

Office fédéral des assurances sociales

**R é p e r c u s s i o n s d e l a L A M a l
s u r l e s a s s u r e u r s**

Résumé

SHa/RP/JE/RI

28.11.01 1108-Zus//E98_004_SB_ZF_f.DOC



INFRAS

Gerechtigkeitsgasse 20, case postale, CH-8039 Zurich, tél. +41 1 205 95 95, fax +41 1 205 95 99, e-mail zuerich@infras.ch
Mühlemattstrasse 45, CH-3007 Berne, tél. +41 31 370 19 19, fax +41 31 370 19 10, e-mail bern@infras.ch

Certification ISO 9001/14001

Résumé

Objectif

La présente analyse des effets vise à étudier les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sur les assureurs. Présentés sous forme de synthèse, les résultats de l'enquête ont été complétés par des analyses et des entretiens. L'étude entend apporter une réponse aux questions suivantes :

- Quels changements la LAMal a-t-elle occasionnés au sein des compagnies d'assurances ?
- Comment le comportement des assureurs à l'égard des assurés et des fournisseurs de prestations s'est-il modifié ?
- Comment les relations entre assureurs ont-elles évolué ?
- La LAMal a-t-elle provoqué une modification du comportement concurrentiel des assureurs qui a entraîné une intensification de la concurrence entre eux ?
- Dans quelle mesure les changements d'attitude des assureurs, ont-ils contribué à maîtriser les coûts de la santé ? Quels effets ces changements ont-ils produits sur les autres objectifs de la LAMal (renforcement de la solidarité, augmentation de la qualité des prestations) ?

Méthode

L'analyse a été effectuée en deux étapes :

- 1^{re} étape Analyse sur la base d'une comparaison entre la situation qui prévalait sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) et celle induite par la LAMal. Comparaison qui permet d'évaluer si la marge de manœuvre des assureurs, leur comportement en matière de concurrence, l'intensité de celle-ci se sont modifiés ainsi que les coûts des fournisseurs de prestations.
- 2^e étape Analyse de l'influence de la LAMal sur les changements constatés auprès des assureurs (analyse causale).

Nous avons utilisé le procédé suivant :

 Analyse de l'évolution de la marge de manœuvre des assureurs à la suite de l'introduction de la LAMal.

Utilisation des résultats de projets partiels de l'analyses des effets déjà disponibles.

- Brèves études de cas (23 assureurs) au moyen d'entretiens individuels et de l'analyse des rapports d'activité en vue d'examiner le comportement concurrentiel des assureurs.
- 7 entretiens individuels complémentaires avec des associations d'assureurs ainsi qu'avec les autorités et utilisation de 10 procès-verbaux des entretiens conduits avec les associations d'assureurs dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal sur la tarification (INFRAS 2000).
- Analyse du marché de l'assurance-maladie (structure du marché et résultats) en vue d'évaluer l'intensité de la concurrence. Analyse faite sur la base des données transmises par les assureurs à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans le cadre de la procédure d'approbation des primes.

Répercussions de la LAMal sur le comportement des assureurs

La LAMal n'a pas modifié de façon notable la marge de manœuvre des assureurs au niveau de l'entreprise elle-même. Cette marge de manœuvre continue d'être fortement restreinte par les produits d'assurance (catalogue des prestations homogène), la structure des produits (franchises, rabais, etc.) et l'influence sur la formation des prix. Pour les assureurs, la LAMal a entraîné les changements suivants :

- La hausse des coûts de la santé et l'amplification du phénomène de désolidarisation ont incité l'opinion publique et les instances politiques à faire pression sur les assureurs pour qu'ils mettent en place des mesures d'économie.
- La prime unique et la liberté totale des assurés de choisir leur caisse-maladie (libre passage) sont des éléments déterminant la structure des produits d'assurance et le comportement concurrentiel des assureurs. A titre d'illustration, il n'est plus possible d'établir des assurances collectives, de limiter le collectif des assurés à un groupe fermé (association, par exemple) ni de calculer les primes en fonction du risque
- L'inscription dans la loi d'une compensation des risques (en fonction du sexe et de l'âge) limitée à une durée de dix ans et la liberté pour les assurés de choisir leur caisse-maladie (libre passage) influencent les possibilités des assureurs de recourir à la sélection des risques.

- Les modèles particuliers d'assurances (franchise à option, assurance avec bonus et modèles alternatifs d'assurances limitant le choix du fournisseur de prestations) ont été introduits de manière définitive.
- La nouvelle réglementation relative au financement des traitements hospitaliers qui prévoit le remboursement par l'assureur des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux subventionnés à hauteur de 50 pour cent au maximum, a des incidences sur les négociations tarifaires.
- L'obligation d'adhérer aux accords existants (ou l'interdiction de conclure des contrats séparés) a été levée. De ce fait, les assureurs peuvent désormais passer leurs propres contrats avec les fournisseurs de prestations, indépendamment des conventions signées par les groupements.

Si les assureurs ont modifié leur comportement, c'est en premier lieu à la suite de la hausse des coûts de la santé, laquelle se répercute sur l'évolution des primes.

L'augmentation des coûts engendrés par les prestations à la charge des assureurs s'explique d'abord par la LAMal elle-même (extension du catalogue des prestations, suppression des subventions directes, déplacement du financement) D'autre part, cette augmentation dépend des exigences des assurés, de l'évolution des moyens techniques et du comportement des fournisseurs de prestations.

Cette situation soumet les assureurs à une pression accrue de la part des milieux sociaux et politiques en faveur de la maîtrise des coûts, de même qu'à une pression économique sur les prix. Aussi ont-ils dû se professionnaliser pour passer du statut d'entreprise de type gestionnaire à celui d'entreprise axée sur le marché. De plus, cette pression sur les coûts, conjuguée avec l'introduction des nouvelles dispositions de la LAMal (voir ci-dessus), a entraîné des modifications sensibles au sein même des entreprises ainsi que des changements de comportement à l'égard des assurés et des fournisseurs de prestations. Ces nouvelles attitudes ont débouché sur un durcissement de la concurrence (voir schéma Z-1).

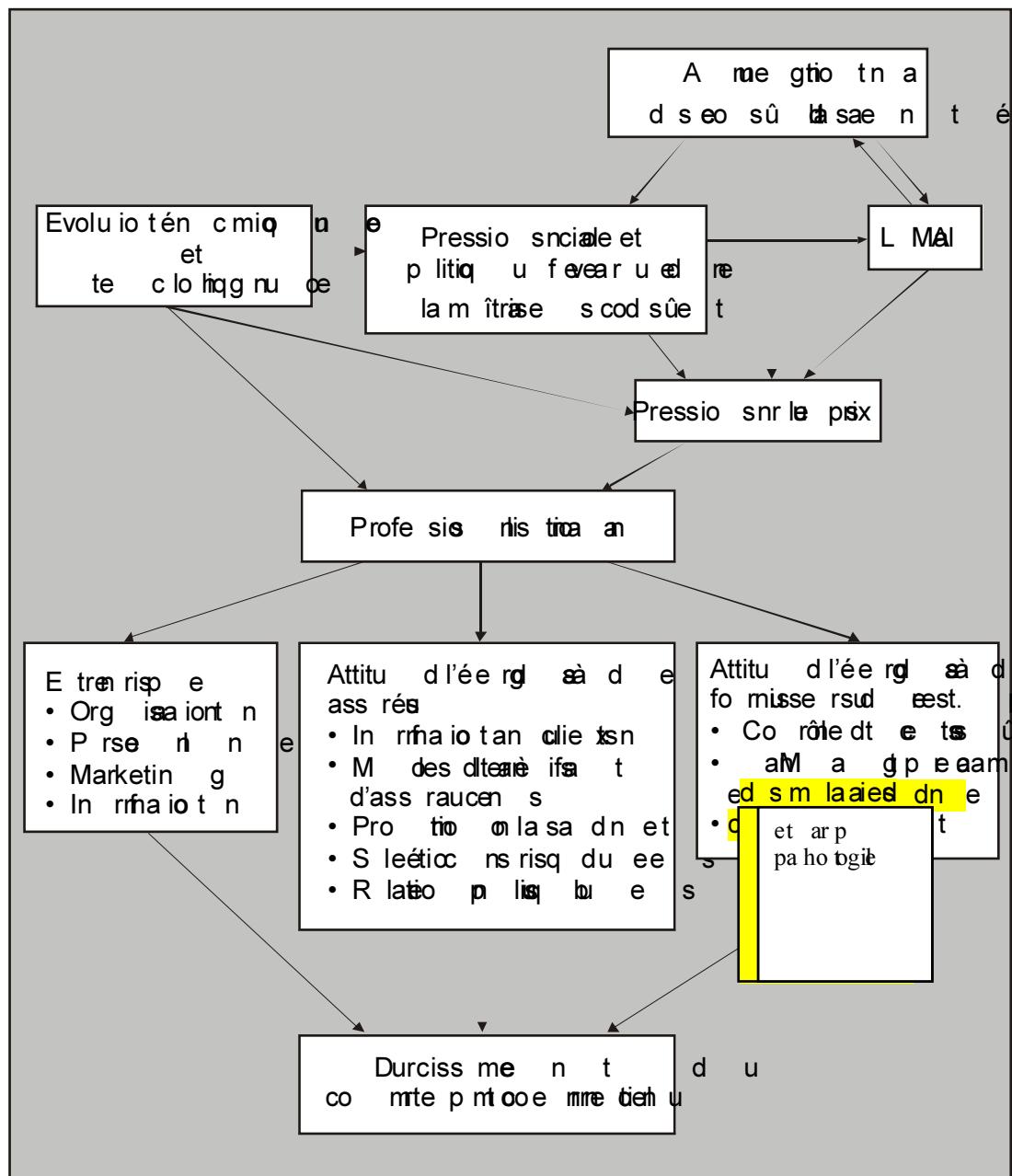


Schéma Z-1 : Facteurs d'influence et répercussions de la LAMal : l'évolution économique, la hausse des coûts de la santé, la pression sociale et politique ainsi que la LAMal elle-même contraint les assureurs à maîtriser les prix, d'où une accélération de la professionnalisation dans tous les secteurs de l'entreprise et un durcissement du comportement concurrentiel.

Description des effets de la LAMal sur la professionnalisation, le comportement concurrentiel et l'intensité de la concurrence.

Professionnalisation

L'augmentation de la pression sur les coûts et les nouvelles exigences induites par la LAMal ont incité les assureurs à accélérer leur processus de professionnalisation et à procéder à des changements au sein de l'entreprise, à axer leurs services davantage sur le client et à améliorer la qualité de leurs prestations :

- Une transformation culturelle s'est produite chez les assureurs dans leur conception de la « caisse » qui devient un l'assureur moderne, tendance encore exacerbée par l'introduction de la LAMal. Cette transformation de la philosophie d'entreprise concerne principalement les "grands" assureurs, ceux qui ont un nombre élevé d'assurés. Nombreux ont revu leurs structures et leurs processus de fond en comble pour les optimiser en vue de les centrer davantage sur le client. Quant aux assureurs "petits" et "moyens" ils ont mis l'accent surtout sur l'organisation en raison de l'augmentation de l'effectif de leurs membres, ainsi que sur l'adaptation des processus de travail aux nouvelles exigences.
- Les assureurs ont renforcé leurs compétences professionnelles. Tant les très grands assureurs que certaines grandes compagnies ont étoffé leur savoir-faire dans les secteurs du Managed Care, de l'achat de prestations, de la gestion et de l'informatique. Ils ont également élargi leur offre de formation. La gestion d'une caisse comme activité accessoire est en recul car les exigences sont plus élevées qu'auparavant.
- Les grands assureurs ont sensiblement renforcé et systématisé leurs efforts de marketing, notamment en ce qui concerne les assurances complémentaires. En plus des études de marché effectuées à intervalles réguliers, ils ont également amélioré les sources et les modes d'évaluation des informations au niveau interne grâce à la mise sur pied de banques de données. Du côté des petits et moyens assureurs, la LAMal a, tout au plus, débouché sur une amélioration du marketing pratiqué à l'échelon régional.
- Les assureurs ont consacré une part considérable de leurs investissements aux nouvelles solutions informatiques, requises par les exigences de la LAMal en général, et par le TarMed en particulier.
- La LAMal a non seulement entraîné l'accroissement des exigences des clients et le renforcement de la concurrence en matière de prestations de service, mais aussi incité les assureurs à mieux informer leur clientèle et à améliorer la qualité de leurs prestations. Les contacts avec les clients se sont intensifiés, de même que les activi-

tés de conseil et d'information. De plus, le remboursement des factures intervient plus rapidement.

- Pour tous les assureurs les relations publiques et l'action politique sont devenues importantes avec la LAMal. Les grands assureurs, en particulier, ont intensifié et professionnalisé leurs relations publiques et renforcé leur image de marque.

Les progrès enregistrés en matière de professionnalisation sont contrastés en fonction des assureurs. Cependant, il convient de relativiser ce constat eu égard au temps nécessaire pour opérer des changements au sein d'une entreprise et des potentiels encore inexploités.

Comportement concurrentiel

Les assureurs ont durci leur comportement concurrentiel à la suite de l'introduction de la LAMal. Toutefois, la concurrence continue à s'exercer avant tout au moyen des primes et de la sélection des risques, elle n'a pas subi de modification fondamentale.

L'objectif poursuivi est celui d'une croissance « qualitative » modérée. Du fait du libre passage, de la prime unique et de la pression sur les coûts, la sélection des risques a pris de l'ampleur. La qualité des prestations de service et l'image sont devenues des éléments essentiels de la concurrence. Par contre, la gestion active des coûts, les modèles alternatifs d'assurances et la tarification ne jouent qu'un rôle secondaire dans les stratégies des assureurs :

- Le contrôle des coûts a certes été amélioré sous l'influence de la pression croissante exercée sur les coûts, mais il reste lacunaire puisqu'il se limite au contrôle des factures quant à la forme. Les assureurs ont pour ainsi dire renoncé à vérifier l'adéquation et l'opportunité des traitements (contrôle du caractère économique), les données étant incomplètes (absence de codes de diagnostic). En outre, le contrôle des factures concerne presque exclusivement le secteur hospitalier et seule une infime partie des factures passe par le décompte électronique des prestations.
- Le management par cas ou par pathologie est uniquement effectuée par les grands assureurs et, qui plus est, se trouve encore en phase expérimentale.
- Les très grandes caisses-maladie ont pris des mesures de promotion de la santé, bien que dans un cadre restreint, en raison de l'incertitude quant à leurs effets qui ne peuvent être évalués que sur la durée. La promotion de la santé n'est pas utilisée par les assureurs comme un instrument central pour influer sur les coûts.

- Le développement des modèles alternatifs d'assurances n'a pas été poursuivi de manière intensive. Si ces modèles ont autant de peine à s'implanter c'est notamment parce que les assurés rechignent à une limitation de leur choix et que les fournisseurs de prestations (en particulier les médecins) sont loin d'être prêts à assumer, tant que l'obligation de contracter existe, les risques économiques. En outre, les divergences d'opinions des assureurs au sujet de l'efficacité des modèles alternatifs ont créé un climat d'incertitude au sein de la branche.
- Si les assureurs exercent ensemble une pression plus forte sur les tarifs, la concurrence liée aux tarifs n'en est pas moins restée au statu quo en raison de la suppression de l'obligation d'adhérer aux accords existants. La décartellisation attendue n'a pas eu lieu, les incitations pour les partenaires à conclure des conventions tarifaires séparées faisant défaut. De nouveaux modèles tarifaires ne sont pas encore répandus car leurs répercussions sont, pour l'instant, pas claires.

Les nouvelles exigences de la LAMal ont encouragé la mise en place de coopérations ciblées entre les assureurs en vue d'améliorer leur compétitivité. Tandis que les alliances entre grands assureurs se sont soldées par des échecs, se sont noués des accords de coopération entre petits, moyens et, parfois, grands assureurs dans les secteurs de l'achat de prestations et du Managed Care ainsi que dans celui des assurances complémentaires.

Intensité concurrentielle entre les assureurs

Depuis l'introduction de la LAMal, on a constaté une intensification de la concurrence entre les assureurs, mais surtout pour attirer des bons risques. Grandes gagnantes de cette nouvelle donne, les petits et moyens assureurs se sont approprié des parts de marché considérables aux dépens des grands assureurs. Au cours des dernières années, la concurrence ne s'est pas durcie et elle reste à niveau très bas. De manière générale, on peut constater que les assureurs ne se livrent pas une bataille acharnée. Cette situation s'explique par la densité des réglementations auxquelles le marché de l'assurance-maladie obligatoire est soumis ainsi que par les obstacles opposés à tout comportement concurrentiel (citons en particulier l'intervention dans la fixation des primes et le manque de compensation des risques).

Influence des assureurs sur les coûts de la santé

Les dépenses pour prestations prises en charge par les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins continuent d'augmenter, dépassant, en 2000, de 30 %

le chiffre enregistré en 1996. Les assureurs ne peuvent influer que dans une mesure limitée sur le coût des prestations qu'ils doivent assumer. S'ils ont leur mot à dire sur le prix des prestations par le biais de la tarification et du contrôle des factures, la maîtrise du volume à travers les modèles alternatifs et le management par cas se révèle nettement plus complexe. A ce jour, les assureurs n'ont guère pesé sur les coûts engendrés par les fournisseurs de prestations, décevant ainsi les attentes que le législateur avait placées en eux. Dès lors, on peut tirer le bilan suivant de l'action des caisses-maladie sur la maîtrise des coûts de la santé :

- Le renforcement du contrôle des factures a permis à plusieurs grands assureurs de réaliser jusqu'à 10 % d'économies au niveau de l'entreprise. De leur côté, les petits et moyens assureurs n'ont réalisé qu'une économie estimée entre 2 et 3 %.
- Les assureurs espèrent que le management par cas ou par pathologie seront synonymes d'économies substantielles. Pour l'heure, celles-ci ne peuvent cependant encore être chiffrées.
- La pression exercée par les assureurs sur la tarification n'a pas débouché sur des économies notables en termes de coûts de la santé, mais a incité les fournisseurs de prestations à éluder la question (transfert de coûts dans le secteur hospitalier et augmentation du volume des prestations ambulatoires), tout en provoquant une diminution du nombre de prestations et de la qualité de celles-ci (surtout dans les domaines des soins, de la formation et des prestations onéreuses). Par ailleurs, il est probable que la plupart des acteurs concernés ont également trouvé des parades aux exigences posées par les nouvelles formes de tarification.
- Selon les premières estimations, les modèles alternatifs d'assurances ont permis de réduire les coûts de 10 à 15 %. Toutefois, il convient de minimiser l'influence de ces modèles sur le coût des prestations en raison de leur faible application.
- Les mesures de prévention ont été tellement insignifiantes qu'il ne faut guère s'attendre, pour l'instant, à ce qu'elles contribuent à maîtriser les coûts.
- Les frais d'administration des assureurs- maladie s'élèvent entre 6 et 7 % en moyenne des prestations nettes, chiffre relativement bas comparé à ceux des assureurs privés. En raison du surplus de dépenses administratives occasionnées par l'introduction de la LAMal, les frais , au cours des dernières années, ont commencé par augmenter, pour ensuite diminuer et, finalement, remonter légèrement.

es nouveaux comportements des assureurs constituent une menace limitée pour les autres objectifs de la LAMal :

1. La sélection des risques, qui continue d'être pratiquée, va à l'encontre de l'objectif de solidarité.
2. La pression sur les coûts, en augmentation constante, risque de mettre en péril l'objectif de qualité.

Analyse globale et recommandations

Pour répondre aux attentes du législateur, les assureurs devraient faire un usage actif de leur marge de manœuvre à l'échelon de l'entreprise afin de contribuer à maîtriser les coûts de la santé, sans pour autant porter préjudice aux autres objectifs de la LAMal. Ils devraient faire davantage jouer la concurrence, avant tout par des mesures de gestion des coûts plutôt que par la sélection des risques. Si l'on juge les changements de comportement déjà intervenus et leur incidence sur les coûts de la santé à l'aune des attentes du législateur, les assureurs sont loin de les avoir remplies :

La LAMal a accéléré la tendance à la professionnalisation des assureurs et a intensifié leur comportement concurrentiel. Toutefois, il convient de minimiser cette professionnalisation eu égard aux potentiels d'amélioration encore inexploités. Quant au comportement concurrentiel, il n'a pas suivi la direction souhaitée puisqu'il concerne, encore et toujours, avant tout les primes et la sélection des risques. Par ailleurs, la gestion active des coûts, les modèles alternatifs d'assurances et la concurrence en matière de tarification ne jouent qu'un rôle mineur dans les stratégies des assureurs.

- La concurrence entre assureurs s'est certes durcie, mais elle se limite presque exclusivement aux bons risques. D'une manière générale, l'intensité concurrentielle a marqué le pas au cours des dernières années et se situe à un niveau assez bas.
- Les assureurs n'ont pour ainsi dire exercé, jusqu'à ce jour, aucune influence sur les coûts des fournisseurs de prestations. Insignifiantes, les seules économies réalisées concernent le contrôle des coûts et les modèles alternatifs d'assurances.
- Les changements d'attitude des assureurs n'entrent pas en conflit avec les autres objectifs de la LAMal.

L'analyse des implications pour les assureurs doit tenir compte des facteurs suivants :

1. Le marché de l'assurance-maladie obligatoire revêt peu d'attrait, et ce pour deux raisons : la faible marge de manœuvre des assureurs d'une part, et l'interdiction de réaliser des bénéfices, d'autre part. Aussi les assureurs ne sont-ils pas encouragés à innover ni à être concurrentiels en matière de produits nouveaux.

2. Les changements de comportement, qui pourraient intervenir au niveau de l’entreprise ou du développement de nouveaux produits alternatifs, exigent du temps. La présente évaluation n’étant qu’une photographie d’un processus dynamique de changement, elle n’analyse que les répercussions à court terme de la LAMal sur les assureurs. Jusqu’à aujourd’hui, la LAMal a accéléré plusieurs tendances (cf. la professionnalisation, le contrôle des factures, la collecte d’expériences dans le cadre des modèles alternatifs d’assurances, le durcissement des négociations tarifaires). Il faudra encore du temps pour que ces tendances se consolident. A notre avis, nous n’assisterons à des changements fondamentaux en termes de stratégie des assureurs en vue d’une meilleure gestion des coûts de la santé que si la charge des primes devait subir une forte hausse ou si les conditions cadres devaient être revues (levée de l’obligation de contracter, par exemple).
3. Les résultats réalisés sur le marché dépendent dans une large mesure de facteurs « externes » (comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, réglementations interventionnistes, évolution technologique, etc.). Par conséquent, les assureurs n’ont qu’une influence limitée sur les coûts des prestations qu’ils garantissent.

Sur la base des attentes formulées à l’égard des assureurs et des changements opérés jusqu’à maintenant, les recommandations suivantes à l’intention des assureurs peuvent être formulées :

- Il convient de continuer à développer la professionnalisation dans tous les domaines de l’entreprise.
- Il faut développer – et appliquer – des stratégies innovatrices à plus long terme, afin de passer de la sélection des risques (axée sur le court terme) à une gestion de la santé globale visant à réaliser des économies substantielles.
- Il importe d’encourager le développement et la diffusion des modèles alternatifs d’assurances. A cet effet, les assureurs sont invités à redoubler d’efforts dans le cadre du management par cas ou par pathologie afin d’optimaliser les interfaces dans la chaîne des traitements. Ils devraient également développer et tester des modèles de tarification incluant toute la chaîne des traitements.
- Il s’agit également d’améliorer le contrôle des factures (notamment dans le secteur des traitements ambulatoires) ainsi que celui du caractère économique et de la qualité des prestations.

- Il est impératif de tout mettre en œuvre pour améliorer et resserrer le dialogue avec les fournisseurs de prestations.

Nous adressons également des recommandations aux autorités pour ce qui est de l'intensité concurrentielle entre les assureurs et de la maîtrise des coûts de la santé :

- Il convient d'améliorer la compensation des risques, dans un objectif double : d'une part diminuer encore l'attrait de la sélection des risques et d'autre part, éviter de réduire les incitations aux économies dans les cas de mauvais risques.
- Il faut étudier la possibilité de supprimer l'obligation de contracter. Les modèles alternatifs d'assurances pourraient profiter de cette suppression.
- L'influence de la politique sur la formation des primes est à examiner.
- Il importe d'examiner l'éventualité d'une augmentation du montant maximal des franchises à option ainsi que des rabais qui y sont liés, afin d'encourager la responsabilisation des assurés.