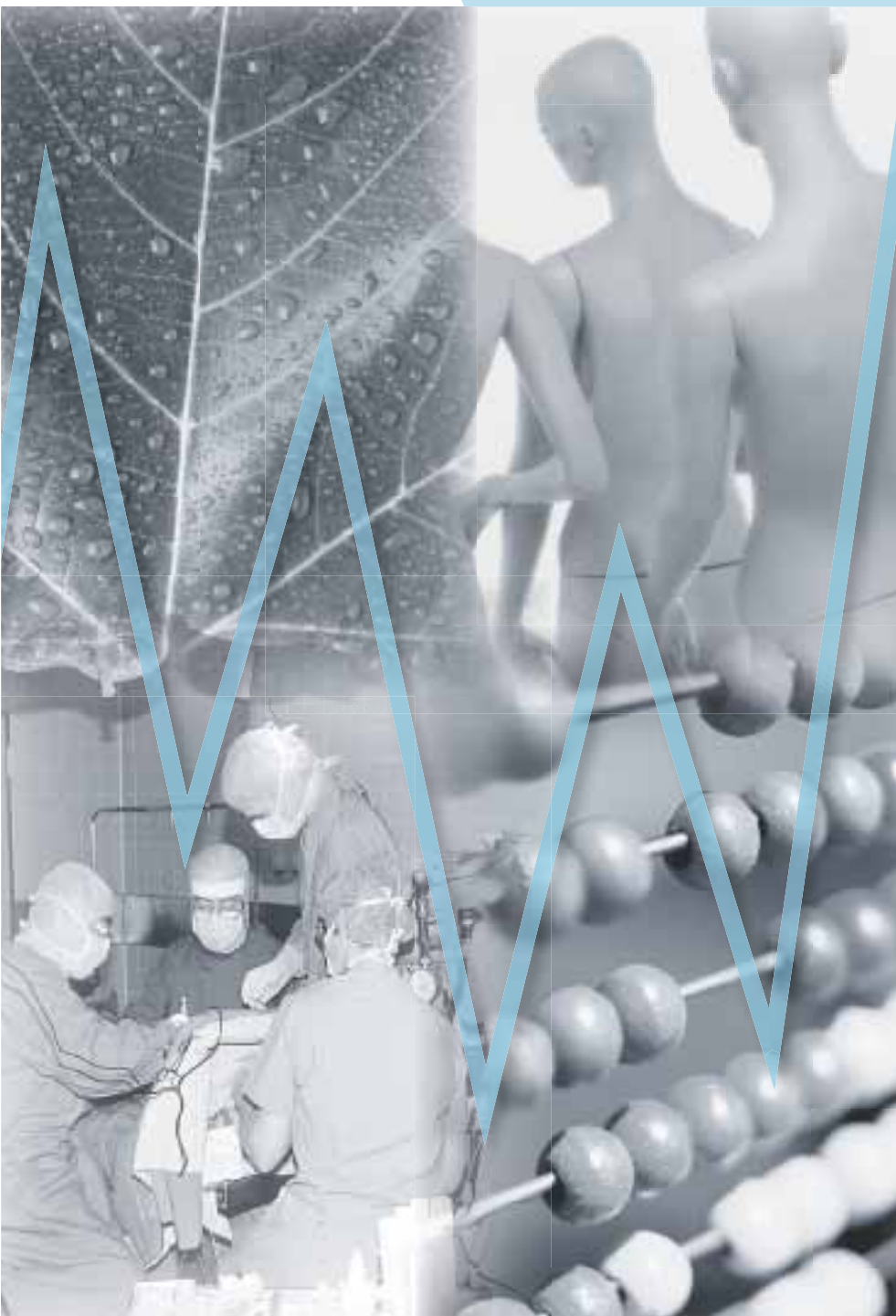


# Stat Santé'

Résultats des statistiques suisses de la santé

2 | 2002



**Flux financiers  
dans le système  
suisse de santé**



Office fédéral de la statistique  
Bundesamt für Statistik  
Ufficio federale di statistica  
Uffizi federal da statistica

OFS BFS UST

La série «Statistique de la Suisse» publiée  
par l'Office fédéral de la statistique (OFS) couvre  
les domaines suivants:

- 0 Thèmes généraux
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Emploi et vie active
- 4 Comptes nationaux
- 5 Prix
- 6 Production, commerce et consommation
- 7 Agriculture et sylviculture
- 8 Energie
- 9 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Transports et communications
- 12 Politique monétaire, marchés financiers et banques
- 13 Sécurité sociale et assurances
- 14 **Santé**
- 15 Education et science
- 16 Culture et conditions de vie
- 17 Politique
- 18 Finances publiques
- 19 Droit et justice
- 20 Société en mutation (thèmes interdisciplinaires)

# Table des matières

<b>Abréviations</b>	<b>2</b>
<b>Résumé</b>	<b>2</b>
<b>1 Le contexte</b>	<b>3</b>
<b>2 Flux financiers dans le système de santé</b>	<b>4</b>
<b>3 Les différents intervenants dans le système de santé</b>	<b>6</b>
<b>4 Evolution des flux financiers dans le système de santé: période 1996-1999</b>	<b>8</b>
<b>5 Relation entre primes d'assurance-maladie et «coûts du système de santé»</b>	<b>11</b>
<b>6 Conclusion</b>	<b>14</b>
<b>7 Sources de données</b>	<b>15</b>
<b>Liste des tableaux T et schémas S</b>	<b>16</b>

# Abréviations

G	Graphique dans le texte
S	Schéma en annexe
T	Tableau en annexe
AI	Assurance invalidité
AP	Assureurs privés
AVS	Assurance vieillesse et survivants
EMS	Etablissement médico-social (home)
IJ	Indemnités journalières
ISBL	Institution sans but lucratif
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFAP	Office fédéral des assurances privées
OFS	Office fédéral de la statistique
PC	Prestations complémentaires
Adm. et prév.	Administration et prévention
Ass.	Assurances
Cant.	Cantons
Conf.	Confédération
Com.	Communes
Etabl.	Etablissements
financ.	financement
Part. aux frais	Participation aux frais
Serv.	Services

# Résumé

Ce document présente une nouvelle modélisation des flux financiers entre les différents intervenants du système de santé en Suisse. Le débat public autour des coûts du système de santé se focalisant souvent sur les primes d'assurance-maladie payées par les ménages, de nouveaux éléments d'analyse apportent des éclaircissements sur la question.

Cette modélisation centrée sur les dépenses des ménages offre un lien vers le modèle «coûts du système de santé» de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui propose une ventilation selon les agents payeurs, les fournisseurs de biens et services et les prestations, tout en intégrant des éléments qui n'apparaissent pas dans celui-ci tels les primes d'assurance-maladie payées par les ménages ainsi que des régimes de protection sociale.

Les ménages ont financé environ deux tiers du total des «coûts du système de santé» sur la période 1996–1999 par le biais des primes, des participations aux frais et des paiements directs «out of pocket». Cela a représenté un montant de 28 milliards de frs en 1999.

L'évolution des flux financiers dans le système de santé pour la période 1996–1999 met en lumière une augmentation annuelle moyenne de 3,6% du volume des primes d'assurance-maladie alors que les subventions de l'Etat n'ont crû, elles, que de 1,7% en moyenne annuelle sur cette période. Les «coûts du système de santé» ont progressé de 3,1% en moyenne annuelle pour atteindre 41,5 milliards de frs en 1999.

Les médias confondent souvent coûts de la santé et primes d'assurance-maladie. Bien qu'une forte interdépendance existe entre eux, il convient de noter que les primes d'assurance-maladie n'ont constitué que 40% des «coûts du système de santé» sur la période 1996–1999 et que d'autres éléments interviennent pour expliquer l'augmentation des «coûts du système de santé».

Une série de tableaux en annexe mettent à la disposition du lecteur intéressé les chiffres des flux financiers dans le système de santé et du solde de financement. On y trouvera également un schéma explicatif ainsi qu'un détail de la ventilation des subventions de l'Etat et des «coûts du système de santé» pour la période 1996–1999.

# 1 Le contexte

Le thème des **coûts de la santé** revient fréquemment à l'ordre du jour dans les médias. Rien d'étonnant à cela puisque le porte-monnaie de chacun est concerné. Mais qu'entend-on au juste sous ce vocable? Afin de permettre un suivi chronologique et des comparaisons internationales, l'OFS a retenu un concept de modélisation défini dans la publication «Coûts du système de santé».

Dans ce concept les dépenses de santé y sont ventilées selon les prestations, les fournisseurs de biens et services et les agents payeurs, sans examiner le financement des ménages par les primes versées à l'assurance-maladie.

*Modélisation des flux financiers dans le système de santé centrée sur les dépenses des ménages*

Or toutes les discussions relatives aux coûts de la santé se focalisent sur les primes d'assurance-maladie directement payées par les ménages. Une présentation

des flux financiers entre les différents intervenants du système de santé centrée sur les dépenses des ménages semble donc fort opportune pour apporter une meilleure compréhension de ce domaine.

Ce document présente donc une **nouvelle modélisation des flux financiers** entre les différents intervenants du système de santé en Suisse. Le lien entre les **primes versées par les ménages** selon les publications de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) ainsi que les prestations octroyées par les assureurs au système de santé y apparaît. Les autres régimes de protection sociale comme la réduction des primes d'assurance-maladie, les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants (AVS), l'aide sociale et les allocations pour imputables AVS et assurance invalidité (AI) sont également intégrés.

Cette modélisation débute en 1996, année de l'entrée en vigueur de la LAMal, nouvelle loi sur l'assurance-maladie amenant l'obligation d'assurance, une extension des prestations ainsi qu'un nouveau système de subvention. Les subventions étatiques n'étant désormais plus versées aux assureurs pour réduire globalement les primes mais individuellement aux assurés en fonction de leur situation économique, le modèle n'est pas valable pour les années antérieures.

La représentation graphique **G1** ci-après permet de saisir d'un seul coup d'oeil les différents intervenants présents dans le système de santé ainsi que la grandeur des flux financiers en présence. Les intervenants dans le système de santé sont présentés de manière à comprendre le rôle qu'ils jouent dans le système de santé. Les éléments constitutifs des agents payeurs, des fournisseurs de biens et services et des prestations des dépenses du système de santé y sont décomposés de façon simplifiée.

Nous nous intéressons par la suite à l'évolution des flux financiers dans le système de santé pour la période 1996–1999, ceci de manière à mettre en lumière les tendances majeures constatées au niveau des différents intervenants.

Enfin nous mettons en parallèle l'évolution des «coûts du système de santé» et celle des primes d'assurance-maladie. On y montre que les primes d'assurance-maladie payées par les ménages ne constituent qu'une part du financement des «coûts du système de santé». Leur évolution dans le temps est toutefois fortement interdépendante.

## 2 Flux financiers dans le système de santé

Le **système de santé** correspond à l'ensemble des activités économiques qui permettent de recouvrer la santé, de l'améliorer ou de la conserver. Il s'agit donc principalement de soigner les malades et de protéger les personnes contre une maladie ou un accident. Le système de santé englobe tous les biens et services médicaux, paramédicaux, de soins et de prise en charge fournis à des personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap ou à des victimes d'accidents ainsi que les dépenses pour de la prévention et des diagnostics, par un personnel formé à cet effet et/ou par des établissements spécialisés.

Les **«coûts du système de santé»** comprennent toutes les dépenses des établissements et des personnes

*«Coûts du système de santé»: coûts de l'ensemble des activités pour recouvrir, améliorer et conserver la santé*

exerçant des activités médicales et paramédicales, la vente des médicaments et appareils médicaux ainsi que les frais de gestion du système de santé et de prévention. En sont par

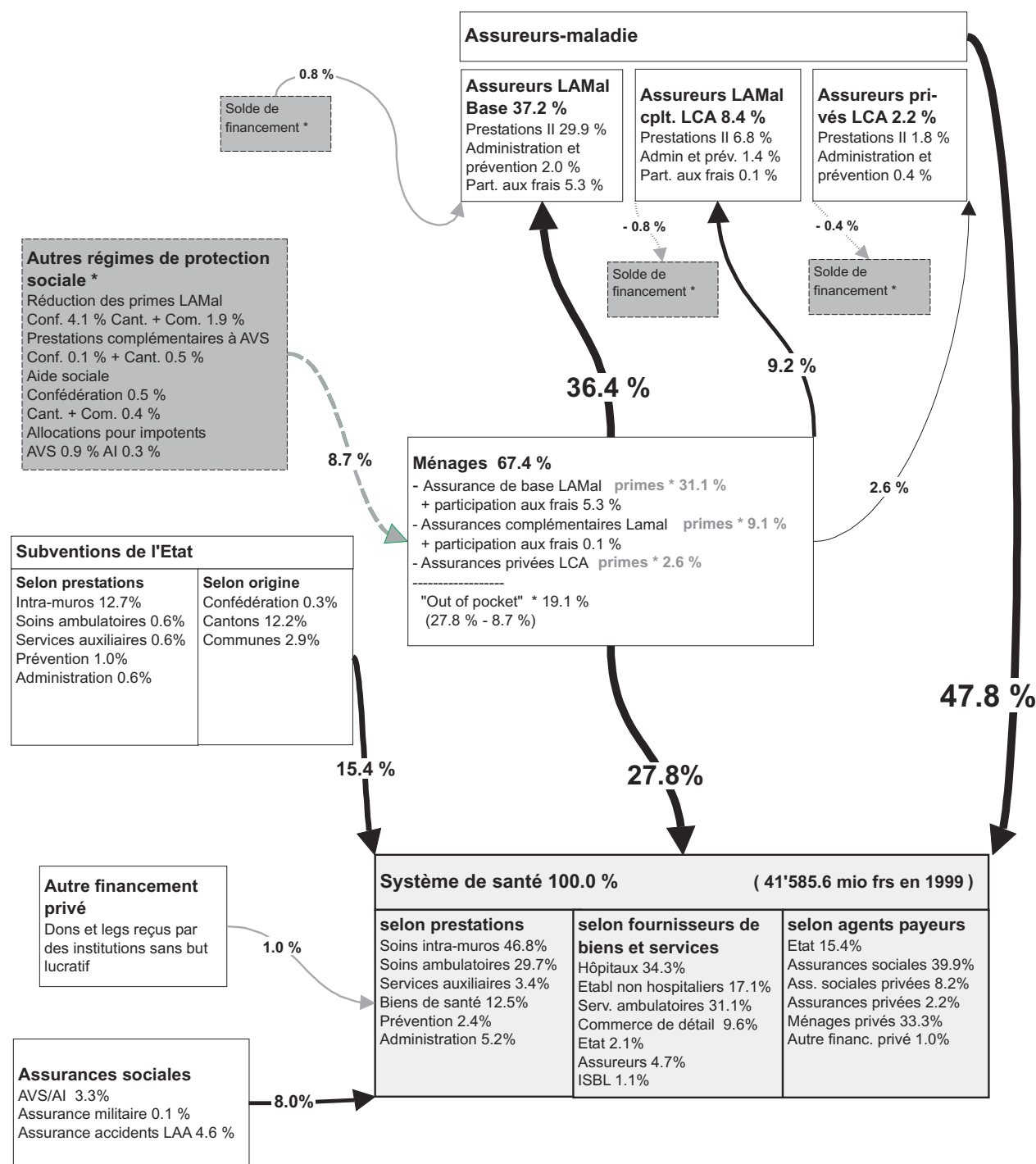
contre exclus les coûts de formation des professions de la santé, les travaux de recherche médicale et les prestations en espèces des assurances qui ne servent pas directement à la guérison ou au maintien de la santé comme par exemple les indemnités journalières (IJ) pour perte de gain.

Cette structure permet de faire apparaître des **flux monétaires ou financiers** entre les **agents de production** (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.), les **agents du financement** (agents payeurs tels les assurances sociales, l'Etat, les ménages, etc.) et les **dépenses de santé** (montants payés par les consommateurs finals pour l'achat de biens et services de santé).

Le graphique **G1** illustre l'ensemble des flux financiers circulant entre les différents intervenants, dans la modélisation de la réalité retenue, **en % du total des «coûts du système de santé»**. En 1999, les flux ont atteint 41,6 milliards de frs. Certaines précisions et compléments au modèle des «coûts du système de santé» de l'OFS ont été apportés pour mettre un éclairage particulier sur les ménages, les assureurs-maladie et les autres régimes de protection sociale qui nous intéressent plus particulièrement.

Flux financiers dans le système suisse de santé – 1999 (en % du total des «coûts du système de santé»)

G1



**\* Remarques:**

- **Autres régimes de protection sociale:** non considérés comme agents payeurs dans le modèle "coûts du système de santé" de l'OFS.
- **"Out of pocket":** paiement direct des ménages au système de santé. Valeur différente du modèle "coûts du système de santé" de l'OFS en raison des autres régimes de protection sociale.
- **Primes:** les "charges de l'assurance-maladie" dans le modèle "coûts du système de santé" de l'OFS ne correspondent pas aux primes payées par les ménages telles qu'elles apparaissent dans les comptes de l'OFAS et de l'OFAP.
- **Solde de financement:** différence entre prestations des assureurs et primes versées par les ménages.
- **Assurances indemnités journalières (IJ) :** primes et prestations pas retenues dans le modèle "coûts du système de santé" de l'OFS ni dans les flux financiers des ménages dans ce schéma car destinées à combler une perte de gain et non à payer des soins.

▬ éléments n'intervenant pas dans le modèle "coûts du système de santé" de l'OFS

### 3 Les différents intervenants dans le système de santé

Passons en revue les différents intervenants qui sont illustrés dans le graphique **G1**.

**Les ménages** participent au financement du système de santé principalement en tant que payeur de primes de l'assurance-maladie (assurance de base et assurances

*Présentation des différents intervenants générant les flux financiers du système de santé*

complémentaires), ainsi que par des participations (franchises et quotes-parts) aux frais de l'assurance-maladie et par les paiements directs («out of pocket»)

des prestations non couvertes par les assurances sociales ou par l'Etat (soins dentaires, frais de pension en établissement médico-social (EMS), aide à domicile, etc.).

**Les assurances sociales** – assurance-accidents, AVS/AI et assurance militaire – sont considérées comme des agents du financement à part entière même si l'Etat intervient aussi dans leur financement de la plupart (20% pour l'AVS, 50% pour l'AI, 100% pour l'assurance militaire).

Sous «**autre financement privé**», on considère le financement propre (dons et legs reçus) des institutions sans but lucratif (ISBL) retenues comme fournisseurs de soins. Il s'agit essentiellement de homes pour personnes âgées, d'institutions pour handicapés et de soins à domicile.

**Les subventions de l'Etat** peuvent être ventilées selon la source (Confédération, cantons, communes) et selon les destinataires (soins intra-muros, soins ambulatoires, services auxiliaires, prévention et administration). L'Etat intervient comme agent du financement à différents titres: premièrement par les subventions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux et aux organismes de soins à domicile et deuxièmement par ses services de prévention et d'administration.

Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les subventions de la Confédération et des cantons sont octroyées dès 1996 aux ménages et non plus aux assureurs-maladie, avec un système de

#### **réduction des primes de l'assurance-maladie**

en fonction des ressources du ménage. Les cantons ont l'obligation de mettre en application un tel régime. Ils bénéficient toutefois d'une grande liberté dans l'organisation administrative et dans le choix des différentes composantes de la solidarité sociale qu'ils désirent atteindre. Chaque canton a en fait instauré son propre régime. D'autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires à l'AVS/AI et aide sociale) tiennent compte des primes des caisses-maladie. Ils ont adapté leurs conditions d'octroi de prestations à la nouvelle situation.

Les primes d'assurance-maladie entrent dans la catégorie des dépenses reconnues pour le calcul des **prestations complémentaires** (PC) à partir de 1997. Elles sont désormais remboursées dans le cadre du nouveau système de réduction des primes. L'extension du catalogue des prestations payées par l'assurance-maladie (soins dans les établissements médico-sociaux, soins à domicile, moyens auxiliaires, traitements dentaires, durée illimitée des prestations en cas de séjours hospitaliers, suppression des réserves) engendre une diminution équivalente dans les prestations complémentaires.

Par analogie avec le régime des prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI, **l'aide sociale** peut intervenir pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une rente AVS ou AI dans la prise en charge des primes d'assurance-maladie et des frais de santé exclus des assurances sociales. L'intervention sociale des cantons et des communes est très disparate. A la limite, chaque commune pourrait avoir son propre régime en la matière puisque, en général, ce dernier relève de la compétence communale. On y déplore la quasi-absence de données statistiques adéquates pour étudier les effets de la LAMal dans ce domaine. Les statistiques des finances publiques sont cependant explorées pour y déceler des ruptures chronologiques identiques à celles connues dans les prestations complémentaires. Les cantons ont été interpellés directement afin de parvenir à une estimation encore grossière des effets de



la LAMal sur l'aide sociale. De son côté la Confédération rembourse aux cantons les frais médicaux des requérants d'asile.

Les **allocations pour impotents** de l'AVS et de l'AI sont également retenues comme financement. Bien que ces dernières soient des prestations en espèces aux assurés, elles sont spécifiquement octroyées pour payer des prestations (homes et services à domicile) nécessaires en raison de la perte d'autonomie pour les actes ordinaires de la vie, tels manger, s'habiller, etc.

La ventilation des dépenses du **système de santé** s'effectue de trois manières pour répondre aux questions fondamentales suivantes:

<b>Ventilation selon:</b>	
• D'où vient l'argent?	<b>Les agents payeurs</b>
• Où va l'argent?	<b>Les fournisseurs de biens et services</b>
• Quels services ont été produits et quels biens ont été consommés?	<b>Les prestations</b>

Les éléments constitutifs des agents payeurs, des fournisseurs de biens et services et des prestations sont décomposés de façon simplifiée dans le graphique **G1** et de façon détaillée dans le schéma **S 3\***.

**Les assureurs LAMal** sont les organismes reconnus par la Confédération pour pratiquer l'assurance-maladie sociale ou **assurance de base obligatoire** (LAMal). Ces assureurs LAMal sont encore souvent appelés «caisses-maladie», selon la terminologie appliquée sous l'ancien droit. Ils constituent des réserves financières basées sur le principe de répartition par opposition au principe de capitalisation généralement utilisé par les assureurs privés.

Ces assureurs LAMal peuvent également offrir des **assurances complémentaires** soumises à la loi sur le contrat d'assurance privée (LCA). Ils proposent en général aussi des assurances facultatives d'indemnités journalières en cas de perte de gain.

**Les assureurs privés** (compagnies d'assurances) offrent des **assurances complémentaires** également soumises à la LCA. Une grande partie des couvertures offertes concerne les assurances indemnités journalières pour perte de gain (en 1999, plus de 50% des prestations).

Les assurances indemnités journalières LAMal ou LCA, destinées à combler une perte de gain et non à payer des soins, ne sont pas retenues comme flux financiers dans les «coûts du système de santé» de l'OFS.

**Le solde de financement** correspond à la différence entre les prestations des assureurs et les primes versées par les ménages aux assureurs.

Une description synoptique détaillée est donnée dans le schéma **S 1\***. Le schéma **S 2\*** donne quant à lui un exemple chiffré pour 1999.

\* Les schémas et chiffres détaillés sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

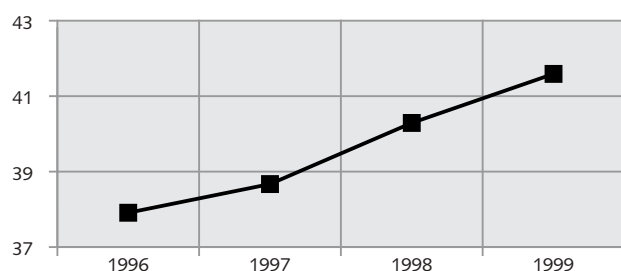
## 4 Evolution des flux financiers dans le système de santé pour la période 1996–1999

Le graphique **G1** a mis en lumière les différents intervenants du système de santé et dans le paragraphe précédent nous nous sommes attachés à les présenter. Nous présentons ici les traits caractéristiques majeurs de l'évolution des flux financiers pour la période 1996–1999.

Les «**coûts du système de santé**»\* ont progressé de 37,9 milliards de frs en 1996 à 41,5 milliards de frs en 1999 (cf. graphique **G2**), soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1% sur cette période. Des fluctuations du simple au double sont observables selon les années (+ 4,2% entre 1997 et 1998, + 2% entre 1996 et 1997, cf. graphique **G3**).

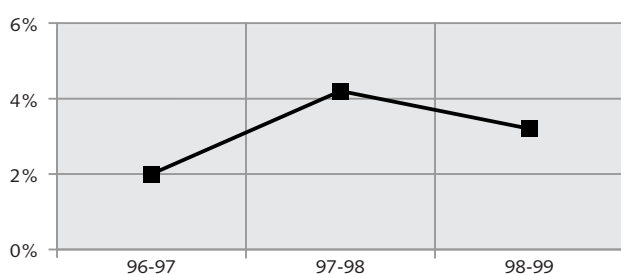
Evolution des «coûts du système de santé» en milliards de frs

G2



Variations annuelles des «coûts du système de santé» en %

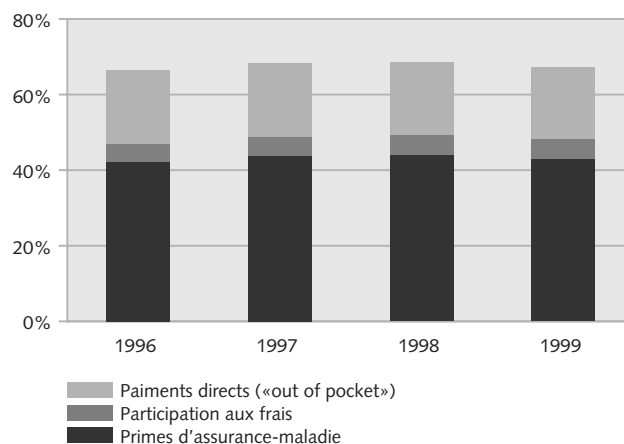
G3



Les ménages\*\* ont directement financé environ les deux tiers du total des «coûts du système de santé» sur la période 1996–99. Ceci principalement en tant que payeur de primes de l'assurance-maladie (à hauteur d'environ 40%). Egalement par des participations aux frais de l'assurance-maladie (franchises et quotes-parts pour environ 5%) et par des paiements directs (appelés «*out of pocket*») des prestations non couvertes par les assurances ou l'Etat (soins dentaires, frais de pension en EMS, aide à domicile, etc. pour environ 20%). Cf. graphique **G4**.

Part des ménages en % dans le financement du système de santé

G4



On peut également noter une augmentation annuelle moyenne de 3,6% du volume des primes d'assurance-maladie sur cette période, de 8,3% pour le montant global des participations aux frais et de 2,6% pour les montants «*out of pocket*». Il convient de ne pas confondre l'augmentation du volume des primes d'assurance-maladie avec la hausse moyenne de la prime par assuré, cette dernière étant tributaire de différents

\* Les chiffres détaillés (tableaux T3 a et c) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

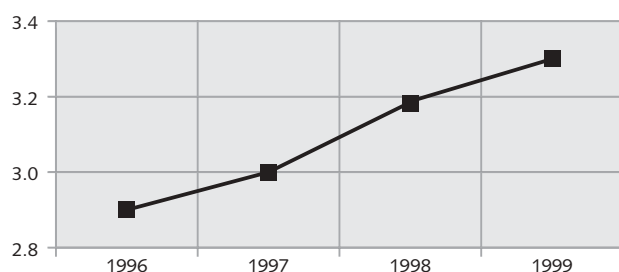
\*\* Les chiffres détaillés (tableaux T1 b et c) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

paramètres tels la région, l'âge, les couvertures choisies et l'assureur.

**Les assurances sociales\*** – assurance-accidents, AVS/AI et assurance militaire – sont intervenues pour une part proche de 8% du financement du système de santé entre 1996 et 1999.

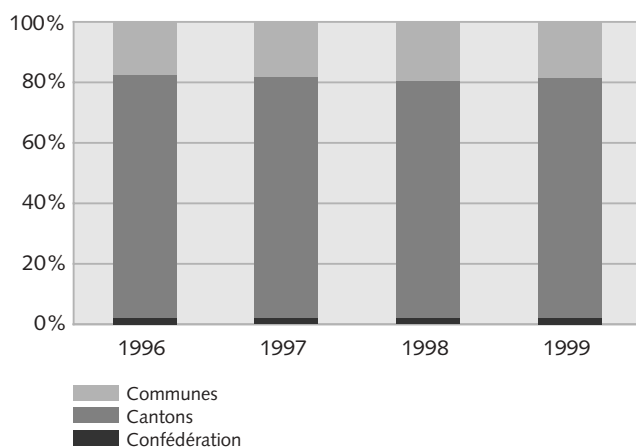
Une progression annuelle moyenne de 4,8% a amené le total de 2,9 milliards de frs en 1996 à 3,3 milliards de frs en 1999 (graphique G5).

**Evolution des assurances sociales dans le financement du système de santé en milliards de frs** G5



Les dons et legs reçus par les institutions sans but lucratif telles homes pour personnes âgées, institutions pour handicapés et soins à domicile figurent sous la catégorie dénommée «**autre financement privé**»\*. Ils n'ont contribué au financement du système de santé qu'à hauteur de 1% (inchangé depuis 1996). Ils se montaient à 408 millions de frs en 1999 avec une progression annuelle moyenne de 2,6% depuis 1996.

**Subventions de l'Etat** G6



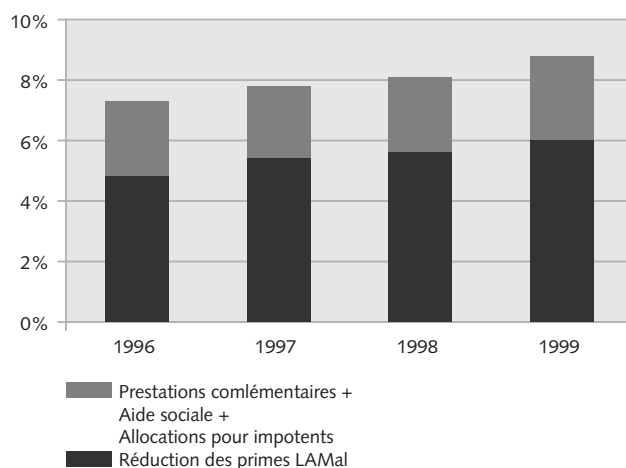
\* Les chiffres détaillés (tableaux T1 a et b) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

\*\* Les chiffres détaillés (tableaux T3 a et b) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

**Les subventions de l'Etat\*\*** ont couvert environ 16% des coûts du système de santé entre 1996 et 1999 avec un montant de 6,4 milliards de frs cette dernière année. Environ quatre cinquièmes des subventions octroyées sur cette période étaient destinées aux soins intra-muros. Elles émanaient des cantons (environ 80%), les communes ayant assuré environ 18% des subventions et la Confédération environ 2% (graphique G6).

**Les autres régimes de protection sociale\*** contribuent au financement du système de santé pour une part d'environ 8% (graphique G7). Les deux tiers sont constitués par les réductions de primes LAMal dont le montant alloué augmente d'environ 11% par an depuis 1996. Les prestations complémentaires ont diminué de 5% en 1999 par rapport à 1996 alors que l'aide sociale a crû de 80% sur cette période. Les allocations pour impotents marquent une augmentation annuelle moyenne de 3,1%.

**Part en % des autres régimes de protection sociale dans les «coûts du système de santé»** G7



La différence entre les prestations des assureurs et les primes versées par les ménages aux assureurs forme le **solde de financement\*\*\***. Il constituait 0,6 milliards de frs en 1996 soit 1,6% des «coûts du système de santé». Il a atteint des valeurs négatives de l'ordre de -0,2 milliards de frs dès 1997.

Ainsi que l'illustre le graphique G8, le solde de financement global résulte de la somme des soldes de

\*\*\* Les schémas (S1 et S2) et les chiffres détaillés (tableaux T1 a et T2a, b et c) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

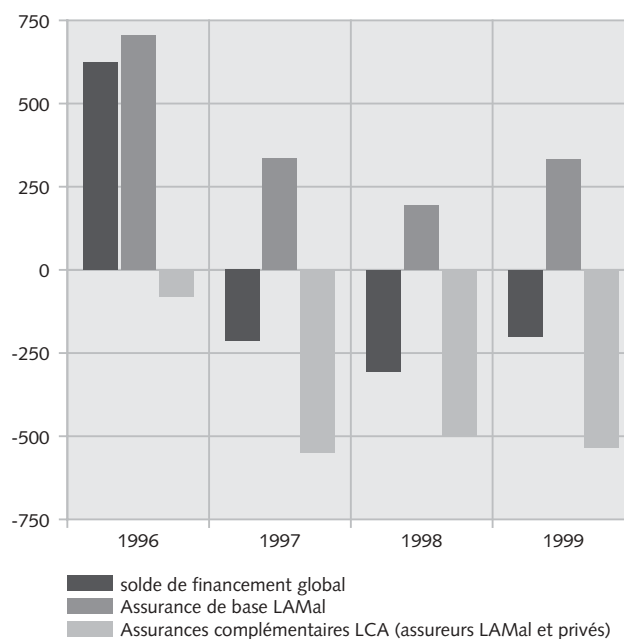
financement pour l'assurance de base LAMal ainsi que pour les assurances complémentaires LCA des assureurs LAMal et des assureurs privés.

Pour l'assurance de base, le solde de financement est positif: de 0,7 milliards de frs en 1996, il a régulièrement baissé pour atteindre 0,3 milliards de frs en 1999. Ces montants positifs correspondent à une diminution des réserves\* utilisées pour éviter une hausse trop importante des primes. On remarque une diminution du solde positif, révélateur probable d'un niveau de réserves proche du minimum légal pour plusieurs assureurs LAMal.

Pour les assurances complémentaires LCA des assureurs LAMal et privés, le solde de financement est négatif: environ -0,5 milliards de frs en 1997, 1998 et 1999. Ces montants négatifs correspondent à une augmentation des réserves\*, étroitement liées au principe de capitalisation\*\* généralement utilisé pour les couvertures d'assurance-maladie régies par la LCA par opposition au principe de répartition\*\* qui a cours pour l'assurance de base LAMal. La constitution de réserves s'explique par le transfert de couvertures d'assurances complémentaires de caisses-maladie dans des produits soumis à la LCA suite à l'entrée en vigueur de la LAMal.

Evolution du solde de financement  
en millions de frs

G8



Une série de tableaux (téléchargeable depuis notre site internet, adresse voir p. 16) mettent à la disposition du lecteur intéressé les chiffres des flux financiers dans le système de santé et du solde de financement pour la période 1996–99.

Les tableaux T 1 a, b, c et d présentent la synthèse des flux financiers dans le système suisse de santé en millions de frs et en % du total des coûts du système de santé ainsi que les variations annuelles, moyennes et les indices associés.

Les tableaux T 2 a, b et c présentent l'évolution des éléments constitutifs du solde de financement en millions de frs et en % des prestations, de la contribution des ménages ou du total des coûts du système de santé.

Les tableaux T 3 a, b et c détaillent la ventilation des subventions de l'Etat ainsi que celle des dépenses du système de santé selon les prestations, les fournisseurs de biens et services et les agents du financement, en millions de frs et en % ainsi que les variations annuelles.

\* La variation des réserves étant normalement l'élément prédominant dans le solde de financement, à côté des revenus de capitaux, des revenus extraordinaires et des bénéfices, elle donne en principe le signe résultant, positif ou négatif, de ce solde.

\*\* Dans le système de financement par capitalisation pour l'assurance-maladie selon la LCA, la prime versée par un jeune assuré est plus élevée que la prime de risque réelle pour son âge. Ceci permet d'offrir à cet assuré devenu âgé une prime attractive plus basse que

la prime de risque à cet âge-là, d'autant plus attractive que le nombre d'années d'affiliation à l'assurance est grand. Ceci par opposition au système de financement par répartition pour l'assurance-maladie selon la LAMal qui fonctionne avec un équilibre des primes et des prestations pour chaque période comptable, pour l'ensemble des assurés, avec une prime indépendante de l'âge d'entrée dans l'assurance.

## 5 Relation entre primes d'assurance-maladie et «coûts du système de santé»

Dans les informations diffusées par les médias, il y a souvent une confusion entre primes d'assurance-maladie d'une part et dépenses du système de santé ou «coûts du système de santé» d'autre part. Le graphique **G1** qui met en évidence les flux financiers dans le système de

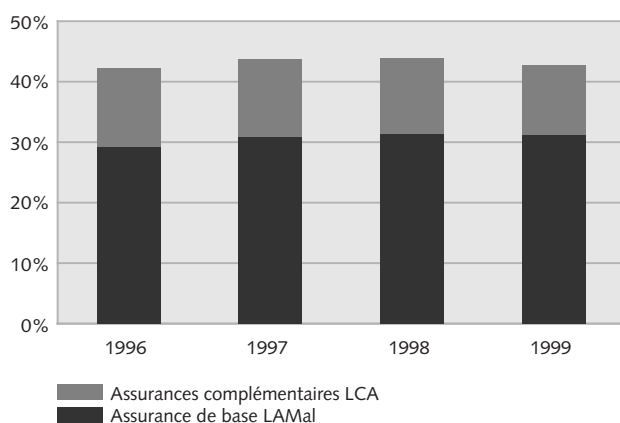
*Les primes d'assurance-maladie payées par les ménages couvrent 40% des coûts du système de santé*

santé a pour but de mettre en lumière la différence entre ces concepts. Les primes d'assurance-maladie sont versées par les ménages aux assureurs-maladie: assureurs LAMal pour l'assurance

de base, assureurs LAMal et assureurs privés pour les assurances complémentaires LCA. Elles ont représenté environ 40% des «coûts du système de santé» pour la période 1996–99, lesquels constituent aussi les dépenses du système de santé. Ces dépenses pouvant être ventilées selon les fournisseurs de biens et services ou selon les prestations (consommation de biens et de produits).

**Part en % des primes d'assurance-maladie dans le «coûts du système de santé»**

**G9**



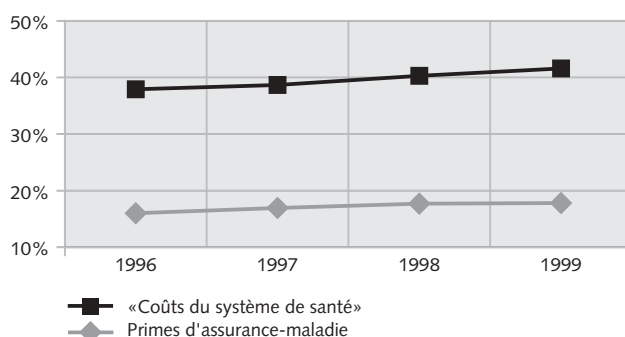
Les primes de l'assurance de base LAMal constituent environ les trois quarts du total des primes versées aux assureurs-maladie (graphique **G9**)\*. Ces primes pour l'assurance de base LAMal n'ont donc représenté qu'environ 30% des «coûts du système de santé» pour la période 1996–99 soit moins du tiers des dépenses du système de santé.

Le graphique **G10**\* met en lumière l'évolution des primes d'assurance-maladie et celle du total des «coûts du système de santé» en milliards de frs. Le volume des primes de l'assurance-maladie (couvertures LAMal et LCA) a crû en moyenne annuelle de 3,6%, soit légèrement plus que la croissance moyenne des «coûts du système de santé» (3,1%) sur la période 1996–99\*. La hausse du volume des primes d'assurance-maladie a subi des fluctuations importantes sur cette période: d'une variation de 5,8% entre 1996 et 1997 on a passé à une variation de 0,7% entre 1998 et 1999. Les variations annuelles des «coûts du système de santé» sont quant à elles moins dispersées: dans une fourchette de 2 à 4,2%.

La hausse de 1,3 milliards de frs des «coûts du système de santé» en 1999 a été financée par plusieurs

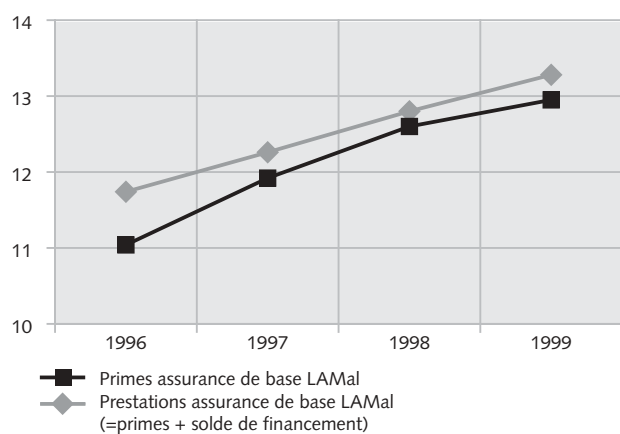
**Evolution des coûts et des primes en milliards de frs**

**G10**



\* Les chiffres détaillés (tableaux T1 a, b et c) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

**Evolution des primes et des prestations dans l'assurance-maladie de base en milliards de frs G11**



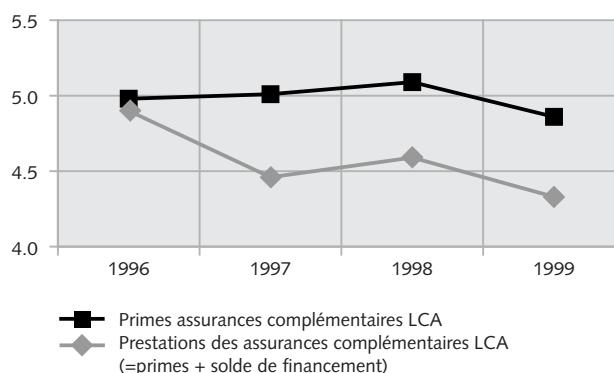
éléments: l'augmentation des subventions de l'Etat (+ 0,3 milliards de frs), des subventions individuelles aux assurés (réduction des primes + 0,2 milliards de frs), de l'aide sociale (+ 0,1 milliards de frs), des assurances sociales (+ 0,1 milliards de frs), de la participation aux frais des assurés (+ 0,1 milliards de frs), des paiements directs «out of pocket» (+ 0,2 milliards de frs) et des primes elles-mêmes (+ 0,1 milliards de frs) ainsi par une diminution des réserves (+ 0,1 milliards de frs). L'augmentation des dépenses du système de santé est donc financée de manière diverse, les primes n'étant qu'un élément parmi d'autres. Au vu de ces chiffres, l'augmentation des primes n'est en aucun cas prépondérante.

Les graphiques **G11** pour l'assurance de base LAMal et **G12** pour les assurances complémentaires LCA mettent en évidence un point essentiel: la différence entre les prestations\* des assureurs et les primes versées par les ménages aux assureurs, qui constitue le solde de financement\*\*. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre précédent, un solde de financement positif est associé à une diminution des réserves (cas de l'assurance de base LAMal) et un solde de financement négatif à une augmentation des réserves (cas des assurances complémentaires LCA des assureurs LAMal et privés).

Les paiements des assureurs LAMal (prestations de l'assurance de base) sont demeurés supérieurs aux primes sur la période 1996–99: il y a eu diminution des

\* Prestations III selon définition dans les schémas S1 et S2 et chiffres détaillés (tableaux T2 a, b et c) téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

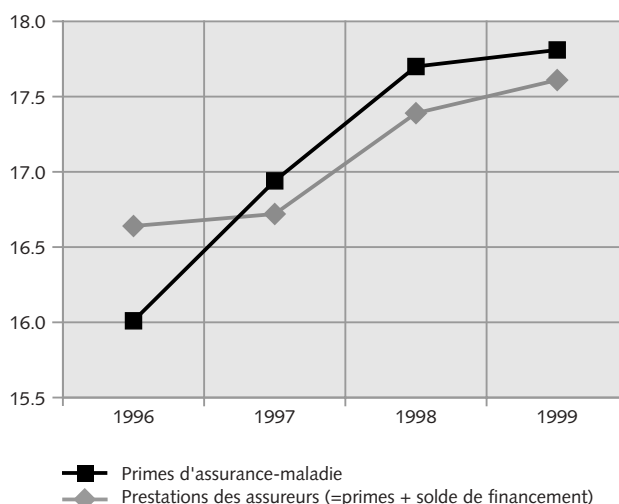
**Evolution des primes et des prestations dans les assurances complémentaires LCA en milliards de frs G12**



réserves. Ceci s'explique par le fait que ces assureurs doivent offrir des primes attractives dans l'assurance de base. Le libre passage inscrit dans la loi permet en effet aux assurés de choisir chaque année l'assureur le plus avantageux pour la couverture de base obligatoire. La concurrence est ainsi sévère, la comparaison des assurés se fixant essentiellement sur les primes puisque les prestations, définies dans la loi, sont identiques.

Par contre un accroissement des réserves est à signaler pour les assurances complémentaires LCA,

**Evolution des primes et des prestations dans l'assurance-maladie (LAMal + LCA) en milliards de frs G13**



\*\* Les schémas S1 et S2 et chiffres détaillés (tableaux T1 a et T2a, b et c) sont téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

les primes étant restées supérieures aux prestations sur cette période. Pour ce genre d'assurances, hormis le principe de financement par capitalisation décrit précédemment entraînant la constitution de réserves, il convient de noter que les assureurs n'ont pas la même pression que dans l'assurance de base. D'une part il n'y a pas de libre passage et un changement d'assureur nécessite un examen de santé, qui peut conduire à un refus d'assurance. D'autre part les prestations ne sont pas exactement les mêmes d'un assureur à l'autre ce qui rend la comparaison des primes plus difficile.

Le graphique **G13** est lui relatif au solde de financement global qui résulte de l'addition des soldes de financement pour l'assurance de base LAMal et les assurances complémentaires LCA. Il correspond à la différence entre les prestations\* des assureurs et les primes versées par les ménages aux assureurs.

D'une diminution des réserves globales\*\* de 0,5 milliards de frs en 1996 on observe, pour les 3 années suivantes, une augmentation de 0,2 à 0,3 milliards de frs des réserves globales. L'augmentation des réserves pour les assurances complémentaires LCA compense donc largement la réduction des réserves de l'assurance de base LAMal.

Les 3 graphiques **G11**, **G12** et **G13** sont à mettre en relation avec le graphique **G8** sur l'évolution du solde de financement.

---

\* Prestations III selon définition dans les schémas S1 et S2 et chiffres détaillés (tableaux T2 a, b et c) téléchargeables depuis notre site internet, adresse voir remarques page 16.

---

\*\* Pour l'assurance de base LAMal et les assurances complémentaires LCA.

## 6 Conclusion

Un graphique (G1) a présenté les différents intervenants dans le système de santé ainsi que la grandeur des flux financiers entre ceux-ci, exprimée en % du total des «coûts du système de santé» pour l'année 1999. Elle a mis en évidence que les ménages financent environ deux tiers du total des «coûts du système de santé» sur la période 1996–1999 par l'intermédiaire des primes d'assurance-maladie, de la participation aux frais et des paiements directs «out of pocket». Cela représente un montant de 28 milliards de frs pour un total de 41,5 milliards de frs en 1999. Le reste se répartit notamment entre les subventions de l'Etat (15%), les assurances sociales (8%) et la réduction des primes (6%).

Les primes d'assurance-maladie payées par les ménages ont représenté quant à elles environ 40% des «coûts du système de santé» sur la même période. Pour 1999, cela représentait un montant proche de 18 milliards de frs. Même si une forte interdépendance entre la hausse des «coûts du système de santé» et celle des primes d'assurance-maladie peut être observée, l'augmentation des subventions de l'Etat, de la réduction des primes, de l'aide sociale, de la participation aux frais des assurés et des paiements directs «out of pocket» joue un rôle non négligeable dans l'évolution des «coûts du système de santé».

La différence entre les prestations des assureurs et les primes versées par les ménages forme le solde de financement, essentiellement constitué par la fluctuation des réserves. L'affaiblissement des réserves de l'assurance de base LAMal pour amoindrir les hausses de primes est une stratégie des assureurs visant à retarder une hausse qui sera nécessaire lorsque le seuil minimal des réserves sera atteint. L'accroissement des réserves des assurances complémentaires LCA est quant à lui plus lié au système de capitalisation largement répandu pour ce genre de couvertures qui sont apparues chez les assureurs lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996.

La nouvelle modélisation des flux financiers entre les différents intervenants du système de santé en Suisse présentée dans ce document au sein du graphique G1 est centrée sur les dépenses des ménages. Elle offre un lien vers le modèle «coûts du système de santé» de l'OFS avec sa ventilation selon les agents payeurs, les fournisseurs de biens et services et les prestations tout

en intégrant des éléments qui n'apparaissent pas dans celui-ci tels les primes d'assurance-maladie payées par les ménages ainsi que des régimes de protection sociale. Le plus important de ces précités – la réduction des primes LAMal – a représenté environ 6% des «coûts du système de santé» sur la période 1996–1999 en atteignant près de 2,5 milliards de frs pour cette dernière année.



## 7 Sources de données

Administration fédérale des finances, 1999, Berne.  
*Finances publiques en Suisse.*

Office fédéral des assurances sociales, 1997–2000, Berne. *Statistique de l'assurance-maladie 1996, 1997, 1998, 1999.*

Office fédéral des assurances sociales, 1998, Berne. *Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, rapport de recherche no 15/98 établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal.*

Office fédéral des assurances sociales, 2000, Berne. *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de la protection sociale, rapport de recherche no 5/00 établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal.*

Office fédéral de la statistique, 1999, Neuchâtel. *Statistique des coûts du système de santé, conception générale révisée, document non publié.*

Office fédéral de la statistique, 2000, Neuchâtel, *Statistique des coûts du système de santé, conception détaillée, document non publié.*

Office fédéral de la statistique, 2002, Neuchâtel, *Coûts du système de santé, méthodologie, résultats détaillés et évolution de 1995 à 1999.*

# Liste des tableaux T et schémas S

1	T 1a	Synthèse des flux financiers dans le système suisse de santé en millions de frs
	T 1b	Synthèse des flux financiers dans le système suisse de santé en % du total des «coûts du système de santé»
	T 1c	Synthèse des flux financiers dans le système suisse de santé: variation annuelle en %
	T 1d	Synthèse des flux financiers dans le système suisse de santé: indices (base 1996=100)
2	T 2a	Détail du solde de financement en millions de frs
	T 2b	Détail du solde de financement en %
	T 2c	Détail du solde de financement en % du total des «coûts du système de santé»
3	T 3a	Détail de ventilation des subventions de l'Etat et des «coûts du système de santé» en millions de frs
	T 3b	Détail de ventilation des subventions de l'Etat et des «coûts du système de santé» en %
	T 3c	Détail de ventilation des subventions de l'Etat et des «coûts du système de santé»: variations annuelles en %
4	S 1	Schéma explicatif du solde de financement
	S 2	Schéma explicatif du solde de financement – exemple chiffré – 1999 – en millions de frs
	S 3	Schéma de ventilation des dépenses du système de santé selon les prestations, les fournisseurs de biens et services et les agents payeurs

## Remarques concernant les tableaux et schémas:

Des renvois à des tableaux et des schémas figurent dans le texte. Pour des raisons de lisibilité, ils n'ont pas été ajoutés à cette édition. Cette annexe peut être commandée à l'OFS, section de la santé, «StatSanté», Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel ou peut être téléchargée depuis «[www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)».

## Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

<i>N° à composer</i>	<i>Moyen en diffusion</i>
032 713 60 11	<i>Service de renseignements individuels</i>
<i>www.statistik.admin.ch</i>	<i>L'OFS sur Internet</i>
032 713 60 11	<i>Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents</i>
032 713 60 60	<i>Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette)</i>
032 713 60 86	<i>Banque de données (accessible en ligne)</i>

**La Liste des publications**, qui est mise à jour tous les deux ans, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Elle est proposée sur internet et peut être obtenue gratuitement en téléphonant au n° 032 713 60 60.

## Santé

Le série des publications consacrées à la santé (domaine 14) comprend les fascicules suivants:

- Professions de la santé en Suisse – Profils cantonaux 1992/1993  
(N° de commande 123-9300)
- Statistique sanitaires: conception et modèles d'organisation, une étude de la situation en Suisse et à l'étranger, 1994 (N° de commande 121-0)
- Statistique des causes de décès – Tableaux 1995 et 1996  
(N° de commande 069-9600)
- Un système d'information statistique sanitaire pour la Suisse – Lignes directrices et recommandations (N° de commande 117-0)
- Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1999  
– Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue (N° de commande 229-9900)
- Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1997  
(N° de commande 213-9702)
- Enquête sur les dépenses de l'enseignement et la recherche universitaires dans les hôpitaux (N° de commande 443-0100)

STATINF, la banque de données de l'OFS, fournit les informations tirées du programme d'indicateurs sanitaires de l'OMS relative aux cantons.

Ce document présente une nouvelle modélisation des flux financiers entre les différents intervenants du système de santé en Suisse. Le débat public autour des coûts du système de santé se focalisant souvent sur les primes d'assurance-maladie payées par les ménages, de nouveaux éléments d'analyse apportent des éclaircissements sur la question.

Cette modélisation centrée sur les dépenses des ménages offre un lien vers le modèle «coûts du système de santé» de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui propose une ventilation selon les agents payeurs, les fournisseurs de biens et services et les prestations, tout en intégrant des éléments qui n'apparaissent pas dans celui-ci tels les primes d'assurance-maladie payées par les ménages ainsi que des régimes de protection sociale.

Les ménages ont financé environ deux tiers du total des «coûts du système de santé» sur la période 1996–1999 par le biais des primes, des participations aux frais et des paiements directs «out of pocket». Cela a représenté un montant de 28 milliards de frs en 1999.

L'évolution des flux financiers dans le système de santé pour la période 1996–1999 met en lumière une augmentation annuelle moyenne de 3,6% du volume des primes d'assurance-maladie alors que les subventions de l'Etat n'ont crû, elles, que de 1,7% en moyenne annuelle sur cette période. Les «coûts du système de santé» ont progressé de 3,1% en moyenne annuelle pour atteindre 41,5 milliards de frs en 1999.

Numéro de commande:  
515-0202

Commandes:  
Tél 032 713 60 60  
Fax 032 713 60 61

prix: gratuit

ISBN 3-303-14063-4

