

Thomas V. Perneger¹, Jean-François Etter¹, Jean-Michel Gaspoz²,
Marc-André Raetzo^{2,3}, Philippe Schaller^{2,3}

¹ Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

² Département de médecine, Hôpital Cantonal Universitaire, Genève

³ Groupe médical d'Onex, Onex

Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins

Résumé

Les organisations de soins similaires aux HMOs américaines ont fait leur apparition en Suisse. Elles suscitent beaucoup de réactions, aussi bien dans la population générale que parmi les médecins. Contrairement à l'assurance-maladie classique, les HMOs organisent et gèrent activement les soins de leurs affiliés. Cet article retrace l'histoire déjà ancienne de ces organisations en Europe et aux Etats-Unis, et discute en particulier l'évolution et la diversification récentes du concept des «soins gérés». Suit une présentation et un commentaire sur les mécanismes d'action et les effets indésirables des outils de gestion des soins à disposition aussi bien des assureurs traditionnels que des organisations de soins gérés. Il apparaît que tous les soins sont gérés, que tous les outils de gestion ont des effets pervers potentiels, et que l'utilisation de certains de ces outils implique une redistribution de rôles entre les assurés, les administrateurs, et les médecins. Les auteurs suggèrent que la complexité de la gestion des soins nécessite une implication plus active des professions de la santé dans ce processus.

Le paysage de l'assurance-maladie en suisse est en mutation. L'assurance «avec choix limité du médecin», inspirée des Health Maintenance Organizations (HMO) américaines, a été autorisée à titre expérimental par le Département fédéral de l'intérieur entre 1990 et 1995¹, et ce modèle figure dans le texte de la nouvelle Loi sur l'Assurance-Maladie². Qu'est-ce qui distingue une caisse-maladie traditionnelle d'une HMO? La première perçoit les cotisations des membres et rembourse les fournisseurs de soins. Elle redistribue passivement le ris-

que financier conféré par la maladie, sans intervenir dans la relation entre l'assuré et le médecin. En revanche, une HMO passe avec ses membres un contrat qui porte sur la prestation des soins, et pas seulement leur remboursement. L'HMO doit organiser les soins nécessaires à ses membres; ses fonctions regroupent donc celles d'un assureur et celles d'un soignant.

Les réactions vont de l'enthousiasme («Le système HMO peut faire des miracles» selon un directeur de caisse-maladie³) au rejet (voir l'avis du juriste de la FMH⁴).

L'argument principal de cet article est que le débat «pour ou contre les HMOs» est d'ores et déjà dépassé. Il existe actuellement une grande variété d'«organisations de soins gérés», dont les HMOs ne sont qu'un exemple. Mieux: les soins sont gérés dans tous les systèmes de santé, y compris la médecine libérale traditionnelle. Ces systèmes diffèrent par le choix des moyens de gestion des soins utilisés et par les rôles respectifs des soignés, soignants et payeurs. Ce qui mérite davantage d'attention, ce sont les effets désirables et pervers de chaque outil de gestion des soins.

Bref historique

On a parfois l'impression, en Suisse, que les HMOs sont une invention américaine récente. Rien n'est plus faux. Des organisations appliquant les principes de base des HMOs (prépaiement des soins, choix limité du médecin, obligation de soigner les membres sous contrat) ont existé depuis longtemps d'abord en Europe, ensuite aux Etats-Unis. Ce type d'organisation est plus ancien que l'assurance-maladie traditionnelle, dont les principes de fonctionnement sont fort différents (remboursement des soins, choix illimité du médecin, pas d'obligation de soigner).

Soins médicaux prépayés

Au début du 14^{ème} siècle déjà, le Dr. Bernat de Berriac acceptait de traiter les habitants du village catalan de Castelló d'Empúries contre prépaiement annuel de 5 à 20 sous⁵. Plus tard, les confréries et corps de métier ont voulu protéger leurs membres des conséquences financières de la maladie. En Suisse, des «caisses-maladie» firent leur apparition à Lucerne, Bâle et Zurich dès la fin du 16^{ème} siècle⁶. Plus tard, certaines compagnies industrielles (comme Bally, en 1855) organisèrent à leur tour des soins médicaux pour leurs ouvriers. Ces précurseurs des caisses-maladie actuelles utilisaient le plus souvent le prépaiement forfaitaire des soins, et non leur remboursement⁷. Dans de tels arrangements, c'est donc le médecin qui assumait le risque financier lié aux soins et faisait office d'«assureur». Pour atténuer ce risque, ces contrats excluaient habituellement les prestations les plus chères, comme la chirurgie, l'obstétrique ou les médicaments. En Angleterre, le développement des contrats avec prépaiement des soins a motivé une enquête détaillée de la British Medical Association en 1905⁸. Sur 1548 praticiens interrogés, 856 (55%) étaient engagés dans un ou plusieurs contrats collectifs. Certaines de ces organisations (Tableau 1) étaient gérées par les médecins eux-mêmes ou par les sociétés médicales, mais la majorité dépendaient d'entités non-médicales: employeurs, confréries, sociétés amicales, etc. Ces dernières se regroupaient parfois en «Instituts» pour augmenter leur poids dans les négociations avec les médecins, à la manière des «coopératives d'achat» proposées dans le plan de réforme du président américain Clinton en 1993⁹. Le mode de rétribution prédominant du médecin était le prépaiement, plus rarement le salaire, et très exceptionnellement le paiement à l'acte.

Les montants du prépaiement étaient jugés trop bas par la majorité des médecins, qui soulignaient le risque d'une mauvaise qualité des soins dans ces conditions. Les primes payées par les assurés étaient habituellement fixes, sauf dans certaines mines du Pays de Galles où les primes représentaient une *proportion* fixe du salaire, un peu comme c'est le cas en Suisse de l'assurance-accidents obligatoire, et comme le proposait l'initiative «Pour une saine assurance-maladie», rejetée par le peuple le 4.12.94. Ainsi, au début de ce siècle, le principe du prépaiement des soins et certaines autres idées actuellement présentées comme novatrices étaient déjà mises en pratique.

A la même époque, le prépaiement était répandu dans de nombreux autres pays européens¹⁰. Aux Etats-Unis, le système des soins prépayés s'est développé dans les régions reculées sous l'impulsion des grands employeurs: plantations dans le Sud¹¹, compagnies minières et de chemins de fer dans l'Ouest¹². Dans ce dernier cas, le rôle du médecin était non seulement de soigner les employés, mais aussi de constater les lésions subies lors des fréquents accidents professionnels et de défendre la compagnie en cas de litige¹³. Dans les centres urbains, ce sont avant tout les immigrés en provenance d'Europe qui ont créé des organisations de soins prépayés.

Les contrats stipulaient dans quelles circonstances des soins devaient être rendus aux assurés, mais la responsabilité d'organiser ces soins était habituellement laissée au médecin. L'assureur demeurait passif. A titre d'exception, une société amicale anglaise exigeait que la «salle d'attente fût chauffée en hiver dès 8h30», et certaines associations commerciales de l'état de l'Oregon demandaient des secondes opinions pour les interventions chirurgicales, contrôlaient la durée des séjours hospitaliers, et refusaient de

payer des factures jugées excessives. En Suisse, c'est l'acceptation en 1911 de la LAMA qui a coupé court aux contrats de soins prépayés. En adoptant le remboursement à l'acte comme principe de rétribution des médecins, la loi suisse a clairement séparé les fonctions d'assureur et de soignant. En comparaison avec d'autres pays européens qui ont adopté divers systèmes d'assurance-maladie centralisés, la solution helvétique fut plutôt atypique. Selon certains historiens¹⁴, cette exception était due à la nature référendaire de la politique suisse, et plus spécifiquement au trauma du rejet en 1900 de la *Lex Forrer* (une assurance-maladie obligatoire largement financée par les employeurs et par l'état) par le peuple.

Les cabinets de groupe avec prépaiement

Le cabinet de groupe fut «inventé» en 1880 par les frères Mayo, mais il a fallu attendre la Dépression pour que les premiers cabinets de groupe pratiquent les soins prépayés aux Etats-Unis^{15,16}. Certains de ces précurseurs sont mentionnés dans le Tableau 2. Tous ces cabinets, avec l'exception notable de Kaiser Permanente, connurent de sérieux conflits avec les sociétés médicales locales, allant de la radiation des médecins impliqués de la Société concernée à des batailles juridiques épuisantes. Les sociétés médicales jugeaient que le prépaiement des soins était contraire à la déontologie parce qu'il lésait les intérêts de la profession. Après la Deuxième guerre mondiale, la Cour suprême des Etats-Unis jugea que dans plusieurs cas, les Sociétés médicales ont cherché à préserver une situation de monopole dans le secteur de la santé, en violation de la loi anti-trust. Ces verdicts établirent définitivement la légitimité des cabinets de groupe avec prépaiement. En comparaison, l'opposition actuelle

Type d'organisation	Constitution	Remarques
<i>Friendly society</i>	Société autonome, locale ou nationale, qui protège ses membres contre les conséquences des maladies (soins médicaux, perte de gain, frais d'enterrement), du chômage, et de la perte d'outils.	Médecin choisi par la société, le plus souvent rétribué par prépaiement.
<i>Friendly societies' institute</i>	Regroupe plusieurs <i>Friendly societies</i> locales dans le but de gérer les soins médicaux plus efficacement.	Médecins fréquemment salariés.
<i>Work club</i>	Constitués sous le <i>Truck Act</i> de 1831, qui oblige l'employeur à garantir les soins des ouvriers dans certaines industries.	Médecins choisis soit par l'employeur, soit par un comité d'ouvriers, soit laissé au libre choix de chaque ouvrier.
<i>Medical aid society</i>	Organisations à but lucratif gérées par des non-médecins.	Très critiquées par le corps médical. Médecins payés par prépaiement, ou salariés.
<i>Provident dispensary</i>	Organisations charitables semi-publiques.	Certains membres «contributeurs» paient la cotisation mais ne reçoivent pas de prestations.
<i>Public medical service</i>	Organisés et gérés par la société médicale locale, ouverts à tous les médecins intéressés du district.	Peu fréquents, mais préconisés par la profession.
<i>Private club</i>	Organisé et géré par un praticien indépendant.	Souvent créés par des jeunes médecins cherchant à constituer une clientèle, et pour se défendre de la concurrence des autres organisations.

Tableau 1. Organisations collectives de prestation des soins/assurance-maladie existant en Grande Bretagne en 1905.

de la Fédération des médecins suisses et de certaines Associations de médecins cantonales aux projets de HMOs en Suisse paraît très modérée. En revanche, les récentes conclusions de la Commission fédérale des cartels se rapprochent des décisions de la Cour suprême américaine et faciliteront probablement l'acceptation de systèmes d'assurance-maladie concurrentiels dans notre pays¹⁷.

Apparition des réseaux de praticiens indépendants

Dès la fin des années 1950, les relations entre cabinets de groupe avec prépaiement et sociétés médicales sont passées de la confrontation à la concurrence. Pour prévenir l'implantation d'une clinique de

Kaiser Permanente, la société médicale de San Joaquin Valley (Californie) a constitué un réseau de médecins indépendants prêt à fournir des soins prépayés aux habitants de la région¹⁸. Sous les nom d'«independent practice association», ces organisations connurent par la suite un grand succès aux Etats-Unis, notamment parce qu'elles nécessitent des investissements initiaux modestes. Typiquement, un médecin peut faire partie d'un ou plusieurs réseaux, et avoir en plus une clientèle assurée de façon traditionnelle. Parce qu'elle ne nécessite pas de modifications structurelles importantes du système de santé actuel, la formule des réseaux de médecins indépendants payés à l'acte pourrait être mieux adaptée au contexte suisse que les cabinets de groupe fournissant des

soins prépayés. Un premier réseau de ce type a vu récemment le jour à Winterthur¹⁹.

Les «health maintenance organizations»

Au début des années 1970, l'Administration Nixon chercha un moyen de contenir les coûts croissants de la santé. Elle s'est ralliée à un projet de Paul Ellwood, qui reposait sur le développement des cabinets de groupe et réseaux indépendants pratiquant le prépaiement. Le terme de «health maintenance organization» (HMO), un euphémisme proposé par Ellwood, devait faciliter l'acceptation de cette proposition par différents acteurs politiques. Après des débats houleux, le Congrès américain a adopté en 1973 une loi qui octroyait des avan-

Nom, lieu et date de fondation	Remarques
Western Clinic, Tacoma (Washington), 1910	Organisée par deux médecins, elle servait essentiellement des collectifs de bûcherons.
Coopérative d'Elk City (Oklahoma), 1929	Coopérative rurale, qui a construit son propre hôpital par souscription.
Clinique Ross & Loos, Los Angeles, 1929	Créée par 2 médecins indépendants pour les employés des services industriels de la ville. Première PGP toujours en opération
Kaiser Permanente, Californie, 1934	Créé à l'origine pour les ouvriers de l'aqueduc entre la rivière Colorado et Los Angeles, puis ceux des chantiers navals de Kaiser Industries. Compte actuellement près de 6 millions de membres
Group Health Association, Washington D.C., 1937	Créée par les caisses hypothécaires – les frais médicaux étaient une cause fréquente de faillite pour leurs clients.
Group Health Cooperative, Seattle, 1937	Coopérative d'usagers créée spécifiquement pour mettre sur pied une HMO, la seule qui ait été évaluée dans un essai randomisé d'assurance maladie
Foundation for Medical Care, Californie, 1957	Société médicale de San Joaquin Valley. Premier réseau de praticiens indépendants offrant des soins prépayés.

Tableau 2. Quelques précurseurs des HMOs aux Etats-Unis.

tages fiscaux aux HMOs nouvellement créées et qui forçait les employeurs à proposer au moins un plan de type HMO à leurs employés. Malgré ces encouragements, la population couverte par les plans HMO n'a crû que lentement, jusqu'au milieu des années 1980 (Figure 1). En 1990, environ 40 millions d'Américains, soit 20% de la population assurée non-retraîtée, étaient membres d'une HMO. Le nombre des ces organisation s'est stabilisé à environ 600.

L'exemple américain, ainsi que la lente progression du nombre de membres des premières HMOs établies en Suisse, suggèrent que les HMOs ne vont pas dominer à court terme le marché de l'assurance-maladie dans notre pays. Notons aussi les différences de vision politique des pouvoirs exécutifs des deux pays: alors que l'administration américaine mit en exergue un aspect positif, bien que fictif, de ces nouvelles organisations («le maintien de la santé»), la loi suisse insiste au contraire

sur une privation («le choix limité du médecin»).

L'évolution récente

La distinction entre cabinets de groupe et réseaux de cabinets indépendants est aujourd'hui tout à fait insuffisante pour rendre compte de la variété des organisations de soins gérés, ou «managed care organizations», comme elles sont désormais appelées (Tableau 3). Leur complexité et l'évolution constante de la nomenclature ont fait évoquer la Tour de Babel à certains spécialistes américains²⁰. On peut se demander si le consommateur, qui est censé choisir rationnellement entre les différentes formes d'assurance-maladie, peut en comprendre les avantages et inconvénients respectifs.

Variantes de cabinets de groupe

Certaines HMOs engagent directement leur personnel médical (*staff*

model), alors que d'autres délèguent les soins contractuellement à un (*group model*) ou plusieurs (*network*) cabinets de groupe existants. Les HMOs créées en 1990 à Zurich et Bâle sont du type *staff model*, alors que plusieurs assureurs suisses cherchent actuellement à mettre en place des réseaux de cabinets de groupe²¹. Des organisations mixtes, comprenant un ou plusieurs cabinets de groupe ainsi que des praticiens isolés, existent également.

Les «preferred provider organizations»

Il s'agit de réseaux de praticiens qui offrent des tarifs préférentiels au collectif d'un assureur. L'assuré est habituellement couvert intégralement s'il consulte un médecin qui est membre du réseau, mais partiellement s'il consulte ailleurs. Le maintien d'une liberté de choix plus grande pour le consommateur explique sans doute le succès de ces organisations aux Etats-Unis.

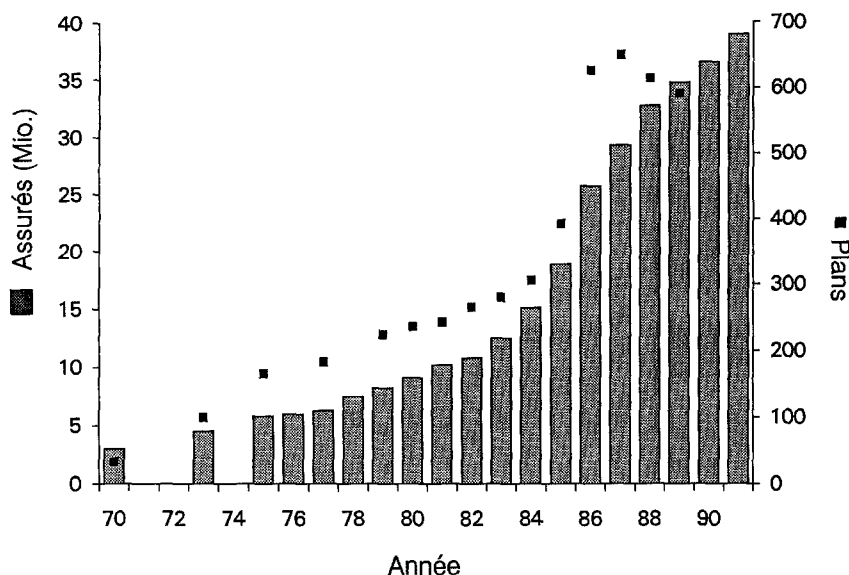


Figure 1. Evolution du nombre d'assurés affiliés à des «health maintenance organizations» aux Etats-Unis (histogramme) et nombre d'organisations de ce type (ligne), 1970–91.

Bien que les mécanismes de gestion de soins sont plus rudimentaires dans ces organisations que dans les réseaux classiques, la distinction devient de plus en plus floue.

Autres types de HMOs

En parallèle avec les changements dans les contrats entre assuré et assureur sont apparues de nouvelles formes de contrats entre assureur et prestataires de soins. Une des nouveautés est la fragmentation de la responsabilité pour la prestation des soins ainsi qu'un étalement du risque financier entre plusieurs entités qui établissent entre elles des contrats indépendants²². Ainsi, un assureur peut créer son propre cabinet de groupe pour les soins de santé primaires, déléguer les soins spécialisés à un réseau existant de cabinets indépendants, et soustraire l'ensemble des soins dentaires à une organisation spécialisée. Chaque organisation aura ses propres contrats avec ses médecins, et pourra louer ses services à plus d'un assureur. Il en

résulte une complexité administrative que la structure des premières HMOs ne laissait pas présager. Le *Plan de Santé* créé à l'origine pour les membres de l'Université de Genève s'apparente à ce type d'organisation. L'assuré passe un contrat avec un assureur, qui se charge de constituer les réserves légales ainsi que de réassurer son collectif. L'assureur négocie ensuite une enveloppe annuelle globale avec un organisme indépendant, le Centre de Gestion des Soins, qui comprend un administrateur et des médecins. Le CGS rétribue les différents fournisseurs de soins, dont une clinique chargée des soins de santé primaires. Cette clinique se fait rembourser ses prestations à l'acte par le CGS, mais peut parfaitement salarier ses médecins praticiens. Les fournisseurs de soins externes (spécialistes, hôpital) sont rétribués par le CGS selon le barème habituel.

D'autres HMOs acceptent de rembourser en partie les soins obtenus hors de l'organisation, et concurrencent ainsi plus directement l'assurance-maladie classique. Elles

pourraient rencontrer davantage de succès en Suisse que les HMOs classiques. Enfin, certaines HMOs se spécialisent dans des secteurs de soins particuliers, comme les soins dentaires ou psychiatriques, ou encore les soins à domicile pour personnes âgées.

L'assurance-maladie traditionnelle avec gestion des soins

L'essor de cette variante de l'assurance-maladie classique est le développement récent le plus spectaculaire aux Etats Unis. Il s'agit le plus souvent de la gestion des hospitalisations et autres prestations chères. Désormais, l'assureur demande des justifications au médecin traitant avant d'autoriser une hospitalisation, suit le déroulement du séjour hospitalier, et planifie le retour à domicile. Mieux, il délègue ces activités à l'une des nombreuses firmes d'*utilization review*, une industrie récente qui emploie des milliers de personnes aux Etats-Unis. Bien entendu, ces firmes peuvent aussi travailler pour des HMOs classiques. Leurs services coûtent environ 2–4% de la prime d'assurance. En Suisse, l'application de telles mesures pourrait être justifiée par le souci d'économie exigé par la LAMAal. En conséquence, en 1990, pas plus d'un assuré Américain sur 20 n'était membre d'un plan d'assurance traditionnelle²³, tel que nous les connaissons en Suisse (Tableau 4). Bien que la part de marché des HMOs classiques continue de croître, ces organisations sont désormais minoritaires parmi l'ensemble des organisations de soins gérés.

Outils de gestion des soins

Plutôt que de recenser les distinctions entre les variantes d'assurance-maladie, il peut s'avérer instructif de discuter leurs points com-

Type d'organisation	Description
Prepaid group practice (PGP)	Cabinet de groupe offrant des soins à un collectif de personnes contre prépaiement.
Independent practice association (IPA)	Réseau de cabinets indépendants sous contrat pour fournir des soins prépayés.
Health maintenance organization (HMO)	Au sens strict, organisation de type PGP ou IPA définie dans le HMO Act de 1973. Au sens large, toute organisation de soins gérés.
HMO ouverte (open HMO, point-of-service plan)	HMO qui rembourse partiellement les soins fournis hors de l'organisation.
Preferred provider organization (PPO)	Réseau de cabinets indépendants offrant des soins à tarif préférentiel au collectif d'un assureur. Lorsque les soins hors-réseau ne sont pas remboursés du tout, il s'agit d'une «exclusive provider organization» (EPO).
Managed care organization (MCO), alternative delivery system (ADS)	Toutes les organisations ci-dessus, ainsi que les assureurs traditionnels qui interviennent dans la pratique des soins.

Tableau 3. Variantes de health maintenance organizations existant actuellement aux Etats-Unis.

Type d'assurance-maladie	1987	1990
Traditionnelle	41	5
Traditionnelle avec gestion des hospitalisations	32	57
Health maintenance organizations	16	20
Preferred provider organizations	11	13
«Point of service» plans	–	5
Total des soins gérés	59	95

Tableau 4. Répartition (en pour cent) des assurés non-retraités par type d'assurance-maladie, USA, en 1987 et 1990.

muns, à savoir les outils de gestion de soins à leur disposition (Tableau 5). En simplifiant, on peut regrouper ces outils selon leur mécanisme d'action: limitation de la demande de soins par le patient, ou limitation de l'utilisation des services par le médecin, soit en jouant sur le mécanisme de rétribution du médecin, soit en appliquant des mesures administratives²⁴. Notons que l'organisation globale du système de santé détermine quels outils de gestion des soins sont mis en pratique et comment. Ainsi, le catalogue des prestations couvertes par l'assurance, les montants de la franchise ou de la participation aux

frais, le principe du choix limité du médecin, et le cadre tarifaire régissant la rétribution des médecins sont fixés dans diverses lois, ordonnances et conventions.

Réduction de la demande du patient

La participation de l'assuré aux frais médicaux est un mécanisme classique de limitation du recours aux soins dans l'assurance-maladie traditionnelle, alors que les MCOs y font moins souvent appel. C'est aussi l'un des rares outils dont l'efficacité a été démontrée dans un essai randomisé, le RAND Health

Insurance Experiment²⁵. L'incitation financière à limiter l'utilisation des services de santé, exercée au niveau de l'assuré, est aussi le mécanisme central de l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise variable, actuellement à l'essai en Suisse. Le désavantage des mesures qui visent à comprimer la demande de soins est qu'elles font courir le risque à certaines personnes de ne pas recevoir des soins utiles et nécessaires. Ce risque est d'autant plus élevé que la capacité financière du patient est faible, ce qui peut accentuer les différences de santé entre couches socio-économiques. Une autre façon de réduire la demande est de limiter les prestations couvertes par l'assurance. Tous les systèmes d'assurance-maladie utilisent ce moyen. Les HMOs tendent à mieux couvrir les actes préventifs, comme les vaccinations ou les activités de dépistage précoce, mais limitent l'accès aux fournisseurs de soins spécialisés. En revanche, l'assurance-maladie traditionnelle offre au patient un accès en principe illimité aux médecins – en pratique, toutefois, le choix du médecin est inexistant pour les cas d'urgence et pour les

Outil	Type d'assurance-maladie*				
	AMT	AMT & G	PGP	IPA	PPO
Réduction de la demande du patient					
Participation aux frais	+	+	(+)	(+)	+
Franchise	+	+	-	-	+
Prestations limitées	+	+	(+)	+	+
Accès limité aux médecins	-	-	++	+	(+)
Rétribution du soignant					
Convention tarifaire	+	+	+	+	++
Paiement à l'acte	+	+	-	(+)	+
Paiement à l'acte avec retenue	-	-	(+)	++	-
Salaire	(+)	(+)	++	(+)	-
Capitation	-	-	++	+	-
Paiement par cas	-	-	(+)	(+)	-
Contrôle administratif du soignant					
Formation continue	+	+	+	+	+
Sélection des médecins	-	-	++	+	(+)
Contrat exclusif	-	-	+	-	-
«Gatekeeper»	-	-	+	+	-
Recommandations pour la pratique	-	-	+	+	-
Médicaments génériques	-	-	(+)	(+)	-
Deuxièmes opinions	-	+	(+)	(+)	-
Gestion des hospitalisations	-	+	+	+	(+)

* AMT: assurance-maladie traditionnelle; AMT & G: assurance-maladie traditionnelle avec gestion des soins; PGP: prepaid group practice; IPA: independent practice association; PPO: preferred provider organization
† avec notables exceptions (notamment hôpitaux)

Tableau 5. Outils de gestion des soins et leurs utilisations dans divers types d'assurance-maladie: ++ très importante, + importante, (+) occasionnelle, - rare ou inexistante.

assurés hospitalisés en classe commune, et très limité même pour les soins ambulatoires dans les régions rurales et de montagne.

Rétribution des soignants

Les décisions des médecins déterminent la majeure partie des dépenses de santé; c'est donc sur eux que se concentrent les activités de contrôle d'utilisation des ressources. Considérons d'abord les modalités de rétribution des médecins²⁶. Pratiquement toutes les formes d'assurance-maladie (hormis les contrats privés) utilisent une *convention tarifaire* négociée avec

le corps médical. C'est en obtenant des médecins et autres soignants des tarifs avantageux qu'une «preferred provider organization» réalise ses économies. La plupart des assureurs américains négocient aussi des tarifs préférentiels avec les hôpitaux. Les conventions tarifaires peuvent valoriser certaines prestations aux dépens d'autres, sans nécessairement tenir compte ni du coût de production des soins, ni du bénéfice escompté²⁷.

Dans le système traditionnel, le médecin est *payé à l'acte*, ce qui le laisse libre d'utiliser tous les moyens diagnostiques ou thérapeutiques qu'il juge nécessaires. Le principal défaut du paiement à

l'acte est que ce système encourage des styles de pratique peu économes. Des prises en charge interventionnistes peuvent aussi causer plus de complications iatrogènes qu'une pratique médicale qui fait moins appel à la technologie²⁸.

Le *salariat* n'encourage ni ne décourage l'intensité des services rendus. Ce moyen de rétribution est utilisé avant tout dans des cabinets de groupe avec prépaiement, et, en Suisse, dans les hôpitaux publics. Le salariat enlève tout rapport direct entre soins et rétribution, ce qui fait craindre une démotivation des soignants et une baisse de la qualité des soins.

Le système de *capitation* consiste à payer au médecin une somme fixe par assuré, que ce dernier consulte ou non. Ce système incite le médecin à avoir une pratique économe, puisque qu'il doit assumer, du moins en partie, les dépassements de budget. Pour atténuer la pression financière que ce système exercerait sur un médecin isolé, l'assureur peut regrouper les médecins en «pools» de capitation, et constituer un fonds «de sécurité» qui couvre toutes les dépenses excédant une somme fixe par patient et par année. Néanmoins, la capitation comporte une incitation à priver un patient d'un service, même nécessaire.

Le *paiement à l'acte avec retenue* est fréquemment utilisé dans les réseaux de médecins indépendants. Cette retenue (habituellement de 10–30%) n'est distribuée qu'à la fin de l'exercice financier, avec une déduction ou un bonus qui reflètent le bilan global. Parce que l'activité de chaque médecin est diluée parmi celles de l'ensemble des médecins affiliés, les décisions individuelles ont moins d'impact sur le revenu du médecin que sous le régime de la capitation. Si les médecins membres d'une IPA ne consacrent qu'une faible partie de leurs activités à cette organisation, l'impact potentiel de la retenue sur leur revenu, et donc sur leur pratique, peut devenir négligable.

Le *paiement prospectif par cas de maladie* est surtout appliqué dans les hôpitaux. Le «groupes homogènes de diagnostics», utilisés aux Etats Unis pour les hospitalisations des personnes âgées, en sont le prototype. L'hôpital reçoit une somme fixe par diagnostic, quels que soient la durée de séjour ou les services rendus. Ce moyen de rétribution reporte le riche financier de l'assureur sur l'hôpital ou la clinique. Le paiement prospectif par cas de maladie peut donner lieu à une inflation factice de la sévérité des diagnostics codés par les hôpi-

taux, qui permet d'augmenter les encaissements, ou à une tentative de sélection des bons risques dans chacune des catégories diagnostiques.

Contrôle administratif des soignants

Même dans le système d'assurance traditionnel, le médecin n'est pas libre de faire ce qu'il veut. Ainsi, la nouvelle LAMa stipule que les prestations couvertes par l'assurance-maladie doivent être «efficaces, appropriées et économiques». Les organisations de soins gérés vont parfois plus loin, en imposant des *recommandations pour la pratique* explicites pour les maladies les plus courantes. Ces organisations cherchent aussi à créer une «culture» de la pratique médicale qui associe le souci des coûts au souci de la qualité des soins. Les cabinets de groupe sont le plus à même d'influencer les pratiques de leurs médecins²⁹, notamment parce qu'ils ont des contrats exclusifs avec eux.

Plutôt que de chercher à modifier les styles de pratique de leurs médecins, certaines organisations essaient de *sélectionner* d'emblée des médecins dont le style est proche de celui que l'organisation préconise. Certains pensent que ce choix initial est le déterminant le plus important du succès d'une HMO³⁰. Bien entendu, une telle sélection laisse les médecins non-économiques prendre en charge les assurés traditionnels.

Beaucoup d'HMOs cherchent à *réduire les recours aux soins spécialisés*. Un moyen classique est la désignation d'un «gatekeeper», un médecin de première instance (généraliste, interniste, ou pédiatre) qui fournit les soins primaires et qui doit approuver tout recours aux spécialistes ou à l'hospitalisation³¹. Ce système devrait aussi améliorer la continuité des soins pour chaque patient. Toutefois,

dans certains cas, ce système peut augmenter les coûts en imposant deux consultations là où une seule aurait suffi.

Concernant les *hospitalisations*, certains assureurs utilisent des deuxièmes opinions, suivent l'évolution des personnes hospitalisées, et organisent le retour à domicile de façon à écourter le séjour. Ces mesures ont leur propres effets pervers. Si un médecin sait que lorsqu'il demande une hospitalisation de 5 jours pour son patient, 3 jours sont accordés par l'assureur, il demandera d'emblée une hospitalisation «trop» longue³². L'application des recommandations pour la pratique et la gestion agressive des hospitalisations sont des activités coûteuses par elles-mêmes, qui peuvent avoir un impact négatif sur le bilan global. Notons que la gestion des hospitalisations paraît plus intéressante aux Etats-Unis, où les factures des hôpitaux sont détaillées à l'acte, qu'en Suisse, où les hôpitaux publics pratiquent des forfaits journaliers subventionnés.

Un outil contreproductif: La sélection des assurés

Les caisses-maladie, quel que soit leur mode d'organisation, ont intérêt à *enrôler préférentiellement des individus en bonne santé*. Ainsi l'assureur pourra engranger des bénéfices et/ou accroître l'effectif des assurés en proposant des primes bon marché. Toutefois, les efforts des caisses visant à sélectionner des assurés en bonne santé n'aboutissent qu'à rejeter le financement des personnes malades sur les caisses-maladie concurrentes, avec un impact global sur les coûts nul ou négatif, si on tient compte des frais de marketing et du «surpaiement» des caisses à structure de risque favorable. Un système de santé qui joue sur la concurrence entre caisses-maladie pourrait aboutir à une concurrence sur la sélection des bas risques,

plutôt qu'à une concurrence sur la qualité ou sur l'économie des soins.

Implications et conclusion

Plusieurs constatations générales s'imposent. D'abord, *tous les soins sont gérés*, y compris ceux qui sont prodigués par la médecine libérale traditionnelle. L'opposition entre soins «gérés» et «libres» est davantage un argument politique qu'une réalité. Ce qui varie, c'est le nombre et le choix des outils de gestion utilisés par un système de soins donné.

Ensuite, alors même que la diversité des dénominations des nouvelles formes d'assurance-maladie ne cesse de croître, *les différences réelles entre les systèmes proposés s'amenuisent*. Les HMOs modernes se rapprochent de l'assurance traditionnelle en atténuant leur contrôle du recours aux soins (dans les «preferred provider organizations» et dans les HMOs dites ouvertes), et les assureurs traditionnels adoptent toujours davantage les outils de gestion des soins développés dans les HMOs (notamment le contrôle des hospitalisations).

Enfin, pour chacun des outils de gestion, le *bilan global est mixte*: on peut prévoir aussi bien des effets bénéfiques que des effets pervers. Ainsi, toutes les mesures qui facilitent l'accès aux soins font courir le risque d'une surconsommation, et

toutes celles qui visent à éviter des prestations inutiles font courir le risque d'une privation de prestations utiles. Les mesures qui encouragent la concurrence entre les intervenants du système de santé stimulent l'efficacité, mais aboutissent inévitablement à des inégalités par rapport aux coûts et à la qualité des soins fournis, ce qui est un résultat indésirable en soi. Enfin, la plupart des interventions qui visent à réduire les coûts de la santé génèrent leurs propres frais de fonctionnement. Malheureusement, on sait actuellement très peu de choses sur l'efficacité de chacun des outils de gestion³³. Le manque d'informations est un problème qui handicape constamment l'évaluation des systèmes de santé. La recherche sur ces questions constitue une tâche prioritaire. Il est réjouissant que les expériences suisses des nouvelles formes d'assurance-maladie soient soumises à des évaluations scientifiques, sur le plan tant national³⁴ que local³⁵.

Un aspect important, que nous avons seulement effleuré, concerne la *redéfinition des rôles* dans le système de santé qu'implique l'adoption de certains outils de gestion des soins. Dans un système de soins concurrentiel, le consommateur (acheteur d'assurance-maladie ou de soins) acquiert le rôle central d'arbitre. Seulement, pour qu'elles soient efficaces, les décisions de cet arbitre doivent être basées sur une information fia-

ble, complète, et correctement interprétée. Le recueil et la présentation de l'information sanitaire au grand public est un problème qui est loin d'être résolu. Dans les organisations de soins gérés, l'assureur/administrateur s'arroge aussi un pouvoir de décision nouveau, apparemment aux dépens des assurés et surtout des médecins. Faut-il conclure que le rôle des soignants est devenu moins important? C'est plutôt le contraire. Plus que jamais, il est important garder à l'esprit que le but premier du système de santé est de maintenir et restaurer la santé de la population. Tout système qui intègre les fonctions de prestation des soins, de leur organisation et leur financement doit être géré en fonction de ce but. Ceci nécessite une gestion pluridisciplinaire, dans laquelle les médecins et autres professionnels de la santé doivent être étroitement impliqués. Ainsi, l'apport des professionnels de la santé à la gestion peut se situer à deux niveaux. Premièrement, ils sont les mieux qualifiés pour produire des informations permettant aux différents acteurs du système de santé de prendre des décisions rationnelles – c'est le rôle des chercheurs. Deuxièmement, ils doivent s'assurer que le maintien et la restauration de la santé des gens demeurent dans les faits les objectifs principaux du système de santé – c'est le rôle des décideurs.

Zusammenfassung**Neue Modelle der Krankenversicherung und Pflegeverwaltung**

Seit kurzem gibt es auch in der Schweiz Formen von Pflegeversorgungssystemen, die sich den amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMO) annähern. Diese neue Form der Organisation der Krankenpflegeversorgung und der Krankenversicherung hat in weiten Kreisen der Ärzteschaft und der Bevölkerung heftige Reaktionen hervorgerufen. HMOs, im Gegensatz zur klassischen Krankenversicherung, organisieren und verwalten in aktiver Weise die Pflegeversorgung ihrer Versicherten. In diesem Artikel wird auf die Entstehung dieser Organisation in Amerika und in Europa zurückgeblendet. Das Konzept des „managed care“ wird zudem eingehend besprochen, vor allem in bezug auf dessen neueren Entwicklungen. Weiter werden die Wirkungsmechanismen, inklusive der unerwünschten Nebenerscheinungen sowie die in den klassischen Versicherungssystemen und in den HMOs verfügbaren Verwaltungsinstrumente beschrieben. Aus diesen Abhandlungen geht hervor, dass jedes Pflegeversorgungs- und Krankenversicherungssystem verwaltet sein will und dass zudem der Gebrauch von gewissen Verwaltungsinstrumenten Situationen hervorruft, in denen die Rollenverteilung zwischen Versicherten, Verwaltern und Ärzten neu zu definieren ist. Die Autoren schlagen vor, dass sich die Gesundheitsberufe, der Komplexität der Pflegeversorgung wegen, an deren Verwaltungsprozess aktiver beteiligen sollten.

Summary**New models of health insurance and health care management**

Health care organizations similar to American HMOs have recently appeared in Switzerland. They elicit many reactions, both in the general public and among the medical profession. In contrast to traditional health insurance, HMOs organize and actively manage health care delivered to their members. This paper reviews the historical background of similar organizations in Europe and in the United States, and focuses in particular on the recent evolution and fragmentation of the concept of "managed care". Follows a discussion of the mechanisms and the side-effects of various tools used to manage care, both in managed care settings and by traditional health insurance plans. It appears that all of health care is managed, that all management tools have potential side effects, and that use of some management tools implies a redistribution of the respective roles of plan members, administrators, and physicians. The authors suggest that the complexity of health care management requires a more active implication of the health professions in that process.

Références

- 1 RS 832.12, Ordonnance V du 20 décembre 1989.
- 2 Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994. Bull Méd Suisses 1994; 75:632–646.
- 3 Hennard D. Le HMO fait des adeptes. Bilan 1993; 7/8:28–31.
- 4 Kuhn H. Les modèles de soins alternatifs sont interdits. Bull Med Suisses 1994; 75:333–335.
- 5 McVaugh MR. Medicine before the plague. Cambridge University Press, 1993.
- 6 Desjacques JP. Les caisses-maladie. Dans: Gilliland P, ed. Les défis de la santé. Les coûts et l'assurance. Lausanne: Réalités Sociales, 1986: 261–267.
- 7 Abel-Smith B. The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. Milbank Q 1988; 66:694–719.
- 8 Medico-political Committee of the British Medical Association. An investigation into the economic conditions of contract medical practice in the United Kingdom. BMJ 1905; 1 (supplément du 22 juillet): 1–96.
- 9 Iglehart JK. Managed competition. N Engl J Med 1993; 328:1208–1212.
- 10 The medical profession abroad, in its educational, social and economic aspects. BMJ 1905; 1: 1189–1241.
- 11 Rosen G. Contract or lodge practice and its influence on medical attitudes to health insurance. Am J Public Health 1977; 67:374–378.
- 12 Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books, Inc., 1982:200–9.
- 13 Anonyme. Medical economics: contract practice. JAMA 1907; 49:2028–2029.
- 14 Immergut EM. Health politics, interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- 15 Mayer TR, Mayer GG. HMOs: origins and development. N Engl J Med 1985; 312:590–594.

- 16 *Iglehart JK*. The American health care system: Managed care. *N Engl J Med* 1992; 327:742–747.
- 17 Publications de la Commission suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix. Caisses-maladie et conventions tarifaires. Berne: Centrale fédérale des imprimés, 2/1993.
- 18 *Sasuly R, Hopkins CE*. A Medical Society-sponsored comprehensive medical care plan. *Med Care* 1967; 5:234–248.
- 19 *Berli A, Brunner C, Denzler O*, et al. Das WINTIMED-Modell: Projektbeschreibung. *Bull Med Suisses* 1994; 75:171–172.
- 20 *Weiner JP, de Lissovoy G*. Razing a tower of Babel: a taxonomy for managed care and health insurance plans. *J Health Politics Policy Law* 1993; 18:75–103.
- 21 *Eckert E*. La fièvre de la fusion saisit les Romands. *Hebdo*, 7 avril 1994:35.
- 22 *Hillman AL, Welch WP, Pauly MV*. Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians. Three-tiered HMOs and risk pools. *Med Care* 1992; 30:136–148.
- 23 *Hoy E, Curtis RE, Rice T*. Change and growth in managed care. *Health Affairs* 1991 Winter: 18–36.
- 24 *Robinson JC*. Payment mechanisms, nonprice incentives, and organizational innovation in health care. *Inquiry* 1993; 30:328–333.
- 25 *Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP*. A controlled trial of the effects of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984; 310:1505–1510.
- 26 *Hillman AL*. Health maintenance organizations, financial incentives, and physicians' judgments. *Ann Intern Med* 1990; 112:891–893.
- 27 *Hsiao WC, Dunn DL, Verrilli DK*. Assessing the implementation of physician-payment reform. *N Engl J Med* 1993; 328:928–933.
- 28 *Franks P, Clancy CM, Nutting PA*. Gatekeeping revisited-protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327:424–429.
- 29 *Hillman AL, Pauly MV, Kersten JJ*. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations. *N Engl J Med* 1989; 321:86–92.
- 30 *Widra LS, Fottler MD*. Determinants of HMO success: the case of Complete Health. *Health Care Manag Rev* 1992; 17:33–44.
- 31 *Reagan MD*. Physicians as gatekeepers. A complex challenge. *N Engl J Med* 1987; 317:1731–1734.
- 32 Anonyme. Are HMOs the answer? *Consumer Reports* 1992; August: 519–531.
- 33 *Müller RH, Luft HS*. Managed care: past evidence and potential trends. *Frontiers of Health Services Management* 1993; 9:3–37.
- 34 *Bandi T, Dätwyler S, Känzig H*. Les caisses de santé (HMO) et les assurances avec bonus: une évolution est en cours. *Sécurité sociale* 1994; 1:38–41.
- 35 *Perneger TV, Etter JF*. Projet d'évaluation du Plan de Santé de l'Université de Genève, une caisse-maladie de type Health Maintenance Organization. *Cahiers Médico-Sociaux* 1993; 37:391–401.

Remerciements

Travail soutenu par les subsides 32-32609 et 32-39692 du Fonds national de la recherche scientifique.

Adresse pour correspondance

Dr. Thomas Perneger
 Institut de médecine sociale
 et préventive
 CMU
 CH-1211 Genève 4