

ANALYSE DU PLAN DE SANTE DE L'AVENIR DANS LE CANTON DE FRIBOURG: IMPACT DU SYSTEME SUR LES FRAIS MEDICAUX

Eric Thorimbert

Diplôme en économie et administration de la santé, Université de Lausanne

Décembre 2000.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	9
2	CREATION DU PLAN DE SANTE.....	10
3	CADRE JURIDIQUE DU PLAN DE SANTE.....	12
3.1	LE DROIT FEDERAL	12
3.2	LE DROIT CANTONAL	13
3.3	LE DROIT PRIVE	13
3.3.1	<i>Le contrat séparé entre l'Avenir et les MPR.....</i>	<i>13</i>
3.3.2	<i>Le règlement d'assurance</i>	<i>13</i>
3.3.3	<i>Le tarif médical</i>	<i>14</i>
4	STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU PLAN DE SANTE	15
5	METHODES	16
5.1	METHODE POUR LE 1 ^{ER} NIVEAU	16
5.2	METHODE POUR LE 2 ^{EME} NIVEAU	16
5.3	DONNEES GENERALES ANALYSEES	16
5.4	ANALYSES STATISTIQUES	18
6	RESULTATS.....	19
6.1	RESULTATS CONCERNANT L'ENSEMBLE DES ASSURES	19
6.1.1	<i>Effectifs.....</i>	<i>19</i>
6.1.2	<i>Frais médicaux par assuré.....</i>	<i>19</i>
6.1.3	<i>Frais médicaux selon le sexe.....</i>	<i>20</i>
6.1.4	<i>Concentration des dépenses.....</i>	<i>21</i>
6.1.5	<i>Frais de consultations chez les médecins.....</i>	<i>22</i>
6.1.6	<i>Frais de pharmacie</i>	<i>23</i>
6.1.7	<i>Frais de laboratoire</i>	<i>23</i>
6.1.8	<i>Frais de psychiatrie.....</i>	<i>24</i>
6.1.9	<i>Frais de physiothérapie.....</i>	<i>24</i>
6.1.10	<i>Frais d'hospitalisation.....</i>	<i>24</i>
6.1.11	<i>Frais ambulatoires hospitaliers</i>	<i>25</i>
6.2	RESULTATS DE L'ETUDE DES 43 MPR	25
6.2.1	<i>Comparaison de la cohorte Plan de santé</i>	<i>26</i>
6.2.2	<i>Comparaison des cohortes entre elles</i>	<i>26</i>
6.2.3	<i>Frais médicaux des médecins.....</i>	<i>27</i>
6.2.4	<i>Frais de médicaments</i>	<i>28</i>
6.2.5	<i>Frais d'analyses de laboratoire.....</i>	<i>28</i>
6.2.6	<i>Frais de radiologie.....</i>	<i>28</i>
6.2.7	<i>Hospitalisation.....</i>	<i>28</i>
6.2.8	<i>Frais ambulatoires hospitaliers</i>	<i>29</i>
7	RESULTATS FINANCIERS	30
7.1	RESULTATS 1998.....	30
7.2	RESULTATS 1999.....	31
8	OPINION DES MEDECINS DU PLAN DE SANTE	32
9	CONCLUSION	34
10	ANNEXES	36
11	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	53

11.1	ARCHIVES DE L'AVENIR ASSURANCES.....	53
11.2	SOURCES INFORMATIQUES.....	53
11.3	SOURCES IMPRIMEES	53
11.4	SOURCES ORALES	53
11.5	BIBLIOGRAPHIE	54

Liste des abréviations

al. , art.	alinéa, article
Avenir	Avenir Assurances
CIP	Commission des intérêts professionnels
Contrat séparé	Contrat séparé entre l'Avenir et les médecins de premier recours représentés par la CIP de la SMCF
diff.	différence
GRAT	abréviation allemande de « révision totale du tarif médical »
HMO	Health Maintenance Organization
LAMal	Loi Fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994
lit.	Litera
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
MPR	Médecin de premiers recours
SMCF	Société Médicale du Canton de Fribourg
TarMed	Tarif Médical

Liste des tableaux

Tableau n°	Titre du tableau	Page
1	Principaux dispensateurs pour l'analyse sur l'ensemble des assurés	18
2	Genre de frais analysés dans l'étude de cohorte	18
3	Frais en 1998 et 1999 selon le sexe de l'assuré	22
4	Concentration en % des dépenses de tous les assurés	23
5	Concentration en % selon les frais annuels pour tous les assurés en 1999	23
6	Comparaison de tous les assurés étant âgés entre 15 et 65 ans du Plan de santé et de la cohorte du Plan de santé	27
7	Cohortes 1999 ayant eu des soins médicaux chez un des 43 MPR	27
8	Structure d'âge des assurés ayant eu des soins médicaux chez un des 43 MPR	28

Liste des figures

Figure n°	Titre de la figure	Page
1	Evolution en % des frais de prestataires entre 1998 et 1999 dans les deux types d'assurance	21
2	Réponses données à la question n° 1	33

1 INTRODUCTION

Les systèmes de santé occidentaux connaissent depuis quelques années une crise de financement. Leurs dépenses augmentent alors que leurs rentrées financières stagnent ou ne peuvent être augmentées sans provoquer l'ire des citoyens. Pour tenter d'endiguer ce phénomène, différents moyens sont utilisés, tels que la promotion de nouveaux modèles d'organisation. Ces derniers sont inspirés des modèles américains nommés « Health Maintenance Organization » (HMO). De nombreuses études ont démontré que ces modèles permettent de réelles réductions au niveau des coûts tout en maintenant une certaine qualité dans la prise en charge des patients.

En Suisse, les premiers systèmes inspirés des HMO américaines sont apparus au début des années quatre-vingt dix. En 1989, le Département Fédéral de l'Intérieur en avait autorisé la mise en place. Cette autorisation fut entérinée en 1996 dans le cadre de la LAMal.

L'Avenir Assurances (ci-après l'Avenir) créa l'un des premiers réseaux de santé en Suisse. En effet, le contrat collectif des étudiants de l'Université de Genève était déficitaire depuis des années et se prêtait idéalement à l'exercice. Il fut transformé en Plan de santé en 1992. Les résultats obtenus se sont révélés positifs.

Fort de ces constatations, les dirigeants de l'Avenir décident en 1995 la mise en place d'un tel Plan de santé pour le canton de Fribourg. Parmi les différences entre les contrats fribourgeois et genevois, nous pouvons relever le nombre de médecins adhérents, l'existence d'un budget global et d'un système de contrôle des factures dans le Plan de santé genevois. Dans les deux systèmes, les médecins sont payés à l'acte et directement par l'assureur.

Le Plan de santé fribourgeois subit depuis 1998 une importante érosion du nombre de ses assurés avec en parallèle une augmentation du nombre de médecins adhérents. Pourquoi un tel mouvement ? Pour quelles raisons les patients quittent-ils ce contrat ?

Aucune analyse sur le Plan de santé de l'Avenir dans le canton de Fribourg n'a été effectuée. Notre présent travail aborde cette thématique et cherche à amener des réponses ainsi que quelques hypothèses.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'historique, à la structure et au fonctionnement du Plan de santé. Quels objectifs l'Avenir cherche à atteindre dans un tel projet ? Quel médecin peut adhérer au Plan de santé ?

Dans un deuxième temps, nous analyserons l'impact d'un tel plan sur la consommation médicale. Tout d'abord, nous étudierons les assurés pris dans leur globalité. Dans ce cadre, nous comparerons l'ensemble des assurés du Plan de santé à l'ensemble des assurés fribourgeois de l'Avenir au bénéfice d'une assurance traditionnelle. Puis, nous appréhenderons la pratique d'un groupe de 43 médecins de premier recours (MPR) pratiquant en Ville de Fribourg, à travers leur dispensation et leur prescription de soins. Cette dernière manière de procéder, nous permettra d'être plus précis et surtout d'amener un autre point de vue sur l'analyse des coûts. Nous sélectionnerons une cohorte d'assurés dans chacun des deux types d'assurance pour comparer la pratique des 43 médecins précités. Les coûts engendrés sont-ils fortement différents ? Si oui, quelles en sont les raisons ?

Nos analyses se fondent sur les données informatisées de facturation de l'assureur.

Enfin, dans un troisième temps, nous interpréterons les données recueillies auprès de médecins. Nous avons pour cela établi un questionnaire à leur attention portant sur deux aspects, à savoir, leur opinion sur l'Avenir Assurances et sur le Plan de santé. Quels sont leurs attentes ? Quels problèmes soulèvent-ils ? Quelles possibles améliorations l'assureur peut-il amener à la lecture de leurs remarques et commentaires ?

2 CREATION DU PLAN DE SANTE

L'Avenir entreprend durant le premier semestre 1995 des pourparlers avec différents prestataires de soins. Elle a pour projet l'élaboration d'un réseau de soins pour le canton de Fribourg équivalent à celui existant depuis 1992 dans le canton de Genève. Les dirigeants cherchent à anticiper une prévisible et importante augmentation des primes de l'assurance-maladie. En effet, la LAMal entre en vigueur l'année suivante (1996) et prévoit un élargissement du catalogue des prestations remboursées. Par conséquent, elle va entraîner des coûts supplémentaires pour l'assurance obligatoire des soins.

La création du Plan de santé a pour objectif une diminution de 20 à 30% de ces coûts.

Dans un premier projet, l'Avenir veut constituer un réseau de soins pour le contrat collectif des requérants d'asile¹, qui consultent pour la plupart auprès du Centre médical fribourgeois. Par la suite, ce réseau aurait été étendu au contrat collectif des étudiants de l'Université de Fribourg². Dans ce sens, des contacts avec une clinique privée de la Ville de Fribourg sont pris afin de l'intégrer en tant que clinique privée de référence.

Mais rapidement, l'Avenir soutient un autre objectif. Dans un canton où elle détient le 40% de ses effectifs, elle désire offrir à l'ensemble de ses assurés une alternative à l'augmentation des primes. La possibilité d'adhérer au Plan de santé n'est donc plus seulement réservée aux requérants d'asile et aux étudiants de l'Université de Fribourg.

Aussi, un deuxième projet est élaboré en collaboration avec la Société Médicale du Canton de Fribourg (SMCF). Ce projet est plus en accord avec la philosophie des médecins, soucieux de l'unité du corps médical et de la liberté de pratique.

Par cette collaboration, l'Avenir poursuit un double but. Premièrement, elle cherche à augmenter le nombre de ses assurés afin d'accroître ses parts de marché dans un secteur soumis aux lois de la concurrence, suite à l'entrée en vigueur de la LAMal. Enfin, elle espère construire une image novatrice d'elle-même dans un canton où elle n'enregistre plus de nouveaux assurés.

Pour sa part, la SMCF anticipe également l'entrée en vigueur de la LAMal, et plus particulièrement les art. 41 al. 4 et 62. Ces derniers autorisent les formes particulières d'assurances. La SMCF ne veut pas se poser en victime des assureurs, mais en partenaire. Ses objectifs sont au nombre de trois. Premièrement, elle cherche à participer à l'élaboration du Plan de santé afin aussi d'en contrôler l'éventuelle efficacité. Deuxièmement, elle désire établir un tarif pilote proche des idées du GRAT et apte à remplacer le tarif désuet utilisé dans le canton. Troisièmement, elle désire sauvegarder l'unité du corps médical. Pour cela, elle défend les 10 principes suivants :

1. le libre accès des médecins de premier recours au réseau
2. la liberté de choix des spécialistes par les médecins de premier recours
3. la liberté du patient de changer de médecin de premier recours
4. la liberté du patient de consulter un spécialiste
5. le refus d'une participation financière au bénéfice ou au déficit du réseau
6. le refus de la transmission des factures du spécialiste au médecin de premier recours
7. l'instauration d'un contrôle de qualité organisé par l'Association professionnelle médicale
8. une tarification selon une convention à négocier en tiers-payant
9. la création d'un organe arbitral sous forme de conseil paritaire

¹ on remarque que le problème actuel de la prise en charge par contrat collectif de ces assurés était déjà existant en 1995.

² procès-verbal daté du 1^{er} mars 1995 de la rencontre entre Monsieur le Dr. Meylan et Messieurs Capt et Berset

10. le respect de règles pour la publicité

Ces dix principes seront respectés dans le partenariat.

La première rencontre entre les deux parties a lieu le 20 juin 1995. Au cours de cette réunion, les médecins font part de leur avis. Ils sont opposés aux deux principes suivants : l'enveloppe budgétaire avec une redistribution éventuelle des bénéfiques et la sélection des médecins pouvant adhérer au Plan de santé (point 1 et 5). Toutefois, l'idée d'un centre de gestion des soins, identique à celui existant dans le canton de Genève, n'est pas écartée d'emblée³ par l'Avenir. Mais devant le refus par les médecins du principe de l'enveloppe budgétaire, celui-ci est abandonné.

Au mois d'août de la même année, et afin d'éviter toutes récriminations de la part de la Commission des Cartels, l'Avenir envoie à tous les médecins généralistes et internistes un bulletin d'adhésion ainsi que le concept du Plan de santé. Les grandes lignes de ce projet y sont mentionnées, à savoir : **des cotisations inférieures de 20% à l'assurance obligatoire ordinaire, la suppression de la perception de la quote-part de 10% et le libre choix du gynécologue et du pédiatre.** Ultérieurement, la SMCF propose à l'Avenir l'élaboration d'une structure tarifaire propre au réseau, une structure neutre pour le contrôle des factures et la possibilité d'extension du réseau aux médecins d'autres spécialités.

La structure tarifaire est adoptée à la fin du mois de novembre 1995. Elle est similaire à la structure tarifaire imaginée pour le GRAT, lequel est désormais remplacé par le TarMed. Il s'agit d'une indemnisation par tranche de 5 minutes privilégiant la rémunération de l'acte intellectuel au détriment de la radiologie et du laboratoire.

Le 3, puis le 17 novembre 1995, l'Avenir présente à la SMCF le projet de la « Convention entre l'Avenir et les médecins de premier recours représentés par la CIP de la SMCF » (ci-après Contrat séparé) et le projet de règlement d'assurance du Plan de santé. Ce dernier garantit aux assurés la liberté d'accès aux gynécologues et aux ophtalmologues. Les documents précités, ainsi que la structure tarifaire, sont approuvés par l'assemblée générale de la SMCF le 14 décembre 1995.

Le Contrat séparé est signé le 9 janvier 1996. Le règlement d'assurance est soumis à l'approbation de l'OFAS le 17 janvier 1996. Le Plan de santé de l'Avenir entre en vigueur officiellement le 1^{er} avril 1996 avec une prime inférieure d'environ 13% à celle de l'assurance ordinaire. Il compte alors plus de 130 MPR membres.

³ projet de contrat du 21 juillet 1995 : Réseau de soins pour le canton de Fribourg entre Avenir Assurances et le Centre de gestion de soins (CGS) pour le canton de Fribourg. Le CGS devait gérer un budget mis à disposition par l'Avenir et rémunéré les médecins de premier recours.

3 CADRE JURIDIQUE DU PLAN DE SANTE

Les règles régissant le Plan de santé sont de trois types, à savoir de droit fédéral, de droit cantonal et de droit privé.

3.1 LE DROIT FEDERAL

L'assurance « avec choix limité du médecin » est définie au niveau du droit fédéral uniquement par trois articles inscrits dans la LAMal et par l'OAMal. Deux autres articles de la LAMal ont trait aux conventions particulières que les partenaires peuvent signer entre eux, notamment dans le cadre d'assurance « avec choix limité du médecin ».

Ce cadre juridique fixe les éléments essentiels au Plan de santé, à savoir : (1) la limitation du choix par l'assuré de son médecin, (2) la réduction des primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations, (3) la renonciation de tout ou partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise, (4) la possibilité aux assureurs de conclure des conventions tarifaires particulières avec certains fournisseurs de prestations.

1. l'art. 41 al. 4 LAMal autorise les formes particulières d'assurance en stipulant que :

« l'assuré, en accord avec l'assureur, peut limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses »⁴.

Toujours selon l'art. 41 al. 4 LAMal, l'assureur ne prend « en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs » et « les prestations que la loi rend obligatoires sont en tous cas garanties ». Ainsi, l'assureur ne peut pas limiter les prestations offertes.

2. l'assureur est autorisé par l'art. 62 al. 1 LAMal à « réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations ». L'art. 101 OAMal en détermine le mode de calcul. Il fixe notamment un rabais maximum de 20 pour cent sur les primes de l'assurance ordinaire. L'assureur peut accroître ce rabais si des différences de coûts, résultant du choix limité des fournisseurs de prestations, sont démontrées par des chiffres empiriques. Ces derniers doivent être établis sur une période minimum de cinq exercices comptables.
3. l'art. 64 al. 6 lit. c LAMal autorise le Conseil Fédéral à supprimer pour cette forme d'assurance la participation des assurés aux coûts. Il a fait usage de cette compétence dans l'art. 99 al. 2 OAMal qui permet à l'assureur de renoncer en tout ou partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise. Dans le Plan de santé fribourgeois, l'Avenir renonce uniquement à prélever la quote-part.
4. l'art. 46 LAMal donne la possibilité aux assureurs de conclure des conventions tarifaires particulières avec certains fournisseurs de prestations. L'art. 43 LAMal autorise également d'autres modes de rémunérations que celui à l'acte, notamment le paiement forfaitaire ou au temps. Toutefois, si l'assureur fait usage de ces possibilités, il doit soumettre, en vertu de l'art. 46 al. 4 LAMal, les conventions tarifaires conclues au gouvernement cantonal compétent. Ce dernier en vérifie la conformité à la loi, à l'équité et au principe d'économie.

La LAMal ne précise aucun autre élément au sujet des formes particulières d'assurance.

⁴ LAMal art. 41 al. 4

3.2 LE DROIT CANTONAL

La Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 24 novembre 1995 (LALAMal) précise, en son art. 2 al. 2, que les conventions doivent être approuvées par le Conseil d'Etat.

Toutefois, le Contrat séparé, avec sa structure tarifaire particulière, n'a jamais été soumis pour approbation à l'organe compétent. Celui-ci a néanmoins été informé de son existence par un courrier du 21 février 1996 adressé à la Directrice de la Santé Publique et des Affaires Sociales⁵. Nous pouvons dès lors admettre un accord tacite de la part du gouvernement.

3.3 LE DROIT PRIVE

Le Plan de santé est régi par deux contrats de droit privé. Il s'agit du Contrat séparé, dont fait partie intégrante la structure tarifaire adoptée en novembre 1995, et du règlement d'assurance du 1^{er} avril 1996.

3.3.1 Le contrat séparé entre l'Avenir et les MPR

Ce contrat est signé le 9 janvier 1996. Il engage l'Avenir et les médecins de premier recours. Ces derniers sont représentés par la Commission des intérêts professionnels (CIP) de la SMCF.

Ce contrat a pour but « de faire fonctionner un réseau de soins (...) en faveur des assurés domiciliés dans le canton de Fribourg » et « de régler les rapports entre Avenir et les MPR »⁶.

Les tâches sont réparties entre les deux contractants. La direction et la gestion administrative du Plan de santé sont à la charge de l'Avenir (art. 3 al. 1). Parallèlement, les MPR organisent la prise en charge des soins (art. 3 al. 2). Ils gèrent l'enveloppe budgétaire qui leur est octroyée par l'Avenir sans toutefois en assumer les éventuels dépassements (art. 3 al.3). Lorsque ces dépassements sont prévisibles, ils doivent préalablement être soumis à la commission de gestion paritaire. Cet organe est composée de 3 représentants des MPR et de 3 représentants de l'Avenir. Cette commission a également pour compétence l'agrément des MPR, le contrôle du fonctionnement administratif et financier du Plan de santé, la redéfinition de la structure tarifaire propre au réseau ainsi que le réexamen de la valeur du point en fonction des résultats financiers du réseau.

3.3.2 Le règlement d'assurance

Du règlement d'assurance, nous pouvons relever les points suivants :

- a) Seules les personnes domiciliées dans le canton de Fribourg peuvent s'affilier au Plan de santé (art. 1 al. 2).
- b) Tous les frais occasionnés par la prise en charge des assurés sont honorés à 100% sous déduction de la franchise annuelle, pour autant que l'assuré consulte un médecin agréé. Dans le cas contraire, une participation de 50% est exigé (art. 2 al. 4).
- c) Le libre choix de l'assuré a été maintenu pour les traitements auprès d'un ophtalmologue, d'un gynécologue, pour le premier appel à un spécialiste (art. 3) et pour les cas urgents (art. 5).
- d) Le système des franchises est maintenu (art. 11 al. 1).

⁵ « (...)les médecins de premier recours membres du réseau de soins sont rémunérés selon un tarif différent,(...) »

⁶ art. 2 du Contrat séparé

- e) La contribution journalière de fr. 10.-- en cas de traitement hospitalier pour les assurés n'ayant pas de famille à charge est également conservée (art. 11 al. 4). Toutefois, dans le but d'augmenter l'attrait du Plan de santé, les assurés sont dispensés de la quote-part de 10% (art. 11 al. 6).

3.3.3 Le tarif médical

Le tarif médical distingue la rémunération des prestations techniques et des prestations intellectuelles.

Les « prestations techniques » sont remboursées à une valeur du point de fr. 1.--. Sous cette dénomination sont regroupés les analyses selon la Liste des analyses, la radiologie, les ultrasons et sept autres examens particuliers. Pour les examens de radiologie et les ultrasons, le nombre de point est invariable quelque soit la partie du corps radiographiée ou soumise à ultrason. Il est de 43 points pour une radiographie et de 33 points pour un ultrason.

Vingt-cinq positions tarifaires d'un nombre de points différent sont cataloguées dans les « prestations intellectuelles ». Trois positions sont relatives aux frais administratifs et à la distribution de médicaments au sein du cabinet médical. Elles sont remboursées indépendamment du temps. Les 22 autres positions fixent le remboursement des prestations par tranche de 5 minutes. La valeur du point était de fr. 10.-- jusqu'au 31 décembre 1998. La Commission de gestion paritaire a ramené cette valeur à fr. 9.-- dès le 1^{er} janvier 1999. Cette décision a été prise pour des raisons financières que nous aborderons ultérieurement dans le chapitre 9.

4 STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU PLAN DE SANTE

La structure du Plan de santé fribourgeois est très flexible. En effet, ce réseau de soins n'est pas de type fermé. Le nombre de prestataires n'est pas drastiquement restreint. Ainsi la commission de gestion paritaire a défini des critères d'admission des MPR peu restrictifs⁷. Le médecin adhérent est soit au bénéfice d'un titre FMH ou d'une formation post graduée de 2 ans, soit établi dans le canton de Fribourg depuis 2 ans. Aucun hôpital de référence n'est désigné pour les cas d'urgence. Ainsi, tout assuré peut se rendre dans les urgences de n'importe quel établissement hospitalier.

Le Plan de santé comptait 139 MPR au 14 avril 1996 répartis sur l'ensemble du canton. Au 1^{er} janvier 2000, 157 médecins avaient adhéré au Plan de santé.

Lors du traitement de ses patients, le MPR décide de l'opportunité à faire appel à un médecin spécialiste ou à du personnel paramédical. Dans l'affirmative, il délivre à l'intention de ceux-ci un bon au patient. Il arrive régulièrement que le bon ne soit délivré qu'après la consultation du spécialiste par le patient. L'Avenir serait en droit de pénaliser l'assuré, mais elle se montre relativement souple dans l'application de l'art 5 du règlement d'assurance sur ce point. En évitant un tel comportement procédurier, elle cherche à ne pas entacher inutilement son image auprès du patient. Face à une telle attitude, l'assuré démissionnerait probablement du Plan de santé au profit de l'assurance traditionnelle dans laquelle le libre choix du médecin est garanti. L'Avenir accentuerait ainsi l'érosion des assurés.

Les MPR sont payés à l'acte en tiers payant ou tiers garant selon leur souhait.

Entre les MPR et les assureurs, la Commission de gestion paritaire fait office d'instance de pilotage du Plan de santé.

Avant le 1^{er} juillet 2000, l'adhésion du médecin au Plan de santé ne suppose pas d'obligations particulièrement astreignantes, excepté l'engagement selon l'art. 4 al. 2 du Contrat séparé. Ce dernier stipule que : « Les MPR s'engagent à prendre en charge les assurés en veillant à respecter les points essentiels suivants : qualité des soins, économie des moyens thérapeutiques, contrôle des coûts, prévention, satisfaction des assurés, participation aux colloques médicaux du réseau »⁸. Mais aucune sanction n'est prévu en cas de non-respect de cet article.

Depuis le 1^{er} juillet 2000, pour rester membre MPR du Plan de santé, les médecins sont tenus de s'inscrire dans un cercle de qualité pour la prescription des médicaments. Ils doivent également participer à des cercles de proximité. Ce sont des réunions au cours desquelles un médecin spécialiste est invité à discuter sur un problème particulier.

⁷ procès-verbal de la séance de la commission de gestion paritaire du 29 février 1996

⁸ art. 4 al. 2 du Contrat séparé

5 METHODES

Notre étude du Plan de santé comporte deux niveaux d'analyse sur les frais occasionnés durant les années 1998 et 1999.

5.1 METHODE POUR LE 1^{ER} NIVEAU

Nous comparons les frais occasionnés, pour l'ensemble des assurés, par les différents prestataires de soins tant dans le Plan de santé (branche d'assurance RS) que dans l'assurance obligatoire traditionnelle de l'Avenir (branche d'assurance AH). Nous avons également comparé les résultats obtenus en 1999, ainsi que leur augmentation entre 1998 et 1999, à la moyenne cantonale 1999 calculée sur toutes les caisses-maladie exerçant dans le canton de Fribourg⁹.

5.2 METHODE POUR LE 2^{ème} NIVEAU

Nous cherchons à déterminer si une différence de coûts existe entre les frais occasionnés par les médecins selon que le patient est affilié ou non au Plan de santé.

Il faut préalablement souligner qu'une différence de coûts entre les deux branches d'assurance peut résulter de plusieurs facteurs, tels que des changements dans la composition des effectifs, des tarifs différents, des structures d'âge, etc.

L'objectif de notre travail est de comparer les coûts uniquement par rapport à une pratique différente et à un tarif différent. Par conséquent, pour notre étude, nous avons sélectionné les assurés de l'Avenir âgés de 15 à 65 ans restés deux ans de suite dans le même système. De plus, nous avons restreint l'étude à la pratique des 43 MPR ayant un cabinet en Ville de Fribourg, afin d'éviter toutes fluctuations dues à des pratiques différentes d'une région à l'autre.

Nous avons ainsi obtenu une cohorte de 525 assurés du Plan de santé inscrits auprès de 43 MPR. Nous l'avons ensuite comparé à des assurés de l'assurance traditionnelle ayant consultés l'un de ces 43 MPR au minimum une fois dans l'année écoulée. Ces assurés forment une cohorte de 1981 assurés pour l'année 1998 et de 1951 assurés pour 1999.

5.3 DONNEES GENERALES ANALYSEES

Les données analysées sont les frais remboursables occasionnés par l'ensemble des assurés de l'Avenir, au titre de l'assurance obligatoire des soins (branche AH et RS), pour les années 1998 et 1999. La date de référence pour l'attribution des frais occasionnés à l'une ou l'autre des années est la date du traitement.

Les données de facturations permettent d'identifier les frais selon 35 genres de frais (laboratoire, soins médicaux, radiologie, IRM, hospitalisation, physiothérapie, etc) et 64 types de prestataires (médecins, physiothérapeutes, infirmiers, laboratoires, hôpitaux, etc).

L'analyse portant sur l'ensemble des assurés a été faite en fonction des principaux dispensateurs de soins mentionnés dans le tableau n° 1 en page suivante.

Tableau 1 : principaux dispensateurs pour l'analyse sur l'ensemble des assurés

⁹ Circulaire du Concordat des assureurs-maladie n°42/2000, 30 août 2000

Genre de dispensateur	Codes informatiques de l'assureur	Commentaire
Frais totaux		Tous les frais remboursables
Médecins	1000 à 1750, sauf 1100	Factures des médecins, y compris MPR et spécialistes, sauf psychiatres. Elles comprennent également les prestations techniques effectuées au cabinet et les médicaments.
Pharmacie	20000	Frais de médicaments de la Liste des spécialités
Laboratoires	21000	Analyses effectuées dans les laboratoires
Psychiatrie	1100 et 10320	Psychiatres et hôpitaux psychiatriques
Physiothérapie	30000	Soins dispensés par physiothérapeutes indépendants
Soins à domicile	31000 et 42000	Infirmier(ère)s indépendant(e)s et organisations Spitex
Hospitalisation	10000 à 10310	Tous les hôpitaux et cliniques publics ou privés, exceptés hôpitaux psychiatriques
Traitements ambulatoires hospitaliers	10000 à 10310	Tous les hôpitaux et cliniques publics ou privés, exceptés hôpitaux psychiatriques

Tableau 2 : genre de frais analysés dans l'étude de cohorte

Genre de frais	Codes informatiques de l'assureur	Commentaire
Médecins	SME	Contient également des frais de radiologie et d'analyse
Médicaments	MED, MLI	Médicaments de la Liste des spécialités et médicaments limités
Analyses	LAB	Analyses de laboratoire faites par tous les prestataires
Radiologie	LRA, LRM	Radiographie, tomographie computerisée, IRM, etc
Psychiatrie	SPS	Soins de psychiatrie et de psychothérapie faite tant par hôpitaux que psychiatre et psychologue
Physiothérapie	SPT	
Hospitalisation	SHA	Hospitalisation de soins aigus
Traitement ambulatoire hospitalier	Tous les codes informatiques sauf SHA	Dans les hôpitaux de soins aigus

L'analyse des 43 MPR ayant un cabinet en ville de Fribourg a été effectuée, non plus en fonction du genre de dispensateurs, mais en fonction du genre de frais mentionnés dans le tableau n° 2 à la page précédente.

5.4 ANALYSES STATISTIQUES

Les variables de coûts sont décrites à l'aide des moyennes. Cet outil statistique va nous permettre la comparaison des frais totaux des deux systèmes d'assurance, notamment les frais par assuré.

Afin de donner une plus grande profondeur à cette étude, les comparaisons entre les différentes années ou les différents groupes de patients dans une même année sont accompagnées de tests statistiques. On considère qu'une valeur de p inférieure à 5% (ou 0.05) indique que la différence observée ne relève pas du hasard. On dit alors que la différence est « statistiquement significative ».

Ces tests statistiques sont de 3 types :

Premièrement, des tests de t pairés ont été effectués sur les variables continues pour l'étude de cohorte Plan de santé.

Deuxièmement, dans l'analyse de l'ensemble des assurés, des tests de t non-pairés sont utilisés sur les variables continues pour la comparaison des différentes années au sein d'un même système.

Troisièmement, des tests khideux sont effectués sur les variables ne prenant que deux valeurs.

6 RESULTATS

6.1 RESULTATS CONCERNANT L'ENSEMBLE DES ASSURES

Les résultats de ce chapitre sont contenus dans les annexes 1 et 2 figurant en annexe.

6.1.1 Effectifs

Le nombre d'assuré a diminué entre 1998 et 1999 tant dans l'assurance traditionnelle que dans l'assurance du Plan de santé.

Les effectifs ont diminué de 16,2% dans le premier type d'assurance. De plus, l'âge moyen de cette catégorie d'assurés a augmenté de 43 à 47 ans. Nous pouvons avancer une explication à ce phénomène : les enfants et les jeunes en formation résilient leur contrat d'assurance à l'Avenir et s'assurent dans d'autres caisses-maladie en raison de primes plus avantageuses.

L'effectif du Plan de santé s'est égrené de 10%. Toutefois, contrairement au premier type d'assurance, l'âge moyen n'a que très légèrement augmenté. Il est passé de 37 ans en 1998 à 38 ans en 1999.

6.1.2 Frais médicaux par assuré

Entre 1998 et 1999, nous constatons une importante augmentation des frais par assuré dans les deux types d'assurance. Deux méthodes de calcul montrent cette même tendance, d'une part les frais moyens par assuré et d'autre part les frais moyens par assuré ayant occasionné des frais.

Dans l'assurance traditionnelle, l'augmentation des frais moyens par assuré est de 11,8%. Celle des frais moyens par assuré ayant occasionné des frais est de 13,9%, passant de fr. 3'133.30 en 1998 à fr. 3'570.10 en 1999.

Pour l'assurance Plan de santé, la première méthode de calcul fait apparaître une augmentation de 22,9%, statistiquement significative (annexe 1). L'augmentation des frais moyen par assuré ayant occasionné des frais est de 12,9%, soit de fr. 1'904.45 en 1998 à fr. 2'147.80 en 1999.

Nous constatons que malgré ces hausses, les frais moyens par assuré dans l'assurance Plan de santé restent de 40% inférieur par rapport à ceux de l'assurance traditionnelle (fr. 1'761.15 versus fr. 3'068.90). Parmi les raisons expliquant cet écart, nous pouvons mentionner la différence d'âge moyen. En effet, selon le Dr Richard Nyffeler¹⁰, les coûts moyens par assuré augmentent d'environ 2% par année de vie. En l'espèce, cela expliquerait 15 à 16% de cette différence. D'ailleurs, si l'on tient compte des versements à la compensation des risques ou reçus de cette dernière (annexe 1), la différence des coûts moyens par assuré entre les deux types d'assurance est ramenée à 20,5%. En 1999, ces coûts moyens par assuré seraient ainsi de fr. 1'913.40 pour l'assurance Plan de santé et de fr. 2'406.15 pour l'assurance traditionnelle.

Pour le reste de la différence entre les frais moyens, l'analyse ultérieure par genre de dispensateur nous apportera des raisons supplémentaires.

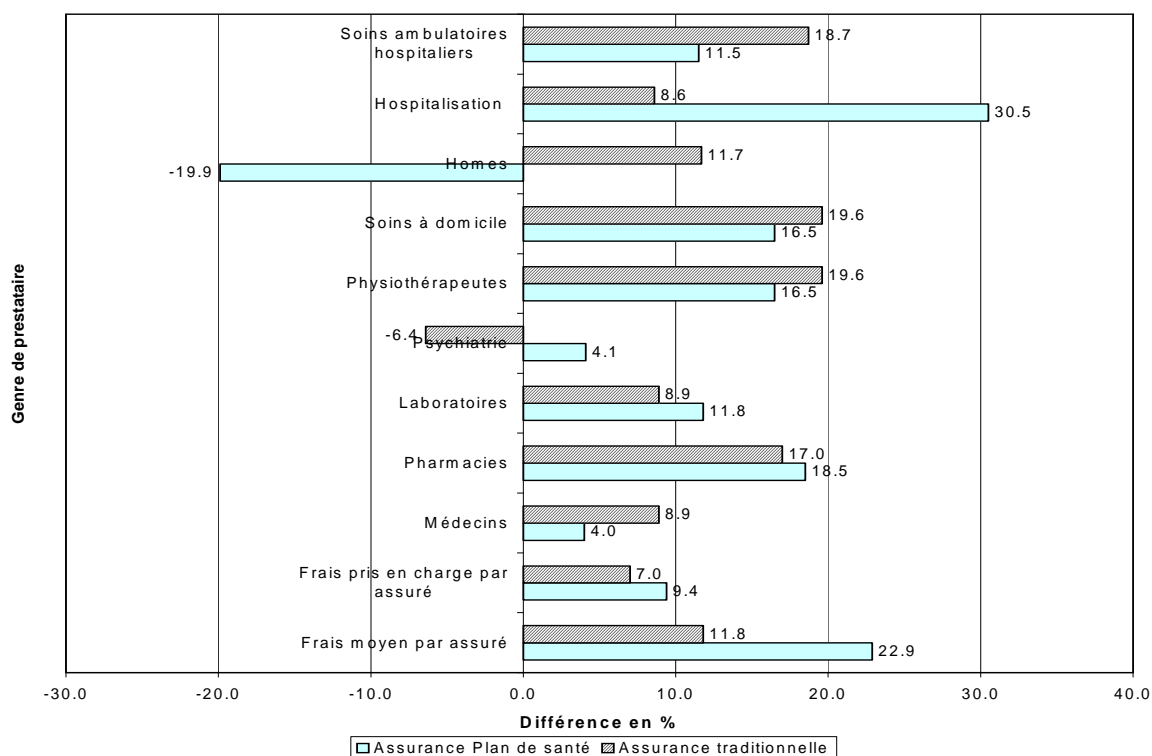
Les augmentations constatées ci-dessus tant dans l'assurance traditionnelle que dans l'assurance Plan de santé sont supérieures à la moyenne cantonale calculée sur toutes les caisses-maladie exerçant dans le canton de Fribourg (augmentation de 3,6%). Pour le premier type, l'explication réside dans le vieillissement des effectifs. Les coûts ont donc tendance à augmenter naturellement. En ce qui concerne

¹⁰ propos du Docteur Richard Nyffeler tenus lors de la réunion des MPR du Réseau de soins Avenir du canton de Fribourg le 13 avril 2000. Selon un calcul fait sur l'ensemble des assurés du Groupe Mutuel âgés entre 38 et 47 ans représentant un effectif entre 7000 et 8800 assurés pour chaque âge, l'augmentation était de 1,7% par an.

le Plan de santé, malgré une augmentation de 22,9%, la moyenne par assuré reste en 1999 en dessous de la moyenne cantonale (fr. 1'958.--).

Il faut encore souligner que, dans les deux types d'assurance, l'augmentation des frais en %, chez les dispensateurs « pharmacie », « physiothérapeutes », « soins à domicile » et « soins hospitaliers ambulatoires » est relativement homogène en importance (figure 1), comme nous le verrons ultérieurement.

Figure 1: Evolution en % des frais de prestataires entre 1998 et 1999 dans les deux types d'assurance



6.1.3 Frais médicaux selon le sexe

Les frais occasionnés par les femmes sont dans les deux types d'assurance plus élevés que ceux occasionnés par les hommes. En effet, en 1999, la différence de coûts dans l'assurance traditionnelle entre les hommes (fr. 2'685.55) et les femmes (fr. 3'450.45) est de plus de 30%. Cette différence est identique pour le Plan de santé de la même année. Ces frais étaient de fr. 1'508.35 pour les hommes et de fr. 1'996.45 pour les femmes, soit une différence de 32,4%.

Les tableaux ci-dessous montrent que l'augmentation des frais a été plus importante chez les hommes que chez les femmes dans les deux types d'assurance. Cette augmentation est même statistiquement significative chez les hommes dans l'assurance traditionnelle.

Tableau 3 : frais en 1998 et 1999 selon le sexe de l'assuré

Hommes	Assurance obligatoire traditionnelle	Plan de santé
--------	--------------------------------------	---------------

	1998	1999	diff. en %	p-value	1998	1999	diff. en %	p-value
Frais totaux	2'239.85	2'685.55	19.9	< 0.001	1'327.15	1'508.35	13.7	0.22
Proportion d'assurés ayant occasionnés des frais en %	81.7	80.0	-1.7	0.37	73.8	75.5	1.7	0.67

Femmes	Assurance obligatoire traditionnelle				Plan de santé			
	1998	1999	diff. en %	p-value	1998	1999	diff. en %	p-value
Frais totaux	3'272.25	3'450.45	5.5	0.064	1'769.70	1'996.45	12.8	0.071
Proportion d'assurés ayant occasionnés des frais en %	93.8	91.8	-2.0	0.37	88.0	89.5	1.5	0.81

6.1.4 Concentration des dépenses

Le tableau n° 4 catégorise la concentration des dépenses en 1998 et 1999. Nous pouvons en dégager quelques éléments.

Dans l'assurance Plan de santé, nous constatons que le 10% des assurés occasionne, en 1999, la majorité des frais, soit le 54,9%. Cette concentration est encore plus forte dans l'assurance traditionnelle (56.4%).

La concentration plus élevée pour les frais occasionnés par le 1% des assurés dans l'assurance Plan de santé par rapport à l'assurance traditionnelle s'explique par le fait qu'il y a moins d'assurés dans ce premier type d'assurance. L'incidence des cas élevés est donc beaucoup plus forte.

Ainsi, si nous prenons les assurés ayant occasionnés des frais supérieurs à fr. 30'000.-- (tableau n° 5), ils représentent dans l'assurance traditionnelle le 1.23% des assurés (178 assurés) et dans le Plan de santé le 0.3% des assurés (8 assurés), soit un rapport de 4. Par contre au niveau des dépenses totales, ce rapport n'est plus que de 2,3. Dans le Plan de santé, il suffit qu'un faible pourcentage d'assurés occasionne d'importants coûts annuels pour que ces assurés gonflent les dépenses totales.

A l'autre extrémité, en 1999, le 50% des assurés n'a occasionné que le 4,3% des frais dans l'assurance Plan de santé et le 4,8% dans l'assurance traditionnelle (tableau 4).

Tableau 4 : concentration en % des dépenses pour tous les assurés

	Assurance traditionnelle		Plan de santé		
	1998	1999	1998	1999	
Le 1% des assurés a occasionné le	14.3	13.8	17.2	15.5	de l'ensemble des dépenses
Le 5% des assurés a occasionné le	41.8	40.6	40.4	39	
Le 10% des assurés a occasionné le	57.7	56.4	56.2	54.9	
Le 20% des assurés a occasionné le	74.7	73.9	74.7	74	
A l'autre extrême, le 50% des assurés n'a occasionné que le	4.8	4.8	4.1	4.3	

Si nous examinons la concentration des dépenses en fonction des frais annuels occasionnés par chacun des assurés, nous constatons que dans le Plan de santé, la majorité des assurés ont des frais annuels compris entre fr. 0 et fr. 500.--. Dans l'assurance traditionnelle, cette majorité doit être prise entre fr. 0 et fr. 1'000.--. Ceci rejoint la constatation préalablement évoquée¹¹ : le coût moyen par assuré dans l'assurance Plan de santé est nettement inférieur à celui de l'assurance traditionnelle.

Tableau 5 : concentration en % selon les frais annuels pour tous les assurés en 1999

Tranches de frais	Assurance traditionnelle		Plan de santé	
	Proportion des assurés en %	Proportion de la masse des dépenses en %	Proportion des assurés en %	Proportion de la masse des dépenses en %
0 Frs	14	0	18.2	0
1 - 500 Frs	23.1	1.7	31	4
501 - 1000 Frs	12.3	2.9	13.4	5.7
1001 - 3000 Frs	24.7	14.9	21	22.1
3001 - 5000 Frs	10.2	12.8	7.9	17.5
5001 - 10000 Frs	8.7	19.7	5.9	23.3
10001 - 30000 Frs	5.8	32.3	2.3	20.5
> 30000 Frs	1.2	15.7	0.3	6.9
Total	100	100	100	100

6.1.5 Frais de consultations chez les médecins

Les frais de consultation chez l'ensemble des médecins coûtent en moyenne 20% de moins pour les assurés du Plan de santé que pour ceux de l'assurance traditionnelle.

Cette différence est certainement due au fait que les assurés adhérant au Plan ont un accès indirect

¹¹ voir point 6.1.2, paragraphe 4, p. 20

aux médecins spécialistes.

Pour corroborer cette hypothèse, nous constatons que les frais de médecins spécialistes par assurés sont, en 1999, 37% plus élevés dans l'assurance traditionnelle que dans le Plan de santé¹². Entre 1998 et 1999, l'augmentation des frais est de 6,6% dans le Plan de santé et de 15,5% dans l'assurance traditionnelle, soit une croissance pour le premier type d'assurance de moitié par rapport à l'assurance traditionnelle. La différence peut s'expliquer pour deux raisons. D'une part, il y a une meilleure maîtrise des frais engendrés par les médecins non spécialistes dans l'assurance Plan de santé par rapport à ceux engendrés dans l'assurance traditionnelle. D'autre part, la valeur du point des prestations intellectuelles dans l'assurance Plan de santé a baissé de fr. 10.-- à fr. 9.-- entre 1998 et 1999.

6.1.6 Frais de pharmacie

De manière générale, l'augmentation des frais de pharmacie est équivalente dans l'assurance traditionnelle et dans l'assurance Plan de santé. Ces frais ont progressé, de manière statistiquement significative, de respectivement 17% et 18,5%. Cette augmentation dépasse largement celle enregistrée au niveau cantonal (6,5%).

Pour l'assurance traditionnelle, nous pouvons avancer la même hypothèse que précédemment : l'âge moyen de l'effectif. Ne disposant pas de la moyenne d'âge de l'ensemble de la population du canton de Fribourg, nous l'avons calculé sur l'ensemble des assurés du Groupe Mutuel, soit 43'928 assurés. Cette moyenne d'âge est de 35 ans, soit 12 ans de moins par rapport à celle des assurés de l'assurance traditionnelle de l'Avenir.

Il est par contre beaucoup plus difficile de trouver une explication pour le Plan de santé. Il convient toutefois de relativiser l'importance de cette augmentation en pour-cent.

En effet, par la méthode des frais moyens par assuré, nous constatons un élément important. Tandis que la moyenne cantonale est de fr. 393.60 par assuré, ces frais atteignent fr. 374.75 dans l'assurance Plan de santé. Ces derniers sont également 40% moins élevés que ceux engendrés dans l'assurance traditionnelle (fr. 632.90). Un tel montant pourrait s'expliquer en partie par le fait que les assurés de l'assurance traditionnelle ne consultent pas systématiquement le même médecin. Dans ces conditions, la prescription des médicaments ne serait pas toujours optimale. De plus, certains assurés pratiquent le tourisme médical afin d'obtenir les médicaments qu'ils désirent.

Au regard des chiffres susmentionnés, nous pouvons penser que l'obligation d'être inscrit dans des cercles de qualité de médicaments depuis le 1^{er} juillet 2000 contribue à creuser ou à maintenir ces différences. Ces cercles de qualité ont démontré qu'ils soutiennent à la réalisation d'économies dans la prescription médicamenteuse¹³.

6.1.7 Frais de laboratoire

Les frais de laboratoire ont augmenté pour les deux types d'assurance dans des proportions presque identiques en francs (fr. 6.15 dans l'assurance traditionnelle et fr. 6.55 dans l'assurance Plan de santé). Toutefois, malgré cette augmentation, les coûts engendrés par des analyses effectuées au sein des laboratoires restent de 17,8% moins élevés dans l'assurance Plan de santé que dans l'assurance traditionnelle. Ils s'élèvent à fr. 61.95 contre fr. 75.40 dans l'assurance traditionnelle.

Un élément peut expliquer cette augmentation. Prochainement, les analyses pratiquées dans les cabinets des médecins devront être facturées selon la Liste des Analyses. L'investissement financier consenti pour le renouvellement du matériel de laboratoire est disproportionné par rapport au nombre d'analyses effectuées. Dans ces conditions, un certain nombre de médecins peuvent être amenés à externaliser certains examens de laboratoire, nécessitant du matériel coûteux.

¹² en 1999, la moyenne des frais de médecins spécialistes par assuré était de fr. 375.95 dans l'assurance traditionnelle et de fr. 238.-- dans l'assurance Plan de santé.

¹³ Impact cercles qualité Fribourg 1999, Cercles de qualité Fribourg, Fribourg, le 22 mars 2000

6.1.8 Frais de psychiatrie

Nous constatons que les coûts par assuré sont deux fois plus élevés dans l'assurance traditionnelle que dans l'assurance Plan de santé. Deux raisons peuvent être avancées :

D'une part, nous avons un pourcentage d'assurés recevant des soins psychiatriques plus élevé dans l'assurance traditionnelle (3,6% en 1998 et 3,7% en 1999) que dans le Plan de santé (3% en 1998 et 1999).

D'autre part, la répartition des coûts totaux de soins en psychiatrie entre les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres est totalement différente. En 1999, les coûts dans l'assurance traditionnelle relevant d'hospitalisation représentent le 56% du total. Le nombre de journée par assuré est de 0,41. Dans l'assurance Plan de santé, les coûts relevant d'hospitalisation représentent le 31%. Le nombre de journée par assuré est de 0,13. Or, le coût d'une journée d'hospitalisation est nettement plus élevé que le coût d'une consultation ambulatoire chez un psychiatre ou un psychothérapeute¹⁴.

6.1.9 Frais de physiothérapie

En 1999, la moyenne par consultation est à peu près la même dans l'assurance Plan de santé que dans l'assurance traditionnelle soit, respectivement fr. 55.50 et fr. 54.35. En 1998, elle était de fr. 51.75 pour le premier type d'assurance et de fr. 56.80 pour le deuxième type.

Entre 1998 et 1999, nous constatons une augmentation de fr. 9.05 pour l'assurance traditionnelle et de fr. 5.95 pour l'assurance Plan de santé. Cette augmentation suit la tendance constatée pour l'ensemble des assurés du canton de Fribourg (+ fr. 4.65). La convention tarifaire ne semble pas être à l'origine de l'augmentation. En effet, la moyenne par consultation a parallèlement augmenté dans l'assurance Plan de santé et baissé dans l'autre type d'assurance.

Il nous semble que les causes diffèrent entre les deux types d'assurance. Dans l'assurance traditionnelle, la raison réside dans l'augmentation de 1,4 séance par patient¹⁵, passant de 11,6 à 13 séances. Cette augmentation du nombre de séances par patient annule la baisse du coût moyen par consultation. A l'inverse, dans l'assurance Plan de santé, le nombre de séance par patient a baissé de 12 à 11. Toutefois, la croissance des frais est due à une augmentation de 6,2% du nombre de patients ayant reçu des soins de physiothérapie.

6.1.10 Frais d'hospitalisation

Entre 1998 et 1999, le nombre d'hospitalisation a suivi la diminution des effectifs dans l'assurance traditionnelle (-20% d'hospitalisation). Parallèlement, le nombre de cas d'hospitalisation est resté stable dans l'assurance Plan de santé (-2%). Toutefois, le pourcentage d'assurés du Plan de santé hospitalisés (1999 : 10,2%) reste inférieur à celui des assurés de l'assurance traditionnelle (1999 : 12,9%). L'âge moyen de l'effectif de ce dernier type d'assurance peut probablement expliquer cette constatation. Mais il est difficile de le démontrer.

Parallèlement, et selon le type d'assurance, les frais moyens par assuré ont cru dans des proportions différentes en pourcentage. Les frais d'hospitalisation dans l'assurance traditionnelle ont augmenté de 8,6%. Ils ont augmenté de plus de 30% dans l'assurance Plan de santé et ce de manière statistiquement significative. Nous pouvons avancer une explication. Les femmes assurées au Plan de santé ont délaissé les petits hôpitaux de district au profit de la Clinique Ste-Anne et de l'Hôpital Daler, à Fribourg. Il faut préciser que ces établissements privés ont des maternités fort prisées. Or, le prix de la chambre commune dans ces établissements est plus élevé que dans les hôpitaux de district. Dans ces derniers, le forfait journalier de la chambre commune oscille entre fr. 240.-- et fr. 285.--. Dans une clinique privée, ce

¹⁴ moyenne entre fr. 141.-- (assurance traditionnelle) et fr. 148.-- (assurance Plan de santé) pour un spécialiste et fr. 180.-- pour une journée d'hospitalisation.

¹⁵ de 14'252 consultations en 1998, nous sommes passés à 14'810 consultations en 1999. Dans le même temps, le nombre d'assurés ayant consulté a baissé de 100, soit de 1'229 à 1'129.

forfait est de fr. 447.-- pour un accouchement normal et de fr. 515.--pour un accouchement par césarienne¹⁶. Nous n'avons pas constaté ce transfert au niveau des assurées de l'assurance traditionnelle. L'effectif vieillissant de l'Avenir, entraîné par le départ notamment des jeunes assurées, a peut être une incidence sur cet élément.

Enfin, en 1999, le coût moyen par assuré du Plan de santé (fr. 420.90) reste inférieur tant à celui de l'assurance traditionnelle (fr. 703.05) qu'à celui de la moyenne cantonale (fr. 485.90).

6.1.11 Frais ambulatoires hospitaliers

Dans les deux types d'assurance, les frais moyens par assuré ont augmenté entre 1998 et 1999. Cette augmentation est deux fois plus importante en francs dans l'assurance traditionnelle que dans l'assurance Plan de santé, soit, respectivement de fr. 42.70 et fr. 21.40.

La moyenne cantonale pour ce type de frais augmente de 13%. Si l'augmentation est plus forte dans l'assurance traditionnelle (18,7%) , elle n'est que de 11.5% dans l'assurance Plan de santé. L'augmentation de l'âge moyen des assurés de l'assurance traditionnelle ayant recouru à des soins hospitaliers ambulatoires (de 46 ans en 1998 à 52 ans en 1999) n'est certainement pas étrangère à cette importante croissance des coûts.

6.2 RESULTATS DE L'ETUDE DES 43 MPR

Il convient de rappeler que l'étude porte sur la pratique des 43 MPR ayant un cabinet en Ville de Fribourg. Ils ont prodigué ou prescrit des soins à des assurés restés deux ans dans un même type d'assurance.

Les deux cohortes ont été comparées entre elles sur la base des frais moyens par assuré ayant occasionné des frais. Les données permettant les comparaisons figurent dans l'annexe 3. Une comparaison sur les frais moyens par assuré est impossible. En effet, la cohorte assurance traditionnelle est formée uniquement d'assurés ayant consulté au moins une fois un des 43 MPR, alors que les frais moyens par assuré prennent en compte également des assurés n'ayant pas occasionnés de frais.

Pour les frais de médecins, de médicaments, d'analyse et de radiologie nous avons comparé les frais des deux cohortes en prenant comme référence le MPR, qu'il soit dispensateur ou prescripteur. En effet, lors de l'enregistrement de ces genres de frais, l'Avenir distingue dans la mesure du possible, les deux fonctions. Ainsi, pour obtenir la moyenne par assuré, nous avons divisé le montant global d'un genre de frais par le nombre d'assurés s'étant fait dispenser ou prescrire ce genre de frais.

Par contre, pour la comparaison des cohortes par rapport aux frais d'hospitalisation et de traitements ambulatoires hospitaliers (marqués d'un astérisque), l'Avenir ne connaît pas, en général, le nom du prescripteur. Nous ne pouvons donc pas comparer ces frais en fonction du MPR, mais uniquement en fonction de l'assuré. Pour calculer la moyenne par assuré pour ces genres de frais, nous avons pris, pour les deux types d'assurance, les assurés ayant engendrés des frais de médecins auprès d'un des 43 MPR. Ensuite, nous avons recherché les frais d'hospitalisation et de traitements ambulatoires hospitaliers qu'ils ont engendrés. Enfin, nous avons divisé le montant global du genre de frais par le nombre d'assurés ayant engendré ce genre de frais.

Dans l'annexe 3 figure également les frais de physiothérapie et de psychiatrie. Toutefois, ceux-ci ne seront pas analysés. En effet, il y a trop peu de cas dans la cohorte Plan de santé pour tirer des conclusions significatives. En outre, ces frais ont été étudiés dans le cadre de l'analyse portant sur l'ensemble des assurés (page 19 et 20).

¹⁶ convention du 31 octobre 1997 entre d'une part, l'Hôpital Daler, la Clinique Garcia, la Clinique Ste-Anne et d'autre part, le Groupe Mutuel.

6.2.1 Comparaison de la cohorte Plan de santé

La structure de la cohorte des patients inscrits auprès d'un MPR de la Ville de Fribourg est comparable à celle de l'ensemble des assurés du Plan de santé âgés entre 15 et 65 ans. En effet, nous constatons pour l'année 1999 que les frais moyens par assuré pour l'ensemble du Plan de santé (fr. 1'537.70) sont à peu près identiques à ceux de la cohorte du Plan de santé (fr. 1'581.40). Il en est de même pour les frais moyens déduits des 2,5% plus gros consommateurs.

Tableau 6 : Comparaison de tous les assurés âgés entre 15 et 65 ans du Plan de santé et de la cohorte du Plan de santé

Tous assurés	Tous les assurés du Plan de santé				Cohorte Plan de santé			
	1998	1999	diff. en fr.	p-value	1998	1999	diff. en fr.	p-value
Frais moyens par assuré	1276.05	1537.7	261.65	0.01	1461.55	1581.4	200.15	0.41
Frais moyens par assuré sans les 2.5% plus gros consommateurs	1069	1271.9	202.9	<0.001	1204.8	1261.4	56.6	0.43

6.2.2 Comparaison des cohortes entre elles

La cohorte des assurés de l'assurance traditionnelle ayant consultés l'un des 43 MPR est plus âgée en moyenne que celle des assurés inscrits auprès d'un de ces MPR. Nous ne pouvons toutefois tirer de conclusion quant à la différence des coûts en résultant. En effet, la cohorte des assurés de l'assurance traditionnelle est bien composée d'assurés restés deux ans ininterrompus dans celle-ci. Mais rien n'indique que ce sont les mêmes assurés qui aient consulté l'un de ces 43 MPR en 1998 et en 1999. Ces assurés sont totalement libres dans le choix de leur médecin.

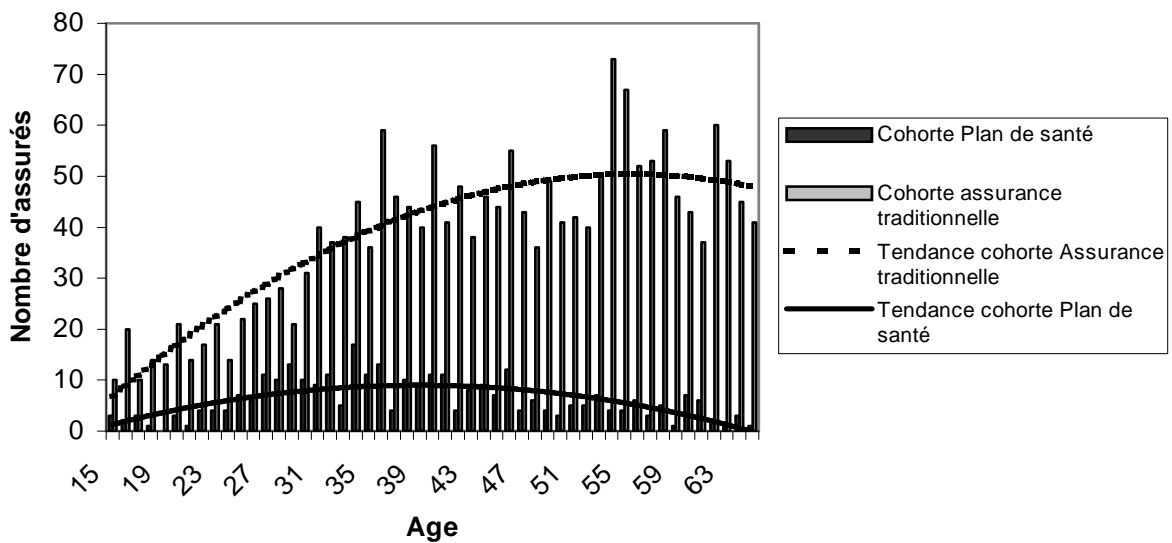
Nous constatons cette différence d'âge également parmi les assurés des deux cohortes ayant obtenu des soins médicaux (SME) auprès d'un des 43 MPR. Dans la cohorte assurance traditionnelle, la moyenne d'âge est de 44 ans alors qu'elle est de 38 dans la cohorte Plan de santé (tableau n° 7). Le tableau n° 8, figurant sur la page suivante, montre également cette différence à travers la courbe de tendance.

Nous pouvons relever que la proportion d'hommes ayant eu des soins médicaux est plus élevée dans la cohorte Plan de santé que dans la cohorte assurance traditionnelle. Cette différence pourrait expliquer en partie la différence des coûts moyens constatée entre les deux cohortes.

Tableau 7 : cohortes 1999 ayant eu des soins médicaux chez un des 43 MPR

	Cohorte assurance traditionnelle	Cohorte Plan de santé	P-value sur différence
Effectifs	1951	311	
Age moyen	44	38	< 0.001
Proportion d'hommes (%)	45.4%	47.6%	0.81

Tableau 8 : structure d'âge des assurés ayant eu des soins médicaux chez un des 43 MPR



6.2.3 Frais médicaux des médecins

Il convient de souligner à nouveau que les prestations spécifiquement intellectuelles du médecin, les prestations de laboratoire et de radiologie effectuées au cabinet du médecin sont souvent regroupées sous le genre de frais (SME). En effet, il serait trop fastidieux pour l'assureur de répertorier selon leur genre toutes les prestations figurant sur les factures d'un médecin. Seuls sont systématiquement enregistrés de manière distincte les frais de médicaments.

Toutefois, nous pouvons soutenir quelques éléments au sujet de l'impact du tarif particulier sur les coûts des soins donnés par les MPR.

Comme dans l'analyse portant sur l'ensemble des assurés, les frais médicaux des médecins pour la cohorte du Plan de santé sont 20% moins élevés que pour la cohorte assurance traditionnelle. Partant de l'hypothèse, souvent soutenu par les MPR eux-mêmes, qu'aucune différence n'est pratiquée entre un patient de l'un ou l'autre type d'assurance, nous pouvons avancer deux explications à cette différence de coûts :

La première réside dans l'existence d'un tarif différent. Le tarif utilisé dans le cadre du Plan de santé semble plus économique que le tarif utilisé dans l'assurance traditionnelle. En 1999, la baisse de 10% de la valeur du point a entraîné une baisse de 6,3% des coûts enregistrés sous le genre de frais « SME ». Cette diminution n'est pas de 10%. Deux raisons semblent expliquer cet élément. D'une part, nous trouvons des prestations techniques enregistrées sous le genre de frais « SME ». Ces prestations techniques représentent au maximum le 20% des coûts des médecins. D'autre part, les coûts réels des soins ont certainement augmenté.

La seconde raison est l'âge des patients. Comme nous l'avons déjà vu¹⁷, l'augmentation moyenne des frais par assuré est de 2% par année de vie. Ainsi, l'âge expliquerait 12% de la différence entre les frais moyens par assuré de la cohorte du Plan de santé et ceux de la cohorte assurance traditionnelle.

Enfin, il convient de mentionner un paradoxe. Le prix d'une première consultation de 15 minutes coûte fr. 67.-- dans l'assurance Plan de santé et fr. 35.10 dans l'assurance traditionnelle. Les coûts moyens sont donc 20% plus élevés dans le réseau. Nous pouvons évoquer deux types d'explications. La première est que les MPR ont une pratique beaucoup plus économique avec leurs patients assurés au Plan de santé. La deuxième est que les MPR ont, de par le tarif particulier, une perte importante sur les actes

¹⁷ voir point 6.1.2, paragraphe 4, p 20

techniques effectués au sein du cabinet (analyses de laboratoire¹⁸, radiographies, petites interventions) qui n'est pas compensée par un tarif plus élevé pour les actes intellectuels.

6.2.4 Frais de médicaments

En 1999, le coût moyen des médicaments prescrits par les 43 MPR est de 40% inférieur pour la cohorte du Plan de santé par rapport à la cohorte assurance traditionnelle. Le coût moyen par cas se situe à fr. 400.80 dans la première cohorte alors qu'il est de fr. 643.20 dans l'autre cohorte.

Sans toutefois être statistiquement significative, nous pouvons attribuer cette différence à la meilleure connaissance par le MPR du dossier du patient adhérant au Plan de santé. Ce suivi médical permettrait de mieux prescrire les médicaments.

Nous pouvons tirer deux autres enseignements de cette analyse. Premièrement, dans la mesure où nous sommes en face des mêmes prescripteurs, nous pouvons relativiser l'importance parfois accordée au tourisme médical de certains patients de l'assurance traditionnelle pour expliquer la différence des coûts entre l'un ou l'autre des systèmes.

Deuxièmement, ces MPR semblent moins perméables aux nouveaux médicaments. Ceux-ci sont en général plus chers. En effet, l'augmentation des coûts moyens se situent entre 8 et 10% alors que l'analyse portant sur l'ensemble des assurés montre une augmentation entre 17 et 18%. Il nous semble donc que cette augmentation n'est pas due entièrement aux MPR, mais incombe plutôt aux autres prestataires de soins.

6.2.5 Frais d'analyses de laboratoire¹⁹

Le coût moyen des analyses prescrites par les MPR est d'environ 20% inférieur pour les assurés de la cohorte Plan de santé par rapport à celle de l'assurance traditionnelle.

Comme pour les médicaments, nous pouvons attribuer une part de cette différence à une meilleure connaissance du dossier du patient par le MPR. Il évite ainsi des analyses à double. Une autre part, difficilement estimable, peut être attribuée au fait que les analyses effectuées au cabinet médical sont rétribuées selon la Liste des Analyses à une valeur du point de fr. 1.--. Selon une estimation interne au Groupe Mutuel faite en 1997, les coûts sont inférieurs de 20 à 30% avec ce dernier tarif par rapport au tarif fribourgeois des analyses effectuées au sein d'un cabinet médical.

6.2.6 Frais de radiologie

Alors que nous constatons une différence de 24% en 1998 entre la cohorte de l'assurance traditionnelle et celle du Plan de santé, cette différence est nulle en 1999. Le coût moyen par cas est dans les deux cohortes de fr. 410.75.

Nous ne pouvons toutefois pas tirer de conclusion pour ce genre de frais. En effet, le nombre d'examens radiologiques prescrits par ces 43 MPR en 1999 est beaucoup trop faible. On en dénombre que 15 pour la cohorte Plan de santé.

6.2.7 Hospitalisation

Le coût par cas a fortement augmenté entre 1998 et 1999 dans les deux cohortes. Nous pouvons l'expliquer en grande partie par l'augmentation de fr. 22.-- du tarif journalier de l'Hôpital Cantonal²⁰.

¹⁸ voir point 6.2.5, p. 30

¹⁹ ce genre de frais peut également contenir des analyses de laboratoires effectuées dans un cabinet médical, si celles-ci ont été enregistrées séparément sous le genre de frais "LAB".

²⁰ cet hôpital peut être considéré comme l'hôpital de référence pour les assurés composant nos cohortes, dès lors qu'il s'agit d'assurés consultant des médecins installés en Ville de Fribourg.

Cette augmentation est plus ou moins fictive. Elle correspond en réalité à l'entrée en vigueur d'un nouveau mode de facturation. Il s'agit d'un tarif mixte. La facture est composée d'un forfait journalier de fr. 185.-- et d'un forfait partiel par service qui oscille entre fr. 1'145.-- pour l'ophtalmologie et fr. 2'780.-- pour la chirurgie orthopédique.

6.2.8 Frais ambulatoires hospitaliers

Nous constatons que le coût par assuré ayant occasionné des frais ambulatoires hospitaliers est nettement inférieur dans la cohorte Plan de santé par rapport à la cohorte assurance traditionnelle. En 1998, la différence de coût est de 28,5%. Elle s'est encore accrue de 8,5% en 1999. En effet, les coûts de la cohorte Plan de santé ont baissé de 8% pendant que parallèlement, celui de la cohorte assurance traditionnelle augmentait de 3,5%.

Dans cette dernière cohorte, l'augmentation des frais ambulatoires hospitaliers est due à l'importante croissance des frais globaux de médicaments (39,4%), de laboratoire (32,2%), de radiologie (18,8%) et de physiothérapie (7,5%). Ces pourcentages dépassent de l'augmentation de 7% du nombre des patients. Nous pouvons attribuer ce phénomène à deux tendances. Premièrement, les examens préopératoires, notamment de laboratoire et de radiologie, se font de plus en plus avant l'hospitalisation. Deuxièmement, les hôpitaux ont toujours tendance à utiliser les derniers médicaments originaux sortis sur le marché. Ces derniers sont souvent plus chers que les anciens.

Dans la cohorte Plan de santé, le nombre des patients a augmenté de 13,3%. Par contre, les coûts globaux ont baissé de 17,1% les frais de soins médicaux, de 15% pour ceux de radiologie et de 17,7% pour les médicaments. Toutefois, pour les médicaments, cette baisse n'est aucunement significative dès lors qu'elle porte sur des montants globaux inférieurs à fr. 3'000.-- tant pour 1998 que pour 1999. En effet, il suffit, par exemple, qu'un patient ne consomme plus un montant de fr. 500.-- de médicaments pour expliquer cette baisse de 17,7%. Hormis le fait que la cohorte Plan de santé semble être en meilleure santé que celle de l'assurance traditionnelle plus âgée, il reste difficile d'avancer une explication rationnelle à cette baisse de 8% des coûts par assuré.

7 RESULTATS FINANCIERS

Dans ce chapitre, les montants des prestations équivalent aux montants effectivement à charge de l'assureur. Les participations, franchises et quote-part sont à rajouter pour obtenir les montants effectivement facturés par les prestataires de soins.

Les frais administratifs s'élèvent, selon une estimation du Groupe Mutuel, à Fr. 140.-- par assuré pour l'Avenir Assurances.

Les montants des primes sont nets, c'est-à-dire après déduction ou addition de la compensation des risques. Elles incluent par contre les subsides versés par l'Etat.

Enfin, le taux de réserve doit s'élever à 20% des primes encaissées.

Récapitulatif des résultats financiers 1998 et 1999 du Plan de santé

	1998	1999
Total brut des primes	Fr. 4'995'513.20	Fr. 5'120'038.70
Compensation des risques	Fr. - 781'670.60	Fr. - 497'567.50
Total net des primes	Fr. 4'213'881.60	Fr. 4'622'471.20
Prestations	Fr. 3'959'695.05	Fr. 4'182'824.50
Résultat	Fr. 254'187.60	Fr. 439'646.70
Frais administratifs (140.--)	<u>Fr. - 422'800.--</u>	<u>Fr. - 384'020.--</u>
Résultat avant attribution à la réserve	Fr. - 168'652.40	Fr. 55'626.70
Réserve (taux 20%)	[Fr. 842'776.50]	Fr. 55'626.70 (1.2%)
Déficit	Fr.- 168'652.40	Fr. 0

7.1 RESULTATS 1998

Le total brut des primes est de fr. 4'995'513.20. Après déduction du versement par l'Avenir de fr. 781'670.60 au titre de la compensation des risques, le total net des primes s'élève à fr. 4'213'882.60, inclus fr. 727'056.20 de subsides de l'Etat pour les assurés à faible revenu. Parallèlement, les prestations nettes s'élèvent à fr. 3'959'695.05.

Il en résulte un résultat positif de fr. 254'187.60.

Toutefois, celui-ci n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des frais de la branche. En effet, les frais administratifs représentent la somme de fr. 422'800.--. A cela, nous devrions ajouter la somme de fr. 842'776.50 correspondant à 20% des primes encaissées et versée à la réserve.

Nous constatons qu'en 1998, le Plan de santé de l'Avenir est fortement déficitaire. Il présente un déficit de fr. 168'652.40. De ce fait, rien n'est attribué à la réserve légale alors que dernière devrait s'élever à environ fr. 850'000.--.

7.2 RESULTATS 1999

Au regard des résultats susmentionnés, l'Avenir a pris, conjointement avec les MPR, la décision de réduire la valeur du point des prestations intellectuelles de 10%. Parallèlement, l'Avenir a augmenté ses primes de 12,8%, soit de fr. 170.-- à fr. 191.80 (pour une franchise de fr. 230.--).

Malgré une augmentation des prestations nettes de fr. 223'129.45 (4,7%), ces mesures permettent de dégager un résultat positif de fr. 439'646.70.

Ce résultat n'est toutefois pas suffisant. En effet, une fois soustrait la somme de fr. 384'020.-- à titre de frais administratifs, il n'est pas possible d'attribuer à la réserve un montant conséquent pour constituer la réserve de 20% des primes encaissées. Seul un montant symbolique de fr. 55'626.70, soit le 1,2% des primes encaissées, est attribué au fonds de réserve. Ceci est largement en dessous du taux demandé. Dans ces conditions, les primes pour l'an 2000 doivent à nouveau être augmentées. Avec un fond de réserve si maigre, l'Avenir peut être amenée à retirer du marché ce produit d'assurance pour deux types de raisons économiques :

Un ou deux cas extrêmement lourd suffisent à rendre les comptes largement déficitaires. A titre d'exemple, les frais d'une personne dialysée s'élèvent à fr. 100'000.-- par an.

Les frais continuent à augmenter, d'une part, par le constant élargissement du catalogue des prestations, d'autre part, par le progrès dans les techniques médicales. Ces dernières rendent possible le traitement ambulatoire de cas, qui auparavant nécessitaient une hospitalisation. Par ce phénomène, il y a un transfert des coûts incombant à l'Etat vers l'assureur-maladie. L'Etat ne subventionne que les traitements hospitaliers. Il n'intervient pas financièrement dans la couverture des traitements ambulatoires.

8 OPINION DES MEDECINS DU PLAN DE SANTE

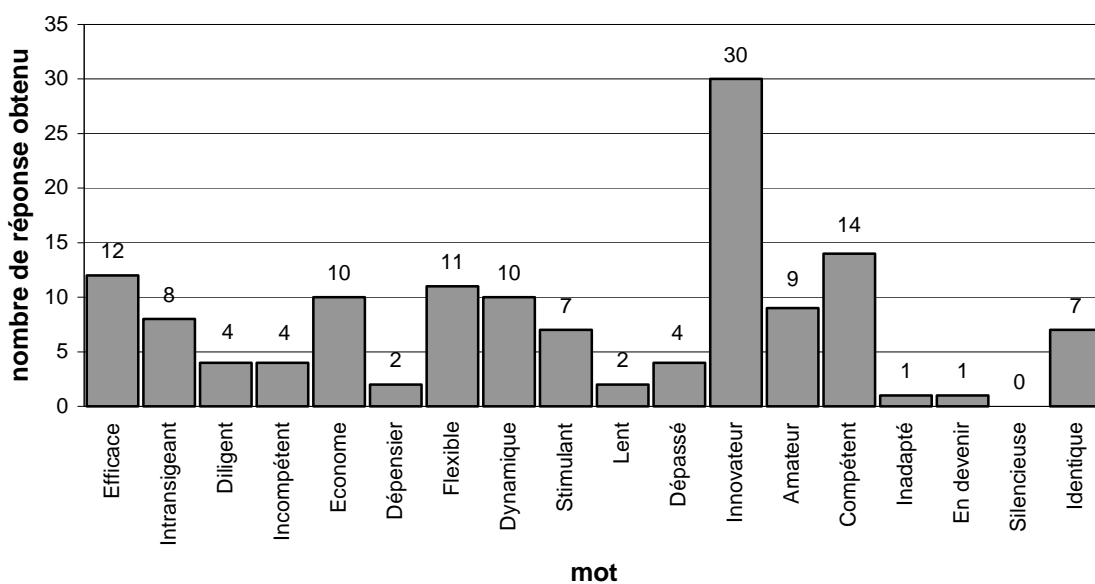
Afin de connaître l'opinion des médecins membres du Plan de santé avant le 1^{er} juillet 2000, nous avons envoyé un questionnaire à 100 médecins répartis comme suit sur l'ensemble du canton de Fribourg: 33 en Ville de Fribourg, 18 en Sarine, 17 en Gruyère, 6 dans le district du Lac, 7 dans le district de la Broye, 4 en Veveyse, 10 en Singine, 5 en Glâne. Le document comportait 5 questions.

Les résultats figurent à l'annexe 4.

Le taux de réponse s'est élevé à 59%. La majorité des médecins (83%) ayant répondu ont entre 45 et 60 ans. Il y a 33 généralistes ou généralistes FMH, 19 internistes, 5 pédiatres, 1 rhumatologue et un « inconnu ». Suite au changement intervenu au 1^{er} juillet 2000, il leur a également été demandé s'ils continuaient dans le Plan de santé ou non. Quarante-six continuent, onze arrêtent et deux n'ont pas répondu.

A la première question, il leur était demandé de cocher 3 adjectifs distinguant l'Avenir face aux autres caisses-maladie sur une liste de 15 termes. Une case restait libre pour le mot de leur choix. L'aspect innovateur de l'Avenir a été coché par 50% des médecins, dont 3 MPR sortis du Plan de santé au 1^{er} juillet 2000. Dans l'ordre, nous retrouvons ensuite « compétent » (23%), « efficace » (20%), « flexible » (18,6%), « stimulant » (16,9%), « économe » (16,9%) et « amateur » (15,3%). A la lecture de l'ensemble des réponses, nous constatons que l'assurance Avenir possède encore une bonne image auprès des médecins membres du Plan de santé. Le premier mot négatif n'arrive, en effet, qu'en 6^{ème} position. Toutefois, parmi les 9 MPR trouvant l'Avenir « amateur », 8 sont encore membres du Plan de santé au 1^{er} juillet 2000. Ces huit MPR pensent également que le Plan de santé amène des complications administratives. Ce nombre est important et doit être pris en compte par l'Avenir. Elle doit dès lors accomplir des efforts pour être mieux comprise et rendre l'administration du Plan de santé encore plus professionnelle.

Figure n° 2 : réponses données la question n° 1



Dans la seconde question, les médecins devaient classer sur une échelle de valeur le Plan de santé en

terme d'enrichissement personnel, d'amélioration avec la relation avec le patient, de surcroît de travail, de prise de conscience dans la gestion des coûts et de complications administratives. Nous pouvons en tirer les enseignements suivants.

Le 20% des médecins ayant répondu estime que leur adhésion au Plan de santé amène un enrichissement personnel. Ce pourcentage est intéressant. Aucune contrainte au niveau de la formation continue n'était requise avant le 1^{er} juillet pour être admis comme MPR avant le 1^{er} juillet 2000. Nous pouvons penser qu'à l'avenir, ce sentiment devrait être encore plus fort. L'obligation d'adhérer à un cercle de qualité des médicaments et à un cercle de proximité devrait entraîner une amélioration des connaissances de chaque médecin.

Seul 18,5% des médecins pense que le système du réseau de soins permet d'améliorer la relation avec le patient. Nous sommes quelque peu surpris de ce pourcentage. En effet, nous pouvions nous attendre à un chiffre plus élevé, puisque le patient consulte, normalement, le même médecin. Ce faible taux renforce l'idée selon laquelle, les patients s'intéressent plus au montant de la prime qu'à la philosophie sous-jacente du Plan de santé (remarques des médecins à la dernière question). Ils ne cherchent pas forcément une meilleure relation avec leur MPR.

Trente-quatre médecins affirment que le Plan de santé occasionne un surcroît de travail et des complications administratives. Ce résultat n'est pas surprenant. Régulièrement, l'assureur retourne au MPR des factures établies au tarif normal. Elles concernent des assurés affiliés au Plan de santé et sont dès lors soumises au tarif particulier. Souvent, lors de sa première consultation auprès du MPR, l'assuré n'annonce pas qu'il est affilié au Plan de santé. Le médecin de son côté ne s'informe pas de manière systématique sur le type d'assurance choisie. Par conséquent, si le patient a déjà payé une facture adressée par le MPR en tiers-garant, des complications administratives surgissent. En effet, par la différence de tarif, le MPR peut être amené à en extourner un certain montant.

Les MPR ont répondu à 70% qu'ils sont satisfaits, voire très satisfaits du Plan de santé. Ce taux indique qu'ils accordent leur confiance à l'Avenir. Cette dernière doit donc chercher à maintenir ce capital et à le faire fructifier. Elle doit œuvrer pour que les médecins lui attribuent demain encore le terme « innovateur ». Elle doit aussi conserver un dialogue positif avec les MPR. Ils sont 43% à prendre conscience de la gestion des coûts et donc, nous pouvons supposer, à comprendre le travail accompli par l'assureur.

La philosophie de l'assureur sur la maîtrise des coûts par le Plan de santé suppose une meilleure communication entre le patient et le MPR que dans une assurance traditionnelle. Toutefois, cet argument est difficilement vérifiable dans la réalité et peut être soumis à certaines réserves. En effet, nous constatons qu'un certain nombre de médecins (19) ne connaissent pas l'avis de leurs patients sur le Plan de santé. Le dialogue semble donc rester d'ordre médical et identique à celui d'une assurance traditionnelle.

Les MPR insistent dans leurs remarques sur la relation patient/médecin. Ils évoquent le comportement des assurés, choisissant le Plan de santé en raison de la séduisante prime et, accessoirement, de l'absence de quote-part. Selon eux, un travail d'information de la part de l'assureur doit être fait sur l'esprit, sur le fonctionnement du Plan de santé, sur les avantages économiques ainsi que sur les contraintes de leur affiliation. Hormis les problèmes soulevés lors de la première facturation, il ressort de leurs remarques qu'ils sont souvent mis sous pression par leurs patients. Ces derniers ne jouent pas toujours le jeu. S'ils consultent un spécialiste sans être au bénéfice d'un bon, ils le réclament à leur MPR, souvent par après, en menaçant de quitter le Plan de santé. Le MPR est donc face à un dilemme, soit il accepte de délivrer rétroactivement le bon, soit il risque la perte de son client.

Si dans l'ensemble les MPR sont satisfaits du Plan de santé, ils regrettent toutefois le nombre peu élevé d'affiliés. En effet, près de la moitié des médecins a effectivement entre 0 et 10 assurés et un tiers entre 10 et 30. Nous pouvons penser au regard de certaines remarques, que si l'effectif continue à s'éroder, certains MPR vont résilier leur adhésion au Plan de santé. L'investissement en temps de ces MPR serait disproportionné par rapport à leur nombre de patients affiliés au Plan de santé. Afin d'augmenter le nombre d'assurés, il apparaît nécessaire pour les MPR d'améliorer le marketing et la promotion de ce produit d'assurance. Un effort doit être fait de la part de l'assureur et également dans une moindre mesure de la part des médecins.

9 CONCLUSION

Le Plan de santé fribourgeois de l'Avenir est un excellent outil de maîtrise des coûts. Les résultats des deux types d'analyse sont éloquentes. Un assuré du Plan de santé occasionne en moyenne des coûts inférieurs de 20 à 30% par rapport à un assuré de l'assurance traditionnelle. Toutefois, le Plan de santé est fortement menacé dans son existence par le faible nombre de ses effectifs et par son rendement insuffisant.

Pour en assurer la survie, il est rapidement nécessaire de le rééquilibrer financièrement. A long terme, l'Avenir ne pourra pas maintenir un produit d'assurance déficitaire. Toutefois, seules des solutions du côté de l'assureur sont envisageables. L'analyse démontre que le potentiel d'économie du côté des prestataires de soins a été largement entamé. Il ne peut leur en être demandé davantage sans créer des conflits. En effet, les MPR ne peuvent pas empêcher l'augmentation des coûts. Aussi, deux possibilités sont offertes à l'Avenir. La première solution consiste simplement à augmenter les primes d'assurance. Cette solution n'est certainement pas la plus optimale. Actuellement, les assurés ne comparent les assureurs qu'en fonction du niveau de la prime. Ils ne se soucient guère des conditions particulières des assurances avec choix limité. Aussi, il est nécessaire d'avoir la prime la plus attractive. Or, dans le canton de Fribourg, quelques assureurs-maladie proposent des primes avec le libre choix du médecin plus attractives. Dans ces conditions, les assurés continueront de changer de caisse-maladie. La deuxième solution est de modifier le règlement d'assurance et de prélever la quote-part. L'Avenir encaisserait un montant supplémentaire que nous pouvons estimer à fr. 300'000.--.

Toutefois, l'équilibre financier ne peut à lui seul assurer la pérennité du Plan de santé. En effet, il est surtout nécessaire d'augmenter le nombre d'assurés affiliés au Plan de santé.

Seule une augmentation du nombre d'assurés est garant de la volonté des médecins de continuer à s'investir dans le Plan. Ces médecins jouent un rôle central dans le Plan de santé. Ils sont à la base des économies réalisées dans ce réseau de soins par rapport aux coûts de l'assurance traditionnelle. Depuis les modifications du 1^{er} juillet 2000, le titre de MPR au sein du Plan de santé demande un investissement du médecin nettement plus important qu'auparavant. Ils est donc clair que seuls les MPR ayant un nombre suffisant d'assurés affiliés au Plan de santé auront à moyen terme cette volonté et resteront membres du Plan de santé. Si les médecins quittent le Plan de santé, ce dernier meurt. Nous pouvons estimer le nombre minimum d'assurés par MPR à 40. Par rapport à un effectif actuellement d'environ 130, un minimum de 5'200 assurés est requis à moyen terme, soit 3'000 de plus qu'au 1^{er} janvier 2001.

Pour atteindre cet objectif, l'Avenir doit utiliser deux moyens importants. Premièrement, elle doit faire un effort de marketing pour promouvoir ce modèle d'assurance et en expliquer la philosophie. Il faut rendre les assurés attentifs au fait qu'ils ne sont pas lésés dans la qualité des soins et qu'ils contribuent aux efforts d'économie dans le domaine de la santé. D'autre part, l'Avenir doit rendre la prime extrêmement compétitive. Afin d'abaisser la prime d'environ fr. 20.--, elle pourrait utiliser les recettes supplémentaires qu'engendrerait la perception de la quote-part. A titre d'exemple, pour l'année 1999, la prime aurait été d'environ fr. 170.--, soit l'une des meilleures marchés du canton.

Une fois le nombre de 5200 assurés atteint, l'Avenir pourra s'attaquer à un objectif plus ambitieux : la création d'un réseau fermé de soins. Dans ce cadre, il lui sera plus aisé de mettre en place des outils facilitant le travail administratif des MPR. Nous pouvons imaginer la distribution d'une sorte de carte de santé à tous les assurés du Plan de santé, la mise en place d'un réseau informatique reliant l'ensemble des prestataires du réseau de soins entre eux ou encore l'instauration de contrat d'achat de prestations.

10 ANNEXES

- Annexe 1 : Frais selon le type de prestataire pour l'ensemble des assurés en 1998 et 1999
- Annexe 2 : Frais selon le type de prestataire pour l'ensemble des assurés en 1998 et 1999 ayant consulté
- Annexe 3 : Frais selon leur genre dans les cohortes d'assurés en 1998 et 1999
- Annexe 4 : Réponses des MPR au questionnaire
- Annexe 5 : Contrat séparé entre Avenir Assurances et Les médecins de premier recours, membres du réseau de soins du canton de Fribourg, représentés par la CIP de la SMCF
- Annexe 6 : Tarif médical du Plan de santé Avenir du canton de Fribourg
- Annexe 7 : Règlement d'assurance du Plan de santé canton de Fribourg

Annexe 1 : Frais selon le type de prestataire pour l'ensemble des assurés en 1998 et 1999

	Assurance obligatoire traditionnelle				Plan de santé				Moyenne cantonale	
	1998	1999	diff. en %	p-value	1998	1999	diff. en %	p-value	1998	1999
Effectif moyen	17528	14573			3020	2733				
Frais moyen par assuré	2744.50	3068.90	11.8	<0.001	1'433.05	1'761.15	22.9	0.04	1'904.37	1'978.44
Frais pris en charge par assuré	371.90	397.55	7.0	<0.001	210.80	230.66	9.4	<0.01		
Médecins	549.65	598.90	8.9	<0.001	448.40	466.70	4.0	0.31	472.67	489.57
Pharmacies	541.10	632.90	17.0	<0.001	316.35	374.75	18.5	<0.01	369.70	393.59
Laboratoires	69.25	75.40	8.9	0.44	55.40	61.95	11.8	0.21	55.03	63.90
Psychiatrie	136.30	127.60	-6.4	0.61	63.70	66.35	4.1	0.89		
Physiothérapeutes	46.15	55.20	19.6	<0.01	36.10	42.05	16.5	0.91	45.08	49.74
Soins à domicile	40.40	68.20	19.6	<0.001	7.90	12.30	16.5	0.48	20.62	26.15
Homes	390.60	436.45	11.7	0.73	28.70	23.00	-19.9	0.76	200.57	166.48
Hospitalisation	647.70	703.05	8.6	0.08	322.65	420.90	30.5	0.03	473.18	485.90
Soins ambulatoires hospitaliers	227.70	270.40	18.7	0.02	185.00	206.40	11.5	0.96	173.22	195.29
Autres prestataires	94.55	100.30	6.0	0.21	68.90	61.15	-11.2	0.52		
Compensation des risques	-457.55	-662.75	44.8		258.85	177.8	-31.3			

Annexe 2 : Frais selon le type de prestataire pour l'ensemble des assurés en 1998 et 1999 ayant consulté

	Assurance obligatoire traditionnelle				Plan de santé			
	1998	1999	diff. en %	p-value	1998	1999	diff. en %	p-value
Nombre d'assurés ayant consulté	15353	12527			2431	2242		
Frais moyen par assuré	3'133.30	3'570.10	13.9	< 0.001	1'904.45	2'147.80	12.85	0.07
Frais pris en charge par assuré	424.65	462.35	8.9	< 0.001	261.90	281.20	7.4	0.03
Médecins	696.35	775.00	11.3	< 0.001	630.70	635.10	0.7	0.85
Pharmacies	729.25	861.60	18.1	< 0.001	481.50	550.20	14.3	0.03
Laboratoires	228.15	233.60	2.4	0.83	199.85	212.25	6.2	0.44
Psychiatrie	3'786.95	3'380.60	-10.75	0.32	2'114.85	2'186.35	3.4	0.88
Physiothérapeute	658.50	712.60	8.2	0.11	615.70	611.25	-0.7	0.21
Soins à domicile	1'663.40	2'102.10	26.4	0.02	1'131.85	1'772.50	56.6	0.42
Homes	10'072.90	15'901.25	57.9	0.09	10'840.50	8'993.85	-17	0.73
Hospitalisation	4'814.55	5'470.85	13.6	< 0.001	3'504.90	4'052.10	15.6	0.62
Soins ambulatoires hospitaliers	673.35	818.10	21.5	0.017	733.15	708.10	-3.4	0.86

Annexe 3 : Frais selon leur genre dans les cohortes d'assurés en 1998 et 1999

	Cohorte Assurance traditionnelle				Cohorte Plan de santé			
	1998	1999	diff. en fr.	p-value	1998	1999	diff. en fr.	p-value
Médecins	505.20	507.80	2.60	0.88	411.80	385.90	-25.90	0.89
Médicaments	583.55	643.20	59.65	0.11	370.05	400.80	30.75	0.53
Analyses	196.00	232.10	36.10	0.025	188.60	183.30	-3.30	0.89
Radiologie	428.25	410.75	-17.50	0.68	327.60	410.75	83.15	0.62
Psychiatrie*	3'295.75	3'033.75	-262.00	0.62	2'128.45	2'122.80	-5.65	0.99
Physiothérapie	578.45	612.40	33.95	0.45	661.85	527.00	-134.85	0.33
Hospitalisation*	3222.00	3'841.90	619.90	0.007	1'941.50	2'730.25	788.75	0.002
Frais ambulatoires hospitaliers*	724.80	750.60	25.80	0.48	518.75	475.75	-43.00	0.56

Annexe 4 :**Réponses des MPR au questionnaire**

Age : moins de 45 ans : 8
 entre 45 et 60 ans : 40
 plus de 60 ans : 10
 inconnu : 1

Formation : généraliste : 10
 généraliste FMH : 23
 médecine interne : 19
 pédiatre : 1
 rhumatologue : 5
 inconnu : 1

Membre du Réseau de soins Avenir au 1^{er} juillet 2000: oui : 46
 non : 11
 inconnu : 2

1. Cochez 3 mots qui caractérisent l'Avenir Assurances par rapport aux autres assureurs :

efficace	: 12	dépensier	: 2	dépassé	: 4
intransigeant	: 8	flexible	: 11	innovateur	: 30
diligent	: 4	dynamique	: 10	amateur	: 9
incompétent	: 4	stimulant	: 7	compétent	: 14
économe	: 10	lent	: 2	identique	: 7
inadapté	: 1	en devenir	: 1		

2. Le Réseau de soins amène-t-il:

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	Sans réponse
un enrichissement personnel	36	6	11	1	5
une amélioration de la relation avec le patient	34	9	9	2	5
un surcroît de travail	9	10	21	13	5
une prise de conscience de la gestion des coûts	18	13	15	8	6
des complications administratives	6	5	19	22	7
autre					

3. Etes-vous satisfaits du Réseau de soins ?

Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	Sans réponse
11	20	16	7	5

4. Vos patients sont-ils globalement satisfaits du Réseau de soins ?

Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	Sans réponse
4	6	21	9	19

11 SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

11.1 ARCHIVES DE L'AVENIR ASSURANCES

Procès-verbaux de la Commission de gestion paritaire
Projets de contrat et de convention
Correspondance de l'Avenir
Courriers de la Société de médecine du canton de Fribourg
Documents éparses de l'Avenir

11.2 SOURCES INFORMATIQUES

Fichier des prestations du Groupe Mutuel, à Martigny
Fichier du sociétariat du Groupe Mutuel, à Martigny

11.3 SOURCES IMPRIMEES

Contrat séparé entre l'Avenir et les médecins de premier recours représentés par la CIP de la SMCF
Règlement d'assurance
Tarif médical du Plan de santé
Loi Fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994
Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995
Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 24 novembre 1995
Circulaire du Concordat des assureurs-maladie n°42/2000, 30 août 2000
Convention du 31 octobre 1997 entre d'une part, l'Hôpital Daler, la Clinique Garcia, la Clinique Ste-Anne et d'autre part, le Groupe Mutuel
Trend analyse interne au Groupe Mutuel sur l'évolution des coûts entre 1998 et 1999
Impact cercles qualité Fribourg 1999, Cercles qualité Fribourg, Fribourg, le 22 mars 2000

11.4 SOURCES ORALES

Entretien du 23 juin 2000 avec M. Yves Eggi, CHUV
Divers entretiens avec M. J-C Maillard, sous-directeur au Groupe Mutuel
Contact e-mail du 21 novembre 2000 avec M. David Buchard, Groupe Mutuel à Martigny

11.5 BIBLIOGRAPHIE

- BEGUIN Marie-Laure. *Les réseaux de santé*. Université de Neuchâtel, Faculté de droit et des sciences économiques, mémoire de licence non publié, 1999
- ETTER Jean-François. *L'évaluation des programmes et services de santé : aspects théoriques et illustration empirique par l'évaluation d'une organisation de type HMO*. Genève, Université de Genève, 1996.
- ETTER Jean-François, PERNEGER Thomas. *Evaluation HMO. « Plan de santé » Avenir-assurances. Centre de gestion de soins*. Université de Genève. Institut de médecine sociale et préventive, rapport N°7, 1995
- ETTER Jean-François, PERNEGER Thomas. *Evaluation HMO. « Plan de santé » Avenir-assurances. Centre de gestion de soins*. Université de Genève. Institut de médecine sociale et préventive, rapport N°8, 1995
- MARAZZI Alfio. *Introduction à la biostatistique*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, support de cours non publié, 1996
- NOVI Michel. *Pourcentages et tableaux statistiques*. Paris, PUF, 1998
- NYFFELER Richard. « Profession garde-barrière ! », in *Courrier médical fribourgeois* 2/95. 1995
- NYFFELER Richard. « Les réseaux de santé » in *Courrier médical fribourgeois* 1/96, 1996, pp 4 et sq.
- SPIEGEL Murray R. *Statistique, cours et problèmes*. Paris, Mc Graw-Hill, 1972