisation s'est transformée et a évolué vers un réseau HMO. Onze médecins indépendants y participaient à la mi-1995. Les restrictions au niveau des membres ont également été supprimées. L'évaluation faite par l'IMSP concerne essentiellement les années 1992 et 1993.

Structure d'assurance: sur les quelque 4000 membres que comptait l'assurance collective, 13,7% des assurés ont refusé le changement d'assurance et ont démissionné. Une sélection automatique s'est effectuée en ce sens que les mauvais risques ont été plus nombreux à démissionner que les bons risques. *"Au cours des douze mois précédant la création du Plan de Santé, les personnes qui ont démissionné de la caisse au moment de sa transformation avaient occasionné 39% de dépenses de plus que les personnes qui ont accepté le transfert."*⁷ Des considérations socio-démographiques ont également joué un rôle dans la décision de résilier l'assurance ou d'y adhérer: *"Les étrangers, les personnes résidant depuis peu de temps à Genève et les personnes à moindre revenu ont été plus nombreux à adhérer au Plan de Santé."*⁸ Il est donc possible que des difficultés financières et une mauvaise information aient exercé une influence et que, partant, l'entrée dans la HMO n'ait pas forcément résulté d'un véritable choix.

⁵ Institut de médecine sociale et préventive

⁶ Perneger, Th., Etter, J.-F., Schaad, B.: Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève. IMSP, Université de Genève, Etudes et Recherches 6/1995. Neuf autres travaux de recherche ont également été consacrés à ce sujet.

⁷ Perneger et al., op. cit., p. 12

⁸ Perneger et al., op. cit., p. 12

Evolution de la demande de prestations et des coûts: pendant la première année d'assurance HMO, on constate, dans l'ensemble, une diminution de la **fréquence des consultations** par rapport à l'année précédente et un transfert de la demande: le nombre de consultations chez des généralistes (médecins HMO) a augmenté tandis que les consultations chez des spécialistes, à l'exception des psychiatres, ont diminué.⁹ Le recours au service des urgences de l'hôpital et aux médecins de garde a également baissé. Au terme du premier exercice HMO, les **coûts** par assuré traduisent une diminution de 23% par rapport aux coûts correspondants de la dernière année d'exercice de l'assurance collective.¹⁰ Les plus fortes baisses de coûts ont été enregistrées au titre des prestations "techniques", soit médicaments, radiographies, physiothérapie, examens de laboratoire. Malgré le recul de la fréquence des consultations, les frais de médecin ont en revanche légèrement augmenté, ce qui, selon les chercheurs, s'explique par de plus longs entretiens avec les patients et par la récupération de la demande jadis adressée au service des soins ambulatoires de l'hôpital et aux médecins de garde. Le nombre d'hospitalisations et les coûts correspondants sont restés stables.¹¹ Au terme de la deuxième année HMO, les coûts ont augmenté de 12%, en raison notamment de la hausse des coûts de psychothérapie. Quoi qu'il en soit, les coûts de la HMO sont restés inférieurs à ceux des assurances traditionnelles pendant la deuxième année d'exercice également.

Qualité des soins: l'évaluation traite de l'effet des traitements sur l'état de santé des assurés (questionnaire standard SF-36) et de la satisfaction des assurés/patients. Aucun changement d'**état de santé** ne peut être observé au terme d'une année de sociétariat HMO. Il est vrai que la période est trop courte! Quant à la **satisfaction des assurés**, elle n'est pas mauvaise dans l'ensemble, étant entendu que le changement abrupt de forme d'assurance a aussi été source de mécontentement

- 45% des assurés n'apprécient pas de ne plus avoir le libre-choix du médecin;
- 20% des assurés estiment qu'ils bénéficiaient de meilleurs soins avant;
- 21% des assurés pensent que, pour réduire les coûts, certaines prestations ne leur sont pas accordées.

Un quart des **patients** (donc des assurés qui ont effectivement consulté un médecin HMO) a également perçu un souci d'économie exagéré. Plus de 50% des assurés déclarent qu'ils quitteraient certainement la caisse si l'avantage financier venait à disparaître. Des enquêtes effectuées ultérieurement (une année et une année et demie plus tard), indiquent que le degré de satisfaction avait à nouveau augmenté. Dans l'ensemble, le degré de satisfaction exprimé par les patients HMO est inférieur à celui des patients traités dans des cabinets médicaux traditionnels.

⁹ Résultats d'enquêtes et non d'une analyse de données de caisses-maladie

¹⁰ Exploitation de données des caisses-maladie.

¹¹ Lorsque le collectif d'assurés est composé de personnes jeunes, on enregistre de toute manière peu de séjours hospitaliers.

Si l'on **compare ces données avec celles des HMO de Zurich et de Bâle**, on observe à la fois des différences et des similitudes. Au nombre de celles-ci:

- le fait que ce sont surtout des bons risques qui adhèrent à une HMO,
- le fait qu'un système HMO permet de réaliser des économies de coûts.

Quant à la **différence** majeure, elle réside dans la satisfaction des assurés/patients. Contrairement aux assurés HMO de Zurich et de Bâle, les assurés genevois sont, pour une grande part, mécontents de leur système. Cette tendance est nettement perceptible dans les réponses fournies à la question de savoir s'ils envisageraient de changer d'assurance au cas où les primes ne seraient pas plus chères ailleurs: 55% des Genevois changeraient, contre 22% seulement pour Zurich et Bâle.¹² Toute hypothèse sur une différence de qualité entre ces HMO restant non fondée, la variation dans les avis des utilisateurs serait plutôt liée aux circonstances ayant accompagné leur entrée dans le HMO : alors que les assurés de Bâle et de Zurich ont librement choisis leur assurance, les Genevois ont subi une véritable contrainte. En effet, ils n'avaient plus la possibilité de rester assurés comme avant et ont dû décider (très rapidement) s'ils souhaitaient se faire assurer ailleurs, le cas échéant chez qui, moyennant des primes plus élevées, ou s'ils préféraient adhérer au système HMO et bénéficier par la même occasion d'avantages financiers. On peut aisément imaginer qu'une telle pression n'est pas faite pour favoriser la confiance à l'égard des "nouveaux" médecins, bien au contraire. En conclusion, nous dirons que les modèles d'assurance qui prévoient une modification du rapport classique médecin-patient doivent absolument pouvoir être choisis en toute liberté.

¹² 11% des assurés changeraient très certainement, 11% sont indécis

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique).	OCFIM* 318.012.1/96 f
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Synthèse	
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Dossiers techniques / Etude des données administratives	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Les questionnaires des enquêtes auprès des assurés (5 parties) peuvent être obtenus à l'adresse suivante: Office fédéral des assurances sociales, section Statistique, M. Herbert Känzig, 3003 Berne (Tél. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne