

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

Analyse du libre-passage entre assureurs instauré par la LAMal

Patrick Andenmatten
Février 2000

Directeur du mémoire : Prof. Alberto Holly
Expert : Jean-Marie Abbet

Je tiens tout particulièrement à remercier :

- M. Jean-Marie Abbet, expert, pour la mise à disposition des données ;
- M. Lucien Gardiol pour son aide et ses conseils dans le traitement statistique des données et l'interprétation des résultats.

AOS :	Assurance obligatoire des soins
AOS E :	Assurance obligatoire des soins, enfants
CAMS :	Concordat des assureurs-maladie suisses
LAMA :	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911
LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994
LCA :	Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908
OFAS :	Office fédéral des assurances sociales

Remerciements	ii
Liste des abréviations.....	iii
Table des matières	iv
Liste des tables et graphiques.....	v
1. Introduction	1
2. Caractéristiques du libre-passage sous les différents régimes légaux	3
2.1 Libre-passage sous la loi fédérale du 13 juin 1911 (LAMA)	3
2.1.1 Subsidés	3
2.1.2 Assurance facultative.....	4
2.1.3 Choix de la caisse.....	4
2.1.4 Stages et réserves	4
2.1.5 Primes	5
a) Sexe.....	5
b) Age effectif et âge d'entrée	6
c) Assurance collective	6
d) Région et autre type d'assurance.....	7
2.2 Libre-passage sous la loi fédérale du 18 octobre 1994 (LAMal)	7
2.2.1 Subsidés	7
2.2.2 Assurance obligatoire	8
2.2.3 Choix de la caisse.....	8
2.2.4 Stages et réserves	8
2.2.5 Primes	8
a) Prime uniforme entre hommes et femmes	9
b) Classe d'âge.....	9
c) Assurance collective	9
d) Région et autres types d'assurance	9
2.3 Développement des assureurs-maladie	11

3. Analyse empirique des caractéristiques des assurés profitant du libre-passage	13
3.1 Base de données.....	13
3.2 Description des variables.....	13
3.2.1 Variable dépendante.....	14
3.2.2 Variables explicatives	14
a) Sexe.....	14
b) Age	14
c) Couverture d'assurance	14
d) Prime mensuelle.....	15
e) Subside mensuel.....	15
f) Appartenance à une assurance complémentaire collective.....	16
g) Coût annualisé des prestations 1996, 1997, 1998.....	16
h) Provenance ou destination.....	16
3.3 Analyse et résultats	17
3.3.1 Statistique descriptive.....	17
a) Répartition selon le sexe	17
b) Répartition selon l'âge.....	18
c) Coûts.....	19
d) Répartition selon le taux de subside	22
e) Répartition selon le type d'assurance	23
f) Destination et provenance.....	24
3.3.2 Régression.....	25
a) Régression logit des assurés partants	26
b) Régression logit des assurés arrivants	30
3.4 Autres éléments d'analyse : raisons d'affiliation ou de départ.....	32
a) Enquête GFs – Forschungsintitut	32
b) Enquête d'un important assureur suisse	33
4. Conclusion	34
Annexes	36
Bibliographie	37

Tables :

1. Principales différences entre LAMA et LAMal du point de vue du libre-passage entre assureurs	10
2. Répartition selon le sexe	17
3. Coût moyen 1998 par catégorie d'assurés	20
4. Répartition en fonction du subsidé	23
5. Estimation des coefficients des variables explicatives pour les assurés partants	26
6. Estimation des coefficients des variables explicatives pour les assurés arrivants	30

Graphiques :

1. Evolution du nombre de caisses-maladie en Suisse.....	11
2. Répartition par classes d'âge	18
3. Densité de coût 1998 (sans décès et nouveau-nés).....	20
4. Densité de coûts 1998 : fixes, décès et nouveau-nés.....	21
5. Densité de coût 1998 des assurés fixes par classe d'âge	22
6. Répartition par type d'assurances.....	24
7. Répartition par caisse de destination ou de provenance	25
8. Ecart de primes 1998 entre assureurs par canton	28
9. Raisons d'affiliation auprès de la caisse actuelle.....	32
10. Raisons de départ de la caisse	33

1. Introduction

La crise de financement des systèmes de santé apparue dans les pays européens dès les années 80 a contraint la plupart des nations à se lancer dans des programmes de réforme. La Suisse n'a pas échappé à ce phénomène et s'est dotée d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

La LAMal est ainsi entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996. Un des principaux objectifs de ce nouveau texte législatif est d'instaurer une concurrence entre les divers acteurs de la santé et de parvenir à une meilleure maîtrise des coûts. Ces mécanismes de mise en compétition s'appliquent non seulement aux fournisseurs de soins, mais également aux assureurs-maladie.

Une des nouveautés essentielles de la loi est l'obligation d'assurance pour l'ensemble de la population. Chaque individu peut cependant choisir librement sa caisse-maladie parmi les assureurs présents sur le marché. Cela oblige les compagnies d'assurance à se montrer plus efficaces et à utiliser au mieux leurs ressources afin de pouvoir offrir des primes avantageuses et attirer de nouveaux assurés. Pour y parvenir, les assureurs sont contraints de faire pression sur les tarifs et de procéder à un contrôle rigoureux des prestations tout en diminuant leurs charges administratives.

Chaque année, plusieurs milliers de personnes changent d'assureur pour profiter de primes plus favorables. Elles font ainsi jouer entre les caisses la concurrence souhaitée par la nouvelle loi. Selon les estimations du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), en 1998, près de 10% des assurés ont profité du libre-passage instauré par la LAMal et ont changé de caisse-maladie.

Le présent travail a pour objectif d'identifier ce phénomène de changement d'assureur. Le premier chapitre retrace brièvement l'évolution du système d'assurance-maladie en Suisse et présente quelques caractéristiques, spécifiques au libre-passage, des divers régimes légaux qui se sont succédés en Suisse.

Dans une seconde partie, une étude empirique, basée sur les données de cinq assureurs-maladie regroupant plus de 240'000 assurés dans toute la Suisse, a pour ambition de déterminer les caractéristiques des assurés qui ont changé de caisse. L'analyse descriptive des données et une

étude de régression doivent permettre d'établir le profil de ces individus et déterminer le lien qui existe entre le changement d'assurance et différentes variables relatives à ces assurés.

Enfin, la dernière partie du travail expose les résultats de deux enquêtes réalisées par sondage téléphonique auprès des assurés pour connaître la raison de leur affiliation à leur caisse actuelle ou la cause de leur départ vers une nouvelle caisse.

2. Caractéristiques du libre-passage sous les différents régimes légaux

C'est à la fin du XIV^{ème} siècle que les premières bases d'une assurance sociale sont jetées en Europe. C'est le Chancelier Otto von Bismark qui fonde en 1883 l'assurance-maladie afin de régler les conflits sociaux qui ont éclaté dans l'empire allemand. Ce modèle servira de base à de nombreux systèmes de sécurité sociale dans le monde entier.

En Suisse, c'est en 1890 que le peuple et les cantons acceptent en votation l'article 34bis de la Constitution fédérale qui charge la Confédération de régler, par voie législative, l'assurance sociale en cas d'accident et de maladie. Il est prévu que la loi puisse déclarer obligatoire l'affiliation à cette assurance.

2.1 Libre-passage sous la loi fédérale du 13 juin 1911 (LAMA)

Il faudra pourtant attendre 1912, après une première tentative avortée en 1900, pour voir le texte de loi régissant l'assurance-maladie adoptée en votation populaire : la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA). Son entrée en vigueur s'est faite de manière graduelle entre 1912 et 1914.

A l'exception de quelques adaptations mineures relatives aux subsides alloués par l'Etat aux caisses et d'une révision partielle effectuée en 1965 afin d'améliorer les prestations minimales, la loi de 1911 a résisté à plusieurs tentatives de révision générale. Par deux fois, en 1974 et en 1987, des projets de réforme ont été rejetés en votation populaire.

Dans le cadre de l'analyse du libre-passage entre les assureurs, il est important de mettre en évidence quelques particularités de cette loi.

2.1.1 Subside

La LAMA du 13 juin 1911 se caractérise par le fait que les caisses-maladie, autonomes, pouvaient obtenir des subsides de la part de la Confédération si elles respectaient un certain nombre de critères. Elles avaient notamment le devoir d'accepter les assurés, de maintenir l'écart maximal entre les primes des femmes et des hommes à 10% et de limiter les réserves imposées aux nouveaux assurés à 5 ans (voir 2.1.4). Seul le respect de ces exigences minimales leur donnait droit à des

subventions. Celles-ci étaient considérées comme une compensation aux obligations imposées par la loi fédérale. Il ne s'agissait donc pas de venir directement en aide aux personnes de condition modeste, mais à veiller au bon fonctionnement du système.

Le montant total des subsides accordés était régulièrement adapté. En 1976 pourtant, l'évolution à la hausse des subsides a été freinée afin d'équilibrer les finances fédérales. Le montant des subventions attribuées a alors été plafonné. Cette mesure ne s'est assouplie qu'en 1990, date à laquelle un arrêté fédéral a permis d'augmenter les subventions, mais cela pour une durée limitée.

2.1.2 Assurance facultative

Sous le régime de la LAMA, l'assurance-maladie était facultative sur le plan fédéral. Les cantons pouvaient cependant rendre obligatoire l'affiliation sur leur territoire. Ce fut notamment le cas des cantons de Fribourg, Neuchâtel, Tessin et Bâle-Ville qui instaurèrent l'obligation de l'assurance. Ailleurs, elle pouvait être obligatoire pour certaines catégories d'individus comme par exemple les personnes à revenu modeste. Malgré son caractère facultatif, plus de la moitié de la population suisse était pourtant assurée en 1950, 96% en 1980 et pratiquement l'ensemble de la population l'était en 1990.

2.1.3 Choix de la caisse

Les personnes qui souhaitent s'assurer pouvaient choisir librement leur caisse. Des restrictions pouvaient toutefois apparaître si un contrat de travail prévoyait de s'affilier à une assurance collective d'une entreprise ou à une caisse d'entreprise.

Bien que le libre-choix était théoriquement garanti, le système comportait des travers contraignants pour certaines catégories de personnes lors du choix de leur caisse. Ces biais étaient de plusieurs ordres, mais un des éléments les plus importants était sans doute l'état de santé de l'assuré lors de son affiliation.

2.1.4 Stages et réserves

Les caisses étaient en droit d'imposer un stage à leurs nouveaux adhérents. Il s'agit d'une période pendant laquelle l'assuré n'a droit à aucune prestation, bien que celui-ci paie des primes. Ce principe était destiné à prévenir les abus, par exemple que certaines personnes ne contractent une couverture d'assurance juste avant de devoir se faire prodiguer des soins (de manière programmée). Le stage ne pouvait cependant pas excéder trois mois.

Ce système s'applique aujourd'hui encore, mais uniquement dans le domaine des assurances complémentaires qui est régi par une base légale distincte. Ainsi, par exemple, de nombreux assureurs ne couvrent pas les frais complémentaires relatifs à la maternité durant la première année d'affiliation.

D'autre part, sous le régime de la LAMA, les caisses étaient autorisées à grever d'une réserve la couverture d'assurance d'un individu en mauvaise santé. Certaines maladies existant au moment de l'adhésion ou des maladies antérieures susceptibles de réapparaître étaient ainsi exclues de la couverture d'assurance. Une durée maximale de cinq ans était autorisée pour ce principe. De même que le stage, le système de réserve s'applique toujours à ce jour dans le cadre des assurances complémentaires.

Le libre-choix de l'assurance doit donc être relativisé. En effet, seules les personnes en bonne santé pouvaient effectivement choisir une nouvelle caisse tandis que les autres étaient contraints de rester affiliées auprès de leur ancien assureur pour ne pas subir une diminution de couverture d'assurance.

Or, à cette limite d'ordre médical s'ajoutait encore une barrière économique.

2.1.5 Primes

Le principe de calcul des primes était tel qu'il constituait un frein supplémentaire au changement d'assureur. Le niveau de la prime pouvait varier selon plusieurs critères, en particulier par rapport au sexe de l'assuré, à son âge effectif, son âge d'entrée dans la caisse ou son éventuelle appartenance à un collectif de risque particulier (assurance collective).

a) Sexe

Les primes différaient entre fonction du sexe. Puisque les femmes occasionnent davantage de frais, leurs cotisations étaient supérieures à celles des hommes. Cette différence de primes au détriment des femmes était cependant limitée. Un écart maximal de 10% était autorisé par la loi, bien que dans certaines caisses, selon la structure du portefeuille d'assurés, la différence de coûts entre hommes et femmes était parfois nettement supérieure. C'est pourquoi, pour répondre entre autres à cette contrainte légale, des subventions étaient accordées aux caisses et leur permettaient de couvrir partiellement ces coûts supplémentaires.

b) Age effectif et âge d'entrée

L'âge de l'assuré influençait également le niveau de la prime. En effet, le risque de maladie augmentant avec l'âge, les primes évoluaient dans le même sens. Les personnes âgées payaient ainsi leur couverture d'assurance plus chère que les jeunes.

En outre, puisque tout nouvel assuré qui adhéra à la caisse constituait un risque supplémentaire et que ce risque augmentait avec l'âge, les tarifs étaient également échelonnés en fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance. Cela signifiait qu'une personne entrant dans la caisse à 20 ans payait ses primes selon l'échelle correspondant à cet âge. Un assuré n'adhérant qu'à 30 ans payait des primes d'une classe nettement supérieure. Par conséquent, la personne de 20 ans, une fois arrivée à 30 ans, payait sensiblement moins que l'individu du même âge qui venait de s'affilier en raison d'une adhésion plus ancienne.

Le principe d'âge d'entrée s'appliquait aussi lorsqu'un assuré passait d'une caisse à l'autre. En effet, l'âge qu'il avait lors de son affiliation dans la caisse précédente, n'était pas pris en compte. Ce qui impliquait qu'une personne qui changeait d'assureur au-delà d'un certain âge subissait une importante augmentation de prime. De ce fait, il n'était pratiquement plus possible de changer de caisse à partir d'un certain âge, certains assureurs fixant même dans leurs statuts un âge maximal d'entrée. Ce système était donc en défaveur des personnes âgées. Cela explique le fait que malgré que l'assurance fût facultative, la plupart des personnes étaient couvertes, car il était bien plus avantageux de s'affilier dès son plus jeune âge. A cela s'ajoutait encore que des rabais pouvaient être accordés aux enfants; les assureurs avaient même la possibilité d'exempter de prime le troisième enfant ainsi que les suivants.

c) Assurance collective

La loi autorisait les caisses à conclure des assurances collectives pour des groupes de personnes ou groupe de risque particulier. Il s'agissait d'une sorte de caisse dans la caisse qui permettait d'offrir des primes plus avantageuses. C'était le cas pour les employés d'une entreprise par exemple. Ce système est appliqué aujourd'hui encore par les assureurs dans le domaine des assurances complémentaires.

d) Région et type d'assurance

Enfin, les primes pouvaient varier en fonction des régions géographiques ainsi que du type d'assurance choisi. Le choix d'une franchise annuelle supérieure à Fr. 150.— permettait d'obtenir un rabais sur la prime qui s'élevait au maximum entre 12% et 35% par type d'assurance en fonction du montant choisi.

La marge de manœuvre des caisses était importante au niveau de la fixation des primes. Ce système entraînait des inégalités entre les assurés et défavorisait les individus en mauvaise santé, les personnes âgées et les femmes pour lesquels un changement d'assurance était pratiquement exclu. Ce système restreignait, de fait, le libre-passage des assurés entre les différentes caisses.

C'est pourquoi, un accent tout particulier a été mis sur ces aspects lors de la révision de la loi dont un des objectifs était d'éliminer les défauts du système en vigueur.

2.2 Libre-passage sous la loi fédérale du 18 octobre 1994 (LAMal)

Consécutivement au scrutin populaire de 1987 lors duquel le peuple a rejeté le projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a décidé de revoir les fondements de cette assurance. Les travaux préparatoires ont finalement abouti à un projet de loi qui a été accepté en votation populaire en 1994 et qui est entré en vigueur au 1^{er} janvier 1996 : la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

Cette loi est soumise au droit des assurances sociales et son principe fondamental est celui de la solidarité. Elle garantit l'accès à des soins de haute qualité et un large éventail de prestations à tous les assurés. Les particularités de la LAMA, mises en évidence au chapitre précédent, ont fait l'objet de modifications majeures.

2.2.1 Subsidés

Les subsides que versent les pouvoirs publics ne servent donc plus, comme auparavant à compenser financièrement les charges que la loi impose aux caisses, mais elle sont octroyées en fonction de la situation financière de chaque assuré. Le subventionnement est ciblé sur les personnes à revenu modeste et leur permet de réduire leur primes.

A la subvention de la Confédération s'ajoute celle des cantons auxquels il incombe de procéder à la réduction individuelle des primes. Ce sont ces derniers qui déterminent le montant-limite de revenu qui donne droit à une réduction de primes. Ce système correspond aux principes fédéralistes de notre pays et permet à chaque canton de définir librement la méthode qu'ils souhaitent appliquer.

2.2.2 Assurance obligatoire

Contrairement au régime en vigueur antérieurement, l'assurance devient obligatoire pour toute la population. L'obligation n'est pas une fin en soi, mais un instrument permettant d'atteindre l'objectif de solidarité, entre jeunes et vieux, malades et personnes en bonne santé, visé par la nouvelle législation. Toutes les personnes domiciliées en Suisse sont tenues de s'assurer. Les mineurs doivent être assurés par leurs représentant légal. Les personnes soumises à cette obligation ont un délai de trois mois pour s'assurer auprès d'un assureur reconnu et l'assurance déploie ses effets rétroactivement à partir de la prise de domicile. La fin de l'obligation prend effet lorsque l'assuré quitte définitivement la Suisse ou suite à son décès.

2.2.3 Choix de la caisse

Les individus peuvent choisir librement de s'assurer auprès d'un des assureurs reconnus par la loi. En cas d'affiliation d'office, cette possibilité est cependant supprimée. Vu le caractère obligatoire de l'assurance, les assureurs ont l'obligation d'accepter n'importe quelle personne soumise à la LAMal. L'assuré ne peut donc pas se voir opposer un âge d'entrée maximum ou la nécessité d'appartenir à une profession ou entreprise particulière. Ainsi, toutes les caisses d'entreprises sont devenues aujourd'hui des caisses ouvertes à l'ensemble de la population, condition indispensable pour obtenir l'autorisation de pratiquer l'assurance sociale.

2.2.4 Stages et réserves

La loi actuelle n'autorise plus les assureurs à imposer des périodes de stage ou des réserves pour certaines affections. Par conséquent, tout assuré peut changer d'assureur-maladie sans qu'on puisse lui imposer des restrictions de couverture.

2.2.5 Primes

La plupart des critères sur lesquels se fondait les différenciations de prime ont été supprimés par la nouvelle loi.

a) Prime uniforme entre hommes et femmes

Les assureurs ont actuellement l'obligation de fixer des primes uniformes pour tous les adultes d'une même région. Les primes sont donc identiques au sein de la caisse sans aucune distinction de sexe. Les hommes et les femmes paient ainsi une prime égale.

b) Classe d'âge

Les primes variant en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse ont également été supprimées dans la nouvelle loi, de même que les primes augmentant d'année en année en fonction de l'âge effectif. Une distinction a toutefois été maintenue entre les adultes et les enfants jusqu'à 18 ans. Ceux-ci paient des primes réduites. Les jeunes en formation de 19 à 25 ans font également l'objet de conditions particulières.

En revanche, l'exemption de cotisation dès le 3^{ème} enfant dont pouvait bénéficier auparavant les familles, a été supprimée pour étendre le principe de solidarité toute la population.

c) Assurance collective

De même, les primes spéciales pour les contrats collectifs ne sont plus permises. Les assurés précédemment au bénéfice d'une assurance collective paient aujourd'hui les mêmes primes que les autres assurés. De fait, l'assurance collective n'existe plus dans le régime de l'assurance obligatoire des soins.

d) Région et autres types d'assurance

En revanche, la différenciation de primes par canton a été maintenue pour tenir compte des variations de coût dans les différentes zones géographiques. De plus, à l'intérieur de chaque canton les assureurs ont la possibilité de délimiter 3 zones tarifaires particulières.

Enfin, le choix d'une assurance alternative (franchise à option, réseau de soin, etc.) permet toujours de bénéficier de primes plus avantageuses.

Le tableau ci-après résume de manière synthétique les différences majeures entre la LAMA et la LAMal relatives à l'affiliation des assurés et du libre-passage entre les assureurs-maladie.

	LAMA	LAMal
Subvention	Générale à la caisse	Ciblée à l'assuré
Affiliation	Facultative	Obligatoire
Libre-choix de l'assurance	Oui	Oui
Stage / réserve	Oui (maximum 3 mois / 5 ans)	Non
Prime (par région)	Selon sexe, âge effectif, âge d'entrée	Unique
Rabais de prime	Enfants	Enfants, jeunes en formation
Exonération de prime	Dès 3 ^{ème} enfant	Non
Formes particulières d'assurance	Oui	Oui
Assurance collective	Oui	Non

	↓	↓
Libre-passage	Partiel	Intégral

Table 1 : Principales différences entre LAMA et LAMal du point de vue du libre-passage entre assureurs.

La mise en parallèle des caractéristiques des différents systèmes permet d'affirmer que, malgré le choix de l'assurance accordé par les deux régimes législatifs, le libre-passage n'est effectif que sous le régime de la LAMal.

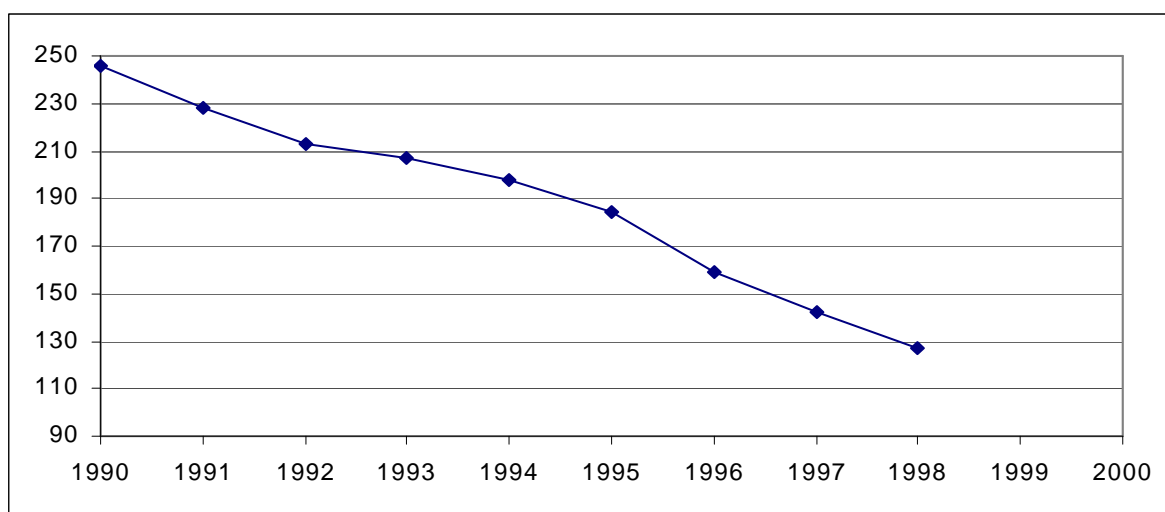
Ce libre-passage intégral garantit la solidarité entre malade et bien-portants. La réduction des primes par les subsides accordés aux personnes de condition modeste établit la solidarité entre « riches » et « pauvres ». La véritable solidarité entre les différentes catégories de population s'exprime également par la solidarité entre les assureurs par le biais de la compensation des risques. Cela signifie que les assureurs dont l'effectif d'assurés représente un risque moindre doivent contribuer à supporter la charge de ceux qui ont une structure de risques plus coûteuse, en particulier parce qu'ils assurent davantage de femmes et de personnes âgées. Le but de ce mécanisme est de réduire, entre

assureurs, les écarts de primes qui sont dues essentiellement à des disparités de structure de risque. Etant donné que ces disparités ne peuvent être résorbées immédiatement malgré l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, l'application de la compensation des risques a été prévue pour une durée de 10 ans.

2.3 Développement des assureurs-maladie

Bien avant l'intervention de l'Etat dans le domaine de l'assurance-maladie, des institutions privées s'étaient constituées pour venir en aide aux personnes malades et couvrir les frais de traitement. C'est au début du XIXème siècle que furent créés en Suisse, sous forme d'associations mutuelles, les premières caisses-maladie. L'activité de ces organisations se limitait cependant à un territoire réduit, à une région ou même à une entreprise seule. Or, lorsque les membres changeaient d'entreprise ou de région, ils étaient tenus de trouver une autre possibilité d'assurance. C'est pourquoi, par la suite les caisses élargirent leur rayon d'activité et se regroupèrent en fédération.

Le nombre de caisses-maladie, en constante augmentation durant la première moitié de ce siècle, a fortement diminué à partir de 1945. Cette tendance à la baisse s'est maintenue ces dernières décennies.



Graphique 1 : Evolution du nombre de caisses-maladie en Suisse.

Source : Statistique de l'assurance-maladie 1997, OFAS.

Alors qu'en 1980, le pays comptait 555 caisses, elles n'étaient plus que 246 dix ans plus tard. L'entrée en vigueur de la nouvelle loi n'a fait qu'accentuer cette évolution par l'obligation qui est faite à aux assureurs de devenir des « caisses ouvertes » et d'accepter tout nouvel assuré, ainsi que de devoir proposer également l'assurance facultative d'indemnité journalière. De ce fait, en 1996 lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, le nombre de caisses reconnues a diminué de 13.6%, puis de 10.7% l'année suivante.

Cette tendance s'explique principalement par la disparition de caisses de faible importance comportant moins de 1000 membres. Il est à prévoir que la concurrence entre assureurs, souhaitée par la LAMal, entraînera encore d'autres fusions. Avec près d'une centaine d'assureurs à ce jour, l'offre reste cependant suffisamment importante pour permettre aux assurés de procéder au libre-choix de leur caisse et de jouer un rôle important dans le mécanisme de concurrence.

3. Analyse empirique des caractéristiques des assurés profitant du libre-passage

A intervalle régulier, la presse se fait l'écho de ce phénomène de transfert des assurés entre les assureurs-maladie du pays. Or, peu d'études ont été publiées à ce jour, faute de données précises. La présente analyse empirique souhaite apporter un éclairage sur ce point et déterminer plus précisément quels sont les assurés qui ont choisi de changer de caisse.

Il s'agit ainsi de comparer pour l'année 1998 les caractéristiques des personnes qui restent affiliées auprès de leur caisse avec celles qui ont procédé à un transfert et de mettre en évidence les critères qui peuvent expliquer un tel choix.

3.1 Base de données

Les données proviennent de cinq assureurs-maladie actifs sur l'ensemble du territoire suisse. Regroupés au sein d'une même association afin de mieux gérer leurs tâches administratives, ils comptabilisent à ce jour plus de 300'000 assurés répartis dans l'ensemble du pays.

L'extraction de la base de données concerne l'année 1998 et la sélection porte sur toutes les personnes assurées à un moment donné au cours de l'année en question auprès de l'un de ces assureurs (assurance obligatoire des soins). Les assurés n'ayant qu'une assurance complémentaire ne sont pas pris en compte. L'échantillon ainsi obtenu porte sur 244'642 personnes. Certaines analyses se rapportent cependant à des sous-échantillons lorsqu'une sélection plus fine est nécessaire.

3.2 Description des variables

Les données recueillies sont de plusieurs ordres. Elles contiennent des variables démographiques, tels l'âge ou le sexe des assurés et des éléments économiques comme les montants mensuels de la prime d'assurance, du subside accordé ou encore le coût annuel des prestations par assuré. La base de données contient aussi des critères plus spécifiques tels que le type d'assurance conclu, le niveau de franchise ainsi que l'appartenance éventuelle de l'individu à un contrat collectif en ce qui concerne ses assurances complémentaires. Enfin, la base de données permet de déterminer la provenance ou la destination des assurés lors de mutations.

3.2.1 Variable dépendante

La variable dépendante que l'on souhaite expliquer est le changement d'assurance des individus au cours de l'année 1998. Pour ce faire, on distingue trois types d'assurés :

- ceux qui arrivent nouvellement dans la caisse (ci-après les arrivants);
- ceux qui étaient déjà assurés précédemment et qui restent affiliés auprès de la même caisse (ci-après les fixes);
- ceux qui quittent la caisse durant l'exercice en cours (ci-après les partants).

Pour certaines analyses, les nouveaux assurés et les démissionnaires ont été regroupés en une seule catégorie pour pouvoir comparer le groupe de personnes avec un transfert de caisse aux personnes qui sont restées affiliées auprès de la même institution.

3.2.2 Variables explicatives

a) Sexe

Au vu des coûts sensiblement différents qu'engendrent les hommes et les femmes, le critère du sexe est une caractéristique importante dans le domaine de la santé. Cette variable est également d'un intérêt particulier en terme d'analyse du changement d'assureur-maladie du fait que la LAMal a volontairement instauré une prime identique entre hommes et femmes.

b) Age

L'âge des assurés est calculé en fonction de leur année de naissance. Il correspond à l'âge en 1998. Dans l'échantillon considéré, cette variable varie de 0 à 104 ans.

c) Couverture d'assurance

Le niveau d'assurance correspond aux différentes formes d'assurances définies par la LAMal. On distingue quatre catégories d'assurances :

- assurance avec franchise ordinaire (adultes : Fr. 230.--; enfants : Fr. 0.--).
- assurance avec franchise à option (adultes : Fr. 400.--, Fr. 600.--, Fr. 1'200.--, Fr. 1'500.--; enfants : Fr. 150.--, Fr. 300.--, Fr. 375.--). En contrepartie d'une franchise plus élevée l'assureur peut accorder une réduction de prime.

- assurance avec choix limité du fournisseurs de prestations (médecin de premier recours, réseau de soins). En contrepartie d'une réduction du choix des prestataires de soins, l'assureur peut accorder une diminution de prime. Cette assurance peut être offerte avec tous les niveaux de franchise mentionnés ci-avant (adultes : Fr. 230.--, Fr. 400.--, Fr. 600.--, Fr. 1'200.--, Fr. 1'500.--; enfants : Fr. 0.--, Fr. 150.--, Fr. 300.--, Fr. 375.--).
- assurance avec bonus : elle suit le même principe que le système développé dans le domaine des assurances privées (ex. assurance voiture). L'assureur peut offrir des primes plus avantageuses aux assurés lorsque ceux-ci n'ont bénéficié d'aucune prestation pendant une année. Ce type d'assurance peut uniquement être proposé avec une franchise ordinaire (adultes : Fr. 230.--, enfants : Fr. 0.--).

Cette variable peut donc prendre comme valeur tous les types d'assurances évoqués ci-dessus avec les franchises correspondantes. La couverture d'assurance 1998 retenue pour chaque personne correspond à la dernière connue auprès des assureurs dont proviennent les données. En effet, le type d'assurance détenu auprès de l'ancienne caisse ou respectivement de la future caisse est une information qui n'est pas connue.

d) Prime mensuelle

La prime mensuelle constitue la première source de dépense des assuré pour financer leurs prestations de soins. Il s'agit d'une variable essentielle dans le système concurrentiel voulu par le législateur. En effet, pour des prestations identiques et définies de manière exhaustive dans par la loi, le niveau des primes varient d'un assureur à l'autre. Les primes prises en compte dans l'analyse sont les primes mensuelles brutes avant déduction d'un éventuel subside.

e) Subside mensuel

Une aide financière éventuelle de la part de la part du canton de domicile peut avoir une influence non négligeable sur le comportement des assurés. Cette variable indique le montant du subside mensuel obtenu par l'assuré en vue d'une réduction de sa prime d'assurance-maladie. Le pourcentage du subside varie en principe en fonction du revenu déclaré des assurés. Il s'étend de 0% pour les assurés n'ayant pas droit à une aide jusqu'à 100% pour les personnes dont la prime est entièrement prise en charge par des subventions.

f) Appartenance à une assurance complémentaire collective

Il s'agit d'une variable qui n'est pas directement liée à l'assurance obligatoire des soins, mais aux éventuelles assurances complémentaires contractées par les individus. Cette variable indique si l'assuré est affilié ou non auprès de son assureur par un contrat collectif. Elle permet de voir dans quelle mesure l'affiliation à un contrat collectif, généralement financée en partie par l'employeur, influence la décision d'un changement de caisse.

g) Coût annualisé des prestations 1996, 1997, 1998

Le coût des prestations par assuré apporte une information sur son état de santé. En effet, en absence de plus d'informations, il est possible de déduire que les personnes qui ont bénéficié de nombreuses prestations de leur assurance-maladie sont en moins bonne santé que celles qui n'ont pas occasionné de coûts à leur caisse.

Les coûts pris en compte représentent les montants bruts des prestations couvertes par la LAMal avant déduction de la participation de l'assuré (franchise, quote-part, contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Pour les individus qui n'étaient pas assurés durant toute l'année, les coûts ont été annualisés et extrapolés sur 12 mois, afin d'obtenir des données qui soient comparables entre elles. D'autre part, les coûts 1996 et 1997 des personnes nouvellement affiliées en 1998 ne sont pas connus. Il en va de même pour un certain nombre d'assurés fixes ou démissionnaires en 1998 qui n'étaient pas présents durant une des périodes précédentes. Par conséquent, pour permettre une comparaison fiable des données de ces assurés sur les différentes années, les coûts moyens annuels utilisés pour les analyses ont été calculés au pro rata du nombre de mois effectivement passés dans la caisse lors de chaque exercice.

h) Provenance ou destination

Cette variable indique respectivement la provenance ou la destination des assurés nouvellement affiliés ou en partance. Cette information n'est malheureusement pas toujours disponible. En effet, pour un certain nombre de personnes la caisse antérieure ou future n'est pas connue. Dans d'autres cas, les individus n'étaient pas ou ne sont plus soumis à l'obligation d'assurance notamment en cas de provenance ou de départ à l'étranger. Enfin, pour les nouveau-nés assurés dès leur naissance et les personnes décédées au cours de l'année 1998, aucune mention n'est évidemment faite d'une autre caisse. Au total, les transferts d'assurés sont intervenus entre de 62 assureurs différents.

3.3 Analyse et résultats

L'étude de ces données porte sur plusieurs points. Dans un premier temps, une analyse descriptive propose d'étudier la répartition des assurés dans les différents groupes comparés (fixes, arrivants, partants) en fonction des différentes variables. Il s'agit essentiellement de fréquence relative de distribution. Pour l'analyse des coûts des différents groupes, des fonctions de densité ont été utilisées. Dans une seconde phase, le niveau de signification des différentes variables a été estimé au moyen d'un modèle économétrique logistique (LOGIT).

3.3.1 Statistique descriptive

L'échantillon comporte un effectif de 244'642 personnes. Parmi celles-ci, 178'059 sont restées dans leur caisse en 1998 (fixes) tandis que 66'583 ont procédé à un changement d'assureur. Ce chiffre se décompose en 52'305 arrivants (dont 2'981 nouveau-nés) et 14'278 personnes en partance (dont 1'179 décès). La présente partie étudie principalement la répartition des variables explicatives dans les différents groupes.

a) Répartition selon le sexe

L'analyse de cette variable montre que la répartition entre homme et femmes dans les deux groupes est relativement semblable, les hommes étant légèrement plus nombreux.

	Homme	Femme
Fixe	52.54%	47.46%
Mutation	51.51%	48.49%

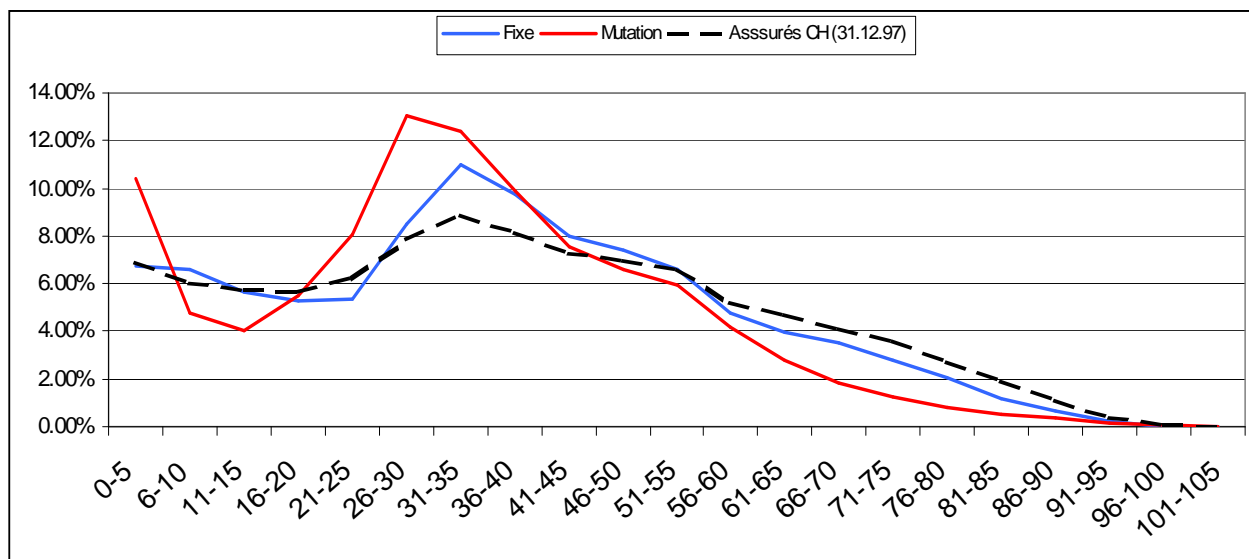
Table 2 : Répartition selon le sexe.

Une différence de répartition apparaît cependant si l'on distingue entre le groupe « arrivants » et « partants ». Tandis que les hommes et les femmes sont représentés de manière égale dans la première catégorie citée (respectivement 50.47% et 49.53%), un léger déséquilibre existe pour les personnes qui ont quitté leur caisse. Les hommes (55.30%) sont en effet plus nombreux à avoir démissionné que les femmes (44.7%).

b) Répartition selon l'âge

Les assurés fixes de l'échantillon ont un âge moyen de 36.9 ans. Celui-ci est plus élevé que l'âge moyen des personnes en partance et des nouveaux adhérents qui sont respectivement de 33.0 et 32.8 ans. Il est cependant nécessaire d'analyser la fréquence de distribution des assurés par classe d'âge pour pouvoir en tirer des conclusions plus précises.

De manière générale les courbes de distribution des personnes fixes et celles des assurés ayant changé de caisse ont une allure similaire. Dans les deux catégories, elles sont relativement nombreuses dans les classes d'âges très jeunes, ce qui est dû principalement à l'affiliation qui est obligatoire dès la naissance. Les enfants (6 à 15 ans) sont légèrement moins nombreux tandis que la proportion de jeune est à nouveau plus élevée. Les classes d'âges les plus représentées se situent entre 26 et 35 ans. Finalement, dès 36 ans la proportion d'assurés diminue progressivement jusqu'à l'âge maximum.



Graphique 2 : Répartition par classes d'âge.

Source : Statistique de l'assurance-maladie 1997, OFAS (Assurés CH au 31.12.1997).

En comparant plus précisément les deux catégories de personnes, on constate que la proportion d'enfants de 0 à 5 ans est plus importante parmi les « mutations ». Cela provient du fait que les nouveau-nés, qui sont nouvellement assurés auprès de la caisse, sont considérés comme des cas qui ont changé d'assureur.

Quant aux enfants de 6 à 15 ans, ils ont plus tendance à rester affiliés auprès du même assureur alors que dès 16 ans et jusqu'à 40 ans, la proportion de personnes est plus importante parmi celles qui changent de caisse. Dès 41 ans, la tendance s'inverse et les assurés changent d'assureur dans des proportions moins importantes.

Cette tendance vaut aussi bien pour les personnes en partance que les nouveaux arrivants. En effet, il n'y a pas de variation significative entre ces deux sous-groupes.

Une analyse plus approfondie de la courbe de « mutation » montre que près de la moitié (48.8%) des personnes qui ont décidé de changer de caisse, ont entre 16 et 40 ans. Plus d'un quart (27%) ont entre 41 et 65 ans, tandis que seulement 19.2% sont dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans. Quant aux personnes de plus de 65 ans, elles ne représentent que 5% des mutations. Il s'avère donc bien que ce sont avant tout les jeunes et les adultes jusqu'à 40 ans qui changent d'assureur alors que par la suite la propension au changement diminue en fonction de l'âge.

c) Coûts

De manière générale, l'évolution du coût moyen de 1996 à 1998 est à la hausse dans toutes les catégories. Pour les assurés fixes, celui-ci passe de Fr. 1'516.--, à Fr. 1'583.— puis à Fr. 1'701.--. Le coût moyen des partants passe de Fr. 1'869.--, à Fr. 2'259.— puis à Fr. 2'838.--. Quant aux arrivants, seul leur coût moyen de 1998 est connu et se situe à Fr. 1'371.--.

Des écarts importants existent entre les différents groupes d'assurés. Alors que les nouveaux assurés ont un coût moyen plus bas, les assurés en partance coûtent sensiblement plus cher. Ces chiffres sont cependant trompeurs et doivent être relativisés. En effet, ils comprennent les nouveau-nés ainsi que les personnes décédées qui occasionnent à l'évidence des frais supérieurs, parfois même exorbitants. D'autre part, le fait d'avoir annualisé les coûts (également pour les personnes nées ou décédées en cours d'année) afin de pouvoir comparer valablement les différents groupes, accentue encore cet écart.

Ainsi, sans tenir compte de ces cas particuliers, on obtient pour 1998, un coût moyen de Fr. 1'319.— pour les arrivants et de Fr. 1'029.— pour les partants. En effet, les nouveau-nés et les morts ont à eux seuls, des coûts annuels moyens de respectivement Fr. 2'233.— et Fr. 22'926.--.

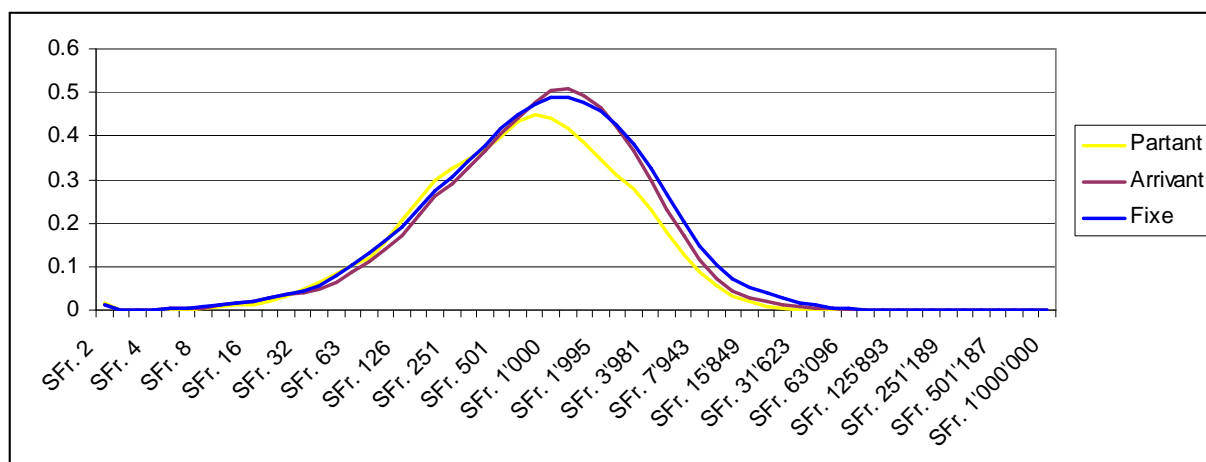
	Coût moyen 1998
Fixe	Fr. 1'701.--
Arrivant (sans nouveau-nés)	Fr. 1'319.--
Partant (sans décès)	Fr. 1'029.--

Table 3 : Coût moyen 1998 par catégorie d'assurés.

De manière globale, le coût moyen 1998 des personnes qui ont changé d'assurance (cumul des arrivants et des partants) s'élève à Fr. 1'258.— contre Fr. 1'701.-- pour les assurés fixes, ce qui représente une différence Fr. 443.—. Cela permet d'affirmer que les personnes qui décident de changer d'assureur ont généralement en meilleur état de santé.

L'estimation de la densité de probabilité des coûts pour chacune des catégories confirme cet état de fait. Les illustrations graphiques ne montrent que les personnes qui ont effectivement occasionné des coûts. On peut relever que 33.5% des partants, 26.7% des arrivants et 22.6% des assurés fixes n'ont pas bénéficié de prestations de leur caisse-maladie en 1998.

Les assurés fixes et les arrivants ont une distribution relativement semblable bien que ces derniers ont un coût légèrement plus bas. La dispersion des personnes fixes est également un peu plus étendue et indique qu'elles ont des coûts plus variés à l'intérieur de leur groupe. La courbe de densité des partants est décalée par rapport aux deux autres catégories et son centre se situe à une valeur plus basse. Cela confirme les coûts inférieurs occasionnés par ces assurés.

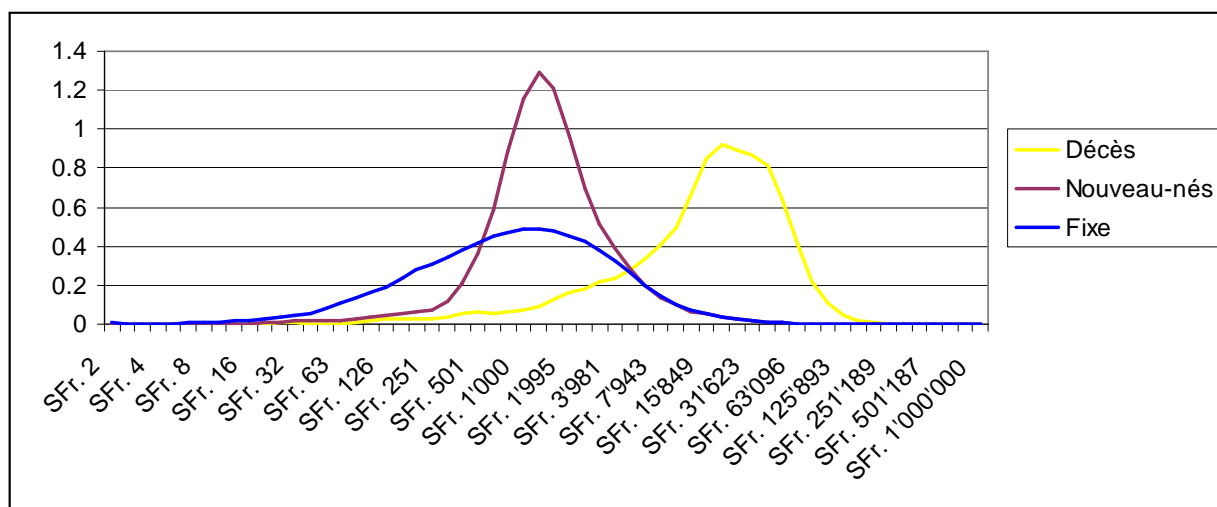


Graphique 3 : Densité de coût 1998 (sans décès et nouveau-nés).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les nouveau-nés et les personnes décédées représentent des cas particuliers non seulement par le fait que leur affiliation ou leur suspension de couverture d'assurance auprès de la caisse ne provient pas d'un choix délibéré, mais également par les coûts qu'ils occasionnent. La représentation graphique met clairement en évidence cette particularité.

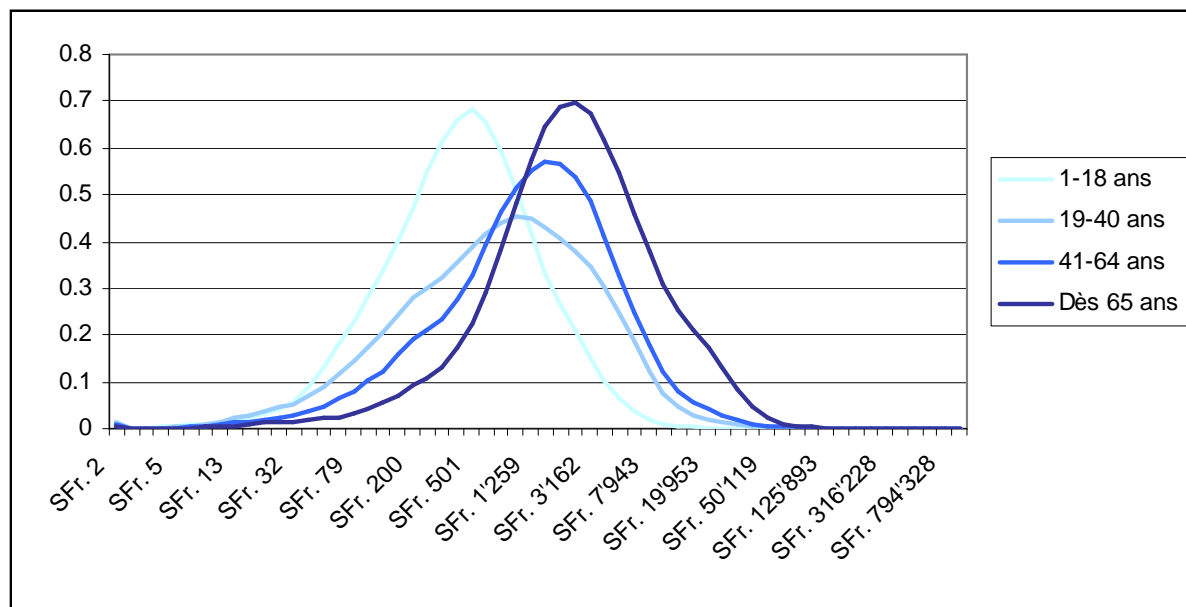
La courbe de densité des coûts des nouveau-nés ne présente qu'une faible dispersion par rapport aux personnes fixes. Les frais occasionnés sont donc très semblables d'un cas à l'autre. Cela s'explique par le fait que de manière générale lors de la naissance et au cours de la première année de vie, les soins apportés sont relativement standards d'un enfant à l'autre. Le montant des coûts n'est cependant pas différent de celui des assurés fixes. Seuls 2.8% des bébés n'ont pas occasionnés de coûts. Il s'agit vraisemblablement de naissances qui ont lieu en fin d'année. Les frais d'hospitalisation étant couverts par l'assurance de leur mère, ceux-ci ne sont pas mis sur le compte du bébé.

A l'opposé, les personnes décédées engendrent des coûts nettement supérieurs. L'amplitude de la courbe est beaucoup plus vaste et sa forme est asymétrique. Son centre décalé vers la droite démontre que la plupart des patients ont des coût d'assurance maladie largement plus élevés que les personnes fixes. D'autre part, seuls 5.3% des cas n'ont pas engendré de coûts d'assurance-maladie.



Graphique 4 : Densité de coûts 1998 : fixes, décès et nouveau-nés.

Il est intéressant de noter les différences qui surviennent, si l'on affine encore l'analyse des assurés fixes en fonction des différentes classes d'âge. Pour ce faire, ces assurés ont été groupés en 4 catégories : 0-18 ans, 19-40 ans, 41-65 ans, 65 et plus.



Graphique 5 : Densité de coût 1998 des assurés fixes par classe d'âge.

On constate que les coûts augmentent progressivement d'une classes d'âge à l'autre. D'autre part, ils sont relativement homogènes pour les jeunes et les personnes âgées tandis que la variation des coûts est plus grande pour les 19-40 ans et pour les 41-65 ans.

Parmi les gens de 1 à 18 ans, 18% n'ont pas eu de prestations d'assurance-maladie. Cette proportion est de 27.2 % chez les assurés de 19-40 ans et de 24.1% dans le groupe 41-64 ans. Dès 65 ans, cette proportion s'abaisse à 12.7%.

d) Répartition selon le taux de subside

Près d'un tiers des assurés fixes touchent des subsides, ce qui est légèrement supérieur au taux de bénéficiaires de tous les assurés sur le plan suisse qui se situe à 27.5% en 1997. Ce taux est plus bas chez les personnes qui changent de caisse puisqu'un peu moins d'un quart d'entre eux bénéficient d'un subventionnement.

	Avec subside	Sans subside
Fixe	32.90%	67.10%
Arrivant	24.00%	76.00%
Partant	23.69%	76.31%

Table 4 : Répartition en fonction du subside.

De plus, la proportion de la prime couverte par le subside n'est pas égale dans chaque groupe. Ainsi, l'aide financière accordée représente en moyenne 65.9% de la prime auprès des assurés fixes subsidiés et seulement 61.2% chez les partants et 49% chez les arrivants.

Par conséquent, non seulement le taux de bénéficiaire est plus bas chez les personnes changeant de caisse, mais de plus, leur prime est allégée dans une moindre mesure.

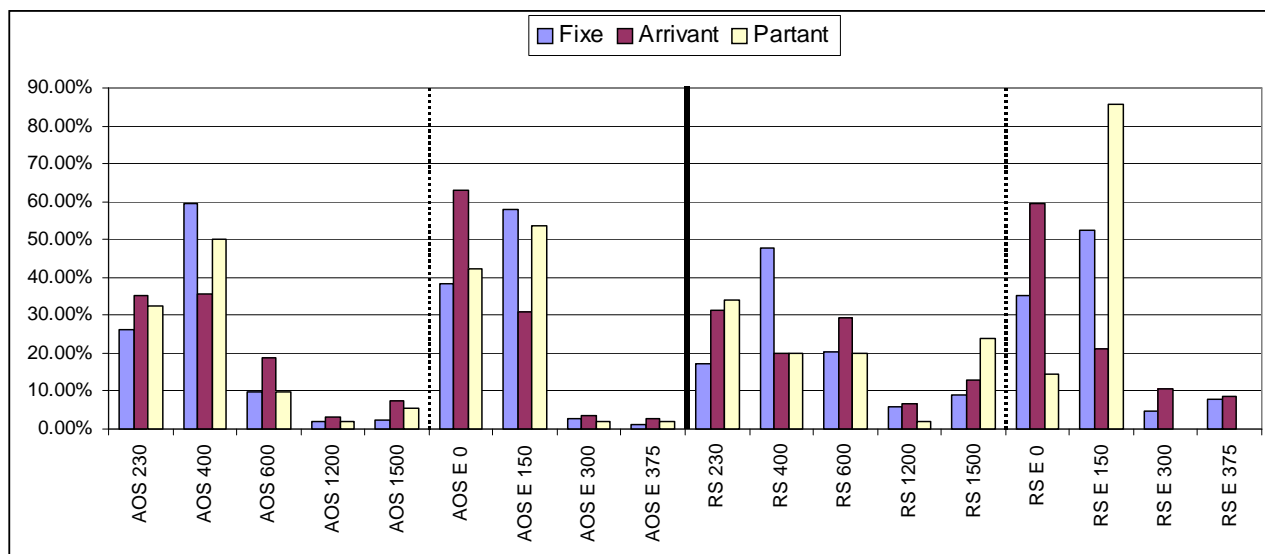
e) Répartition selon le type d'assurance

La répartition des assurés par niveau de franchise varient dans les différents groupes comparés. Chez les assurés fixes, aussi bien pour les adultes que pour les enfants, le choix s'est porté en majorité sur le premier niveau de franchise à option (respectivement Fr. 400.— et Fr. 150.--), puis sur la franchise la plus basse (Fr. 230.--, Fr. 0.--) et enfin pour une faible part sur les franchises élevées. Ceci est vrai aussi bien pour l'assurance « classique » que l'assurance de type « réseaux de soins ».

Chez les arrivants adultes, la répartition est beaucoup plus équilibrée entre les différents niveaux de couverture, bien que les franchises très élevées ne soient pas très prisées. Par contre, les enfants optent en premier lieu pour une assurance sans franchise. La proportion diminue ensuite progressivement au fur et à mesure de l'augmentation des franchises. Cela est vrai dans les deux modèle d'assurance

Enfin, concernant les assurés démissionnaires aucune tendance précise ne se dessine. Dans l'assurance ordinaire, les partant ont principalement une franchise à option relativement basse ou la franchise minimale. Dans les réseaux de soins, les adultes disposent plutôt d'une franchise basse, alors qu'aucune analyse ne peut être faite pour les enfants dont la taille de l'échantillon représente moins de 10 personnes.

Il en est de même pour les assurés avec une assurance bonus pour lesquels l'analyse de la répartition par niveau de couverture n'apporte pas d'information significative vu leur faible nombre.

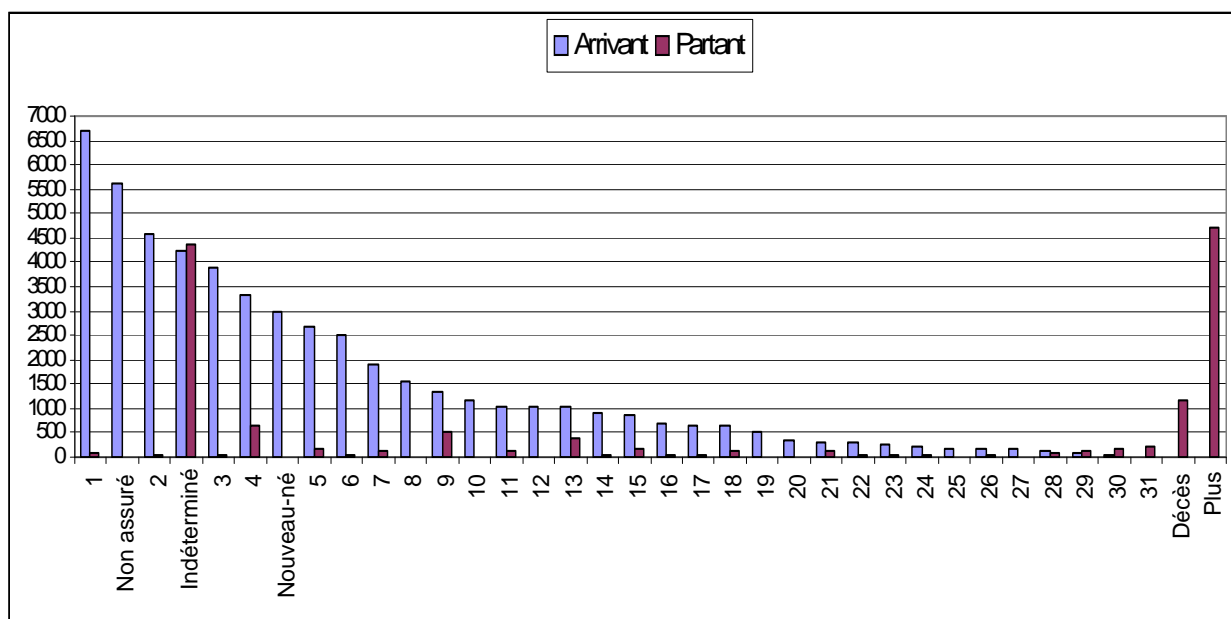


Graphique 6 : Répartition par type d'assurances.

f) Destination et provenance

Pour des raisons de confidentialité le nom des caisses n'est pas cité. Seul un numéro leur a été attribué. On peut toutefois mentionner que les transferts d'assurés se font non seulement entre les grands assureurs, mais également au niveau des petites caisses.

Ainsi, dans notre étude pas moins de 62 assureurs sur les 127 que dénombraient le pays en 1998 ont fourni ou reçu des assurés des caisses dont proviennent les données. Néanmoins, en terme absolu, les changements interviennent avant tout auprès des dix plus grandes caisses vu l'importance de leurs effectifs d'assurés.



Graphique 7 : Répartition par caisse de destination ou de provenance.

Les arrivants proviennent principalement de caisses dont les primes sont relativement élevées sur le marché de l'assurance ou de celles qui ont un déficit d'image auprès du public. A l'inverse, les personnes en partance s'affilient auprès de caisses réputées pour leurs primes relativement bon marché.

Enfin, concernant les non assurés et les personnes qui n'ont plus d'assurance, il s'agit essentiellement de gens qui quittent le pays ou arrivent en Suisse en provenance de l'étranger.

3.3.2 Régression

L'analyse de régression permet de vérifier le lien existant entre le fait de changer d'assurance et les variables explicatives choisies. On peut ainsi déterminer si les critères retenus sont significatifs du comportement de l'assuré ou non.

Les données sont traitées au moyen d'un modèle économétrique logit. La liste des variables figurent à l'annexe 1. L'étude porte dans un premier temps sur les assurés qui partent de la caisse et par la suite sur les nouveaux adhérents. La variable expliquée vaut 1 si l'individu part (respectivement arrive) de

la caisse et 0 s'il reste. Le résultat de la régression indique la probabilité de départ de l'assurance (respectivement de l'arrivée).

Seuls les assurés qui ont changé de caisse et dont la provenance ou la destination est connue ont été pris en compte. Les nouveau-nés, les personnes décédées, les cas de départ ou de provenance de l'étranger ainsi que les assurés dont la caisse précédente ou future est indéterminée n'ont pas été retenus dans l'échantillon analysé. En effet, les cas de mutation étudiés doivent relever d'un choix délibéré de l'assuré.

a) Régression logit des assurés partants

L'observation porte sur 182'069 assurés. 178'059 cas sont des assurés fixes tandis que 4'010 personnes ont quitté la caisse.

Le résultat de l'analyse montre, qu'à l'exception de la variable bonus, tous les critères sont significatifs ($Pr > \text{Chi-Square} \leq 0.0400$) à un seuil de 5%. Il apparaît donc que ces variables ont bien une incidence sur la décision de quitter la caisse. Tous les paramètres (Parameter Estimate) affichent les signes espérés.

Variable	Parameter Estimate	Wald Chi-Square	Pr > Chi-Square
INTERCPT	4.310	1692.30	0.0000
AGE	0.024	385.84	0.0001
SEXE	0.067	4.22	0.0400
PRIME	-0.004	101.01	0.0001
SUBSI	0.004	105.65	0.0001
COLL	0.484	125.09	0.0001
C97	0.118	88.75	0.0001
C98	0.029	9.62	0.0019
RESEAU	-0.727	13.42	0.0002
BONUS	0.874	2.59	0.1077

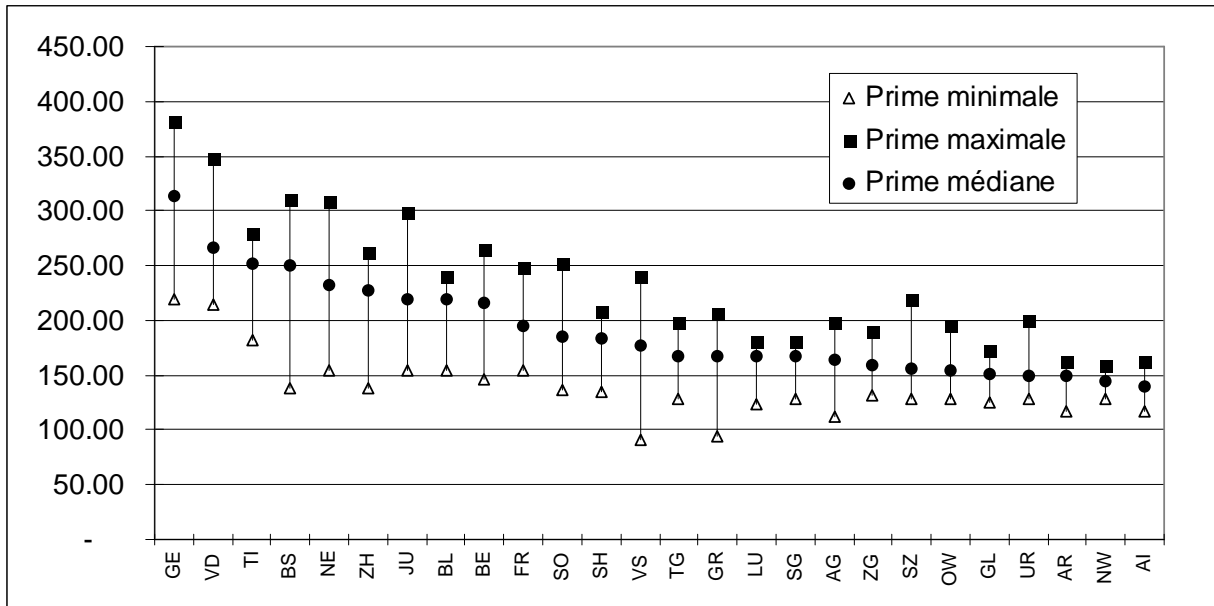
Table 5 : Estimation des coefficients des variables explicatives pour les assurés partants.

Il est ressort que plus l'âge d'un assuré est élevé, plus sa probabilité de quitter la caisse est faible. Ceci confirme qu'il s'agit avant tout des jeunes qui changent d'assureurs-maladie. On peut faire l'hypothèse que les personnes âgées sont affiliées à leur caisse depuis un certain temps déjà et sont donc habituées au fonctionnement de l'entreprise, qu'il s'agisse de délai de remboursement, de compréhension du contrat d'assurance, du contact avec le personnel, etc. Le changement de caisse

entraîne toujours une certaine part d'incertitude, chose qu'en général on ne souhaite plus affronter à partir d'un certain âge. D'autre part, le changement de caisse exige une démarche administrative aussi bien auprès de son ancienne qu'auprès de la nouvelle assurance. La procédure à suivre n'est pas toujours évidente et il est probable que les jeunes sont plus enclin à se lancer dans une telle démarche.

Comme l'a déjà montré l'analyse descriptive, la probabilité de partir de la caisse est plus grande pour les assurés de sexe masculin. Il n'y a pas d'explication probante à ce sujet. Cela provient vraisemblablement de la structure du portefeuille d'assurés.

Le coefficient relatif à la prime d'assurance est négatif. Par conséquent, plus le montant de la prime est élevé, plus les assurés ont tendance à quitter la caisse. En effet, vu l'augmentation régulière des coûts de la santé ces dernières années et donc des primes d'assurance-maladie, les gens cherchent à réduire leurs dépenses pour ce poste de leur budget, ceci d'autant plus que le catalogue des prestations prises en charge est identique auprès de toutes les caisses. L'économie potentiellement réalisable en changeant de compagnie est élevée. Une comparaison des primes 1998 des 28 assureurs représentant les effectifs les plus importants de Suisse montrent la grande variation qui existe pour une prestation identique.



Graphique 8 : Écarts de primes 1998 entre assureurs par canton (assurance obligatoire des soins, franchise : Fr. 250.--, avec couverture du risque accident).

Source : Statistique de l'assurance-maladie 1997, OFAS.

Ainsi, l'écart maximal entre la caisse la moins chère et la plus chère est de Fr. 172.— par mois dans le canton de Bâle-Ville, ce qui représenterait une économie annuelle de Fr. 2'064.— pour un assuré qui passerait d'une caisse à l'autre. Ces écarts ont encore tendance à s'accroître en 1999. Le montant de l'économie réalisée doit cependant être relativisé. En effet, selon les indications du CAMS, chaque changement d'assurance engendre également un coût administratif supplémentaire qui se situe en moyenne entre Fr. 200.— et Fr. 250.--. Ce montant est supporté à moyen terme par l'assuré par l'intermédiaire de sa prime qui en tiendra compte.

Malgré cela, se pose la question de savoir pourquoi si peu de personnes profitent d'une telle opportunité pour réaliser des économies. Sans doute parce que le changement de caisse n'est pas le seul moyen pour atteindre cet objectif. En effet, l'assuré peut aussi rester dans la même compagnie et choisir une forme particulière d'assurance soit en augmentant sa franchise ou en limitant son accès à l'offre de soins.

En ce qui concerne les subsides accordés par les autorités aux assurés, les résultats de la régression montrent que plus le niveau de subsides est élevé, plus les gens ont tendance à rester dans la caisse.

En effet, étant donné qu'une partie ou l'entier de la prime n'est pas prise en charge par l'assuré, l'économie de prime réalisée en changeant de compagnie est moins importante. L'incitation au changement est donc plus faible. Pourtant, certains cantons se posent la question s'ils veulent continuer à subventionner des personnes qui sont assurées auprès des caisses coûteuses. Ainsi par exemple dans le canton de Bâle-Ville, le gouvernement envisage deux solutions permettant de résoudre ce problème : la première est que le canton paie ses subventions aux assurés assistés en choisissant à leur place leur caisse-maladie ; l'autre serait que le canton paie ses subsides en fonction de la prime moyenne cantonale de base, libre ensuite aux assurés les plus démunis de trouver la caisse la meilleure marché.

Les résultats de la régression montrent aussi que les assurés qui sont au bénéfice d'une assurance collective (pour leurs assurances complémentaires,) ont tendance à rester dans la caisse. Ils n'ont en effet pas avantage à changer de compagnie étant donné qu'ils bénéficient souvent de primes plus favorables pour ce type d'assurances. D'autre part, il est fréquent que leur employeur qui a choisi la compagnie d'assurance, prenne en charge une partie de la prime à la place de ses employés. Ceux-ci peuvent donc être considérées en quelques sortes comme « subsidiés » et les mêmes constatations faites pour les assurés qui sont au bénéfice de subsides réels peuvent s'appliquer.

Enfin, on note que les assurés avec des coûts élevés soit en 1997, soit en 1998 restent dans leur caisse. Il s'agit automatiquement d'assurés qui ont eu recours à des soins pour diverses affections. Parmi ceux-ci, ceux qui souhaitent avoir toutes leurs assurances-maladie regroupées auprès de la même compagnie pour n'avoir qu'un interlocuteur (ce qui facilite notamment le paiement des primes en une seule fois, l'envoi des factures à une seule adresse, l'obtention du remboursement des prestations de manière unique, etc.), ne peuvent plus quitter leur caisse. En effet, l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires étant régies par des lois différentes, certaines affections seront exclues de la couverture d'assurance (complémentaire) du nouvel assureur. Aussi, pour éviter que certaines prestations qui étaient pris en charge jusqu'alors ne le soient plus, ces personnes restent affiliées auprès de l'assureur actuel.

Quant aux variables « réseau » et « bonus », elles n'appellent de commentaires particuliers. En effet, l'échantillon des membres d'un réseau qui quittent la caisse n'est pas suffisamment représentatif puisqu'il ne comporte que 57 enregistrements et le fait d'avoir d'une assurance bonus n'est pas significatif en terme de changement de caisse ($Pr > \text{Chi-Square} = 0.1077$).

b) Régression logit des assurés arrivants

L'observation porte sur 217'527 assurés. 178'059 cas sont des assurés fixes tandis que 39'468 personnes sont des nouveaux membres.

Il est essentiel de rappeler que les données des assurés arrivants ne concernent pas leur situation antérieure auprès de leur caisse précédente, mais celle de leur nouvelle assurance.

Le résultat de l'analyse montre que toutes les variables sont significatives ($Pr > \text{Chi-Square} \leq 0.0001$) à un seuil de 5%.

Variable	Parameter Estimate	Wald Chi-Square	Pr > Chi-Square
INTERCPT	2.422	5'132.66	0.0001
AGE	0.012	920.74	0.0001
SEXE	-0.080	49.22	0.0001
PRIME	-0.005	1'519.50	0.0001
SUBSI	0.005	1'855.68	0.0001
COLL	0.373	673.82	0.0001
C98	0.032	215.72	0.0001
RESEAU	-1.527	747.80	0.0001
BONUS	4.245	52.62	0.0001

Table 6 : Estimation des coefficients des variables explicatives pour les assurés arrivants.

Les chiffres indiquent que les assurés qui arrivent sont avant tout des jeunes. L'interprétation fournie ci-dessus pour les partants reste valable.

Si l'on analyse la variable « sexe », on constate que les femmes ont plus de probabilité d'être nouvellement arrivée que les hommes. Ce résultat est en contradiction avec les conclusions présentées dans l'analyse descriptive. Cela provient probablement du fait que globalement la proportion d'hommes et de femmes parmi les arrivants est très proche. Or, pour l'analyse de régression, un certain nombre de cas dont l'assurance n'est pas connue ont été exclus, parmi lesquels vraisemblablement une part importante d'hommes. Cela suffirait à faire inverser la tendance. Cette variable n'est donc pas des plus significatives.

Quant aux primes, celles des gens qui arrivent, sont plus élevées que celles des personnes fixes. Ce résultat paraît illogique. Il s'explique cependant par le fait que les nouveaux adhérents sont localisés essentiellement dans les cantons à coûts d'assurance-maladie élevés tels que Genève, Vaud, Tessin,

Neuchâtel et Zurich. Leur primes sont donc en moyenne plus élevées que celles des assurés fixes. Ces personnes ont vraisemblablement tout de même profité de primes plus favorables vu la position des assureurs étudiés sur ces marchés.

Dans la plupart des cas, les nouveaux adhérents sont moins fortement subsidiés. Les bénéficiaires potentiels du changement de caisse sont moindres pour ces assurés, puisqu'ils ne paient pas l'entier de leur prime. D'autre part, un changement d'assurance ne leur permet pas d'augmenter leur subside étant donné que celui-ci ne dépend pas de la caisse, mais du revenu fiscal imposable qui reste constant. L'avantage d'un transfert est donc plus faible.

Du point de vue des assurances complémentaires, les assurés arrivants n'ont pas d'assurance collective. Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment ces personnes n'ont pas d'avantage particulier à changer de caisse.

En terme de coûts, les nouveaux arrivants engendrent des frais plus bas dans leur nouvelle caisse que les personnes fixes. Le fait d'avoir des coûts élevés, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, met un frein à la venue des nouveaux assurés par le fait que toutes les affections ne sont pas forcément prise en charge par les nouvelles assurances complémentaires. Aussi, même si l'assuré pourrait adhérer à la caisse pour l'assurance obligatoire des soins, le fait d'avoir essuyé un refus, même partiel, pour les branches complémentaires ne l'incite pas au changement.

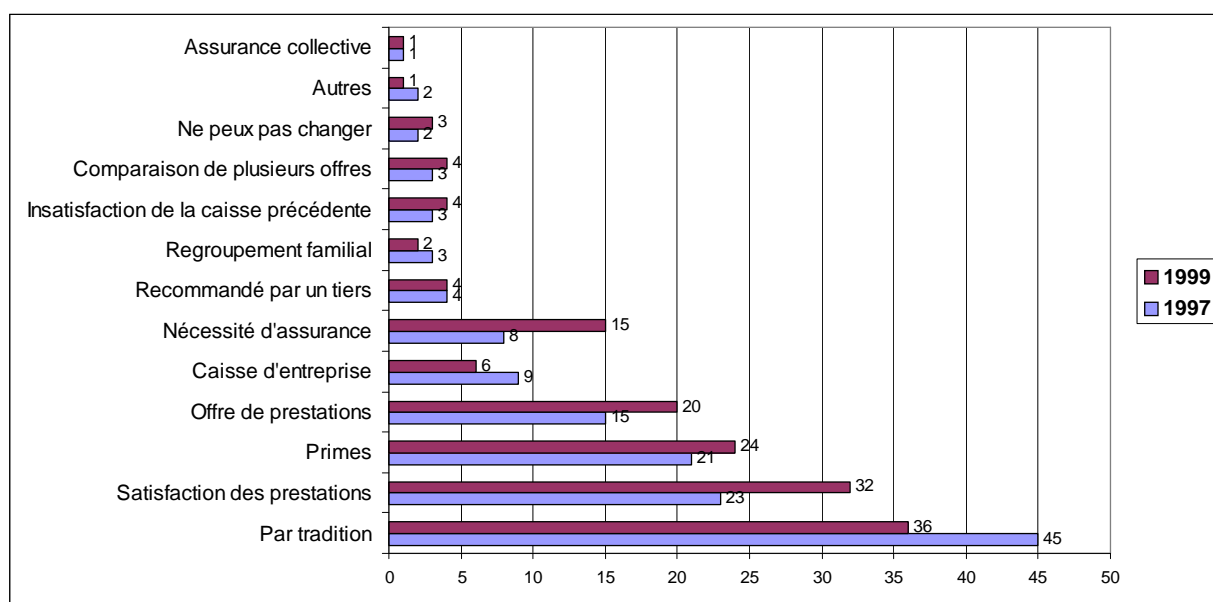
Quant aux assurés affiliés à un réseau de soins, la probabilité qu'ils soient des nouveaux arrivants est plus élevée. En ce qui concerne les personnes ayant une assurance bonus, aucun commentaire particulier ne peut être apporté, vu le faible nombre d'assurés.

3.4 Autres éléments d'analyse : raisons d'affiliation ou de départ

D'autres enquêtes ont tenté de déterminer la raison du changement de caisse par les assurés. Ces sondages ont essentiellement été effectués auprès d'échantillons de la population.

a) Enquête GFs- Forschungsinstitut

Le Gfs-Forschungsinstitut a mené une enquête téléphonique auprès de 1'000 personnes pour connaître la raison de leur affiliation auprès de leur caisse actuelle. Ils avaient deux possibilités de réponses parmi les critères énumérés dans le graphique 9. Les résultats de l'enquête se réfèrent donc aussi bien à des gens qui sont affiliés depuis plusieurs années auprès de la même caisse qu'à ceux qui viennent de changer d'assureur. Le sondage a été réalisé une première fois en 1997 et répété en 1999.



Graphique 9 : Raisons d'affiliation auprès de la caisse actuelle.

Sources : Gfs-Forschungsinstitut, Zurich, Berne.

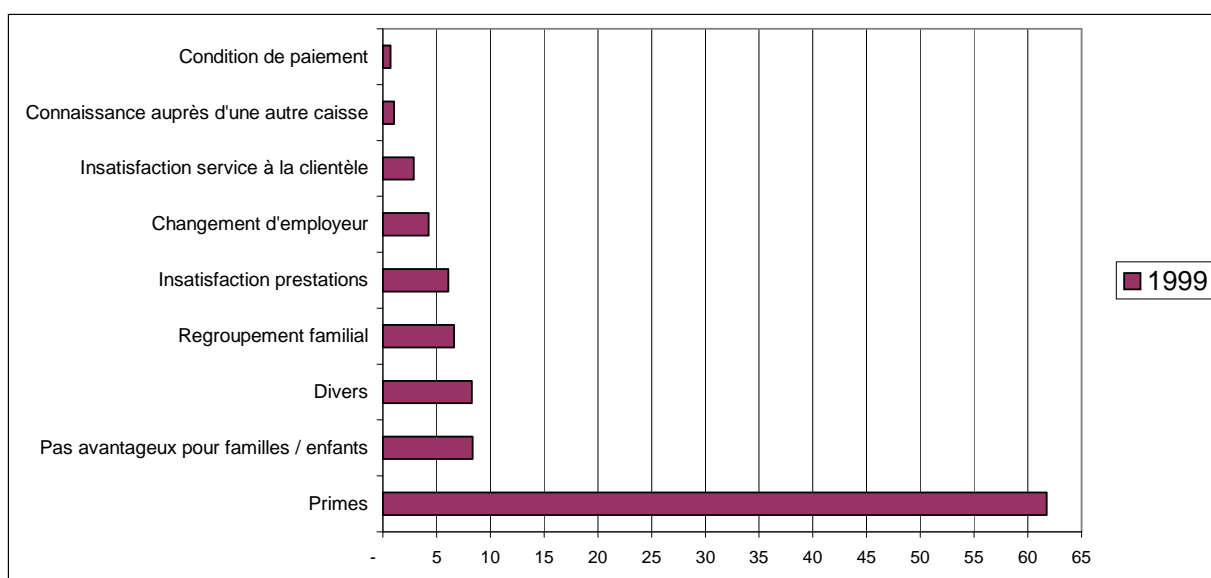
L'affiliation « par tradition » reste la raison principale, mais elle a diminué de 9% entre les deux sondages et se situe à 36%. L'appartenance à une caisse en raison de son employeur devient également moins importante et passe de 9 à 6%. A l'opposé, la satisfaction des prestations devient un élément important dans le choix de l'assurance, de même que le montant de la prime et les

prestations offertes. Les gens accordent aussi une importance plus importante à la nécessité d'assurance.

b) Enquête d'un important assureur suisse

Une enquête téléphonique, réalisée en 1999 par un grand assureur suisse auprès de 1'148 assurés démissionnaires pour connaître les causes de leur départ, montre que les principaux motifs évoqués sont d'ordre financiers. Les réponses les plus fréquentes sont la prime d'assurance et l'insatisfaction par rapport aux rabais familiaux (assurances complémentaires).

Le regroupement des assurances de tous les membres de la famille auprès d'une même compagnie entraîne également de nombreux changements. Enfin, on peut encore cité l'insatisfaction des prestations offertes dans le cadre des assurances complémentaires.



Graphique 10 : Raisons de départ de la caisse.

Il est intéressant de relevé que bien que la demande porte sur l'assurance obligatoire des soins, les réponses sont souvent en rapport avec les assurances complémentaires. Ceci démontre le lien étroit qui existe entre ces différents types d'assurance.

4. Conclusion

L'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 a amélioré la possibilité de libre-passage des assurés entre les différents assureurs-maladie du pays.

Les adaptations visaient surtout les personnes en mauvaise santé et les personnes plus âgées, mais ces catégories d'assurés n'ont pas profité des possibilités de libre-passage. En effet, ce sont principalement les assurés avec des coûts inférieurs à la moyenne qui changent d'assurance. D'autre part, il s'agit principalement de jeunes et de jeunes adultes qui procèdent à des mutations. Dès 40 ans, la proportion de personnes changeant d'assurance diminue progressivement jusque vers les classes d'âge élevées.

L'étude a également mis en évidence que les assurés touchant des subsides ont tendance à rester dans leur caisse. Toutefois, cette décision dépend du montant du subside par rapport à la prime : un assuré touchant un subside plus faible hésitera moins à changer d'assureur.

Si parmi ceux-ci, certains changent tout de même d'assureur, leur subside est moins important. De même, les assurés faisant partie d'une assurance collective pour leur branches complémentaires, restent généralement aussi dans leur caisse.

Relativement peu de gens profitent de l'opportunité d'économie qui leur est offerte par le système, si l'on en croit les chiffres d'effectifs annoncés chaque année par les compagnies d'assurance. Les transferts sont peu importants si l'on considère les possibilités de gain de prime réalisable par ces changements. Quatre ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, le bilan est donc mitigé.

Plusieurs raisons existent à cela. En premier lieu, il faut mentionner qu'un tiers de la population est subventionnée et ne paie pas entièrement ses primes. L'avantage d'une mutation est donc moins important. D'autre part, d'autres possibilités d'économies existent, sans forcément changer de caisse. Certains préfèrent en effet simplement augmenter leur niveau de franchise auprès de la même compagnie pour obtenir une réduction de prime. Une raison essentielle supplémentaire est le lien existant entre l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires. La plupart des assurés souhaitent être couverts par la même compagnie pour toutes leurs branches. Or, étant donné les durées de contrat et les délais de résiliation différents, les possibilités de changement ne sont pas fréquentes. De plus, le nouveau contrat d'assurance peut être grevé d'une réserve. Enfin, les

démarches administratives lors d'un changement de caisse ne sont pas évidentes à suivre pour tout le monde et d'autre part les systèmes d'information permettant de comparer les différentes caisses ne sont pas encore très développés.

Pour favoriser malgré tout le libre-passage des assurés, une modification de loi est prévue pour 2001. Celle-ci doit permettre à chacun de changer de caisse lors de la communication du certificat d'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la nouvelle période d'assurance; ceci même sans augmentation de prime. La réglementation en la matière sera donc assouplie en faveur des assurés.

La LAMal n'ayant que 48 mois d'existence, il ne faut pas tirer de conclusions hâtives. Le système de santé suisse est encore en pleine mutation. Il convient donc d'attendre encore quelques années avant de pouvoir tirer un bilan plus précis et définitif sur le libre-passage tel que l'aurait souhaité le législateur.

1. Analyse de régression : liste des variables avec valeur

Partant

Variable dépendante	Changement	0 = fixe 1 = partant
Variables explicatives	Age	ans
	Sexe	1 = homme 2 = femme
	Prime	francs suisses
	Subside	francs suisses
	Collective	1 = non 2 = oui
	Coût 1997	francs suisses (en milliers)
	Coût 1998	francs suisses (en milliers)
	Réseau	0 = non 1 = oui
	Bonus	0 = non 1 = oui

Arrivant

Variable dépendante	Changement	0 = fixe 1 = arrivant
Variables explicatives	Age	ans
	Sexe	1 = homme 2 = femme
	Prime	francs suisses
	Subside	francs suisses
	Collective	1 = non 2 = oui
	Coût 1998	francs suisses (en milliers)
	Réseau	0 = non 1 = oui
	Bonus	0 = non 1 = oui

BECK K. : La compensation des risques, fondement d'une concurrence appropriée dans l'assurance maladie, document CSS Assurances.

CONCORDAT DES ASSUREURS-MALADIE SUISSES : Annuaire des caisses-maladie suisses, Benteli Druck AG, Wabern, 1996 à 1998.

CONCORDAT DES ASSUREURS-MALADIE SUISSES : Concurrence entre les assureurs offrant l'assurance de base par opposition à la caisse-maladie unique, une analyse sous l'angle de l'économie nationale avec prise en considération particulière de l'économie de la santé, Etude du Dr. OGGIER W., juin 1999, Soleure.

CONCORDAT DES ASSUREURS-MALADIE SUISSES : Mise au point politique de la santé, juin 1999, Soleure.

CONCORDAT DES CAISSES-MALADIE SUISSES : KSK/CCMS 100 ans Concordat des caisses-maladie suisses 1891-1991, par Josef Schurtenberger, 1991, Soleure.

CONSEIL FEDERAL : Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, Berne.

CROCKETT G.V., Statistical techniques in the social sciences, 1988, Roleystone.

DELECROIX M., Histogrammes et estimation de la densité, Presse universitaire de France, 1983, Paris.

GIRAUD R., L'économétrie, Presse universitaire de France, 1993, Paris.

MARAZZI A., Introduction à la Biostatistique, support de cours, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, Lausanne.

MAYE V., La concurrence : un instrument de maîtrise des coûts de la santé ?, Université de Lausanne, 1999, Lausanne.

OFFICE FEDERAL DES ASSUREURS SOCIALES : Statistique de l'assurance-maladie, 1996 à 1997, Berne.

PHARMA INFORMATION : La santé publique en Suisse – prestations, coûts, prix, Edition 1999, Bâle.

PY B., Statistique descriptive, Economica, 1988, Paris.

SCHNEIDER I.; THURNHERR, S. : Krankenkassen im Test, Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter, 1997, Wien.

SIEGEL S.; CASTELLAN J. Jr. : Nonparametric statistics for the Behavioral Sciences, McGraw-Hill international editions, 1988, Singapore.