

*Les effets de la nouvelle loi sur
l'assurance-maladie dans le
financement du système de santé*

*Rapport de l'Office fédéral de la statistique
établi à l'attention de l'Office fédéral des
assurances sociales dans le cadre de l'analyse
des effets de la LAMal*

Auteurs : Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe
Office fédéral de la statistique
Division de la population et de l'emploi
Schwarztorstrasse 96
3003 Berne

Copyright: OFAS, rapport de recherche no 15/98

Numéro de commande : 318.010.15/98 f OCFIM 5.98

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur le 1er janvier 1996. L'article 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) charge l'Office fédéral des assurances sociales de procéder à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques.

La présente étude analyse les effets induits par la LAMal sur la structure de financement de l'assurance-maladie et sur l'ensemble du système de la santé. Elle examine aussi les repercussions de la nouvelle loi sur le régime des prestations complémentaires et, dans la mesure où l'on disposait de données, sur l'aide sociale. Notons qu'il s'agit ici d'un premier état des lieux. Cette étude met essentiellement en évidence les repercussions du changement de régime enregistrées un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi dans deux domaines: le versement des subventions des pouvoirs publics et celles dues à l'élargissement des prestations.

Mais la LAMal a aussi mis en œuvre des changements visant à influencer sur le comportement des acteurs du système de santé. Ils ne déploieront leurs effets sur les structures de financement qu'à moyen terme. Il est donc important de poursuivre la présente étude ces prochaines années.

M.-T. Furrer, ajointe scientifique, cheffe de projet
Service "Economie, questions fondamentales et recherche "

Tables des matières

AVANT-PROPOS	V
TABLES DES MATIÈRES	VII
LISTE DES FIGURES	XII
LISTE DES TABLEAUX	XIII
1 INTRODUCTION	17
1.1 Cadre de étude	18
1.2 Dispositions de la LAMal susceptibles d'influencer la structure du financement	19
1.3 Objet et déroulement de l'étude	21
1.3.1 Une étude en trois phases.....	22
1.3.2 Contenu et limite de l'étude	22
1.3.3 Déroulement	27
1.4 Prévisions avant l'entrée en vigueur de la loi	28
1.4.1 Dans le message du Conseil fédéral.....	28
1.4.2 Durant la campagne référendaire.....	29
1.5 Bibliographie	31

2	CADRE D'ANALYSE	33
2.1	Les assureurs reconnus par la Confédération	34
2.2	Le système de santé	36
2.2.1	Les hôpitaux	38
2.2.2	Les établissements médico-sociaux.....	39
2.2.3	Les soins à domicile.....	39
2.3	Les régimes de protection sociale intervenant en amont de l'assurance-maladie.....	40
2.3.1	Le régime d'abaissement des primes de l'assurance-maladie.....	41
2.3.2	Les prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI.....	41
2.3.3	L'aide sociale.....	42
2.4	Sources et méthodes	42
2.4.1	Dans l'assurance-maladie	43
2.4.2	Dans le système de santé	43
2.4.3	Dans les régimes de protection sociale.....	44
3	CONSÉQUENCES FINANCIÈRES DANS L'ASSURANCE-MALADIE.....	45
3.1	Approche des coûts et du financement.....	45
3.2	Analyse du compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie.....	48
3.2.1	Analyse par catégories de coûts	50
3.2.2	Analyse par catégories de financement.....	51
3.3	Evolution des coûts et du financement dans l'assurance de base	54
3.4	Evolution des coûts et du financement de l'assurance d'une indemnité journalière	56
3.5	Evolution des coûts et du financement dans les assurances complémentaires	58

3.6	Evolution des participations des assurés aux frais.....	61
3.7	Evolution des réserves financières	64
3.8	Bibliographie	67
4	LES FLUX FINANCIERS DANS LE SYSTÈME DE RÉDUCTION DE PRIMES	69
4.1	Flux financiers sous les régimes de la LAMA et de la LAMal	70
4.2	Comparabilité des prestations de la LAMA et de la LAMal	72
4.3	Charges du secteur public dans le domaine de l'assurance maladie.....	75
4.3.1	Subsides nets dans les comptes des assurances-maladie.....	75
4.3.2	Charge nette selon la statistique des finances publiques.....	77
4.4	Dépenses et recettes des cantons	80
4.5	Situation des différents cantons	84
4.6	Bibliographie	87
5	EFFETS SUR LES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SUR LE FINANCEMENT	89
5.1	Coûts globaux du système de santé depuis 1985	90
5.2	Coûts du système de santé et dépenses de santé	94
5.2.1	Coûts selon les principaux fournisseurs de soins	94
5.2.2	Dépenses selon la nature des biens et services consommés	95
5.3	Financement du système de santé	97
5.3.1	Financement selon l'agent payeur	97
5.3.2	Financement selon l'agent supportant la charge économique	100
5.4	Coûts et financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et du spitex	102

5.4.1	Coûts et financement des hôpitaux.....	103
5.4.2	Coûts et financement des établissements médico-sociaux	105
5.4.3	Coûts et financement des soins à domicile	107
5.5	Bibliographie	108
6	LES EFFETS DE LA LAMAL SUR LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	109
6.1	Rappel des buts de l'étude	109
6.2	Relation entre LAMal et prestations complémentaires.....	110
6.2.1	La situation sous l'empire de la LAMA.....	110
6.2.2	La situation sous l'empire de la LAMal.....	113
6.2.3	Les effets financiers de la LAMal dans le régime des prestations complémentaires	117
6.3	Estimation différenciée des diminutions de dépenses selon la cause	124
6.4	Bibliographie	128
7	RELATION ENTRE LAMAL ET AIDE SOCIALE	131
7.1	Le cadre général.....	131
7.1.1	Quelques repères concernant l'aide sociale en Suisse	131
7.1.2	L'aide sociale à la lumière de la statistique des finances publiques.....	132
7.2	Les effets financiers de la LAMal dans le régime de l'aide sociale	136
7.2.1	Les domaines concernés	136
7.2.2	La situation dans quelques cantons	139
7.2.3	Estimation des dépenses de santé dans l'aide sociale au niveau suisse ..	141
7.3	Bibliographie	142

8	RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	145
8.1	Résultats et commentaires.....	145
8.1.1	Assurance-maladie de base	145
8.1.2	Système de santé	150
8.2	Conclusion et suite des travaux.....	156
8.3	Bibliographie	157
ANNEXE A	SANTE ET PREVOYANCE SOCIALE DANS LA STATISTIQUE FINANCIERE DES COLLECTIVITES PUBLIQUES	161
ANNEXE B	QUALITÉ DES SOURCES STATISTIQUES	181
ANNEXE C	STATISTIQUE FINANCIERE DES BUDGETS PUBLICS EN MATIERE DE SANTE ET D'AIDE SOCIALE*	

* L'Office fédéral de la statistique publiera ultérieurement l'annexe C du présent rapport.

Liste des figures

FIGURE 1.1:	DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES CONSÉCUTIVES À L'EXTENSION DU CATALOGUE DES PRESTATIONS.....	30
FIGURE 2.1:	LES FLUX FINANCIERS EN AVAL ET EN AMONT DE L'ASSURANCE-MALADIE .	35
FIGURE 2.2:	SCHÉMA D'ANALYSE DES FLUX DE FINANCEMENT ET DE REFINANCEMENT DES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ 1994 (34 MIA DE FR.).....	37
FIGURE 4.1:	FLUX FORMELS DES SUBSIDES DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-MALADIE SOUS LE RÉGIME DE L'ANCIENNE LAMA.....	70
FIGURE 4.2:	FLUX FORMELS DES SUBSIDES DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-MALADIE SOUS LE RÉGIME DE LA NOUVELLE LAMAL.....	71
FIGURE 4.3:	CALCUL DES PRESTATIONS NETTES DES CAISSES-MALADIE POUR L'ASSURANCE DE BASE POUR 1990 - 1993.....	74
FIGURE 5.1:	ÉVOLUTION DES INDICES DE PIB ET DES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ, 1985 - 1996, 1985=100.....	91
FIGURE 8.1:	FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DE BASE, EN MILLIONS DE FRANCS	148
FIGURE 8.2:	FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, EN MILLIONS DE FRANCS	152
FIGURE 8.3:	FINANCEMENT PAR L'ÉTAT (CONFÉDÉRATION, CANTONS, COMMUNES), EN MILLIONS DE FRANCS	154
FIGURE 8.4:	FINANCEMENT PAR LES MÉNAGES, EN MILLIONS DE FRANCS	155

Liste des tableaux

TABLEAU 3.1: COÛT ET FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE, ESTIMATIONS LORS DE LA CAMPAGNE RÉFÉRENDATAIRE ET DONNÉES STATISTIQUES ULTÉRIEURES	46
TABLEAU 3.2: COMPTE D'EXPLOITATION ANALYTIQUE DE L'ASSURANCE-MALADIE (Y COMPRIS LES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES ET L'ASSURANCE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES).....	49
TABLEAU 3.3: COÛTS ET FINANCEMENT DANS L'ASSURANCE DE BASE ENTRE 1994 ET 1996.....	55
TABLEAU 3.4: PRIMES ET PRESTATIONS DANS L'ASSURANCE DE BASE.....	56
TABLEAU 3.5: COÛTS ET FINANCEMENT DANS L'ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ENTRE 1994 ET 1996	57
TABLEAU 3.6: COÛTS ET FINANCEMENT DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES ENTRE 1994-1996	59
TABLEAU 3.7: PRIMES ET PRESTATIONS DANS L'ASSURANCE COMBINÉE D'HOSPITALISATION.....	61
TABLEAU 3.8: PARTICIPATIONS AUX FRAIS, ASSURANCE DE BASE.....	62
TABLEAU 3.9: RÉSERVES SELON LE NOMBRE D'ASSURÉS DE LA CAISSE EN 1995.....	64
TABLEAU 3.10: RÉSERVES DES CAISSES-MALADIE (TOUTES BRANCHES D'ASSURANCES COMPRISES)	66
TABLEAU 4.1: PRESTATIONS NETTES DE L'ASSURANCE-MALADIE ET SUBSIDES NETS AUX CAISSES-MALADIE, 1990 - 1996.....	76
TABLEAU 4.2: PRESTATIONS NETTES DE L'ASSURANCE-MALADIE ET CHARGE NETTE DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES	78
TABLEAU 4.3: CHARGE NETTE DE TOUTES LES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES COMPARÉE À CELLE DES CANTONS	79

TABLEAU 4.4: COMPTE DE FONCTIONNEMENT ET TAUX DE COUVERTURE DES DÉPENSES COURANTES DES CANTONS DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-MALADIE.....	81
TABLEAU 4.5: RECETTES COURANTES DES CANTONS PROVENANT DES CONTRIBUTIONS, SUBVENTIONS ET DÉDOMMAGEMENTS, SELON LEUR ORIGINE	82
TABLEAU 4.6: CHARGE NETTE DES DIFFÉRENTS CANTONS, 1990 - 1996.....	84
TABLEAU 4.7: COMPTE DE FONCTIONNEMENT DES CANTONS, EN CHIFFRES ABSOLUS ET EN POURCENTAGE DE MODIFICATION PAR RAPPORT À L'EXERCICE PRÉCÉDENT	86
TABLEAU 5.1: EVOLUTION DES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT.....	90
TABLEAU 5.2: AUGMENTATIONS ANNUELLES DE L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION	93
TABLEAU 5.3: COÛTS PAR FOURNISSEURS DE SOINS 1994 À 1996	94
TABLEAU 5.4: DÉPENSES SELON LES BIENS ET SERVICES CONSOMMÉS 1994 À 1996	96
TABLEAU 5.5: FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ SELON L'AGENT PAYEUR, 1994 - 1996	99
TABLEAU 5.6: FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ SELON L'AGENT SUPPORTANT LA CHARGE ÉCONOMIQUE 1994 - 1996.....	101
TABLEAU 5.7: COÛTS ET FINANCEMENT DES HÔPITAUX	104
TABLEAU 5.8: COÛTS ET FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX.....	106
TABLEAU 5.9: COÛTS ET FINANCEMENT DES SOINS À DOMICILE.....	107
TABLEAU 6.1: EXEMPLE DE CALCUL DE PC ANNUELLE POUR UNE PERSONNE SEULE VIVANT À LA MAISON (VALABLE À PARTIR DU 1.1.1995)	111
TABLEAU 6.2: EXEMPLE DE CALCUL DE PC ANNUELLE POUR UNE PERSONNE SEULE VIVANT À LA MAISON (VALABLE À PARTIR DU 1.1.1997)	112
TABLEAU 6.3: PRIMES MOYENNES CANTONALES POUR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS (COUVERTURE ACCIDENTS COMPRISE) DES ADULTES, DES ADULTES EN FORMATION ET DES ENFANTS, POUR L'ANNÉE 1997.....	116
TABLEAU 6.4: PC-AVS/AI, BÉNÉFICIAIRES ET DÉPENSES	118

TABLEAU 6.5: PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN 1995 ET 1996 PAR CANTON	119
TABLEAU 6.6: ALLÈGEMENTS FINANCIERS DE LA CONFÉDÉRATION ET DES CANTONS DANS LE DOMAINE DES PC.....	120
TABLEAU 6.7: PC-AVS/AI, VENTILATION DES DÉPENSES D'APRÈS LE GENRE D'HABITATION ET LES FRAIS DE MALADIE	121
TABLEAU 6.8: FRAIS DE MALADIE DANS LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES DANS LES CANTONS EN POURCENT	122
TABLEAU 6.9: FRAIS DE MALADIE DANS LES PC D'APRÈS LES CATÉGORIES DE COÛTS PLUS IMPORTANTES, 1996	122
TABLEAU 6.10: PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN 1996 ET 1997 SELON LES CANTONS	123
TABLEAU 6.11: COMPOSANTES MOYENNES DU CALCUL DES PC, COMPARAISON ENTRE MARS 1995 ET MARS 1996 (PERSONNE SEULE).....	125
TABLEAU 6.12: EFFETS DE LA LAMAL SUR LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, EN MILLIONS DE FRANCS, 1995/1996	127
TABLEAU 7.1: CLASSIFICATION FONCTIONNELLE DANS LE DOMAINE 5 (PRÉVOYANCE SOCIALE)	133
TABLEAU 7.2: CHARGE NETTE DES CANTONS ET DES COMMUNES POUR LES TÂCHES D'ASSISTANCE 1994 - 1996, EN 1'000 FRANCS.....	134
TABLEAU 7.3: ALLÈGEMENTS FINANCIERS DANS LES CANTONS	139
TABLEAU 7.4: NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DÉPENSES DE SANTÉ DANS L'AIDE SOCIALE.....	141
TABLEAU 8.1: COÛTS ET FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE DE BASE	146
TABLEAU 8.2: SYNTHÈSE DES DÉPENSES DE SANTÉ SELON L'AGENT FINANCEUR.....	151

1 Introduction

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur au 1er janvier 1996 a de profondes répercussions à plusieurs niveaux de la vie sociale et économique de notre pays. La **solidarité** en général se trouve sensiblement renforcée: libre passage dans le cadre de l'assurance obligatoire, compensations des risques, montant des primes indépendant de l'âge de l'assuré, abaissement des primes pour les assurés à faibles moyens financiers. La loi prévoit également des mesures pour **contenir la progression des coûts de la santé**. La loi et les ordonnances prévoient explicitement, outre des mesures pour contenir la progression des coûts de la santé, l'examen du caractère économique des prestations ainsi le contrôle de la qualité des soins. L'élévation du montant de la franchise et l'extension de la participation aux frais (10%) aux soins intra-muros devraient également contribuer à freiner l'augmentation des coûts. Une certaine redistribution des compétences pour l'approbation des tarifs conventionnels exercera en principe une pression favorable sur les prix des prestations du système de santé. La **concurrence** devrait également déployer ses effets positifs, en particulier l'émergence d'un véritable marché pour les soins privés, c'est-à-dire les soins hors catalogue de prestations de l'assurance de base, parallèlement à un marché des assurances complémentaires.

La présente étude a pour but de mettre en évidence les changements intervenus dans le financement de l'assurance-maladie et du système de santé sur la base des premières statistiques disponibles après l'entrée en vigueur de la LAMal.

Les autorités, les partenaires sociaux et les acteurs dans le domaine de la santé devraient disposer ainsi d'informations chiffrées suffisantes pour envisager les éventuelles corrections nécessaires à une saine gestion du système de santé et de la protection sociale.

1.1 Cadre de étude

Pour l'étude des effets de la LAMal sur les flux de financement de l'assurance-maladie et du système de santé, quelques uns des nouveaux éléments doivent être rappelés. Tout d'abord, concernant le financement, la loi prévoit l'obligation des cantons d'introduire un régime d'abaissement des primes suivant la capacité financière des ménages. A cet effet, la Confédération augmente de manière importante ses contributions à la condition que les cantons participent également à cet effort financier à raison de 50% des montants budgetés par la Confédération. Au niveau du financement du système de santé, il convient de rappeler que la LAMal apporte une extension du catalogue des prestations couverte par l'assurance de base. Pour les caisses-maladie, il en résulte des coûts supplémentaires qui constituent en même temps pour les fournisseurs de soins une augmentation de la part de financement de l'assurance-maladie. Les principales extensions du catalogue des prestations sont:

- la durée illimitée des prestations en cas de séjour hospitalier;
- la suppression des réserves d'assurance;
- la prise en charge de prestations en établissements médico-social;
- la prise en charge de prestations de soins à domicile;
- prestations en cas de maternité;
- prévention;
- frais de transport;
- accidents;
- traitements dentaires;
- appareils thérapeutiques;
- la psychothérapie non médicale;
- la promotion de la santé.

En application de l'article 32 OAMal, l'OFAS est chargé d'étudier scientifiquement les effets de la nouvelle législation. Ces changements dans le financement seront examinés dans cette étude spécifique qui s'inscrit dans le cadre général de l'analyse des effets de la LAMal.

OAMal, art. 32 Analyse des effets

- 1) L'OFAS, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.
- 2) Ces études ont pour objet l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Elles servent notamment à examiner si la qualité et le caractère économique des soins de base sont garantis et si les objectifs de politique sociale et de concurrence sont atteints.
- 3) En vue de l'exécution de ces études, l'OFAS peut faire appel à des instituts scientifiques et nommer des groupes d'experts.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) introduit des changements importants dans le financement de cette branche de l'assurance sociale, dans les prestations couvertes, dans les principes de tarification et dans l'organisation du système de la santé. Ces nouvelles dispositions devraient donc avoir des conséquences tant sur la répartition de la charge financière de l'assurance-maladie que sur la structure de financement des biens et services de santé et finalement sur celle des fournisseurs de prestations.

1.2 Dispositions de la LAMal susceptibles d'influencer la structure du financement

En introduction de la présente étude, il s'avère également utile de mentionner précisément les dispositions légales provoquant les effets financiers les plus importants.

Il faut s'attendre à une modification des parts du financement qui reviennent à l'assurance-maladie, aux pouvoirs publics et aux privés notamment en raison des dispositions suivantes de la LAMal [Office fédéral des assurances sociales (1994)]:

- Selon les articles 24 ss LAMal, l'assurance obligatoire prend en charge des prestations financées, avant l'entrée en vigueur de la loi, par des assurances complémentaires ou privées, les pouvoirs publics ou les assurés eux-mêmes. Revêtent probablement une importance financière particulière les prestations de durée illimitée en cas de traitement hospitalier, les soins lors du séjour dans un établissement médico-social et les soins médicaux à domicile ainsi que les prestations à titre de prévention.
- Concernant la rémunération du traitement hospitalier, l'article 49, 1^{er} alinéa, LAMal prévoit que, pour les habitants du canton, le forfait de traitement couvre au maximum 50 pour cent des coûts d'exploitation imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Bien que ces 50 pour cent représentent une limite supérieure et non pas une règle fixe, l'évolution observée ces dernières années permet de supposer que les partenaires tarifaires auront de plus en plus tendance à partager les coûts moitié-moitié. Selon la situation des cantons avant l'entrée en vigueur de la LAMal, la charge s'alourdit ou s'allège pour les pouvoirs publics ou l'assurance-maladie. Par ailleurs, l'article 49, 1^{er} alinéa, LAMal a pour effet une délimitation stricte entre les coûts que doivent prendre en charge l'assurance-maladie et les assurances complémentaires privées. Cette délimitation exclut les subventions

croisées qui pouvaient exister avant l'entrée en vigueur de cette disposition et peut modifier les parts de financement.

- La LAMal veut mettre sur le même plan le traitement ambulatoire et le traitement hospitalier. La participation aux coûts en cas d'hospitalisation également (article 64 LAMal) doit inciter les assurés à ne pas accepter inutilement un séjour à l'hôpital simplement parce qu'il leur revient moins cher qu'une prestation ambulatoire médicalement équivalente. Cette réglementation vise à transférer les traitements dans le domaine ambulatoire ou semi-hospitalier, et, à long terme, vu la diminution du besoin en lits d'hôpitaux, à alléger la charge des pouvoirs publics.
- Il découle des articles 65 s. LAMal que les subsides des pouvoirs publics sont directement accordés aux assurés de condition économique modeste et non plus aux assureurs-maladie. Les cantons disposent d'une certaine marge de manoeuvre pour déterminer dans quelle mesure ils utilisent les subsides maximaux fixés par la Confédération. Les répercussions dans les différents cantons dépendent des réglementations cantonales. Le fait que les subsides des pouvoirs publics soient directement accordés aux assurés de condition économique modeste implique pour les assureurs-maladie la perte d'un dixième environ de leurs recettes. Il en résulte un déplacement des coûts dans la mesure où, dans la première année après l'entrée en vigueur de la LAMal, les coûts des prestations fournies doivent être intégralement financées par les primes, de sorte que, rien que pour cette raison, les primes augmentent.

1.3 Objet et déroulement de l'étude

Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie sur la maîtrise des coûts dans le système de santé ne seront perceptibles que dans plusieurs années lorsque toutes les dispositions légales auront été effectivement appliquées, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. Il convient ici de rappeler que non seulement pour des

questions de délais dans la disponibilité des données statistiques, mais aussi en raison de l'entrée en vigueur échelonnée des différentes dispositions de la LAMal, l'étude devra s'étendre sur cinq ans. Ainsi, la séparation entre l'assurance obligatoire de base et les assurances complémentaires n'est effective qu'au 1er janvier 1997; la planification hospitalière cantonale et les nouveaux tarifs n'entreront en vigueur au plus tôt qu'au début 1998.

1.3.1 Une étude en trois phases

Le présent rapport contient les premières analyses et résultats atteignables dans des délais serrés et avec un recul minimal. Il marque en principe la fin de la première phase d'une étude qui en comprendra trois. Les possibilités d'appréhender avec un matériel statistique adéquat les effets sur le financement de l'assurance-maladie, sur le système de santé et dans d'autres régimes de protection sociale devraient s'améliorer considérablement au cours des prochaines années.

Dans cette première phase, on s'attachera essentiellement à mettre en évidence les premiers effets de l'introduction de la LAMal sur le financement des caisses-maladie (subsidièrement sur les prestations complémentaires et l'aide sociale) ainsi que l'utilisation des subsides fédéraux, conjointement avec les aides cantonales et communales, pour abaisser les primes de l'assurance-maladie obligatoire. La méthode retenue consistera à comparer les premiers chiffres disponibles pour l'année 1996 avec ceux des années précédentes.

Dans les deuxième et troisième phases, en plus des effets étudiés dans la phase 1 qui nécessiteront aussi un suivi plus long, on s'attachera à évaluer les effets, non seulement auprès des financeurs, mais aussi sur la structure de l'offre et la demande de biens et services de santé. En particulier, on tentera de chiffrer les glissements hypothétiques entre soins à domicile et établissements médico-sociaux, entre hôpitaux et établissements médico-sociaux, entre hospitalisations et traitements ambulatoires. Le financement de chaque catégorie de fournisseurs de pres-

tations fera également l'objet du suivi statistique le plus précis possible. Quelques tendances structurelles devraient ainsi être décelées.

1.3.2 Contenu et limite de l'étude

L'étude a pour objectif de montrer les effets spécifiques de la LAMal dans l'évolution de la structure du financement de l'assurance-maladie, du système de santé et des principaux fournisseurs de prestations, ainsi que dans d'autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires AVS/AI et aide sociale). Elle s'attache à expliquer les interactions entre les différents agents du financement dans un cadre d'analyse à plusieurs niveaux (payeurs, charge économique, transferts). L'étude n'englobe donc pas en première ligne l'examen du niveau et de l'évolution des primes d'assurance-maladie.

Le présent rapport comprend l'ensemble des données statistiques et des analyses réalisées en l'état des connaissances en décembre 1997, délai imparti par l'OFAS pour le début de la procédure de consultation sur les propositions de subventions fédérales 2000 à 2003 pour abaisser les primes de l'assurance-maladie. Il constitue le rapport de la première phase de l'étude des conséquences financières de la LAMal. Il s'articule principalement selon les domaines analysés qui constituent en général les matières des différents chapitres.

Les conséquences dans l'assurance-maladie (1994 - 1996)

- La nouvelle structure du compte d'exploitation consolidé de l'assurance-maladie de la statistique OFAS permet plusieurs analyses financières:
- évolution de la structure des dépenses (coût des prestations, coût de financement, coût administratif) et des recettes (primes, subventions publiques, revenus des capitaux et revenus extraordinaires) des caisses-maladie;

- évolution des prestations et des primes dans l'assurance de base, y compris l'évolution de la participation des assurés aux frais;
- évolution des prestations et des primes dans les assurances complémentaires, sans l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie;
- évolution des réserves par rapport aux prestations de l'assurance de base;

Les transferts financiers liés au système d'abaissement des primes d'assurance-maladie et les conséquences sur les primes

L'augmentation des transferts de la Confédération pour abaisser selon la capacité financière des ménages la charge des primes devait être le principal instrument pour contenir les effets de l'élargissement du catalogue des prestations et de certaines contraintes supplémentaires de l'assurance-maladie. En réalité, cet instrument n'a pour le moment pas fonctionné selon ce qui avait été prévu. Il est donc intéressant d'étudier les premiers éléments chiffrés disponibles, tant dans les finances publiques que dans les décomptes de l'OFAS pour l'abaissement des primes.

- effet ponctuel du changement de système d'abaissement des primes en 1996;
- évolution de la charge nette de la Confédération, des cantons et des communes pour l'assurance-maladie (statistique des finances publiques 1994-1996);
- évolution des dépenses et recettes courantes de la Confédération, des cantons et des communes pour l'assurance-maladie (statistique des finances publiques 1990-1996);
- évolution de la charge nette dans les cantons pour l'assurance-maladie (statistique des finances publiques 1994-1996);
- évolution des subsides fédéraux pour l'abaissement des primes (décomptes OFAS, 1996 et 1997).

Les conséquences sur l'évolution de la structure de financement du système de santé dans son ensemble (1990-1996)

Les chiffres 1996 de la statistique des coûts du système de santé ont un caractère provisoire, notamment en raison de retards dans la disponibilité des chiffres des finances publiques. Leur précision est cependant suffisante pour une analyse globale "à chaud" selon

- le financement selon l'agent payeur;
- le financement selon l'agent supportant la charge économique.

Les conséquences sur l'évolution de la structure de financement des catégories de fournisseurs de soins directement concernées par la LAMal (1994-1996)

En raison de l'extension du catalogue des prestations, de la planification hospitalière prévue ou des dispositions concernant les principes de tarification conventionnée, les catégories de fournisseurs de soins suivantes sont particulièrement concernées:

- hôpitaux;
- établissements médico-sociaux;
- soins à domicile.

Les effets financiers dans le régime des prestations complémentaires

Les répercussions de la LAMal dans le domaine des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont étudiées sur la base des données statistiques récoltées par l'OFAS. Les travaux préliminaires ont permis d'identifier quatre domaines d'analyse:

- les séries chronologiques 1991 à 1996 concernant les bénéficiaires et les montants engagés;
- le montant de dépenses reportés sur le système de réduction des primes pour les assurés à faible capacité financière (année 1996);
- le montant des prestations en faveur des personnes vivant en EMS, supportées par l'assurance-maladie obligatoire en 1995 et en 1996;
- le montant pour les autres frais exclus de l'assurance-maladie de base et supportés par les prestations complémentaires en 1995 et en 1996. Ce domaine comprend en particulier les frais de dentistes, les frais de soins à domicile ainsi que la quote-part à la charge de l'assuré et la franchise. Les données statistiques dans ce domaine demeurent lacunaires. Des estimations sont néanmoins possibles.

Pour l'année 1997, quelques tendances globales peuvent être esquissées sur la base des changements intervenus dans les réglementations.

Les effets financiers dans les dépenses d'aide sociale

Les bases statistiques pour estimer les conséquences de la LAMal dans les dépenses d'aide sociale font largement défaut. La statistique des finances publiques offre d'intéressantes possibilités d'analyse quoique les résultats des communes pour 1996 ne soient pas disponibles dans les délais impartis à la première phase de l'étude. Cela limite fortement la possibilité de parvenir à des résultats tangibles dans le domaine de l'aide sociale. Une première approche a été néanmoins tentée, en compatibilité avec le cadre budgétaire prévu pour le projet et dans la mesure où il existe des données alternatives à celles des finances publiques. Cette approche comprend deux volets:

- l'étude des informations statistiques issues des services compétents dans un choix de cantons et/ou de villes;

- une analyse qualitative sur la base des renseignements d'experts au sein d'un choix d'administrations cantonales et communales.

Les travaux préliminaires ont nécessité un investissement important en temps. D'une part, il semblerait qu'aucune réflexion systématique ne soit en cours dans les cantons. Il s'ensuit qu'il n'existe pas de données immédiatement accessibles et exploitables. De surcroît, le paysage LAMal-aide sociale subit encore des ajustements dont la portée est difficile à appréhender pour l'instant.

1.3.3 Déroulement

L'OFAS et l'OFS ont passé en date du 30 juin 1997 une convention précisant l'objet et le déroulement de l'étude (1ère phase). Le contenu de l'étude est présenté en détail sous 1.3.2 Contenu et limite de l'étude. L'objectif consistait à mettre en évidence les effets spécifiques de la LAMal dans l'évolution de la structure du financement de l'assurance-maladie, du système de santé et des principaux fournisseurs de prestations, ainsi que dans d'autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires et aide sociale).

Le calendrier prévoyait un rapport final provisoire au 31 décembre 1997 et le rapport définitif au 30 avril 1998, compte tenu que les résultats de l'étude devraient étayer la proposition de l'OFAS pour la révision de la LAMal (art. 106), en ce qui concerne les subsides fédéraux pour la réduction des primes.

Les travaux se sont déroulés en étroite collaboration avec les spécialistes de l'OFAS du service d'étude et de politique sociale, Monsieur Ludwig Gärtner et Madame Marie-Thérèse Furrer, et de la section statistique, Messieurs Till Bandi et Herbert Känzig. Le groupe d'accompagnement du projet composé des auteurs (OFS) et des collaborateurs de l'OFAS s'est réuni régulièrement pour assurer le bon déroulement de l'étude.

Après la rédaction du rapport provisoire de décembre 1997, l'OFS a soumis les résultats de l'étude à une expertise. Les experts, Monsieur le Professeur Robert Leu de l'Université de Berne et Monsieur Hugo Huber, mathématicien diplômé, consultant à Giffers FR, ont conseillé les auteurs du rapport au cours de deux séances de travail.

1.4 Prévisions avant l'entrée en vigueur de la loi

1.4.1 Dans le message du Conseil fédéral

Dans son message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, le Conseil fédéral rappelle le principe fondamental du financement de l'assurance-maladie qui repose sur trois éléments: les primes, les participations des assurés et les subsides des pouvoirs publics. Un bref survol historique du financement est également dressé.

En ce qui concerne l'aide des collectivités publiques, on a passé d'un système simple d'allocations de subsides par assuré à un subventionnement en pourcentage des coûts occasionnés (LAMA, 1964). La charge de la Confédération augmentait ainsi régulièrement en fonction de l'augmentation des coûts par assuré et du nombre d'assuré. La loi fédérale du 5 mai 1977 instituant des mesures propres à équilibrer les finances fédérales a introduit le plafonnement des subsides fédéraux au niveau de 1976.

Après quelques ajustements successifs du plafond des subventions fédérales, ces dernières atteignaient en 1993 la somme de 1'513 millions de francs. Sur la base des données financières prévisionnelles pour cette même année, le message proposait de porter les subsides fédéraux à 2 milliards de francs, à la condition que ceux des cantons atteignent 1 milliard de francs. Le montant que la Confédération alloue à l'abaissement des primes devrait être fixé par le Parlement pour les quatre années

d'une législature. Les cantons ont l'obligation d'instaurer un système d'abaissement des primes en tenant compte de la capacité financière des ménages.

1.4.2 Durant la campagne référendaire

Dans le cahier de documentation sur l'assurance-maladie publié en 1994 par le groupe de travail du Département fédéral de l'intérieur, la plupart des effets financiers prévisibles de la nouvelle loi ont été estimés avec les données disponibles à ce moment-là. Il est très intéressant de les passer en revue et de faire quelques premières comparaisons avec ce que l'on sait aujourd'hui.

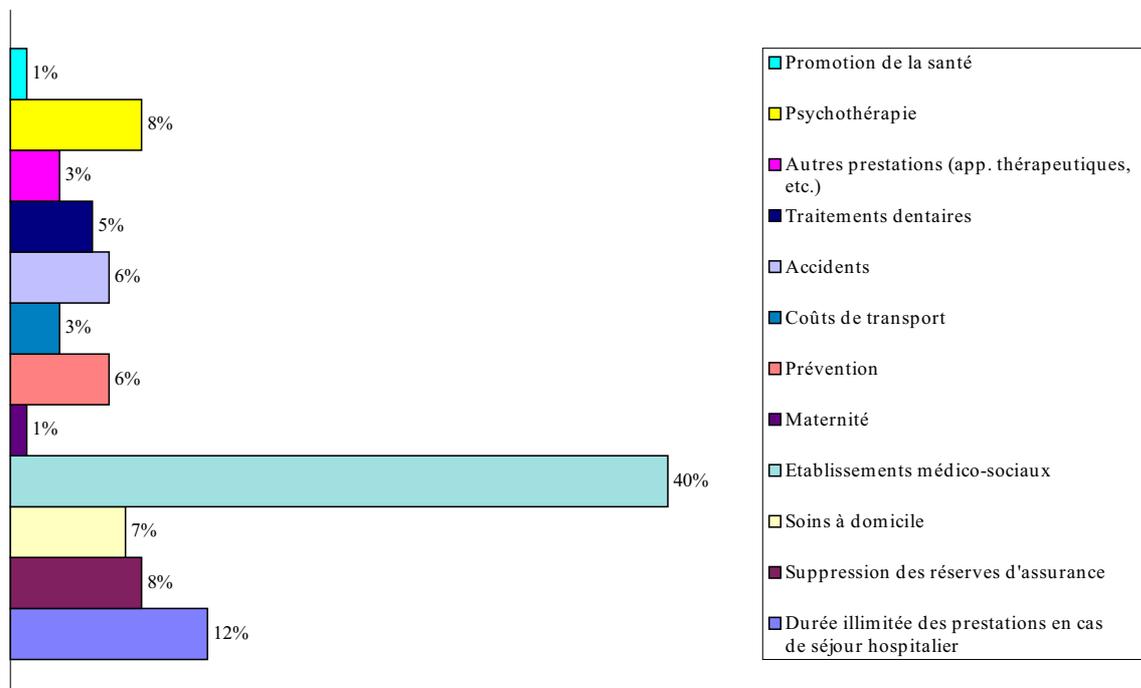
En considérant les trois piliers du financement de l'assurance-maladie que sont les primes des assurés, les participations aux frais et les subventions de la Confédération et des cantons, des effets à court terme avaient été estimés tandis que les effets à plus long terme ne pouvaient faire l'objet que de considérations générales.

La participation aux frais composée de la franchise (fr. 150.- par année), des 10% sur tous les frais de traitement et d'un montant de fr. 10.- par jour d'hospitalisation comme participation aux frais hôteliers, devait évidemment faire augmenter cette part de financement. Alors que les effets de la franchise et du montant journalier de 10 francs devaient avoir peu de répercussions, l'extension de la participation de 10% aux soins intra-muros occasionnerait une sensible augmentation.

Les subsides de la Confédération et des cantons devraient augmenter parallèlement: la charge des cantons devant représenter la moitié de celle de la Confédération. Ainsi, sous cette condition, les dépenses de la Confédération devaient augmenter progressivement de 1.83 milliards de francs en 1996 à 2.18 milliards en 1999. On estimait sur la base de chiffres de 1992 (630 millions), que les cantons dépenseraient quelques 640 millions de francs au moment de l'entrée en vigueur de la loi. En réalité, les cantons (y compris les communes) avaient déjà réduit leur aide à l'assurance-maladie à 521 millions de francs en 1994.

Au chapitre des subventions cantonales, la documentation pour la campagne référendaire faisait judicieusement allusion aux dispositions légales sur les tarifs hospitaliers de l'assurance de base qui devaient s'établir au maximum à 50% des coûts d'exploitation. En effet, on devait s'attendre à des processus d'adaptations dans le domaine des subventions aux hôpitaux, notamment une harmonisation du niveau de subventionnement des cantons à 50% des coûts d'exploitation. En réalité, personne ne pouvait dire en 1994 avec une précision satisfaisante si globalement les tarifs hospitaliers se situaient en dessus ou en dessous de cette limite des 50% des coûts d'exploitation. Cependant, on a observé que de 1992 à 1994 les dépenses courantes nettes des cantons (y compris les communes) pour leurs établissements de santé ont diminué de 281 millions de francs (3'936 millions en 1992, 3'655 en 1994). Ces années ont été logiquement marquées par des hausses importantes des tarifs hospitaliers.

Figure 1.1: Dépenses supplémentaires consécutives à l'extension du catalogue des prestations



source: DFI/OFAS

Enfin, pour résumer les effets financiers globaux de la LAMal sur les primes des assurés, il est intéressant à des fins de comparaison avec les constatations consignées dans ce rapport de citer in extenso un paragraphe reflétant précisément les estimations utilisées dans la campagne référendaire:

"L'extension du catalogue des prestations (voir Figure 1.1) induira, lors de la première année d'application de la nouvelle loi, une augmentation des dépenses. Selon nos estimations, elles passeront pour cette année-là de 16.3 milliards à 18.03 milliards. Ce qui représente une augmentation de 10.7 pour-cent. Cette augmentation ne se répercutera pas complètement sur les primes puisque, dans le même temps les subsides des pouvoirs publics augmenteront et ceci de 21.7 pour-cent. La participation des assurés étendue à l'hospitalisation apportera environ 40% de recettes supplémentaires."

La charge sera donc répercutée sur les assurés par une augmentation de primes d'environ 4.5%. "Les augmentations conjuguées de la participation aux coûts et des primes représenteront une charge supplémentaire pour les ménages d'environ 9.1%. Ce qui est inférieur à l'augmentation provoquée uniquement par les nouvelles prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale (10.7%)".

1.5 Bibliographie

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Statistik, dans: *EL-Aktuell*, 2/96.

Coullery, Pascal et Ralf Kocher, 1997, La notion juridique de "condition économique modeste" selon l'article 65 LAMal, dans: *Sécurité sociale*, 1/1997, 24-29.

Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991.

Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Statistique de l'assurance-maladie, assureurs reconnus par la Confédération*, OFAS: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, 1994, *Documentation concernant la nouvelle loi sur l'assurance-maladie*, OFAS: Berne.

2 Cadre d'analyse

Du point de vue des assureurs-maladie, la LAMal déploie ses effets tant en amont qu'en aval: en aval se trouve le système de santé, c'est-à-dire les **fournisseurs de soins** dont le financement est dans une large mesure assumé par les caisses-maladie; en amont se trouvent tous les agents concernés par le financement de l'assurance-maladie, c'est-à-dire principalement les assurés qui paient des primes et les collectivités publiques qui aident, directement ou indirectement, les ménages à supporter la charge économique des primes.

La LAMal instaure un régime direct d'abaissement de primes que les cantons sont chargés de mettre sur pieds pour alléger le poids des primes de caisses-maladie pour les ménages à faible capacité financière. Deux autres régimes de la protection sociale doivent être considérés comme intervenant indirectement dans le financement de l'assurance-maladie et du système de santé:

- Les **prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI** viennent en aide, sous conditions de ressources, aux bénéficiaires de rentes de vieillesse, de survivants ou d'invalidité, en particulier pour les soins dans des maisons pour personnes âgées, les services des organisations de soins à domicile ou les soins exclus de l'assurance-maladie obligatoire, soins dentaires notamment. Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, ce régime de protection sociale tenait également compte de la charge des primes d'assurance-maladie dans le calcul pour le droit aux prestations.
- l'**aide sociale** doit également dans ce cadre d'analyse être considérée comme un régime de protection sociale assumant indirectement une part dans le refinancement tant de l'assurance-maladie que des prestations de système de santé. En effet, l'accès aux soins de santé est reconnu dans le droit des assurances sociales et est explicitement inclus dans les normes sur le minimum vital.

2.1 Les assureurs reconnus par la Confédération

Les caisses-maladie sont les assureurs (LAMal art. 11 ss) reconnus pour pratiquer l'assurance-maladie sociale¹. Elles offrent en général aussi des assurances facultatives d'indemnités journalières (LAMal, art. 67 ss) en cas de perte gain due à la maladie ou la grossesse, ainsi que des assurances complémentaires soumises à la réglementation sur le contrat d'assurance privée. La première condition de l'analyse financière des caisses-maladie sera donc d'exclure dans la mesure du possible les flux de dépenses et de recettes qui concernent ces branches d'assurances facultatives et complémentaires.

Les caisses-maladie sont donc au centre des préoccupations. La structure et l'évolution de leur compte d'exploitation consolidé selon la statistique de l'OFAS font l'objet des premières analyses financières. Le chapitre 4 étudie les effets sur le système de santé et en particulier sur quelques fournisseurs de soins. Les assureurs y sont considérés comme un financeur direct (payeur) au même titre que d'autres branches des assurances sociales (assurance-accidents LAA, assurance-invalidité, assurance-militaire), que l'Etat (subventions aux hôpitaux principalement) et que les ménages.

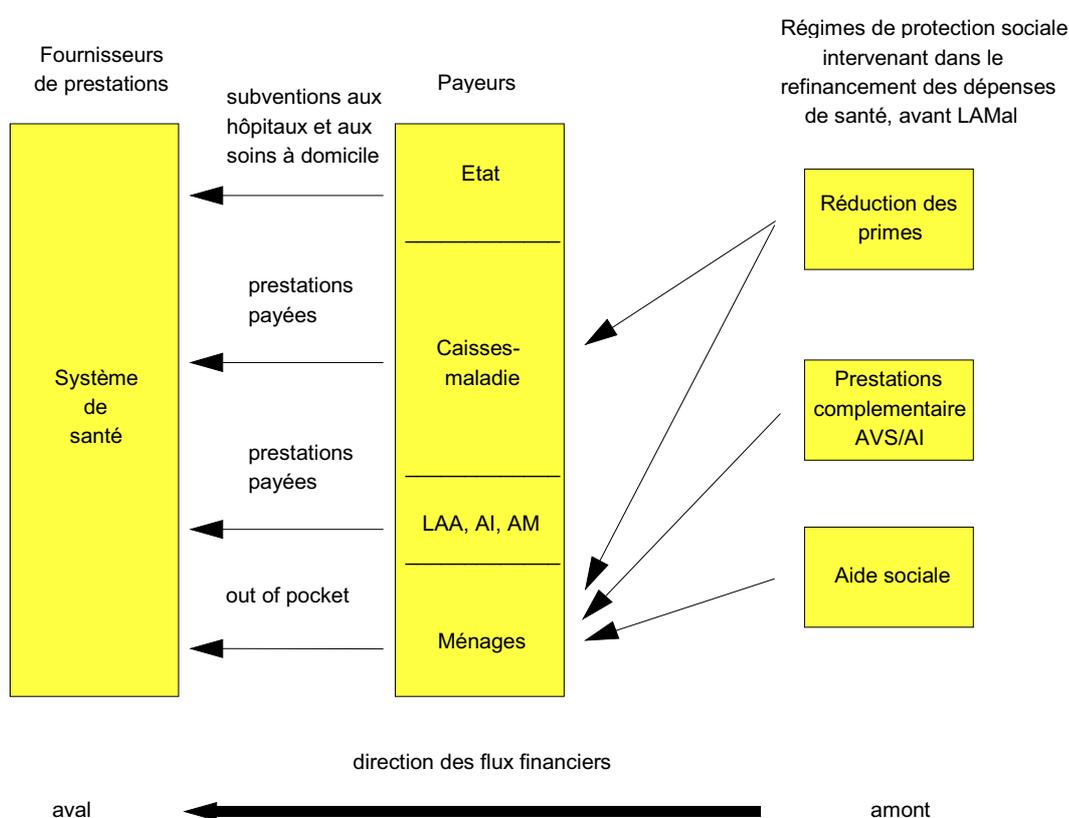
Les assureurs sont aussi des institutions qui, en raison du calcul des risques, doivent toujours constituer des réserves financières. Le niveau et l'évolution des réserves seront également étudiés car ils jouent potentiellement un rôle important dans la répartition du financement des caisses-maladie.

La Figure 2.1 représente sous une forme simplifiée le cadre d'analyse adopté dans cette étude. Les flux de financement doivent être étudiés en amont et en aval de l'assurance-maladie.

¹ Selon l'article 11b, les institutions d'assurance privées peuvent aussi pratiquer l'assurance-maladie. Par souci de simplification, le terme "caisses-maladie" désigne dans ce rapport l'ensemble des assureurs pratiquant l'assurance obligatoire.

En amont, il existe d'autres régimes de protection sociale qui interviennent directement ou indirectement dans le financement de l'assurance-maladie ou du système de santé. Premièrement, les **subsides publics pour abaisser les primes** constituent de fait une intervention de politique sociale; son niveau et sa répartition entre la Confédération et les cantons font l'objet d'importants réajustements consécutifs à la LAMal.

Figure 2.1: Les flux financiers en aval et en amont de l'assurance-maladie



source: OFS

Deuxièmement, les **prestations complémentaires à l'AVS/AI** ont pris en compte la charge des primes d'assurance-maladie avant l'entrée en vigueur de la LAMal; il convient d'estimer la diminution de dépenses qui résulte. Troisièmement, **l'aide sociale**, dernier filet de la protection sociale, intervient et prend en compte les dépenses de santé lorsque la personne n'a pas de ressources financières suffisantes.

L'introduction des systèmes cantonaux de réduction des primes devrait également ici en principe alléger les dépenses.

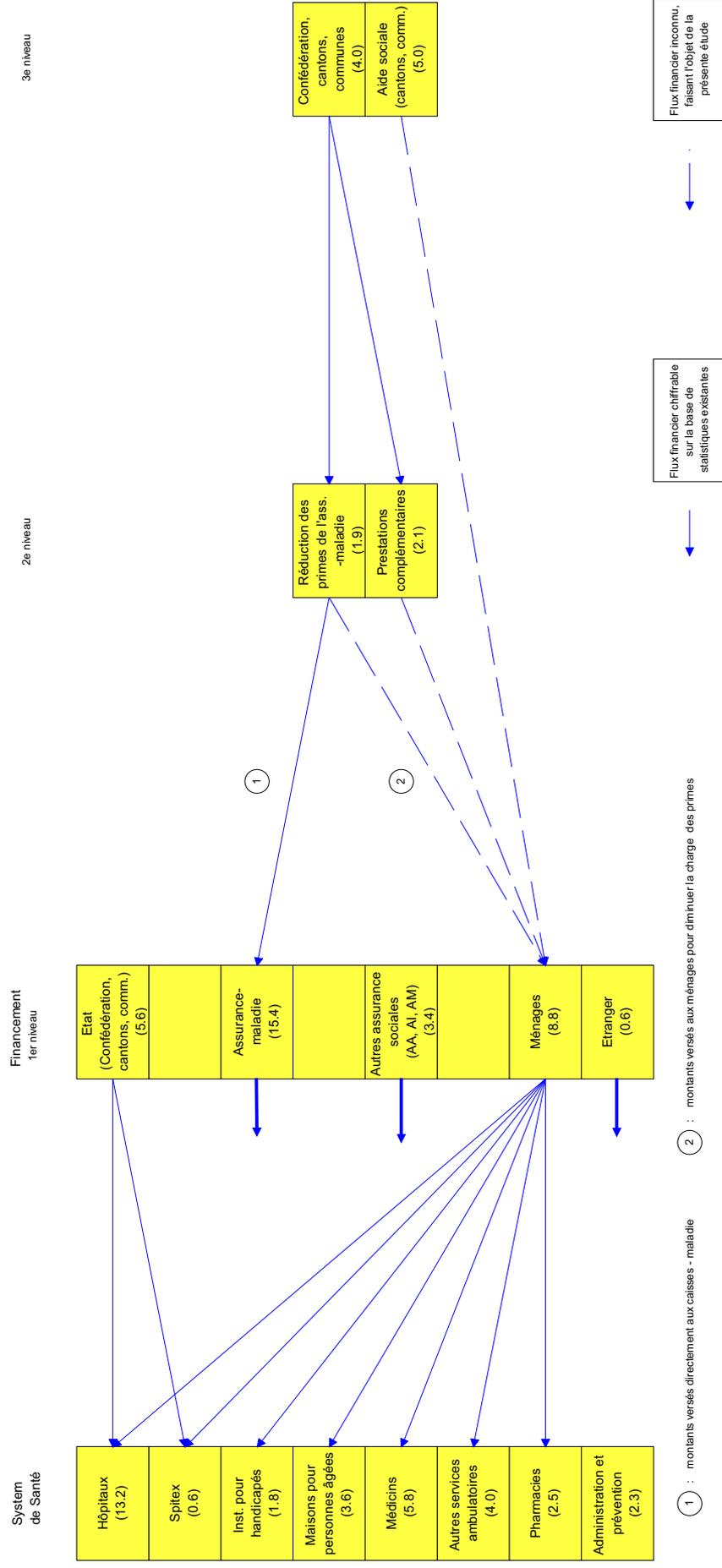
En aval de l'assurance-maladie, il y a le système de santé, constitué par les différents fournisseurs de soins. La part du financement par l'assurance-maladie et la part restant à la charge des ménages est analysée d'une part, globalement et d'autre part pour les fournisseurs de soins particulièrement touchés par l'extension du catalogue des prestations.

2.2 Le système de santé

Le système de santé constitué par l'ensemble des fournisseurs de soins ou agents de production (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.) se trouve en aval de l'assurance-maladie. Cette dernière intervient en effet essentiellement en tant que payeur de prestations et a ainsi en principe une influence sur le système de santé. En tant que partenaire principal dans les négociations tarifaires avec les fournisseurs de soins, les caisses-maladie jouent en rôle de premier plan. Elles sont par ailleurs considérées comme un agent du système de santé dans la statistique OFS pour l'équivalent de leurs dépenses administratives, considérées comme le coût de leur service d'assureur.

Le financement de chacune des catégories de fournisseurs ci-dessus peut en principe être analysé sur la base d'une série chronologique dès 1985. Une attention particulière s'impose à ce niveau de l'analyse quant au rôle de l'Etat à l'égard des diverses catégories de fournisseurs de prestations. En effet, l'Etat (cantons et communes) intervient souvent de manière importante au moyen de subventions pour abaisser de façon déterminante le prix de certaines prestations: taxes hospitalières, forfaits journaliers dans les établissements médico-sociaux, prix des soins à domicile et de l'aide ménagère.

Figure 2.2: Schéma d'analyse des flux de financement et de refinancement des coûts du système de santé 1994 (34 mia de fr.)*



* La statistique des coûts du système de santé distingue les fournisseurs de prestations suivants: les établissements de santé, comprenant les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les institutions pour handicapés; les dentistes; les médecins; les physiothérapeutes; les soins à domicile; les autres services ambulatoires; les laboratoires d'analyses; pharmacies; drogueries; assurances sociales; Etat.

source: OFS

Une attention particulière s'impose à ce niveau de l'analyse quant au rôle de l'Etat à l'égard des diverses catégories de fournisseurs de prestations. En effet, l'Etat (cantons et communes) intervient souvent de manière importante au moyen de subventions pour abaisser de façon déterminante le prix de certaines prestations: taxes hospitalières, forfaits journaliers dans les établissements médico-sociaux, prix des soins à domicile et de l'aide ménagère. En 1994, le montant total de ces aides atteignait près de 4.8 milliards de francs, y compris les investissements, tandis que les subventions de la Confédération et des cantons à l'assurance-maladie ne totalisaient qu'environ 1.9 milliards. On doit considérer parallèlement les dépenses de l'Etat pour le système de santé et celles visant à abaisser les primes de l'assurance-maladie. La LAMal, en introduisant les conditions de ressources des ménages pour l'octroi de la réduction des primes, marque une nette inflexion vers une politique sociale; les subventions au système de santé restent par contre distribuées selon le "principe de l'arrosoir".

En rapport avec l'extension du catalogue des prestations et les nouveaux principes de tarification, l'évolution des coûts et du financement de quelques types de fournisseurs des soins mérite un examen particulier.

2.2.1 Les hôpitaux

L'article 49 LAMal introduit le principe que les forfaits journaliers conventionnés dans l'assurance obligatoire doivent couvrir au maximum le 50% des coûts imputables, c'est-à-dire des frais de fonctionnement, à l'exclusion des investissements, de la recherche, de la formation et des frais pouvant résulter d'une surcapacité. Cet article sur le financement des hôpitaux est actuellement au centre du débat sur l'application de la LAMal. (arrêt TFA K 38/97 du 16.12.97).

Deux réserves importantes limitant singulièrement les possibilités d'analyses doivent être mentionnées: premièrement, l'impossibilité actuelle de distinguer les coûts des prestations privées ou semi-privées et deuxièmement, l'absence de défi-

nitions comptables et statistiques suffisamment précises sur les investissements, la recherche et la formation confèrent aux chiffres actuellement disponibles une imprécision qui ne peut pas être passée sous silence.

2.2.2 Les établissements médico-sociaux

L'article 50 LAMal instaure le principe de l'égalité dans la couverture des soins intra-muros et ambulatoires et la possibilité de convenir avec les établissements médico-sociaux d'un mode de rémunération forfaitaire. Durant la campagne référendaire, les dépenses supplémentaires avaient été estimées à 685 millions de francs et représentaient près de 40% de la charge de l'extension du catalogue des prestations. Les dépenses dans ce secteur constituent donc un point particulièrement sensible en rapport avec l'entrée en vigueur de la LAMal. Les partenaires aux conventions tarifaires ont quelques difficultés à mettre sur pieds des solutions acceptables dans ce secteur et l'ampleur des nouvelles prestations à la charge des caisses-maladie ne semble pas encore faire l'objet d'un consensus suffisant.

Dans la statistique des coûts du système de santé, le financement des établissements médico-sociaux ne peut pas être présenté de manière complète en raison des lacunes dans les statistiques de l'assurance de base et de l'absence de statistiques satisfaisante dans le secteur médico-social. La statistique des établissements non hospitaliers de l'OFS devrait dès 1999 fournir les informations nécessaires.

2.2.3 Les soins à domicile

Les soins à domicile présentent dans le contexte de la LAMal des similitudes avec les prestations des établissements médico-sociaux en raison précisément de la volonté du législateur de placer sur un pied d'égalité ces deux catégories de fournisseurs de soins. On notera cependant que le volume des prestations demeure à un niveau relativement modeste. Selon les estimations de l'OFAS, les dépenses sup-

plémentaires de l'assurance-maladie pour les soins à domicile devaient s'élever à 120 millions de francs, ce qui ne représenterait qu'environ 7% des nouvelles charges issues de la LAMal ou environ 5 fois moins que pour les soins dans les établissements médico-sociaux.

Dans la statistique des coûts du système de santé de l'OFS, l'estimation du volume des prestations et de la structure du financement des organisations de soins à domicile souffre d'une certaine imprécision due aux statistiques de base lacunaires. Il n'existe en effet pas de statistiques complètes sur ce segment des services ambulatoires du système de santé.

2.3 Les régimes de protection sociale intervenant en amont de l'assurance-maladie

Sous la LAMA, l'assurance-maladie sociale était financée par trois sources principales: les primes des assurés, les participations des assurés et les subventions publiques. Les primes et les participations sont payées par les assurés - les ménages - et les subventions sont versées par les pouvoirs publics directement aux caisses-maladie. Avec la LAMal, cette analyse simplifiée doit être singulièrement étendue et affinée pour décrire en amont du financement de l'assurance-maladie, comment d'autres régimes de protection sociale interviennent pour les ménages avec de faibles ressources.

La LAMal instaure le principe d'un système d'abaissement des primes sous conditions de ressources du ménage. Les cantons ont l'obligation de mettre en application un tel régime avec une grande liberté pour son organisation administrative et dans le choix des différentes composantes de la solidarité sociale visée. En principe, la nouvelle loi intervient dans le flux financier: l'aide publique, au lieu d'être versée aux caisses-maladie, passe par les ménages.

Les subventions de la Confédération et des cantons sont octroyées selon la LAMal aux ménages. Les autres régimes de protection sociale qui tenaient compte des primes des caisses-maladie - les prestations complémentaires à l'AVS/AI et l'aide sociale - ont adapté leurs conditions d'octroi de prestations à la nouvelle situation. En conséquence, les dépenses de ces régimes ont été allégées.

2.3.1 Le régime d'abaissement des primes de l'assurance-maladie

Chaque canton a en fait instauré son propre régime dont les caractéristiques échappent en grande partie à l'analyse prévue dans le cadre de la présente étude. Les aspects financiers sont par contre suffisamment documentés sur la base de la statistique des finances publiques et des décomptes de l'OFAS pour tirer quelques conclusions sur les effets, en principe très ponctuels, de l'entrée en vigueur de la LAMal.

2.3.2 Les prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI

L'introduction du régime LAMal d'abaissement des primes a libéré le régime des prestations complémentaires (PC) de la prise en compte des primes d'assurance-maladie dans le calcul du droit à des prestations. L'extension du catalogue des prestations (établissements médico-sociaux, soins à domicile, moyens auxiliaires, traitements dentaires, durée illimitée des prestations en cas de séjours hospitaliers, suppression des réserves) a également en principe des effets secondaires dans ce régime vu qu'il couvre les coûts de santé non pris en charge par l'assurance-maladie sous l'ancienne législation. Les nouvelles prestations payées par l'assurance-maladie correspondent à une diminution équivalente dans les PC. Dans le sens opposé, l'extension de la participation de 10% aux frais de traitements intramuros pourrait augmenter les dépenses de ce régime.

Les données de base et les estimations de l'OFAS permettent de cerner le principal effet de la LAMal, à savoir la diminution du nombre de bénéficiaires et du montant des dépenses en observant la rupture intervenue en 1996 dans les séries chronologiques. Les effets secondaires dus à l'extension de l'éventail des prestations LAMal peuvent être étudiés spécifiquement dans les domaines des établissements médico-sociaux et des soins à domicile, tandis que ceux des autres prestations nouvellement à charge de l'assurance-maladie ne peuvent être appréhendés que globalement.

2.3.3 L'aide sociale

Par analogie avec le régime des prestations complémentaires AVS et AI, l'aide sociale peut intervenir, sous conditions de ressources, 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. Ce domaine de l'intervention sociale est cependant très disparate; à la limite, chaque commune pourrait avoir son propre régime en la matière puisque, en général, il relève de la compétence communale. On y déplore la quasi-absence de données statistiques adéquates pour étudier les effets de la LAMal. Les statistiques des finances publiques seront cependant explorées en espérant y déceler des ruptures chronologiques parallèles à celles connues dans les prestations complémentaires.

2.4 Sources et méthodes

Les données statistiques annuelles sur les flux de financement étudiés sont recherchées et présentées rétrospectivement pour une période aussi longue que possible. Toutefois, ces séries chronologiques sont plutôt courtes compte tenu des ruptures enregistrées dans les statistiques de base. Les exigences quant à l'homogénéité des séries et à la garantie de qualité des données limitent singulièrement la longueur de la période d'observation.

Dans ce contexte, la statistique des finances publiques revêt une importance particulière. C'est pourquoi une approche théorique et une analyse des résultats sont développées au chapitre 3.

Lorsque aucune série statistique satisfaisante ne peut être établie, des estimations ad hoc sur la base de diverses données statistiques sont tentées. Les hypothèses sous-jacentes sont explicitées et la fiabilité des estimations discutée.

Pour plusieurs séries chronologiques, l'évolution sur une plus longue période ainsi que la volatilité est connue. Les écarts entre 1995 et 1996 marquant une rupture par rapport l'évolution observée antérieurement à la LAMal sont donc considérés comme des effets de la nouvelle législation, à moins que des explications de nature clairement technique puissent expliquer les écarts.

2.4.1 Dans l'assurance-maladie

L'analyse financière de l'assurance-maladie se concentre sur les années 1994, 1995 et 1996. Seule cette courte période offre la garantie d'homogénéité; en effet, le cadre comptable instauré en 1994 ne permet en principe pas des comparaisons avec les données antérieures.

En plus des grands agrégats de dépenses et de recettes, la statistique de l'OFAS des caisses-maladie permet des analyses sur les autres variables sur lesquelles la LAMal influe vraisemblablement et dont les conséquences financières sont indiscutables: coûts et financements différenciés par branches (assurance de base, indemnités journalières, assurances complémentaires), réserves financières des caisses.

2.4.2 Dans le système de santé

Les flux de financement du système de santé et des fournisseurs de soins en particulier sont étudiés sur la base des séries chronologiques de la statistique de l'OFS des coûts du système de santé.

L'augmentation attendue de la part de financement de l'assurance-maladie due à l'extension du catalogue de prestations et la diminution correspondante de la part des ménages en 1996 n'est de loin pas le seul effet analysé. Les variations des parts de financements des collectivités publiques - Confédération, cantons, communes - font l'objet d'observations non seulement entre 1995 et 1996, mais aussi au cours des années antérieures. En effet, des anticipations de l'entrée en vigueur de la LAMal peuvent avoir eu des conséquences observables dans les séries chronologiques dans les années 1993 à 1995.

2.4.3 Dans les régimes de protection sociale

Dans les régimes de protection sociale examinés, les séries chronologiques satisfaisantes sont rares. Les estimations ad hoc sont donc de règle.

En ce qui concerne les prestations complémentaires, l'observation du nombre de bénéficiaires et du montant des dépenses globales, montre une rupture nette entre 1995 et 1996. Une décomposition de ces grandeurs permet une analyse plus fine des séries chronologiques et permet de mettre en lumière la **dynamique** du système des prestations complémentaires. Une analyse des différentes composantes (moyennes) qui entrent dans le calcul des PC offre également d'intéressants résultats. Une telle analyse **statique**, basé sur l'état des bénéficiaires en mars 1995 avec intégration des changements intervenus lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, montre les effets financiers potentiels de la LAMal sur les PC.

L'aide sociale est étudiée sur la base des informations et des données mises à disposition par les cantons. Une analyse exhaustive reste hors de portée, d'une part parce que le paysage LAMal-aide sociale est encore dans une phase d'ajustement, d'autre part parce que les données font largement défaut. Sur la base des contacts directs avec les cantons, il est néanmoins possible d'avancer une estimation, encore que grossière, des effets de la LAMal sur les systèmes d'aide sociale à l'oeuvre en Suisse.

3 Conséquences financières dans l'assurance-maladie

Le premier domaine qui s'impose à l'analyse est l'assurance-maladie elle-même. La LAMal occasionne dans plusieurs domaines déjà mentionnés des dépenses supplémentaires et comporte quelques réaménagements dans le financement.

La méthode consiste à étudier la série chronologique des comptes d'exploitation de l'ensemble des caisses-maladie selon la statistique de l'OFAS. Malheureusement cette série est courte: elle ne comprend que les années 1994 à 1996. En effet, le plan comptable introduit en 1994 ne permet pas de comparaisons assez différenciées avec les années antérieures mais en revanche, il ouvre de nouvelles possibilités d'analyse, surtout dans la perspective d'une distinction plus stricte entre les flux financiers de l'assurance obligatoire et ceux des assurances complémentaires.

3.1 Approche des coûts et du financement

Question examinée:

Dans la campagne référendaire de la LAMal, des chiffres ont été avancés sur les coûts supplémentaires et la nouvelle répartition du financement dans l'assurance-maladie. Trois ans après, ces estimations peuvent-elles être confrontées aux statistiques et dans quelle mesure les chiffres de 1996 sont-ils proches de ces prévisions?

En guise d'entrée en matière, nous remarquons que rarement dans le débat sur l'assurance-maladie, une distinction suffisante est opérée entre d'une part, les coûts ou les dépenses et d'autre part, entre les financements ou les recettes. De fait, on ignore généralement que l'ensemble des caisses-maladie doit être considéré comme un régime de protection sociale dont l'équilibre financier n'est pas automatique. En particulier, le coût des réserves financières est souvent sous-estimé. A

titre d'exemple, l'augmentation globale des réserves des caisses-maladie a chargé le compte d'exploitation 1994 de 966 millions de francs (140 par habitant) tandis qu'elle n'a atteint que 396 millions en 1995. Si une telle fluctuation se répercutait immédiatement sur les primes, la diminution, sans relation avec les coûts de la santé, serait de 4.6% par rapport à l'année précédente. En d'autres termes, le coût de la création de réserves financières s'est élevé à 6.8% des primes en 1994 alors qu'il tombait à 2.7% en 1995. En 1996, les caisses-maladie ont consommé des réserves pour un montant de 227 millions de francs (1.4% des primes), ce qui a permis en principe de modérer l'augmentation des primes d'autant.

Vu l'imprécision des estimations disponibles au moment de la campagne référendaire, il était bien sûr légitime de présenter les coûts ou le financement indistinctement. Le Tableau 3.1 contient les estimations avancées en 1994 pour une année fictive¹, après l'entrée en vigueur de la loi (1996), auxquelles nous avons adjoint les chiffres qui apparaissent dans les statistiques pour 1994 à 1996.

Tableau 3.1: Coût et financement de l'assurance-maladie, estimations lors de la campagne référendaire et données statistiques ultérieures

Principaux agents du financement	Estimation pour référendum LAMal pour l'année 1996				Chiffres effectifs selon les statistiques OFAS et AFF					
	ancien droit		nouveau droit		1994		1995		1996	
	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%
Confédération et cantons ¹⁾	2'030	12.5	2'470	13.7	1'932	15.9	2'085	16.7	1'816	12.5
Participation des assurés	1'850	11.4	2'590	14.4	1'259	10.3	1'290	10.3	1'678	11.5
Primes ²⁾	12'410	76.2	12'970	71.9	8'986	73.8	9'126	73.0	11'035	76.0
Total	16'290	100.0	18'030	100.0	12'177	100.0	12'501	100.0	14'529	100.0

1) Statistique des finances publiques, besoins financiers nets; pour 1996, selon décomptes OFAS.

2) Primes brutes, voir Tableau 3.2 ou Tableau 3.3

source: OFAS, AFF

¹ Les estimations ne se réfèrent pas en principe à 1996, mais à une année ultérieure à l'entrée en vigueur de la loi, lorsque cette dernière aurait déployé tous ses effets quant à l'extension des prestations.

Pour 1996, année de l'entrée en vigueur du nouveau droit, on constate que les caisses-maladie ont enregistré un montant de environ 14.5 milliards de francs pour des prestations médico-pharmaceutiques de l'assurance de base, alors qu'on l'avait estimé à 18 milliards. Globalement, cette différence est importante et s'explique à postériori par différents facteurs:

- Premièrement, les estimations établies pour la campagne référendaire avaient pour but d'établir les conséquences financières de la LAMal et ne constituaient pas des prévisions pour l'année 1996. Tous les effets de la nouvelle loi ne peuvent pas être perceptibles dans toute leur ampleur la première année. Les conséquences doivent se mesurer sur une plus longue période.
- Deuxièmement, les estimations de la campagne référendaire s'appuyaient sur des statistiques de l'assurance-maladie de 1992 et la progression annuelle admise s'élevait à 7%, alors qu'en réalité elle se situait autour de 5% seulement.
- Troisièmement, le montant des primes découlait de l'estimation des dépenses. Une telle démarche entraîne inévitablement plusieurs inexactitudes sur les frais administratifs, la réassurance, la constitution de réserves et provisions et les autres charges d'exploitation.

La nette divergence entre l'estimation globale des dépenses et les chiffres de la statistique pour 1996 n'empêche cependant pas l'analyse du financement selon les trois sources: primes, participation des assurés aux frais et subventions publiques. L'examen des estimations des parts de financement fait apparaître aussi de significatives divergences. Les subventions publiques (Confédération et cantons) devaient s'élever à 2.5 milliards de francs (13.7%) alors qu'elles n'ont atteint que 1.8 milliards (12.5%). On estimait que les participations des assurés aux frais représenteraient une part de financement de 14.4%; les statistiques des caisses-maladie font apparaître une part de 11.5% seulement en 1996. Il est vrai que cette part devrait encore s'élever si on considère que les chiffres des comptes d'exploitation 96 comprennent encore vraisemblablement une part importante de frais relatifs à l'année

précédente, c'est-à-dire avant l'introduction des franchises et des quotes-parts plus élevées de la LAMal.

Le financement par les primes devait être abaissé à 72%. En réalité, il s'est élevé en 1996 à 76%, consécutivement au moindre financement des autres sources (pouvoirs publics et participations des assurés).

Conclusion 3.1:

Les estimations lors de la campagne référendaire sur les dépenses supplémentaires des caisses-maladie ne peuvent pas encore être valablement confrontées aux résultats de la statistique. Les estimations sur le niveau global des dépenses étaient peut-être trop hautes pour diverses raisons techniques et de disponibilité de données. Les estimations sur la structure du financement se sont avérées divergentes en raison de la surestimation des aides publiques à l'assurance-maladie et des participations des assurés aux frais.

3.2 Analyse du compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie

Question examinée:

Quelle est globalement l'évolution de la structure des coûts et du financement des caisses-maladie de 1994 à 1996?

Les chiffres de la partie financière de la statistique de l'OFAS sont regroupés en catégories analytiques dans le Tableau 3.2.

Les dépenses sont présentées comme les coûts de l'assurance-maladie selon trois catégories: les coûts des prestations, les autres coûts et les coûts administratifs. Les autres coûts, quand bien même ils ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des coûts, méritent une certaine attention à cause de leurs fluctuations

annuelles susceptibles d'expliquer les différences temporaires entre les augmentations de coûts des soins de santé et celles des primes d'assurances.

Tableau 3.2: Compte d'exploitation analytique de l'assurance-maladie (y compris les assurances complémentaires et l'assurance d'indemnités journalières)

	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	1995	1996
Coûts								
<i>Prestations</i>								
Indemnités journalières	983	5.6	1'017	5.7	872	4.7	3.5	-14.3
Assurance de base	10'834	62.1	11'332	63.5	12'529	66.9	4.6	10.6
Assurances complémentaires	3'456	19.8	3'807	21.3	4'043	21.6	10.2	6.2
Coûts des prestations	15'273	87.5	16'157	90.6	17'444	93.1	5.8	8.0
Modifications des prov. et réserves	362	2.1	250	1.4	72	0.4	-31.1	-71.2
Réassurance (net)	50	0.3	36	0.2	65	0.3	-27.8	81.0
Compensations des risques	81	0.5	-8	0.0	-50	-0.3	-110.0	-519.8
Bénéfice du compte d'exploitation	522	3.0	254	1.4	161	0.9	-51.3	-36.8
./. Perte du compte d'exploitation	-48	-0.3	-136	-0.8	-474	-2.5	-182.1	-249.4
Autres coûts	967	5.5	396	2.2	-227	-1.2	-59.1	-157.3
Charges d'administration	1'214	7.0	1'279	7.2	1'515	8.1	5.3	18.5
Amortissements	18	0.1	24	0.1	40	0.2	33.5	64.6
Autres charges d'exploitation	8	0.0	17	0.1	4	0.0	107.2	-77.9
Autres produits d'exploitation	-32	-0.2	-32	-0.2	-39	-0.2	-0.9	-21.4
Coûts administratifs	1'208	6.9	1'288	7.2	1'520	8.1	6.6	18.0
Total	17'448	100.0	17'841	100.0	18'736	100.0	2.2	5.0
Financement								
<i>Primes d'assurance (brutes)</i>								
Ass. d'une indemnité journalière	1'052	6.0	1'073	6.0	834	4.5	2.0	-22.3
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	8'986	51.5	9'126	51.2	11'035	58.9	1.6	20.9
Assurances complémentaires	4'151	23.8	4'331	24.3	4'550	24.3	4.3	5.1
Primes	14'189	81.3	14'530	81.4	16'420	87.6	2.4	13.0
<i>Participations des assurés aux frais</i>								
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	1'259	7.2	1'290	7.2	1'679	9.0	2.5	30.1
Assurances complémentaires	87	0.5	105	0.6	99	0.5	20.2	-5.5
Participations aux frais	1'347	7.7	1'395	7.8	1'778	9.5	3.6	27.4
Subventions publiques (incl. FL)	1'615	9.3	1'549	8.7	161	0.9	-4.1	-89.6
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	298	1.7	367	2.1	378	2.0	23.2	3.1
Total	17'151	100.0	17'474	100.0	18'358	100.0	1.9	5.1

source: OFAS

Ils se composent des augmentations de provisions et de réserves, du coût net de la réassurance et du fond de compensation des risques et du résultat net (bénéfices moins pertes du compte d'exploitation) des caisses-maladie.

Du côté des recettes, les montants représentent des financements qui sont regroupés selon quatre catégories: les primes d'assurance, les participations des assurés aux frais, les subventions publiques et les revenus des capitaux ou revenus extraordinaires. Les participations des assurés sont considérées dans ce cadre analytique comme un financement. Elles figurent en déduction des coûts des prestations dans le plan comptable et la statistique de l'OFAS. Elles font l'objet d'un examen particulier (voir Tableau 3.7).

3.2.1 Analyse par catégories de coûts

Les coûts des prestations

Le coût des prestations a atteint en 1996 17.4 milliards de francs. L'augmentation est de 1.3 milliards (+8.0%) alors qu'en 1995 elle s'arrêtait à +5.8%. La progression des coûts plus élevée en 1996 est un effet de la LAMal qui est sensiblement modéré par la diminution très nette des prestations de l'assurance des indemnités journalières. Les assurances complémentaires conservent environ la même part des coûts 21.6%.

Les coûts administratifs

Les coûts administratifs marquent une tendance haussière: alors qu'ils représentaient 6.9% des coûts totaux en 1994, ils passent à 7.2% en 1995 et sautent à 8.1% en 1996 atteignant le montant de 1.5 milliards de francs. Cette augmentation est peut-être un effet ponctuel et pervers de la LAMal. De par le nouveau rôle impartit par

la loi, les assureurs maladie ont été confrontés à un accroissement des travaux administratifs (nouveaux calculs de primes, etc.) au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

Les autres coûts

Les autres coûts sont définis comme le résultat global d'exploitation, c'est-à-dire la somme des modifications de réserves et de provisions, du résultat net de la réassurance et de la compensation des risques et du bénéfice ou de la perte comptable d'exploitation.

Les autres coûts passent de 967 millions de francs (5.5%) en 1994 à 396 millions (2.2%) en 1995 et deviennent négatifs en 1996, moins 227 millions (-1.2%). En simplifiant l'analyse de ces coûts, il apparaît clairement que globalement, la constitution de réserves en rapport avec les dépenses est en diminution rapide; en 1996, les caisses ont même consommé 227 millions de francs (coût financier négatif). Cette diminution ne peut pas en première analyse être considérée comme un effet de la LAMal car la nouvelle loi n'apporte aucune nouvelle disposition quant aux réserves et à l'équilibre financier des caisses-maladie.

3.2.2 Analyse par catégories de financement

La structure du financement est marquée en 1996 par la quasi disparition des subventions publiques (161 millions de francs, soit 0.9% des recettes totales) du compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie. Cet effet, de nature plus comptable que financière, est la conséquence du "détournement" du flux du subventionnement public qui passait en général auparavant par les caisses-maladie et qui chemine dès 1996 par les assurés eux-mêmes.

Les primes

Les primes représentent de loin la source de financement la plus importante. Elles constituaient une part de 81% du financement avant l'entrée en vigueur de la LA-Mal; elles passent à près de 88% en 1996. Cette progression est avant tout la conséquence du "détournement" du flux des subventions publiques mis en évidence plus haut.

Les participations aux frais

Les participations aux frais présentent une tendance à la hausse. Déjà en progression en 1995 (+3.6%), la LAMal provoque le décollage (+27%) voulu par le législateur pour freiner les augmentations du coût de la santé. Avec une part de financement de 9.5% en 1996, la nouvelle législation n'a probablement pas encore déployé tous ses effets sur ce paramètre; les retombées précises seront également difficiles à évaluer dans les années suivantes parce que d'une part, les comptes d'exploitation enregistrent encore une part non négligeable de factures pour des prestations de l'année précédente et d'autre part, des augmentations de franchises dans l'assurance de base ont déjà été décidées pour 1998.

Les effets des franchises à option élevées (Fr. 300.-, 600.-, 1'200.- 1'500.-) sur ce paramètre ne peuvent pas être estimés dans ce rapport. Une étude a été conduite sur les coûts de santé supportés par les patients en raison des franchises élevées dans le cadre du suivi des formes particulières d'assurances. Elle montre qu'en 1994, pour une franchise de 350 francs, les assurés ont eu en moyenne des factures pour des soins de santé de 27 francs sans les transmettre à leur caisse-maladie. Pour une franchise de 600 francs, ces coûts s'élevaient à 55 francs et pour une franchise de 1200 francs, à 139 francs.

Compte tenu du montant très modeste des participations aux frais dans les assurances complémentaires, l'augmentation de 1996 peut être considérée comme un effet de la LAMal.

Les subventions publiques

Comme déjà mentionné plus haut, le "détournement" du flux des subventions publiques conduit à la quasi disparition de ce financement dans les recettes des caisses-maladie (1.5 milliards en 1995, 0.2 milliards en 1996). Il s'agit là d'un effet de nature plutôt comptable de la LAMal qui n'a aucune relation avec le financement public effectif de l'assurance-maladie analysé dans d'autres chapitres de ce rapport.

Les revenus des capitaux et les revenus extraordinaires

Les revenus des capitaux et revenus extraordinaires se situent autour de 2% des recettes totales dans les années 1994 à 1996. En principe, cette part de financement devrait être principalement influencée par le niveau des taux d'intérêts du marché des capitaux et le montant des avoirs financiers des caisses (réserves, fonds, provisions).

Conclusion 3.2:

L'examen du compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie fait apparaître l'évolution suivante:

Dans les coûts (charges), la part des prestations augmente en partie en raison de l'extension du catalogue des prestations dans l'assurance obligatoire des frais médico-pharmaceutiques et celle des coûts administratifs progresse nettement. Les autres coûts fondent et deviennent même négatifs (diminution des réserves).

Du côté du financement (recettes), on note avant tout l'effet de nature comptable lié au "détournement" du flux du subventionnement public; la part des subventions tombe à 0.9% du total des ressources. Les parts de financement "primes" et "participations aux frais" augmentent en conséquence de l'effet comptable sus-

mentionné et de la volonté du législateur d'augmenter le catalogue des prestations de l'assurance et la participation aux frais en tant que frein à l'augmentation des coûts de la santé.

3.3 Evolution des coûts et du financement dans l'assurance de base

Question examinée:

La situation déficitaire de l'assurance de base augmente-t-elle de manière importante avec l'entrée en vigueur de la LAMal?

L'assurance de base est l'assurance obligatoire et sociale offerte par les caisses-maladie dont la base légale est précisément la LAMal. La loi prévoit que les assureurs peuvent offrir une assurance des indemnités journalières en cas de maladie et des assurances complémentaires pour les frais de traitements dépassant le catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base.

Le plan comptable actuellement appliqué impose des comptes séparés pour les prestations et les primes des différentes branches d'assurance. La statistique de l'assurance-maladie 1994 à 1996 ne permet toutefois pas cette distinction de façon absolue pour toute la structure des coûts et du financement. Les quelques petites divergences entre le compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie et les comptes par branches d'assurance (assurance de base, assurance d'une indemnité journalière et assurances complémentaires) ne mettent cependant pas en cause l'analyse des résultats par branches.

L'assurance de base représentant l'essentiel de l'activité des caisses-maladie, il est logique de retrouver dans l'analyse de la structure des coûts et du financement plusieurs éléments mis en évidence dans le compte consolidé des caisses-maladie: du côté des coûts, augmentation de la part des prestations, diminution brutale des

autres coûts (consommation de réserves), augmentation des coûts administratifs; du côté du financement, la diminution des subventions publiques dans les comptes des caisses-maladie provoque la nette hausse des primes (primes brutes); les participations des assurés augmentent et les revenus des capitaux et revenus extraordinaires sont stables.

Tableau 3.3: Coûts et financement dans l'assurance de base entre 1994 et 1996

	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	1995	1996
Coûts								
Coûts des prestations	10'834	87.9	11'332	91.1	12'529	95.3	4.6	10.6
Coûts administratifs	801	6.5	823	6.6	937	7.1	2.8	13.8
Autres coûts ¹⁾	686	5.6	278	2.2	-323	-2.5	-59.5	-216.4
Total	12'321	100.	12'433	100.	13'142	100.	0.9	5.7
Financement								
Primes d'assurance (brutes)	8'986	74.7	9'126	74.9	11'035	84.1	1.6	20.9
Participations aux frais	1'259	10.5	1'290	10.6	1'679	12.8	2.5	30.1
Subventions et contributions	1'595	13.3	1'535	12.6	140	1.1	-3.7	-90.9
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	189	1.6	230	1.9	261	2.0	22.2	13.2
Total	12'029	100.	12'182	100.	13'115	100.	1.3	7.7

1) voir Tableau 3.2

source: OFAS

L'analyse des résultats financiers peut être encore simplifiée en s'intéressant uniquement aux primes et aux prestations, car le débat politique n'a lieu seulement à ce niveau, encore que la confusion entre prestations et primes soit fréquente. La différence entre d'une part, les primes et les participations et d'autre part, les prestations représente une marge brute (Tableau 3.4) qui fournit d'intéressantes informations sur l'évolution de la situation déficitaire ou bénéficiaire des caisses-maladie dans chaque branche d'assurance.

Dans l'assurance de base, la marge brute se détériore sensiblement entre 1994 et 1996. Elle passe de près d'un milliard de francs à 326 mio. En 1994, la marge brute permettait encore à l'assurance de base de constituer globalement des réserves puisque les coûts administratifs (800 mio) étaient couverts. En 1995, la marge brute diminue nettement et l'assurance de base commence à vivre sur ses réserves avec un déficit théorique d'environ 200 mio de francs (marge brute moins coûts administratifs). La branche devient nettement déficitaire en 1996; la marge brute n'est plus que de 326 mio de francs alors que les coûts administratifs s'élèvent à 937 mio (déficit d'environ 600 mio. de francs).

Tableau 3.4: Primes et prestations dans l'assurance de base (mio fr.)

Année	Nombre d'assurés	Primes et participation et subventions		Prestations		Marge brute	
		mio. fr. Total	En fr. par assuré	mio. fr. Total	En fr. par assuré	mio. fr. Total	En fr. par assuré
1994	7'131'653	11'840	1'660	10'834	1'519	1'006	141
1995	7'166'317	11'951	1'668	11'332	1'581	619	86
1996	7'194'754	12'855	1'787	12'529	1'741	326	45

source: OFAS

Conclusion 3.3:

La situation déficitaire des caisses-maladie dans l'assurance de base s'accroît considérablement entre 1994 et 1996.

3.4 Evolution des coûts et du financement de l'assurance d'une indemnité journalière

Question examinée:

L'assurance d'une indemnité journalière influence-t-elle de façon importante l'équilibre financier des caisses-maladie?

Le compte d'exploitation de la branche "indemnités journalières" présente une évolution incertaine. 1996 marque cependant un recul des primes brutes de plus de 20%. Cette diminution paraît significative dans la mesure où les primes représentent le 97.5% des recettes et que la diminution est abrupte. Il s'agit ici vraisemblablement d'un effet indirect de la LAMal, car la nouvelle législation n'apporte pas directement des aménagements dans cette branche d'assurance.

Tableau 3.5: Coûts et financement dans l'assurance d'une indemnité journalière entre 1994 et 1996

	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	1995	1996
Coûts								
Coûts des prestations	985.0	91.4	1'019.0	92.4	872.5	101.9	3.5	-14.4
Coûts administratifs	93.8	8.7	98.9	9.0	80.0	9.3	5.4	-19.1
Autres coûts ¹⁾	-1.2	-0.1	-15.3	-1.4	-96.5	-11.3	1175.0	530.7
Total	1'077.6	100.0	1'102.6	100.0	856.0	100.0	2.3	-22.4
Financement								
Primes d'assurance (brutes)	1'052.2	97.6	1'073.1	97.3	834.3	97.5	2.0	-22.3
Participations aux frais	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Subventions et contributions	3.3	0.3	2.4	0.2	2.5	0.3	-27.3	4.2
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	22.1	2.1	27.1	2.5	19.2	2.2	22.6	-29.2
Total	1'077.6	100.0	1'102.6	100.0	856.0	100.0	2.3	-22.4

1) voir Tableau 3.2

source: OFAS

L'équilibre financier marque également une dégradation. En 1996, les primes sont en dessous du niveau des prestations. Les autres coûts, qui sont selon la définition adopté un indicateur de la marge de bénéfice, plongent en conséquence dans la zone négative et atteignent moins 96 mio. de francs en 1996. Les frais administratifs ne sont aucunement couverts.

L'équilibre financier des caisses-maladie n'est cependant pas influencé de façon importante par cette branche car ses recettes constituent moins de 5% du financement total.

Conclusion 3.4:

La situation financière des caisses-maladie dans l'assurance d'une indemnité journalière se détériore considérablement entre 1994 et 1996 mais n'a pas une influence déterminante sur l'équilibre financier des caisses-maladie.

3.5 Evolution des coûts et du financement dans les assurances complémentaires

Question examinée:

Les assurances complémentaires présentent-elles une évolution de leurs coûts et de leur financement qui serait un effet de la LAMal?

L'analyse des coûts et du financement des assurances complémentaires doit être abordée premièrement globalement. Contrairement aux autres branches, les assurances complémentaires ne présentent pas de ruptures en 1996. Durant la période sous revue (1994 - 1996), les coûts et les primes ont continué à augmenter à un rythme relativement normal dans l'assurance-maladie. Alors que les primes augmentaient annuellement de moins de 5%, les coûts progressaient toutefois plus rapidement (8%). L'évolution de l'équilibre financier est donc aussi défavorable.

Les autres coûts (constitution de réserves) reflètent cette dégradation: ils étaient de 572 millions de francs en 1994 et tombent en 1996 à 206 millions.

L'exclusion complète des assurances complémentaires de la LAMal et leur assujettissement à la LCA (loi sur le contrat d'assurance) n'ont toutefois déployé tous leurs effets juridiques qu'au 1er janvier 1997. Pour le moment, les chiffres disponibles ne permettent pas de confirmer un des effets indirects attendu de la LAMal, à savoir le resserrement du marché des assurances complémentaires consécutif à l'extension de la couverture des prestations dans l'assurance de base.

Tableau 3.6: Coûts et financement des assurances complémentaires entre 1994-1996

	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio fr.	%	mio fr.	%	mio fr.	%	1995	1996
Coûts								
Coûts des prestations	3'455.7	79.6	3'807.4	83.6	4'043.0	84.9	10.2	6.2
Coûts administratifs	313.7	7.2	366.1	8.0	515.7	10.8	16.7	40.9
Autres coûts ¹⁾	572.3	13.2	382.3	8.4	205.7	4.3	-33.2	-46.2
Total	4'341.7	100.0	4'555.8	100.0	4'764.4	100.0	4.9	4.6
Financement								
Primes d'assurance (brutes)	4'150.9	97.6	4'331.1	97.4	4'550.1	97.5	4.3	5.1
Participations aux frais	87.2	2.0	104.4	2.3	99.0	2.1	19.7	-5.2
Subventions et contributions	16.5	0.4	10.9	0.2	17.5	0.4	-33.9	60.6
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	87.1	2.0	109.4	2.5	97.8	2.1	25.6	-10.6
Total	4'254.6	100.0	4'446.4	100.0	4'666.6	100.0	4.5	5.0

1) voir Tableau 3.2

source: OFAS

Dans la structure des coûts, on notera encore que les coûts administratifs sont en forte progression et se situent à des niveaux supérieurs à ceux observables dans l'assurance de base.

Du côté du financement, la structure est caractérisée par une grande stabilité. Les subventions et contributions restent quasi inexistantes et les participations aux frais très modestes.

En 1995, les assurances complémentaires auprès des caisses-maladie représentaient globalement un volume de primes de 4'331.1 millions de francs et des prestations pour un montant de 3'807.4 millions (voir Tableau 3.6). Mais les assurances complémentaires constituent un ensemble de contrats d'assurances très disparates. La statistique de l'OFAS pour l'année 1995 présente des chiffres détaillés, en particulier le volume de primes, pour les appellations suivantes:

- assurance complémentaire patients	172.9 mio fr.
- assurance facultative d'une indemnité journalière d'hospitalisation	65.2 mio fr.
- assurance frais de traitement hospitalier	111.2 mio fr.
- assurance combinée d'hospitalisation	2'812.7 mio fr.
- HMO assurance combinée	4.1 mio fr.
- assurance soins dentaires	109.7 mio fr.
- assurance vacances et voyages	15.0 mio fr.
- assurance médecine alternative	180.7 mio fr.
- assurance soins à domicile	6.1 mio fr.
- autres assurances complémentaires	810.7 mio fr.

Une analyse exhaustive des assurances complémentaires s'avère ainsi impossible au vu de la multiplicité des types de contrats. L' "assurance combinée d'hospitalisation", de par l'importance de ses primes encaissées - deux tiers de toutes les complémentaires - et de par sa ressemblance à d'autres assurances couvrant l'hospitalisation privée ou semi-privée, peut être examinée de plus près.

La première remarque concernant cette branche d'assurance porte sur le nombre d'assurés. On dénombre plus de 5 millions de contrats pour un total de 7 millions d'assurés en 1995. Plus des deux tiers des assurés ont des complémentaires de ce

type. Si on s'intéresse un peu plus aux prestations couvertes, on peut calculer une prime moyenne mensuelle de 47 francs. Un tel montant de prime ne couvre vraisemblablement pas les frais supplémentaires d'une hospitalisation en division semi-privée, et a fortiori en division ou clinique privée. Il existe donc parmi ces assurances complémentaires des contrats dont la couverture supplémentaire en cas d'hospitalisation est probablement très limitée.

La seconde remarque concerne la marge brute (voir Tableau 3.7). Il est normal qu'elle soit positive; si elle ne l'était pas, l'équilibre financier des caisses-maladie serait vite compromis. La question qui mériterait par contre une analyse approfondie est la suivante: la marge dégagée par l'assurance complémentaire est-elle suffisante pour couvrir les coûts administratifs et financiers (constitution de réserves) spécifiquement relatifs à la branche ? Les données chiffrées actuelles ne sont pas suffisantes pour répondre à la question.

Tableau 3.7: Primes et prestations dans l'assurance combinée d'hospitalisation ¹⁾

Année	Nombre d'assurés	Primes		Prestations		Marge brute	
		mio fr Total	en fr. par assuré	mio fr Total	en fr. par assuré	mio fr Total	en fr. par assuré
1994	5'081'037	2'722	536	2'361	465	361	71
1995	5'028'453	2'813	559	2'573	512	240	48

1) A partir de 1996, les assurances complémentaires ne sont plus présentées par type dans la statistique OFAS

source: OFAS

Conclusion 3.5:

L'évolution des assurances complémentaires en rapport avec la LAMal est encore incertaine. La diminution attendue des couvertures complémentaires n'apparaît pas dans les statistiques de 1996.

3.6 Evolution des participations des assurés aux frais

Question examinée:

La LAMal introduit des franchises plus élevées et une extension des quotes-parts de participations aux frais pour les traitements hospitaliers. Quel est l'impact de ces mesures dans le financement de l'assurance-maladie?

Les participations aux frais jouent un rôle important dans le financement de l'assurance de base (10.6% en 1995). Dans l'assurance d'une indemnité journalière, elles sont inexistantes et dans les assurances complémentaires, elles sont insignifiantes (2.1% en 1996).

Selon la LAMal, la participation des assurés est composée d'une part de la franchise (montant annuel fixe) et d'autre part d'une quote-part de 10% des coûts qui dépassent la franchise. La nouvelle loi instaure notamment l'extension de la quote-part aux traitements hospitaliers, alors qu'elle ne s'appliquait précédemment qu'aux traitements ambulatoires.

Tableau 3.8: Participations aux frais, assurance de base

Année	Nombre d'assurés	Participations des assurés aux frais	
		mio fr. Total	en fr. par assuré
1994	7'131'653	1'259	177
1995	7'166'317	1'290	180
1996	7'194'754	1'679	233

source: OFAS

L'évolution des participations aux frais doit être analysée avec circonspection, car plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer vers le haut ou vers le bas les chiffres considérés. Les participations moyennes par assuré peuvent être distribuées

de façon très inégalitaire; toutes les personnes en bonne santé n'ayant aucun frais durant l'année ont évidemment une participation nulle. Il en est de même des assurés dont le montant des frais n'atteint pas la franchise et qui peuvent renoncer à envoyer leurs factures à la caisse-maladie. Par contre, l'extension de la participation de 10% aux traitements intra-muros et le développement des franchises à option pourraient tirer les chiffres vers le haut lorsque les assurés ont des frais importants à déclarer à leur caisse-maladie.

Le développement durant ces dernières années des franchises élevées à option (300, 600, 1'200, 1'500 francs) ne doit donc pas être ignoré dans cette analyse. En 1995, le nombre de tels contrats s'élevait à 700'000 environ et marquait une augmentation de 9% par rapport à l'année précédente. En 1996, il a véritablement explosé puisqu'il atteint 2,3 millions de contrats.

Entre 1994 et 1995, l'augmentation de la participation par assuré était de 2% alors que l'augmentation des coûts par assuré dans l'assurance des frais médico-pharmaceutiques était de 4%. Ce résultat est parfaitement logique lorsque les réglemmentations concernant les franchises et les quotes-parts ne subissent aucun changement (limitées aux traitements ambulatoires et plafonnées), comme ce fût le cas ces dernières années.

Entre 1995 et 1996, le saut attendu est bien perceptible. L'augmentation de la participation par assuré est de 30% - 180 francs en 1995, 233 en 1996 - alors que celle des coûts par assuré atteint 10%. Les années prochaines devraient encore être marquées par la progression de la part des participations aux frais dans le financement de l'assurance de base. En effet, une part non négligeable des factures payées en 1996 concernaient des prestations durant l'année précédente. De plus, des augmentations des franchises obligatoires ont déjà été décidées pour 1998.

Dans la structure du financement de l'assurance de base, il convient cependant de cadrer la participation aux frais. La part au financement a passé de 10.6% à 12.8% du total des recettes (Tableau 3.3).

Conclusion 3.6:

Les augmentations de franchises et de quotes-parts introduites par la LAMal ont commencé à déployer leurs effets. En 1996, le montant moyen de la participation par assuré a augmenté de 30%. La part au financement de l'assurance de base se situe à 12.8%.

3.7 Evolution des réserves financières**Question examinée:**

Les réserves financières des caisses-maladie présentent-elles une évolution consécutive à la LAMal ? La "privatisation" des assurances complémentaires a-t-elle déjà des conséquences sur le montant des réserves?

La LAMal prévoit en son article 60 que l'assurance obligatoire des soins est financée selon la répartition des dépenses. Les assureurs doivent constituer des "réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme". La loi précise que "les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins" (al. 2), de même qu'ils "tiennent un compte d'exploitation distinct" (al. 3).

Tableau 3.9: Réserves selon le nombre d'assurés de la caisse en 1995

Nombre d'assurés par caisse	Nombre de caisses	Nombre d'assurés (soins médico- pharmaceutiques)	Reserves en % des dépenses	Réserves minimales, en %
0 - 100	0	0	-	182
101 - 500	22	6'476	160.6	96
501 - 1'000	25	18'140	97.1	73
1'001 - 2'500	35	57'292	66.3	52
2'501 - 5'000	24	89'054	55.1	42
5'001 - 10'000	15	98'451	56.5	34

10'001 - 50'000	20	471'311	29.8	24
50'001 et plus	25	6'425'593	23.7	20
Total	166	7'166'317	25.1	

source: *OFAS*

L'OAMal définit en son article 78 les réserves, composées d'une part d'une réserve de sécurité et d'autre part d'une réserve de fluctuation. Les limites de réserves minimales sont fixées en fonction du nombre d'assurés : par exemple, les caisses de plus de 50'000 assurés doivent disposer d'une réserve de sécurité de 18% des dépenses annuelles et d'une réserve de fluctuation de 2%, soient ensemble 20% des dépenses et celles de 5'000 à 10'000 membres doivent avoir des réserves minimales de 34%.

En 1995, 121 caisses-maladie sur 166 comptaient encore un effectif de membres inférieur à 10'000. Les 25 caisses avec plus de 50'000 membres représentaient 90% des assurés. Dans toutes les catégories, les réserves en % des dépenses dépassent quelque peu les minima légaux, par exemple, pour les plus grandes caisses, 23.7% alors que l'OAMal prévoit 20%.

La statistique de l'assurance-maladie 1994 à 1996 ne présente pas des bilans séparés entre d'une part l'assurance de base et d'autre part les assurances complémentaires et l'assurance d'une indemnité journalière. Dès 1997, la distinction stricte devrait également apparaître dans tous les résultats de la partie financière de cette statistique. L'analyse qui suit porte donc sur l'ensemble des réserves des caisses-maladie, toutes branches d'assurances confondues.

Avant l'introduction du plan comptable de 1994, une diminution tendancielle de la quote de fortune se dégagait clairement de la statistique de l'assurance-maladie: de 44% en 1966, elle est descendue à 23% en 1993. Cette évolution est économiquement logique; elle va de pair avec les efforts de compression des coûts et la concentration dans la branche de l'assurance-maladie. On comptait près de 900 caisses en 1966 et plus que 184 en 1995 et 159 en 1996.

La diminution du taux de réserves s'est poursuivie entre 1994 et 1996 (voir Tableau 3.10). De 22.9% en 1995, le taux descend à 21.4% en 1996. La LAMal a occasionné une baisse sensible du taux de réserves nettement distincte de la lente érosion des réserves observée pendant près de trois décennies. La baisse du taux de réserves devrait probablement continuer en 1997 et 1998.

A côté des réserves définies dans l'OAMal, il peut être intéressant d'observer les réserves économiques dans un sens plus large en incluant les divers fonds et les "provisions pour cas d'assurance non liquidés et fonds de fusions affectés à des buts déterminés" (voir Tableau 3.8). En comptant toutes les réserves, les divers fonds et les provisions, le pourcentage par rapport aux dépenses annuelles aurait atteint 57.4% en 1995 et descendrait à 52.95% en 1996. A l'actif du bilan, les placements s'élevaient à 8'051 millions de francs en 1995 et à 8'662 millions en 1996, ce qui correspond respectivement à 49.6% et 46.2% des dépenses.

Tableau 3.10: Réserves des caisses-maladie (toutes branches d'assurances comprises)

Année	Dépenses selon	Réserves		Fonds		Provisions	
	Tableau 3.2	mio fr	en % des dépenses	mio fr	en % des dépenses	mio fr	en % des dépenses
1994	17'448	3'996	22.9	927	5.3	4'846	27.8
1995	17'840	4'080	22.9	1'167	6.5	4'999	28.0
1996	18'736	4'006	21.4	783	4.2	5'113	27.3

source: OFAS

Avec la séparation juridique établie entre l'assurance de base et les complémentaires qui relèvent dorénavant du droit sur le contrat d'assurance, il faut s'attendre à terme à des répercussions dans le domaine du financement. En principe, les contrats privés devraient être couverts par des réserves en rapport avec les risques, alors que l'assurance de base évolue selon un modèle de la répartition. Sur la base

de premières informations statistiques de 1996, l'augmentation attendue des réserves dans les assurances complémentaires n'est pas perceptible. En effet, l'observation des autres coûts dans les assurances complémentaires (Tableau 3.6) montre une tendance nettement à la baisse, ce qui signifie que la capitalisation pour cette branche d'assurance est en diminution. Les autres coûts s'élevaient à 13.2% du financement en 1994 et tombent à 4.3% en 1996. Certes, ces valeurs ne sont pas négatives en 1996 comme c'est le cas dans l'assurance de base et celle d'une indemnité journalière mais la baisse constatée ne correspond pas à l'effet indirect attendu de la LAMal. Le refinancement des assurances complémentaires s'étendra vraisemblablement sur une longue période et ne devrait pas être observables à court terme dans les données financières des caisses-maladie.

Conclusion 3.7:

La tendance à une diminution des réserves aux niveaux légaux minimaux dans l'assurance de base se poursuit et s'est nettement accéléré en 1996. De 22.9% en 1995, le taux de réserve s'est abaissé à 21.4% en 1996. Les caisses-maladie n'ont pas complètement répercuté les augmentations des coûts sur les primes.

Dans le secteur des assurances complémentaires, la hausse attendue des réserves financières ne peut pas encore être observée. En l'état des statistiques des caisses-maladie, l'analyse des données 1994 - 1996 fait apparaître une nette tendance à la diminution des réserves pour cette branche d'assurance.

3.8 Bibliographie

Administration fédérale des finances, 1997, *Finances publiques en Suisse 1995*, AFF: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Statistique de l'assurance-maladie 1994/1995*, OFS: erne.

Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Statistique de l'assurance-maladie 1996*, OFS:Berne, à paraître début 1998.

4 Les flux financiers dans le système de réduction de primes

L'introduction de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le 1^{er} janvier 1996, a également eu pour conséquence un changement de la politique de subventionnement de la part du secteur public. Alors que les subsides publics étaient précédemment versés directement aux assureurs-maladie, l'article 65 LAMal impose maintenant une réduction de primes pour les personnes de condition économique modeste. On procède ainsi à un changement fondamental en passant d'un système de subventionnement global des caisses-maladie à l'application d'une politique orientée en fonction de ses bénéficiaires et, par conséquent, en fonction des besoins effectifs.

Ces changements entraînent aussi un décalage massif des flux financiers avec les difficultés transitoires que cela implique. Ceci concerne tous les subsides et, en particulier, le poids respectif de chacun des éléments constitutifs des subsides en raison de la suppression des subventions forfaitaires versées auparavant aux caisses-maladie. Il faut également s'attendre à des modifications dans la répartition de la charge nette aux trois niveaux de l'État, car le cadre du financement a été entièrement modifié. Enfin, les cantons ont connu un fort accroissement de leurs compétences en raison précisément de celle qui leur a été confiée d'assurer l'application des mesures de réduction de primes. Le présent chapitre se propose donc d'apporter une réponse aux questions suivantes:

Question examinée:

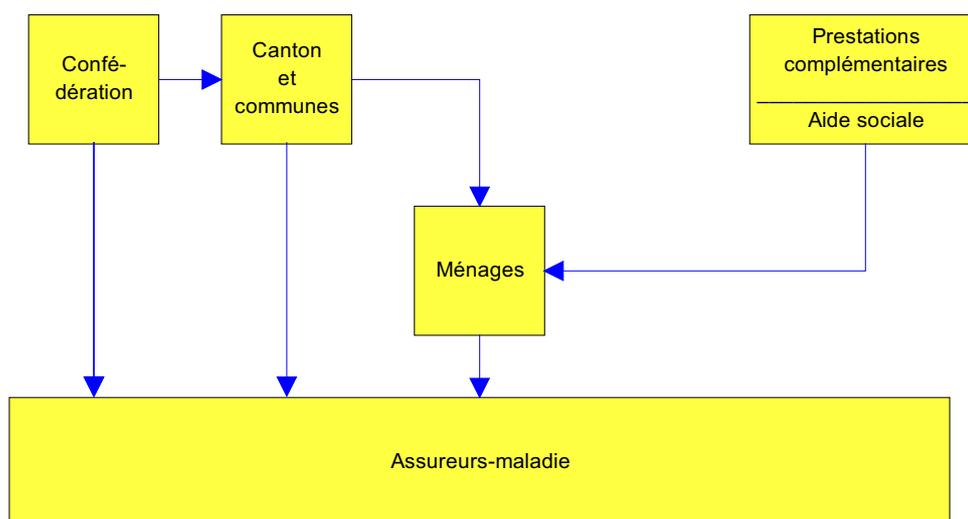
- 1) Quels flux financiers peut-on identifier sous les deux régimes légaux entre les collectivités publiques, respectivement entre les collectivités publiques et les assureurs-maladie? Des changements substantiels sont-ils intervenus sous le régime de la nouvelle LAMal?

- 2) Comment la charge nette, respectivement les subsides nets, ont-ils évolué pour la Confédération, les cantons et les communes?
- 3) Comment les cantons ont-ils tiré parti de la marge de manœuvre supplémentaire que leur laisse la LAMal en matière de subsides pour la réduction de primes?

4.1 Flux financiers sous les régimes de la LAMA et de la LAMal

L'analyse du financement public durant la période considérée doit être abordée avec quelques précautions vu que la LAMal a introduit ici une réforme importante. Les subsides fédéraux ne sont plus versés aux caisses-maladie mais aux cantons qui les redistribuent selon leurs critères et leur organisation. Les Figures 4.1 et 4.2 montrent les différents chemins que peuvent prendre les subsides publics pour l'abaissement des primes, avant et après l'entrée en vigueur de la LAMal. Les cantons et les communes paient directement ou indirectement, partiellement ou entièrement les primes d'assurance-maladie.

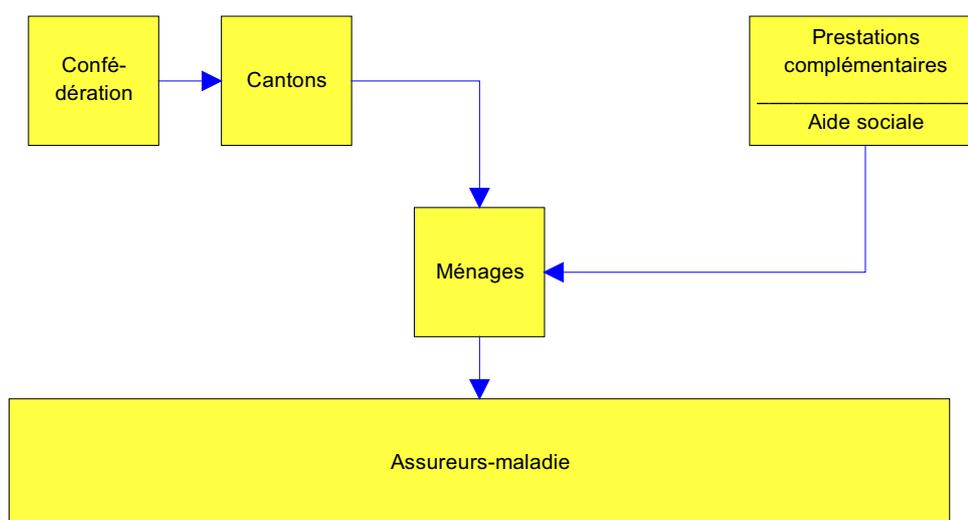
Figure 4.1: Flux formels des subsides dans le domaine de l'assurance-maladie sous le régime de l'ancienne LAMA



source: OFS

Compte tenu des changements dans les principes et dans la technique de subventionnement pour la réduction des primes, le compte d'exploitation consolidé des caisses-maladie (OFAS) ne fournit plus une information comparable pour les années sous revue. Dans le cas où les assurés reçoivent les subsides du canton, de la commune ou éventuellement de la caisse de compensation (rentiers AVS ou AI) et qu'ils paient eux-mêmes leurs primes, la statistique des caisses-maladie ne peut pas enregistrer ces montants en tant que financement public. La statistique des finances publiques présente en principe des chiffres sur la contribution nette des pouvoirs publics à l'assurance-maladie et offre ainsi une série chronologique 1994 - 1996 homogène. Les montants des dépenses nettes tiennent compte pour une année civile - année comptable également - de toutes les dépenses effectives d'aide sous toutes ses formes fédérales, cantonales et communales pour abaisser les primes d'assurance-maladie, après déduction des transferts entre collectivités publiques et les remboursements et participations des administrés. Ces chiffres ne sont non plus directement comparables aux décomptes annuels de l'OFAS concernant les montants affectés à la réduction des primes en raison de décalages dans le temps.

Figure 4.2: Flux formels des subsides dans le domaine de l'assurance-maladie sous le régime de la nouvelle LAMal



source: OFS

Un petit rappel de l'histoire récente du plafonnement des subsides fédéraux pour l'assurance-maladie s'avère utile. En 1990 et 1995, ces subsides, versés entièrement aux caisses-maladie étaient plafonnés à 1.3 milliards de francs. En 1993 et 1994, la Confédération a mis cependant par voie d'arrêté urgent 100 millions supplémentaires à disposition des cantons pour abaisser les primes. En 1995, elle ajoute 500 millions. Ainsi, durant l'année précédent l'entrée en vigueur de la LAMal, la Confédération versait 1.3 milliards de francs aux caisses-maladie et 0.6 milliards aux cantons.

Les subsides publics contribuaient à raison de 15.7% au financement des dépenses de l'assurance de base. Par rapport aux subventions fédérales, les contributions des cantons atteignaient 37%, donc nettement moins que les 50% prévus par la LAMal. En 1995, ce taux atteignait 16.8% en raison des 500 millions supplémentaires de la Confédération.

4.2 Comparabilité des prestations de la LAMA et de la LAMal

L'introduction de la LAMal a eu des effets sur les comptes publics des trois niveaux des collectivités publiques. Le seul examen de l'évolution des dépenses dans le domaine de l'assurance maladie pour la période 1990 - 1996 n'est toutefois pas pertinent, car rien ne peut en être déduit du côté des prestations. Par exemple, l'accroissement d'une année peut être la conséquence de la nouvelle obligation de s'assurer (art. 3 LAMal), car toutes les personnes domiciliées en Suisse sont désormais tenues de contracter une assurance-maladie. Il peut également être le résultat de la prise en compte accrue des assurés ou de l'extension du catalogue de prestations que les assureurs-maladie sont tenus de couvrir. En fait, avec la nouvelle LAMal, des prestations sont maintenant incluses dans le catalogue de l'assurance de base que seules les assurances complémentaires couvraient auparavant. Les domaines suivants sont concernés [*Office fédéral des assurances sociales, 1994*]:

- remboursement de certains traitements de médecine dentaire en cas d'affection grave,
- Durée illimitée des prestations en cas de séjour hospitalier,
- suppression des réserves pour les maladies déjà existantes,
- remboursement des soins médicaux à domicile et en établissements de soins,
- prise en charge de certaines prestations relevant de la médecine préventive.

De plus, contrairement à l'ancienne réglementation, toutes les prestations sont désormais assurées sans limite de temps. On voit ainsi pourquoi les dépenses couvertes par la LAMal ne peuvent que difficilement être comparées avec celles qui intervenaient sous le régime de l'ancienne législation.

Un autre obstacle à la comparaison des prestations réside dans le fait qu'un nouveau plan comptable est entré en vigueur pour les assureurs-maladie en 1994. Les principales modifications sont les suivantes [*Office fédéral des assurances sociales, 1994*]:

- la participation des assurés aux coûts est comptabilisée, depuis 1994, comme une réduction des dépenses et non plus du côté des recettes du compte de résultat,
- Les primes de réassurance, précédemment considérées comme dépenses, sont maintenant comptabilisées comme une réduction des recettes,
- Le plan comptable ne met plus en évidence les prestations nettes, mais les prestations brutes; sous l'ancien plan comptable, seules les prestations qui étaient effectivement à la charge des assureurs étaient comptabilisées comme dépenses; les prestations reçues des réassureurs n'étaient pas traitées comme des prestations.

Par ailleurs, de nouveaux modèles d'assurance prennent de plus en plus d'importance avec la nouvelle LAMal. A côté des assurances de type BONUS et HMO, il s'agit essentiellement de l'assurance de base des soins médicaux avec franchise à option. Cette évolution a également des conséquences au plan statistique, car les comptes d'exploitation de ces formes d'assurances doivent être tenus séparément depuis 1994 [Office fédéral de la statistique, 1997].

Figure 4.3: Calcul des prestations nettes des caisses-maladie pour l'assurance de base pour 1990 - 1993

Assurance de base des soins médicaux, y compris indemnité journalière obligatoire en cas de séjour hospitalier *)	
+ Assurance de base HMO	
+ Primes de réassurance de l'assurance des soins médicaux	
- Participation des assurés aux coûts	<hr/>
<i>Prestations nettes des caisses-maladie</i>	
*) y compris soins médicaux des invalides, tuberculeux et frais médicaux en cas de maternité.	

Pour pouvoir utiliser les prestations comme grandeur de référence malgré ces problèmes de délimitation, les prestations nettes ont été calculées comme indiqué sur la Figure 4.3 pour 1990 - 1993. De l'ensemble des prestations pour soins médicaux n'est soustraite que l'assurance de base avec indemnité journalière obligatoire d'hospitalisation, car c'est ce qui correspond le mieux à la nouvelle assurance de base. Sont donc incluses des prestations séparées pour soins médicaux des invalides et tuberculeux ainsi que pour soins médicaux en cas de maternité. Il a été tenu compte des nouveautés du plan comptable en reprenant les primes de réassurance de l'assurance des soins médicaux. La participation des assurés aux coûts de l'assurance de base est difficile à déterminer avec précision, puisqu'elle n'était pas relevée séparément jusqu'en 1994. Pour l'affecter toutefois à l'assurance de

base, il est tenu compte du total de la participation aux coûts selon le rapport entre les contributions des assurés à l'assurance de base avec indemnité journalière obligatoire d'hospitalisation et assurance de base HMO et les contributions totales des assurés. Ces proportions sont de 72% (1990), 71% (1991), 70% (1992) et 67% (1993).

Ces considérations peuvent se résumer comme suit:

Conclusion 4.1:

Les prestations selon la LAMA et selon la LAMal ne sont pas directement comparables, car le catalogue des prestations a été élargi et de nombreuses nouveautés en matière de saisie des prestations ont été introduites. Toutefois, pour pouvoir tout de même tirer des conclusions sur les prestations nettes, celles-ci ont été adaptées pour la période 1990 - 1993.

4.3 Charges du secteur public dans le domaine de l'assurance maladie

Les charges de la Confédération, des cantons et des communes se retrouvent avant tout dans les comptes des assurances-maladie et dans la statistique financière des collectivités publiques.

4.3.1 Subsides nets dans les comptes des assurances-maladie

Si l'on apure en conséquence les prestations nettes des assureurs-maladie pour 1990 - 1993, on obtient l'évolution reflétée par le Tableau 4.1. On constate que les prestations nettes pendant la période sous revue 1990 - 1996 ont augmenté de 40%, passant de 7.7 milliards de francs à 10.8 milliards de francs.¹ L'exercice 1993 se distingue sur deux plans: en comparaison avec 1992, les coûts des soins médicaux de l'assurance de base se sont accrus de 475.2 millions de francs.

¹ Les montants qui suivent sont des montants effectifs.

Par ailleurs, les prestations nettes en 1993 sont, avec 9.81 milliards de francs, plus élevées que celles de 1994 (9.73 milliards de francs). Ceci provient du fait que, pour 1993, seulement 67% de l'ensemble des participations aux coûts des membres ont été attribués à l'assurance de base. Ce chiffre caractéristique peut cependant, depuis 1994 et le nouveau plan comptable, se lire directement et il se monte, avec 1.26 millions de francs, à 93% du total des participations aux coûts de la part des membres. On peut donc supposer qu'elles étaient notablement plus élevées dans le domaine de l'assurance de base au cours des années précédentes. On peut aussi en déduire que les prestations nettes ont augmenté de manière continue pendant toute la période examinée.

Tableau 4.1: Prestations nettes de l'assurance-maladie et subsides nets aux caisses-maladie, 1990 - 1996¹⁾

Année	Prestations nettes ²⁾	Subsides nets ³⁾	
	En milliers de francs	En milliers de francs	En % des prestations nettes
1990	7'729'695	1'620'652	20.97%
1991	8'542'141	1'597'174	18.70%
1992	9'330'615	1'677'842	17.98%
1993	9'805'798	1'683'843	17.17%
1994	9'728'699	1'594'748	16.39%
1995	10'118'173	1'535'440	15.18%
1996	10'798'286	140'396	1.30%

1) Les chiffres de 1996 ont un caractère provisoire.

2) Les prestations nettes (PN) pour 1990 - 1993 sont calculées selon le schéma de la Figure 4.3.

3) Les subsides nets sont le résultat des contributions du secteur public (+), des contributions des employeurs et d'autres institutions, (+) et des rabais de primes aux assurés (-).

source: *Statistiques de l'assurance-maladie de plusieurs années*

Si l'on compare ces prestations nettes aux subsides nets du secteur public tels qu'ils ressortent de la *Statistique de l'assurance-maladie (1990 -1994)*, on perçoit alors l'évolution effectivement intervenue. Les subventions ont diminué d'environ 5% de 1.62 milliards de francs en 1990 à 1.54 milliards de francs en 1995. Ce sont les subsides fédéraux qui en constituent l'essentiel. Ils se montent, depuis 1990, à 1.3

milliards de francs directement versés aux caisses-maladie. Cette image change toutefois considérablement si l'on inclut 1996. Cette année-là, les subsides nets sont tombés à seulement 140 millions de francs. Si l'on examine maintenant le rapport entre ces deux chiffres nets, notre observation se confirme. Le rapport entre subsides et prestations, en baisse faible mais constante, se détériore en 1996. Cette forte diminution des subsides nets n'est toutefois que de nature purement technique. C'est en effet cette année-là que les subsides directs aux caisses-maladie ont été totalement supprimés en raison de l'entrée en vigueur de la LAMal.

On peut donc conclure:

Conclusion 4.2:

Les prestations nettes des assureurs et les subsides nets du secteur public ont connu une évolution diamétralement opposée pendant la période 1990 – 1996. Les prestations nettes n'ont pas cessé d'augmenter alors que les subsides nets n'ont pas cessé de diminuer. Avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les montants figurant dans les statistiques de l'assurance-maladie se réduisent radicalement en raison de la suppression des subsides directs aux caisses-maladie. Cette source de données ne convient dès lors plus pour donner une image pertinente des flux financiers dans le domaine de l'assurance-maladie.

4.3.2 Charge nette selon la statistique des finances publiques

La Conclusion 4.2 incite à se poser la question de savoir comment retrouver ces flux financiers. C'est pourquoi le Tableau 4.2 ne contient pas les subsides nets, mais les charges totales de la Confédération, des cantons et des communes, mises en regard des prestations nettes correspondantes. La charge nette reflète la charge effective des comptes publics dans la mesure où elle ressort des comptes de l'administration (voir le chapitre 3). Les subsides nets par contre résultent des contributions du secteur public, des employeurs et d'autres institutions, sans tenir compte des rabais de primes consentis aux assurés.

Le Tableau 4.2 montre que seule la Confédération a accru ses subsides de 38%, soit de près de 1.3 milliards de francs en 1991 à 1.8 milliards de francs en 1995. Les deux autres collectivités territoriales que sont les cantons et les communes ont par contre réduit les leurs, les cantons en particulier: s'ils avaient encore distribué près de 530 millions de francs en 1991, leurs subsides ne s'élevaient plus qu'à 201 millions de francs en 1995, soit une réduction de plus de 60%. Si l'on calcule à nouveau le rapport entre charge nette et prestations nettes (c'est en fin de compte l'excédent de dépenses qui contribue au financement des prestations nettes), il ressort une réduction de 6% (1991) à seulement 2% (1995).

Tableau 4.2: Prestations nettes de l'assurance-maladie et charge nette des collectivités publiques ¹⁾

Année	Prestations nettes des caisses-maladie	Charge nette					
		Confédération ²⁾		Cantons		Communes ²⁾	
		En milliers de francs	En milliers de francs	En % des PN	En milliers de francs	En % des PN	En milliers de francs	En % des PN
1990	7'729'695	987'198	12.8%	477'168	6.2%	87'156	1.1%
1991	8'542'141	1'310'540	15.3%	529'267	6.2%	94'345	1.1%
1992	9'330'615	1'313'122	14.1%	535'749	5.7%	96'541	1.0%
1993	9'805'798	1'413'741	14.4%	476'780	4.9%	98'125	1.0%
1994	9'728'699	1'411'299	14.5%	429'880	4.4%	91'361	0.9%
1995	10'118'173	1'810'682	17.9%	201'086	2.0%	73'396	0.7%
1996	10'798'286	1'364'792	12.6%	585'256	5.4%	6'929	0.1%

1) Les prestations nettes (PN) pour 1990 - 1993 sont calculées selon le schéma de la Figure 4.3.

2) Pour 1996, les subsides de la Confédération pour la réduction des primes sont communiqués après réduction par les cantons. La charge nette des communes est encore largement incomplète.

source: *Finances publiques en Suisse, plusieurs années, OFAS, et propres calculs*

Ce paysage est totalement bouleversé par la nouvelle LAMal: au titre des mesures de réduction des primes, les cantons doivent maintenant supporter une charge nette de 590 millions de francs. Leur part des prestations nettes a ainsi de nouveau augmenté, soit d'un bon 5%. Par contre, la charge de la Confédération a diminué. Elle y s'est abaissée de tout juste 25% à 1.36 milliards de francs, ce qui correspond encore à une part de 12.6% des prestations nettes. Il faut ici cependant tenir comp-

te de ce que le montant de 1.36 milliards de francs ne correspond pas à la charge nette figurant dans les comptes publics, mais aux subsides en vue de réduire les primes que la Confédération doit mettre à disposition en 1996, selon le modèle de répartition et après réduction de la part des cantons. Les comptes de la Confédération reflètent ainsi un montant de 2.43 milliards de francs pour 1996. Il faut ici mentionner une particularité de l'année de transition 1996: sous le régime de la LAMal les contributions sont comptabilisées a posteriori, soit l'année suivante. Pour 1995, elles se montent à près de 1 milliard de francs. La charge nette effective pour 1996 ne peut donc pour le moment pas encore être indiquée avec précision. En ce qui concerne les communes, il ne devrait normalement plus y avoir de charges nettes sous le régime de la nouvelle LAMal. Il faut donc admettre que des imputations comptables erronées ont été effectuées au moment du changement de régime en 1996.

Tableau 4.3: Charge nette de toutes les collectivités publiques comparée à celle des cantons ¹⁾

Année	Prestations nettes des caisses-maladie	Charge nette des collectivités publiques ²⁾		Part des cantons à la charge nette
	En milliers de francs	En milliers de francs	En % des PN	
1990	7'729'695	1'551'522	20.1	30.8%
1991	8'542'141	1'934'152	22.6	27.4%
1992	9'330'615	1'945'412	20.9	27.5%
1993	9'805'798	1'988'646	20.3	24.0%
1994	9'728'699	1'932'540	19.9	22.2%
1995	10'118'173	2'085'164	20.6	9.6%
1996	10'798'286	1'956'649	18.1	29.9%

1) Les prestations nettes (PN) pour 1990 - 1993 sont calculées selon le schéma de la Figure 4.3

2) La charge nette des communes pour 1996 est incomplète ; celle de la Confédération est provisoire.

source: *Finances publiques en Suisse, années 1990 - 1996; OFS; propres calculs*

Si l'on observe la charge nette du secteur public, le Tableau 4.3 montre que la charge nette est demeurée en rapport quasiment constant avec les prestations nettes. Cette relation a varié entre tout juste 20% (1994) et 22.5% (1991). Ce n'est qu'en

1996 qu'elle s'abaisse à 18% en raison des changements de politique de subventionnement. Si l'on examine maintenant la part des cantons à la charge nette de toutes les collectivités publiques, il en ressort que ceux-ci ont pu la réduire constamment. Elle se montait encore à près de 31% en 1990, mais une première baisse s'affirme avec plus que 24% en 1993, puis se confirme avec 22% en 1994. Ce phénomène s'accélère encore en 1995, car la part des cantons à la charge nette totale des collectivités publiques n'est plus que de 9.6%. Ce n'est qu'en 1996, avec l'introduction de la LAMal, que le processus s'inverse : certes, la charge totale pour 1996 ne peut pas être encore définitivement chiffrée, comme évoqué ci-dessus, mais la part des cantons aura connu une augmentation massive. Le Tableau 4.3 révèle une part de 30%.

La conclusion suivante peut être tirée:

Conclusion 4.3:

Si l'on extrait de la statistique financière la charge nette des collectivités publiques, il apparaît qu'elle est restée quasiment constante par rapport aux prestations nettes. Ceci n'est toutefois pas le résultat d'un comportement constant de la Confédération, des cantons et des communes. Alors que la part de la Confédération n'a cessé d'augmenter, les cantons en particuliers ont pu massivement réduire la leur. Le phénomène s'inverse avec l'introduction de la LAMal: la charge nette des cantons augmente et celle de la Confédération diminue.

4.4 Dépenses et recettes des cantons

Au vu des résultats présentés, la question peut se poser de savoir si la réduction de la charge nette des cantons dans les années qui ont précédé l'introduction de la LAMal est due à des réductions de dépenses ou à l'amélioration des recettes. Le tableau 4.4 présente en conséquence les dépenses courantes pour participations,

subsidés et dédommagements en regard des recettes (Contributions, subventions et dédommagements).²

Les dépenses des cantons dans le domaine de l'assurance-maladie ont augmenté de près de 100 millions de francs de 1991 à 1995, ce qui correspond à une croissance de 18%. Les recettes courantes pendant cette période ont par contre explosé de 1'100% avec une première poussée de 165% en 1993 suivie d'une seconde de 207% en 1995. Ce fait se confirme si l'on observe le taux de couverture des dépenses courantes des cantons. Ce chiffre exprime le rapport entre recettes courantes et dépenses courantes et indique dans quelle mesure les cantons peuvent financer leurs dépenses dans le secteur de l'assurance-maladie par leurs recettes. Ce rapport était de 7% en 1991 et a augmenté d'abord à plus de 21% en 1993 pour atteindre tout juste 70% en 1995.

Tableau 4.4: Compte de fonctionnement et taux de couverture des dépenses courantes des cantons dans le domaine de l'assurance-maladie

Année	Dépenses courantes (Parts, subventions et dédommagements)	Recettes courantes (Contributions, subventions et dédommagements)	Taux de couverture des dépenses courantes
	En Fr	En Fr	En Fr
1990	503'747'185	32'972'090	6.5
1991	561'049'585	38'467'105	6.9
1992	576'684'633	47'979'378	8.3
1993	596'703'688	127'313'915	21.3
1994	571'965'566	150'299'079	26.3
1995	662'942'651	461'029'676	69.5
1996	1'928'115'252	1'361'178'634	70.6

source: *Finances publiques en Suisse, diverses années*

² Ces catégories de dépenses et de recettes font presque le total du compte de fonctionnement dans le domaine de l'assurance maladie. C'est pourquoi il n'a pas été fait recours à d'autres catégories.

L'exercice 1996 constitue une particularité en ce sens que les deux postes du compte de fonctionnement ont fortement augmenté en raison du changement de législation. Les dépenses courantes ont crû de 190% à 1'928 milliards de francs, les recettes courantes de 195% à 1'361 de milliards de francs. Le taux de couverture des dépenses courantes n'a que peu augmenté à 70.6%. On voit bien ici l'effet de la "fonction de passage" des rubriques 34 - 37 et 45 - 47 à la rubrique 52 *Assurance-maladie* (voir l'annexe A): La Confédération met à la disposition des cantons les montants demandés pour la réduction des primes à concurrence de 1'364 milliards de francs. En 1996, les cantons ont dû financer ces sommes par leurs propres moyens, selon l'art. 106 al. 2 LAMal (35% des subsides fédéraux). Le total de 1'816 milliards de francs se retrouve immédiatement dans les dépenses courantes. La différence qui subsiste de 112 millions de francs correspond pour l'essentiel aux subsides de la Confédération pour la réduction de primes de l'année précédente.

Tableau 4.5: Recettes courantes des cantons provenant des contributions, subventions et dédommagements, selon leur origine

Année	Total	Subventions et dédommagements							
		Contributions		Confédération		Cantons et communes		Autres	
		En Fr.	En %	En Fr.	En %	En Fr.	En %	En Fr.	En %
1990	32'972'090	36'893	0.1	42'398	0.1	30'535'409	92.6	2'357'390	7.1
1991	38'467'105	6'686'861	17.4	43'767	0.1	31'736'477	82.5	0	0.0
1992	47'979'378	10'026'148	20.9	4'503'773	9.4	33'449'457	69.7	0	0.0
1993	127'313'915	1'223'815	1.0	91'426'689	71.8	34'663'411	27.2	0	0.0
1994	150'299'079	12'176'066	8.1	105'342'044	70.1	32'780'969	21.8	0	0.0
1995	461'029'676	33'805'106	7.3	409'180'218	88.8	18'044'353	3.9	0	0.0
1996	1'361'178'634	2'942'526	0.2	1'290'705'587	94.8	67'530'522	5.0	0	0.0

source: *Finances publiques en Suisse, diverses années*

Les deux effets, augmentation massive des taux de couverture cantonaux et changements introduits par la nouvelle LAMal, apparaissent très clairement dans le Tableau 4.5. Les recettes courantes sont ici encore subdivisées pour souligner le

rôle dominant des subventions fédérales. Elles ont massivement augmenté en 1993. Leur part aux recettes courantes des cantons (contributions, subventions et dédommagements) a crû de 9.4% à près de 72%. Une nouvelle augmentation apparaît de nouveau en 1995: cette année-là, les subventions de la Confédération ont atteint 410 millions de francs, soit 89% du total des recettes des cantons dans le domaine de l'assurance maladie. Il en résulte que l'évolution des recettes provenant de subventions et de dédommagements des cantons et des communes connaît une évolution différente. En 1994, elles diminuent de 82.5% à près de 22%. Ici aussi, une notable réduction s'observe pour 1995 et cette part n'est plus que de 4%. Les conséquences de la nouvelle LAMal sont plus que perceptibles en 1996: les subventions de la Confédération augmentent considérablement à 1.29 milliards de francs.

Les recettes provenant des contributions (hôpitaux et homes médicalisés par exemple) connaissent une évolution très différenciée. Elles atteignaient 6.5 millions de francs en 1991, ne font plus que 1.2 millions de francs en 1993 pour remonter fortement à 34 millions de francs en 1995. Ces contributions s'abaissent à 2.9 millions de francs en 1996, soit encore 0.2% des recettes des cantons (la nouvelle LAMal fait participer les caisses-maladie dans une proportion accrue au financement des hôpitaux et homes médicalisés).

Ceci nous amène à la conclusion suivante:

Conclusion 4.4:

L'augmentation massive et durable, jusqu'en 1996, des taux de couverture des dépenses courantes des cantons dans le domaine de l'assurance maladie est moins le résultat de dépenses en diminution que l'effet d'une augmentation des recettes en raison des subventions de la Confédération. Ces subventions ont même augmenté dans une proportion telle que la réduction des subventions des cantons et des communes a été plus que compensée. Avec la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, cette évolution se stabilise au niveau atteint en 1995.

4.5 Situation des différents cantons

Une fois constaté que les cantons et les communes ont pu abaisser leur charge nette jusqu'en 1995, avant tout en raison des subventions fédérales reçues, la statistique financière doit nous permettre de rechercher s'il existe des différences systématiques entre les cantons.

Tableau 4.6: Charge nette des différents cantons, 1990 - 1996 (en milliers de francs)

Canton	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ZH	93'341	114'532	128'358	125'160	135'785	81'787	203'086
BE	11'543	12'136	12'690	15'357	12'286	12'573	33'240
LU	1'434	1'520	2'584	3'529	3'590	1'729	23'858
UR	74	75	77	76	38	38	1'018
SZ	242	233	422	503	572	76	5'325
OW	47	47	46	46	45	147	398
NW	32	32	28	80	63	75	1'887
GL	1'228	1'750	1'649	1'736	1'665	1'718	-2'188
ZG	3'423	3'672	3'917	4'374	4'627	1'345	7'249
FR	5'348	6'075	6'825	6'036	5'871	-3'324	2'731
SO	910	929	1'018	741	1'127	931	1'895
BS	87'155	106'757	115'731	110'786	71'480	52'719	56'336
BL	8'343	10'634	11'727	10'864	11'425	13'466	22'856
SH	629	1'072	2'082	589	347	473	1'129
AR	221	600	611	636	598	803	5'675
AI	207	252	355	352	378	360	3'262
SG	2'635	2'258	2'547	2'476	2'300	-9'823	18'388
GR	7'787	11'402	9'525	9'930	7'624	10'064	8'490
AG	1'972	2'028	2'077	2'085	2'090	2'114	11'822
TG	3'202	2'753	4'874	5'344	4'530	5'753	17'993
TI	45'840	43'544	51'473	27'855	17'236	3'656	28'999
VD	83'986	85'820	77'605	60'942	76'969	-2'032	37'140
VS	15'830	17'076	18'844	13'068	10'162	-76	6'129
NE	22'624	26'018	27'726	15'078	18'594	8'145	12'530
GE	78'896	77'854	52'591	58'072	39'693	17'682	74'650
JU	217	199	367	1'065	787	686	1'359
Total	477'168	529'267	535'751	476'781	429'880	201'086	585'256

source: *Finances publiques en Suisse, années 1990 - 1996*

Si l'on observe l'évolution de la charge nette des différents cantons (voir le Tableau 4.6), l'image perçue est très hétérogène.

Des cantons tels que St-Gall, Vaud ou Fribourg, qui, depuis 1990, ont connu un excédent de dépenses de respectivement 2.5 millions de francs, 80 millions de francs et 6 millions de francs, ont pu inverser cette tendance en 1995. Ils ont réalisé un excédent de tout juste 10 millions de francs, 2 millions de francs et 3 millions de francs. Par contre, la charge nette a même augmenté en 1995 dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext. (34.4%), des Grisons (32%) ou de Schaffhouse (36.4%). La plupart des autres cantons ont pu abaisser leur charge nette. Pour la Suisse dans son ensemble, cette réduction est de 53%.

En 1996, la LAMal met un terme abrupt à cette évolution. La charge nette de tous les cantons augmente de 201 millions de francs à 585 millions de francs, soit de presque 200%. A Genève, elle augmente de 17 millions de francs à 74 millions de francs et à Zurich de 81 millions de francs à 203 millions de francs. Tous les excédents nets ayant pu être réalisés en 1995 redeviennent des charges nettes. Le canton de Glaris est le seul à réussir à réaliser un excédent de 2 millions de francs. Dans l'ensemble toutefois, l'on ne constate pas de différences systématiques, pour 1996 non plus, ni entre les cantons, ni entre les régions linguistiques, ni selon la densité de la population.

On constate que le compte de fonctionnement des différents cantons est extrêmement hétérogène. Certains cantons ont connu en 1995 de très fortes augmentations des dépenses, allant jusqu'à 4'145% (Uri), mais les recettes courantes ont généralement crû d'un multiple (voir le Tableau 4.7). Huit cantons ont même pu réaliser des augmentations de recettes de plusieurs milliers de pour-cent par rapport à 1994. Par contre, l'accroissement des dépenses dans la plupart des autres cantons est plutôt modeste. La croissance des dépenses est de 16% pour tous les cantons pris ensemble, alors que celle de leurs recettes dans le domaine de l'assurance-maladie se monte à 207%. Un an avant, leurs dépenses avaient encore diminué de 4% et leurs recettes augmenté de seulement 18%.

En 1996, les recettes courantes de tous les cantons ont certes continué à augmenter (de 195%), mais les dépenses aussi et dans une mesure comparable (de 188%). Des

cantons, tels Appenzell Rh.-Int. ou Soleure ont connu une augmentation de leurs recettes en raison de la nouvelle politique de subsides de 26'121%, respectivement de 12'648%, mais leurs dépenses courantes ont également augmenté plus que proportionnellement. On voit ici que la "fonction de passage" évoquée plus haut se confirme, de la rubrique 52 (assurance-maladie) au niveau désagrégé.

Tableau 4.7: Compte de fonctionnement des cantons, en chiffres absolus et en pourcentage de modification par rapport à l'exercice précédent

Canton	1994				1995				1996			
	Dépenses crtes		Recettes crtes		Dépenses crtes		Recettes crtes		Dépenses crtes		Recettes crtes	
	Mio. Fr.	% chgmt	Mio. Fr.	% chgmt	Mio. Fr.	% chgmt	Mio. Fr.	% chgmt	Mio. Fr.	% chgmt	Mio. Fr.	% chgmt
ZH	152.7	7%	16.9	-2%	151.0	-1%	69.2	309%	326.4	116%	123.4	78%
BE	12.3	-20%	0.0	-	12.6	2%	0.0	-	322.1	2'462%	288.9	-
LU	4.7	6%	1.1	20%	28.3	502%	26.6	2'300%	70.8	150%	47.0	77%
UR	0.1	1%	0.0	-	3.2	4'145%	3.2	8'361%	11.6	259%	10.6	232%
SZ	0.7	19%	0.1	67%	6.3	848%	6.2	6'464%	25.8	308%	20.4	227%
OW	0.1	-3%	0.0	-3%	2.4	3'056%	2.2	7'302%	6.1	159%	5.7	158%
NW	0.1	4%	0.0	221%	2.3	2'402%	2.2	7'445%	7.0	201%	5.1	128%
GL	1.7	-4%	0.0	-	1.7	3%	0.0	-	3.3	90%	5.5	-
ZG	4.6	6%	0.0	-	5.2	12%	3.8	-	13.4	158%	6.1	59%
FR	12.9	4%	7.0	9%	16.8	30%	20.1	187%	46.7	178%	43.9	118%
SO	1.2	20%	0.1	-65%	1.2	-3%	0.3	164%	35.1	2844%	33.2	12'648%
BS	75.5	-34%	4.0	9%	64.4	-15%	11.7	191%	91.5	42%	35.4	203%
BL	13.6	8%	2.2	30%	16.4	21%	2.9	36%	60.9	271%	38.1	1191%
SH	0.6	-31%	0.2	-5%	5.4	876%	4.9	2'282%	13.4	148%	12.3	149%
AR	0.9	-6%	0.3	-6%	2.5	179%	1.7	468%	15.1	504%	9.4	455%
IR	0.4	7%	0.0	3%	0.4	-5%	0.0	-19%	7.1	1'800%	3.9	26'121%
SG	2.7	1%	0.4	143%	23.5	786%	20.9	5'775%	70.8	201%	52.4	151%
GR	7.8	-22%	0.2	-	25.1	223%	15.1	9'604%	35.4	41%	26.9	79%
AG	2.1	0%	0.0	-	11.0	424%	8.8	-	42.6	289%	30.8	248%
TG	7.8	-8%	3.3	5%	21.3	172%	15.6	370%	65.5	207%	47.5	205%
TI	64.3	-11%	47.0	6%	52.9	-18%	49.2	5%	108.5	105%	79.6	62%
VD	101.2	26%	24.2	24%	80.0	-21%	82.0	239%	218.9	174%	181.7	122%
VS	23.1	3%	12.9	39%	27.9	21%	28.0	116%	95.0	241%	88.9	218%
NE	26.5	8%	7.9	-16%	27.5	4%	19.3	144%	58.5	113%	46.2	139%
GE	60.2	-9%	20.5	145%	77.9	29%	60.2	194%	168.5	116%	94.1	56%
JU	2.6	-15%	1.8	-9%	7.5	187%	6.8	272%	25.7	242%	24.4	257%
Total	580.2	-4%	150.3	18%	674.6	16%	461.0	207%	1'945.8	188%	1'361.2	195%

source: *Finances publiques en Suisse, années 1994 - 1996*

Conclusion 4.5:

Les résultats précédents se confirment lorsque l'on se penche sur la charge nette des différents cantons. Les diminutions jusqu'à la fin de 1995 et l'augmentation des charges nettes en 1996 diffèrent certes notablement de canton à canton, mais il n'est pas possible d'identifier des différences systématiques.

4.6 Bibliographie

Administration fédérale des finances (éditeur), 1997, *Finances publiques en Suisse 1995*, Office fédéral de la statistique: Berne.

Bandi, Till et al., 1997, L'évolution de l'assurance maladie dans les années 1994/95, in: *Sécurité sociale*, 3/1997, 152-155.

Kocher, Ralf, 1996, Effets de la réduction de primes dans l'assurance maladie, in: *Sécurité sociale*, 3/1996, 134-139.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994.

Maurer, Alfred, 1996, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Helbing und Lichtenhahn: Bâle (Das Recht in Theorie und Praxis).

Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Statistique de l'assurance maladie. Assureurs reconnus par la Confédération 1994/95*, Office fédéral de la statistique: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, 1996, Assurance-maladie: approbation des primes 1997 de l'assurance des soins, in: *Sécurité sociale*, 6/1996, 317-319.

Office fédéral des assurances sociales, 1994, *Documentation sur la nouvelle loi sur l'assurance-maladie*, Office fédéral des assurances sociales: Berne.

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995.

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.), 1997, *Prämienvverbilligung in der Krankenversicherung: Überblick über die kantonalen Regelungen für 1997*, Fassung vom 5.09.1997, SDK: Bern.

5 Effets sur les coûts du système de santé et sur le financement

Le système de santé est défini comme l'ensemble des fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire de biens et services de santé (soins dans des établissements de santé, soins ambulatoires, médicaments, prévention collective et frais d'administration de l'Etat et des assurances sociales en relation directe avec des prestations de santé).

L'OFS calcule depuis 1993 des coûts du système de santé, la série chronologique débutant en 1985. Dans ce chapitre, l'évolution des dépenses de santé est tout d'abord examinée globalement en relation avec l'économie en général. Dans une seconde étape, les coûts et les dépenses sont analysés selon les fournisseurs de prestations d'une part et selon la nature des biens et services consommés d'autre part; le financement du système de santé est quant à lui analysé sous l'angle des agents payeurs d'une part et des agents supportant la charge économique d'autre part. Enfin, nous tenterons de cerner les effets directs de la LAMal dans le financement de trois catégories de fournisseurs spécialement touchées par l'extension des prestations: les hôpitaux, les maisons pour personnes âgées et les soins à domicile.

Les chiffres pour 1996 sont encore provisoires et doivent donc être interprétés avec circonspection. Les données de base pour l'estimation des coûts des prestations des médecins et les dépenses des communes (statistique des finances publiques, Administration fédérale des finances) n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

5.1 Coûts globaux du système de santé depuis 1985

Question examinée:

La LAMal a-t-elle eu un effet global sur les coûts de la santé?

Pour mesurer les ressources économiques engagées dans le secteur de la santé, le meilleur indicateur synthétique est le rapport au produit intérieur brut (PIB). En 1985, il s'établissait à 7.8% tandis qu'en 1995 ce n'est pas moins de 9.6% des ressources économiques du pays qui étaient utilisées dans le système de santé. Bien que calculé avec des estimations provisoires, tant le PIB que le coût du système de santé, ce taux semble avoir dépassé les 10% en 1996.

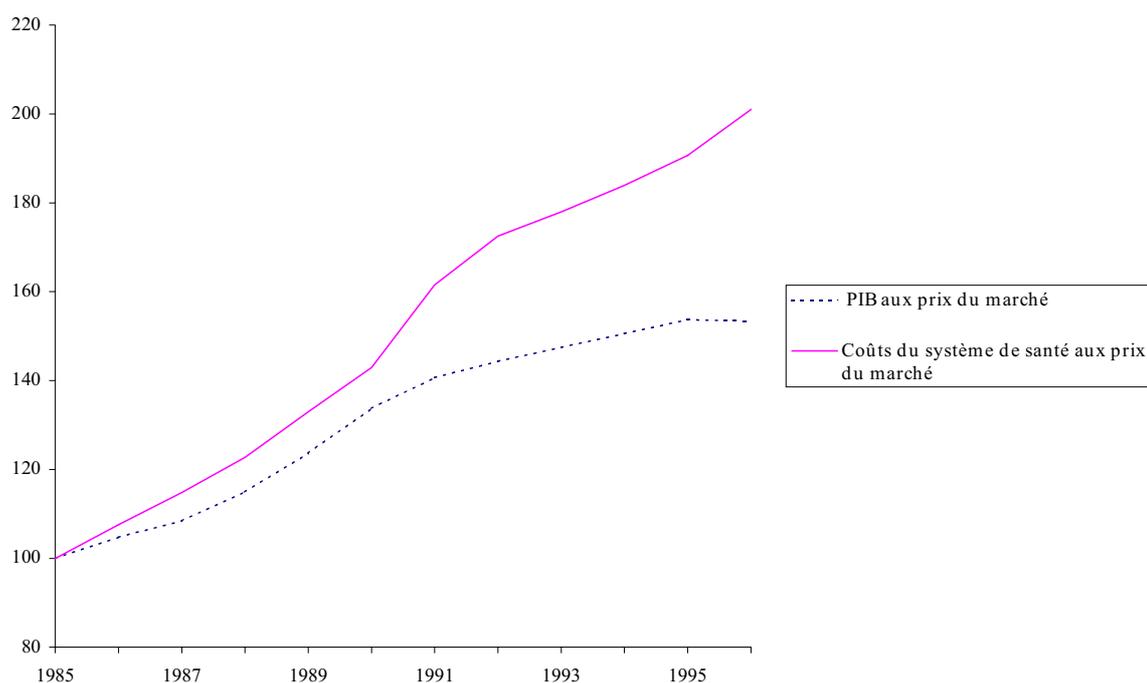
Tableau 5.1: Evolution des coûts du système de santé et du produit intérieur brut

Année	Coûts du système de santé	Augmentation par rapport à l'année précédente	Produit intérieur brut (PIB)	Coûts santé par rapport au PIB	Indice du PIB	Indice des coûts système de santé
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	1985=100	1985=100
1985	18'383.5	-	237'206	7.8	100.0	100.0
1986	19'772.3	7.6	248'492	8.0	104.8	107.6
1987	21'113.0	6.8	257'175	8.2	108.4	114.8
1988	22'560.9	6.9	272'726	8.3	115.0	122.7
1989	24'447.2	8.4	293'316	8.3	123.7	133.0
1990	26'279.0	7.5	317'303	8.3	133.8	142.9
1991	29'693.9	13.0	333'661	8.9	140.7	161.5
1992	31'719.4	6.8	342'363	9.3	144.3	172.5
1993	32'712.6	3.1	349'799	9.4	147.5	177.9
1994	33'817.1	3.4	357'224	9.5	150.6	184.0
1995	35'050.4	3.6	364'561	9.6	153.7	190.7
1996	36'942.9	5.4	363'815	10.2	153.4	201.0

source: OFS (1998)

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du PIB et des coûts du système de santé au moyen d'indices depuis 1985. On y relève évidemment la progression structurellement plus élevée des coûts de santé que celle du PIB nominal. Le rapport au PIB commenté dans le paragraphe précédent mesure le même phénomène. L'accentuation nette de la divergence entre coûts de santé et PIB à partir de 1991 est toutefois un phénomène lié à la conjoncture économique. On peut admettre que la progression de l'offre ou la consommation de soins de santé n'est pas directement influencée par le climat économique¹ et que l'écart marqué entre les deux paramètres est avant tout dû au ralentissement économique qui se manifeste par des augmentations plus faibles du PIB nominal ou même la diminution en 1996.

Figure 5.1: Evolution des indices de PIB et des coûts du système de santé, 1985 - 1996, 1985=100



source: *OFS*

¹ Selon certaines études, le chômage et l'insécurité de l'emploi seraient générateur d'ennuis spécifiques de santé induisant une consommation accrue de soins. Ce phénomène n'est toutefois pas mesurable dans la statistique officielle.

Ces observations illustrent par ailleurs le rôle de la croissance économique dans le financement des dépenses de protection sociale en général et dans celui du système de santé en particulier. Lorsque les augmentations de dépenses ne peuvent plus être financées par des gains en productivité (croissance), les besoins d'allocation de ressources économiques supplémentaires sont en augmentation rapide et risquent de provoquer des transferts de la charge économique entre les agents du financement que sont les ménages privés, les assurances sociales et les collectivités publiques.

L'examen des augmentations annuelles des coûts du système de santé (Tableau 5.1, 2e colonne) fait apparaître une augmentation de 5.4% en 1996, alors que les trois années précédentes étaient marquées par des augmentations inférieures (entre 3.1% et 3.6%). Ces augmentations doivent être analysées en parallèle avec les augmentations des prix des biens et services de santé (voir Tableau 5.2). Pour juger si les augmentations ou leur ampleur sont une conséquence de la LAMal, nous devons en l'état des chiffres et des connaissances nous limiter à trois remarques:

1. Concernant les prix, 1996 est caractérisée par une évolution globalement très ressemblante à celle des deux années précédentes. La hausse annuelle des prix "Santé" se situent à environ 2% alors que celle de l'indice total est inférieure. Dans le détail, les tarifs hospitaliers tirent systématiquement l'indice "santé" vers le haut tandis que les hausses pour les biens et services du secteur ambulatoire sont en général nettement inférieures. La LAMal n'a donc pas occasionné d'effets perceptibles dans les prix, à l'exception peut-être des médicaments et du matériel sanitaire. Les dépenses pour ces deux catégories ne représentent toutefois qu'environ 12% des coûts de la santé. Un "rattrapage" sur les prix, après les trois années des arrêtés urgents contre le renchérissement dans l'assurance-maladie, ne s'est pas produit.
2. Des augmentations annuelles des coûts du système de santé deux à trois fois supérieures à celles des prix (effet quantité) comme en 1996 ne sont pas exceptionnelles. Les années 1986, 1987 et 1989 présentent les mêmes caractéristiques.

3. Il convient de mentionner ici que la plupart des coûts des soins ambulatoires pour 1996 sont estimés provisoirement au moyen d'un indicateur de coût par assuré dans l'assurance-maladie. Cette procédure de calcul induit un risque de surestimation des coûts du système de santé.

Tableau 5.2: Augmentations annuelles de l'indice des prix à la consommation (en %)¹⁾

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Indice, total	0.8	1.4	1.9	3.2	5.4	5.9	4.0	3.3	0.9	1.8	0.8
Santé	2.2	2.7	3.5	1.9	4.1	6.2	5.7	3.5	2.0	1.8	1.9
Prestations médicales	3.6	2.1	0.5	2.7	2.1	3.9	4.7	0.1	0.0	0.3	0.5
Prestations médico-dentaires	0.0	1.9	5.6	0.0	5.5	5.9	4.0	4.4	1.4	0.8	0.6
Tarifs hospitaliers	2.9	4.9	6.5	3.2	6.3	10.8	10.1	7.3	3.6	2.7	3.4
Médicaments	2.4	2.3	1.6	1.8	2.1	4.0	2.8	1.9	1.4	2.6	0.3
Matériel sanitaire	2.8	1.0	0.7	0.8	3.6	3.0	2.4	2.3	1.2	2.9	0.3

1) Arrêté fédéral urgent contre le renchérissement dans l'assurance-maladie en vigueur de 1992 à 1995.

source: *OFS, section des prix*

Conclusion 5.1:

En l'état des chiffres et des connaissances, la LAMal ne semble pas avoir eu d'effets mesurables sur l'évolution globale des coûts du système de santé en 1996. D'une part, les prix n'ont pas enregistré de variation exceptionnelle (excepté la baisse pour les médicaments) et d'autre part, l'augmentation des coûts du système de santé en 1996 est non plus exceptionnelle en regard des dix dernières années.

Les dispositions de la LAMal visant à contenir les coûts de la santé n'ont pas encore déployé leur effet positif.

5.2 Coûts du système de santé et dépenses de santé

Dans le cadre de l'analyse du système de santé, nous parlons de coûts lorsque nous nous référons aux fournisseurs de soins (par ex., les hôpitaux coûtent x milliards) et nous parlons de dépenses lorsque nous considérons la consommation (par ex., les Suisses ont dépensé x milliards en médicaments). Les coûts égalent les dépenses; les coûts du système de santé sont équivalents aux dépenses pour la santé.

5.2.1 Coûts selon les principaux fournisseurs de soins

Question examinée:

La structure des coûts du système de santé selon les catégories de fournisseurs de soins est-elle influencée par la LAMal?

Tableau 5.3: Coûts par fournisseurs de soins 1994 à 1996

Agents de production	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio. fr.	%	mio.fr.	%	mio. fr.	%	1995	1996
Etablissements de santé (soins intra-muros)	18'541.8	54.8	18'898.1	53.9	19'644.7	53.2	1.9	4.0
Etablissements de court et de long séjour	16'788.8	49.6	17'026.0	48.6	17'634.4	47.7	1.4	3.6
Institutions pour handicapés	1'753.0	5.2	1'872.1	5.3	2'010.3	5.4	6.8	7.4
Services ambulatoires de santé	12'969.2	38.4	13'694.2	39.1	14'626.9	39.6	5.6	6.8
Médecins	5'790.7	17.1	6'123.1	17.5	6'594.6	17.9	5.7	7.7
Dentistes	2'734.3	8.1	2'871.6	8.2	3'101.4	8.4	5.0	8.0
Physiothérapeutes	428.0	1.3	447.5	1.3	450.2	1.2	4.6	0.6
Soins à domicile	638.4	1.9	702.3	2.0	772.5	2.1	10.0	10.0
Autres services ambulatoires	551.3	1.6	547.1	1.6	576.9	1.6	-0.7	5.4
Laboratoires d'analyse	281.4	0.8	295.6	0.8	319.2	0.9	5.0	8.0
Pharmacies	2'278.0	6.7	2'440.0	7.0	2'546.0	6.9	7.1	4.3
Drogueries	267.0	0.8	267.0	0.8	266.0	0.7	0.0	-0.4
Assurances sociales et Etat	2'306.1	6.8	2'458.1	7.0	2'671.3	7.2	6.6	8.7
Assurances sociales	1'502.3	4.4	1'597.9	4.6	1'814.0	4.9	6.4	13.5
Etat	803.8	2.4	860.2	2.5	857.3	2.3	7.0	-0.3
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

source: OFS (1998)

Avec la LAMal, l'évolution vers plus de services ambulatoires et moins d'hospitalisation semble se confirmer (voir Tableau 5.3). Ce phénomène, en rupture avec une longue série chronologique antérieure, apparaît dès 1994. L'entrée en vigueur de la LAMal n'occasionne aucun saut caractéristique dans cette évolution.

Conclusion 5.2:

La LAMal ne provoque pas de changement spécifique dans la structure des coûts du système de santé, en particulier dans le partage des coûts entre secteur ambulatoire et hospitalier

5.2.2 Dépenses selon la nature des biens et services consommés**Question examinée:**

La LAMal a-t-elle eu un effet sur la structure des dépenses de santé ?

Au niveau de l'analyse selon la nature des biens et services consommés, l'évolution constatée plus haut - augmentation relative du secteur ambulatoire et diminution du secteur hospitalier - est encore plus évidente du fait que les prestations ambulatoires des établissements de santé sont déduites des soins intra-muros et attribuées aux soins ambulatoires. En effet, ce segment de la consommation de santé est en forte augmentation depuis quelques années. Quant à la consommation de médicaments, elle est stable.

L'encouragement de la prévention prévu par la LAMal ne se répercute pas encore dans les dépenses (voir Tableau 5.4). En effet, celles-ci restent stables. Dans les frais d'administration des assurances sociales et de l'Etat, la forte progression des dépenses administratives des caisses-maladie (+16.3%) et de l'AI/AVS (+14.5%) fait contraste avec la quasi-stabilité des dépenses de l'Etat (principalement les cantons). Dans le cas de l'assurance-maladie, il pourrait s'agir d'un effet indirect et pervers de la LAMal. De par le nouveau rôle imparti par la loi aux assureurs ma-

ladie, certaines tâches administratives se sont intensifiées et multipliées (cf. chap. 5.2.1 assurance-maladie, analyse par catégorie de coûts).

Tableau 5.4: Dépenses selon les biens et services consommés 1994 à 1996

Nature des prestations	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%	1995	1996
Soins intra-muros	16'759.1	49.6	16'959.1	48.4	17'577.7	47.6	1.2	3.6
Etablissements de court et de long séjour	16'788.8	49.6	17'026.0	48.6	17'634.4	47.7	1.4	3.6
dont soins ambulatoires	-1'340.7	- 4.0	-1'475.0	- 4.2	-1'591.0	- 4.3	10.0	7.9
dont médicaments	-442.0	- 1.3	- 464.0	- 1.3	- 476.0	- 1.3	5.0	2.6
Institutions pour handicapés	1'753.0	5.2	1'872.1	5.3	2'010.3	5.4	6.8	7.4
Soins ambulatoires	11'047.9	32.7	11'710.2	33.4	12'594.9	34.1	6.0	7.6
Etablissements de court et de long séjour	1'340.7	4.0	1'475.0	4.2	1'591.0	4.3	10.0	7.9
Médecins	5'790.7	17.1	6'123.1	17.5	6'594.6	17.9	5.7	7.7
dont médicaments	- 717.0	- 2.1	- 752.0	- 2.1	- 811.0	- 2.2	4.9	7.8
Dentistes	2'734.3	8.1	2'871.6	8.2	3'101.4	8.4	5.0	8.0
Physiothérapeutes	428.0	1.3	447.5	1.3	450.2	1.2	4.6	0.6
Soins à domicile	638.4	1.9	702.3	2.0	772.5	2.1	10.0	10.0
Autres services ambulatoires	551.3	1.6	547.1	1.6	576.9	1.6	- 0.7	5.4
Laboratoires d'analyse	281.4	0.8	295.6	0.8	319.2	0.9	5.0	8.0
Médicaments	3'704.0	11.0	3'923.0	11.2	4'099.0	11.1	5.9	4.5
Pharmacies	2'278.0	6.7	2'440.0	7.0	2'546.0	6.9	7.1	4.3
Médecins	717.0	2.1	752.0	2.1	811.0	2.2	4.9	7.8
Etablissements de court et de long séjour	442.0	1.3	464.0	1.3	476.0	1.3	5.0	2.6
Drogueries	267.0	0.8	267.0	0.8	266.0	0.7	0.0	- 0.4
Prévention	589.5	1.7	657.3	1.9	672.7	1.8	11.5	2.3
Assurance-accidents LAA	99.4	0.3	106.4	0.3	106.8	0.3	7.0	0.4
Fonds de sécurité routière	17.9	0.1	22.8	0.1	21.9	0.1	27.4	- 3.9
Maladies infectieuses	62.3	0.2	61.4	0.2	77.2	0.2	- 1.4	25.7
Alcoolisme et toxicomanie	128.8	0.4	158.9	0.5	161.1	0.4	23.4	1.4
Contrôle des denrées alimentaires	127.9	0.4	137.4	0.4	133.0	0.4	7.4	- 3.2
Service médical des écoles	153.2	0.5	170.4	0.5	172.7	0.5	11.2	1.3
Administration	1'716.6	5.1	1'800.8	5.1	1'998.6	5.4	4.9	11.0
Caisses-maladie	1'154.8	3.4	1'230.6	3.5	1'431.7	3.9	6.6	16.3
Assurance-accidents LAA	137.9	0.4	138.3	0.4	139.3	0.4	0.3	0.7
AI-AVS	92.3	0.3	99.8	0.3	114.3	0.3	8.1	14.5
Santé publique	331.6	1.0	332.1	0.9	313.3	0.8	0.2	- 5.7
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

source: OFS (1998)

Conclusion 5.3:

La LAMal n'a pas encore eu d'effets sur la structure des dépenses de santé en 1996, à l'exception peut-être d'un effet pervers, l'augmentation importante des frais administratifs des assureurs-maladie.

5.3 Financement du système de santé

Dans le cadre de l'analyse du financement du système de santé, on distingue deux niveaux: premièrement, le niveau des paiements directs des prestations (selon l'agent payeur) et secondement, le niveau selon l'agent supportant la charge économique effective des prestations.

Les principaux agents de financement sont les collectivités publiques (Etat), les assurances sociales et les ménages. Ces derniers englobent les flux de financement qui circulent en principe par les budgets des personnes physiques. Les flux de prestations en espèces (rentes, versement en capital, indemnités journalières, etc.) versés aux ménages et servant indirectement au financement de prestations du système de santé sont tous compris sous "ménages". Il en est de même pour les prestations complémentaires AVS/AI (voir chap. 6) et pour l'aide sociale (chap. 7) qui n'ont jusqu'à présent pas été traitées spécialement dans le cadre de l'analyse du financement du système de santé.

5.3.1 Financement selon l'agent payeur

C'est à ce niveau de l'analyse du financement que les effets de la LAMal devraient être les plus perceptibles. Toutefois, les parts de paiements de l'assurance-maladie d'une part, et celles des ménages d'autre part doivent faire l'objet de deux réserves. Premièrement, les paiements des caisses-maladie représentent les montants bruts des factures enregistrées pour les assurés, c'est-à-dire avec les parts à la

charge des ménages (franchises, participations aux frais)². Deuxièmement, les paiements des ménages comprennent un montant approximatif de 300 à 400 mio. de francs de prestations remboursées par des assurances privées (compagnies privées).

Question examinée:

Quels effets la LAMal a-t-elle eu sur les parts de financement direct (agents payeurs) du système de santé?

Comme attendu, la part de financement des ménages a diminué et celle de l'assurance-maladie a augmenté (voir Tableau 5.5).

Certes, ce glissement existait déjà depuis de nombreuses années, mais 1996 représente avec la LAMal une rupture évidente. En termes de variations annuelles, la diminution des paiements des ménages a été de 1.1% en 1996 alors qu'elle avait augmenté de 2.5% l'année précédente; pour les paiements des caisses-maladie, l'augmentation avait été de 5.6% en 1995 et elle a atteint 10.3% en 1996.

Dans le financement des collectivités publiques, la part des cantons et des communes poursuit sa pente descendante³ et représente en 1996 14.9% des paiements au système de santé (cantons 13.0% et communes 1.9%).

Conclusion 5.4:

La LAMal a eu les effets attendus sur l'évolution du financement au niveau de l'analyse selon les payeurs. Les paiements des ménages diminuent en 1996 par rapport à l'année précédente de 1% et celle de l'assurance-maladie augmente de 10% en raison principalement de l'extension du catalogue des prestations.

² L'analyse des participations des assurés aux frais est traitée dans le cadre de l'assurance-maladie (chapitre 3)

³ Les données 1996 pour les communes n'ont pas pu être prises en compte; elles ont été supposées identiques à celles de 1995.

Tableau 5.5: Financement du système de santé selon l'agent payeur, 1994 - 1996

Agents payeurs	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%	1995	1996
Ménages	8'840.0	26.1	9'065.1	25.9	8'966.0	24.3	2.5	-1.1
<i>Dont remboursements des assureurs privés</i>	439.3	1.3	351.4	1.0	351.4	1.0	20.0	0.0
Caisses-maladie	15'351.8	45.4	16'218.3	46.3	17'891.5	48.4	5.6	10.3
Assurance-accidents LAA	1'147.8	3.4	1'146.7	3.3	1'156.7	3.1	-0.1	0.9
AI-AVS¹⁾	2'230.7	6.6	2'375.0	6.8	2'584.7	7.0	6.5	8.8
Assurance militaire	51.5	0.2	46.5	0.1	44.1	0.1	-9.7	-5.2
Confédération	132.7	0.4	150.7	0.4	140.5	0.4	13.6	-6.8
Services généraux	115.4	0.3	131.9	0.4	128.0	0.3	14.3	-3.0
Etablissements de court et de long séjour	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Dîme de l'alcool ²⁾	17.3	0.1	18.8	0.1	12.5	0.0	8.7	-33.5
Cantons	4'646.1	13.7	4'677.5	13.3	4'811.6	13.0	0.7	2.9
Services généraux	290.3	0.9	325.9	0.9	333.8	0.9	12.3	2.4
Etablissements de court et de long séjour	4'117.3	12.2	4'039.8	11.5	4'134.3	11.2	-1.9	2.3
Soins à domicile	67.7	0.2	72.8	0.2	133.7	0.4	7.5	83.7
Institutions pour handicapés	170.8	0.5	239.0	0.7	209.8	0.6	39.9	-12.2
Communes	805.6	2.4	712.8	2.0	712.8	1.9	-11.5	0.0
Services généraux	183.5	0.5	176.3	0.5	176.3	0.5	-3.9	0.0
Etablissements de court et de long séjour	483.8	1.4	398.2	1.1	398.2	1.1	-17.7	0.0
Soins à domicile	115.3	0.3	118.7	0.3	118.7	0.3	2.9	0.0
Institutions pour handicapés	23.0	0.1	19.6	0.1	19.6	0.1	-14.8	0.0
Etranger³⁾	610.9	1.8	657.7	1.9	635.0	1.7	7.7	-3.5
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

1) Y compris, les subventions de l'AVS pour l'aide à la vieillesse (soins à domicile).

2) Part des cantons au bénéfice net de la Régie fédérale des alcools utilisée pour la lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et l'abus de médicaments.

3) Prestations des hôpitaux suisses à des personnes domiciliées à l'étranger.

source: OFS (1998)

5.3.2 Financement selon l'agent supportant la charge économique

Question examinée:

La LAMal a-t-elle eu un effet sur la structure du financement du système de santé au niveau des agents supportant la charge économique?

Au niveau de l'analyse selon l'agent supportant la charge économique, on recherche avant tout à mesurer la charge financière effective supportée d'une part par les ménages, y compris les primes d'assurance-maladie et les participations aux frais, et d'autre part celle des collectivités publiques (Confédération, cantons, communes) sous la forme de services de prévention ou d'administration, de subventions aux fournisseurs de soins (hôpitaux, etc.) et de subsides visant la réduction des primes d'assurance-maladie.

Le Tableau 5.6 présente les résultats complets sur le financement selon l'agent supportant la charge économique. Au niveau des principaux agrégats, l'intérêt de l'analyse se concentre avant tout sur la charge financière des ménages et sur celle de l'Etat (Confédération, cantons, communes).

La charge des ménages, composée des primes d'assurance-maladie, des participations aux frais (franchises et quotes-parts) et des coûts non couverts par les caisses-maladie (soins dentaires, frais de pension dans les établissements médico-sociaux, soins à domicile, etc.), progresse encore en 1996 (+7.1%) et atteint 24.5 milliards de francs, soit 66.2% des ressources consacrées à la santé. Inversement, la part de l'Etat, Confédération (6.8%), cantons (15.5%) et communes (2.1%), diminue.

Ces flux agrégés cachent en fait plusieurs variations importantes et parfois contradictoires des éléments détaillés du financement. Ainsi, en 1996, la charge des ménages résulte premièrement d'une légère diminution des paiements directs (out of pocket) résultant de l'extension du catalogue des prestations de l'assurance de base, et secondement d'une augmentation (+27%) des versements aux caisses-maladie (primes et participations aux frais).

Tableau 5.6: Financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique 1994 - 1996

Agents supportant la charge économique	1994		1995		1996		Variation par rapport à l'année précédente (en %)	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%	1995	1996
Ménages	21'961.5	64.9	22'831.3	65.1	24'455.8	66.2	4.0	7.1
Paievements directs	8'840.0	26.1	9'065.1	25.9	8'966.0	24.3	2.5	-1.1
Versements aux caisses-maladie ¹⁾	13'121.5	38.8	13'766.2	39.3	15'489.8	41.9	4.9	12.5
<i>dont participation des assurés aux frais</i>	1'348.4	4.0	1'397.2	4.0	1'781.9	4.8	3.6	27.5
Assurances sociales	297.7	0.9	366.9	1.0	378.2	1.0	23.2	3.1
Financement propre des caisses-maladie	297.7	0.9	366.9	1.0	378.2	1.0	23.2	3.1
Entreprises	2'279.0	6.7	2'351.4	6.7	2'466.7	6.7	3.2	4.9
Assurance-accidents LAA	1'147.8	3.4	1'146.7	3.3	1'156.7	3.1	-0.1	0.9
AVS - AI	1'131.2	3.3	1'204.6	3.4	1'310.0	3.5	6.5	8.7
Confédération	2'420.1	7.2	2'885.7	8.2	2'505.4	6.8	19.2	-13.2
Caisses-maladie ³⁾	1'411.3	4.2	1'810.7	5.2	1'364.8	3.7	28.3	-24.6
AVS - AI	824.6	2.4	877.8	2.5	956.0	2.6	6.4	8.9
Assurance militaire	51.5	0.2	46.5	0.1	44.1	0.1	-9.7	-5.2
Santé publique	132.7	0.4	150.7	0.4	140.5	0.4	13.6	-6.8
Cantons	5'350.9	15.8	5'171.2	14.8	5'715.6	15.5	-3.4	10.5
Assurance-maladie	429.9	1.3	201.1	0.6	585.3	1.6	-53.2	191.0
AVS - AI	274.9	0.8	292.6	0.8	318.7	0.9	6.4	8.9
Santé publique (y c. établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	4'646.1	13.7	4'677.5	13.3	4'811.6	13.0	0.7	2.9
Communes	897.0	2.7	786.2	2.2	786.2	2.1	-12.4	0.0
Assurance-maladie	91.4	0.3	73.4	0.2	73.4	0.2	-19.7	0.0
Santé publique (y c. établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	805.6	2.4	712.8	2.0	712.8	1.9	-11.5	0.0
Etranger²⁾	610.9	1.8	657.7	1.9	635.0	1.7	7.7	-3.5
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

1) Montant correspondant en principe aux primes nettes (après déduction des subsides) d'assurance-maladie et aux participations aux frais

2) Prestations des hôpitaux suisses à des personnes domiciliées à l'étranger

3) En 1996, chiffre selon le décompte OFAS des subsides fédéraux aux cantons pour la réduction des primes, après réduction

source: OFS (1998)

Du côté du financement de l'Etat, la part des charges pour la santé publique (y compris les subventions aux établissements de santé) est en diminution et tandis que celle de l'AVS/AI est en augmentation; les dépenses pour l'assurance-maladie par contre présentent d'exceptionnelles variations qui résultent des changements de systèmes de subventions pour la réduction des primes. A noter les écarts extrêmes du flux de financement des cantons selon la statistique des finances publiques: -53% en 1995 et +191% en 1996. L'imbrication des différents systèmes de réduction des primes entre 1994 et 1996 explique en grande partie cette instabilité dans les comptes des cantons (voir chap. 4).

La diminution de 24% de la charge de la Confédération en 1996 résulte directement de la mise en oeuvre restrictive des systèmes de réduction des primes par plusieurs cantons. En effet, les contributions de la Confédération sont versées à condition que le canton contribue à raison de 35% des subsides fédéraux.

Conclusion 5.5:

La part de charge économique des ménages augmente légèrement, passant de 65.1% en 1995 à 66.2% en 1996. Cette progression résulte de l'augmentation des primes et des participations aux frais dans l'assurance-maladie, malgré la diminution pour les biens et services payés directement (out of pocket). Si le modèle de répartition des subsides fédéraux avait été pleinement utilisé, la part des ménages aurait légèrement diminué.

5.4 Coûts et financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et du spitex

Parmi les différents fournisseurs de soins, appelés aussi "agents de production" dans l'analyse des coûts du système de santé, il en est trois sur lesquels la LAMal pourrait avoir quelques effets dans le financement: les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les services de soins à domicile. La structure du financement

(selon les agents payeurs) de ces trois catégories d' "agents de production" est analysée en détail dans les paragraphes qui suivent.

Avant d'analyser les chiffres, il convient d'avertir ici particulièrement le lecteur sur la précarité des estimations chiffrées à ce niveau de désagrégation des coûts et des financements. Quelques flux monétaires n'ont pas été estimés sur la base de statistiques régulières: les coûts des établissements médico-sociaux, les coûts des soins à domicile, les paiements (ou remboursements) des caisses-maladie et des ménages. Les paiements des ménages sont en règle générale estimés par différence entre les coûts et les financements connus. Les paiements ou remboursements de l'assurance-maladie pour des prestations dans un établissement médico-social sont estimés à partir de 1994 et sont déduits du financement des hôpitaux. De plus, aucune distinction n'est possible dans l'assurance-maladie entre les prestations de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

5.4.1 Coûts et financement des hôpitaux

Question examinée:

La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des hôpitaux ?

Les coûts des hôpitaux présentent en 1996 une augmentation comparable à celle des années précédentes. Dans le financement, la part des caisses-maladie passe de 54.8% en 1995 à 59.1% en 1996 et inversement, la part des ménages de 5.0% à 1.2%. L'effet LAMal (obligation d'assurance-maladie généralisée à toute la population et la suppression des limites et réserves de couvertures de prestations) est ici clairement identifiable.

Les autres financeurs (autres assurances sociales, collectivités publiques, étranger) sont assez stables. On relèvera cependant la tendance à la baisse du subventionnement par les cantons et les communes; cette part était de 35.5% en 1991 alors qu'elle n'était plus que de 29.7% en 1996.

Tableau 5.7: Coûts et financement des hôpitaux

Année	Ménages	Assurances-sociales					Etat			Etranger	Total	
		Caisses-maladie	Ass.-Accident LAA	AI-AVS	Ass. militaire	En tout	Confédération	Cantons	Communes			En tout
	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.
1991	1'188	5'271	420	156	30	5'876	1	3'888	387	4'276	693	12'033
1992	947	5'894	490	175	28	6'587	1	3'911	446	4'357	715	12'606
1993	576	6'835	510	210	29	7'583	0	3'768	357	4'126	565	12'850
1994	902	6'825	483	220	23	7'551	0	3'812	301	4'113	611	13'177
1995	666	7'319	485	232	22	8'058	0	3'690	290	3'980	658	13'361
1996	169	8'142	485	237	20	8'884	0	3'796	290	4'085	635	13'773
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0
1996	1.2	59.1	3.5	1.7	0.1	64.5	0.0	27.6	2.1	29.7	4.6	100.0

source: OFS (1998)

Conclusion 5.6:

En 1996, les prestations payées aux hôpitaux par les caisses-maladie ont nettement augmenté (+11%) tandis que la part des ménages a diminué de 75% consécutivement à l'entrée en vigueur de la LAMal.

5.4.2 Coûts et financement des établissements médico-sociaux

Question examinée:

La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des établissements médico-sociaux?

L'estimation des coûts des établissements médico-sociaux s'appuyant uniquement sur des indicateurs de coûts par personnes occupées dans le secteur le plus médicalisé, il est illusoire de vouloir analyser valablement le développement des coûts. Du côté du financement, les dépenses des collectivités publiques sont connues (finances publiques) mais l'estimation des dépenses des caisses-maladie dès 1994 est extrêmement précaire.⁴

La part de financement des ménages est en légère augmentation depuis 1994. Cette évolution est cependant hautement incertaine car elle est directement liée aux estimations notoirement insatisfaisantes des paiements des caisses-maladie: 450 millions de francs en 1994, 480 en 1995 et 500 en 1996. La faible augmentation en 1996 est quelque peu inattendue alors qu'il est généralement admis que la prise en charge des prestations en établissement médico-social constituait la principale extension du catalogue de prestations de la LAMal. Peut-être est-il utile de rappeler ici que les conséquences financières de l'élargissement des prestations de l'assurance-maladie de base ne sont pas encore perceptibles dans toute leur ampleur dans les statistiques de 1996. Il est cependant permis de faire l'hypothèse, malgré la très grande imprécision des estimations, qu'un transfert de charges des assurances complémentaires sur l'assurance de base ait pu s'opérer au cours de l'année 1996.

⁴ Les estimations du Concordat des assureurs maladie ne concernent que l'assurance de base.

Tableau 5.8: Coûts et financement des établissements médico-sociaux

Année	Ménages		Assurances-sociales				Etat			Etranger	Total	
		Caisses- maladie	Ass.- Accident LAA	AI- AVS	Ass. militaire	En tout	Confé- dération	Cantons	Com- munes	En tout		
	mio fr. ¹⁾	mio fr. ¹⁾	mio fr. ²⁾	mio fr.	mio fr. ²⁾	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr. ²⁾	mio fr.
1991	2'507			0			0	291	169	460		2'967
1992	2'778			0			0	257	243	500		3'278
1993	2'987			0			0	266	204	470		3'457
1994	2'644	450		0		450	0	305	183	488		3'582
1995	2'727	480		0		480	0	350	108	458		3'665
1996	2'914	500		0		500	0	339	108	447		3'861
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %
1991	84.5			0.0		0.0	0.0	9.8	5.7	15.5	0.0	100.0
1992	84.8			0.0		0.0	0.0	7.8	7.4	15.2	0.0	100.0
1993	86.4			0.0		0.0	0.0	7.7	5.9	13.6	0.0	100.0
1994	73.8	12.6		0.0		12.6	0.0	8.5	5.1	13.6	0.0	100.0
1995	74.4	13.1		0.0		13.1	0.0	9.5	3.0	12.5	0.0	100.0
1996	75.5	12.9		0.0		12.9	0.0	8.8	2.8	11.6	0.0	100.0

1) Estimation OFS par comparaison de différentes sources (OFAS, CAMS) et d'informations non chiffrées

2) Prestations vraisemblablement quasi-inexistantes, aucune possibilité d'estimation des montants

source: OFS (1998)

Compte tenu de ce qui précède, seule l'évolution du financement public peut être valablement commenté. Un recul de la part du financement public (cantons et communes) peut être observé sur la période 1991-1996. Cette dernière année n'est pas marquée par un recul plus prononcé pouvant être directement attribué à la LAMal.

Conclusion 5.7:

En l'état actuel insuffisant des statistiques, tant du côté des établissements médico-sociaux que des caisses-maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions même provisoires sur les effets de la LAMal dans ce domaine. Le recul relatif du financement des cantons et des communes observé depuis plusieurs années ne peut pas être qualifié d'effet LAMal.

5.4.3 Coûts et financement des soins à domicile

Question examinée:

La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des soins à domicile?

En l'absence de statistiques régulières sur les services de soins à domicile, les coûts sont estimés sur la base de l'enquête de 1992 de l'OFAS auprès des organisations privées d'aide à la vieillesse. Pour les années suivantes, une progression annuelle de 10% a été prise en compte.

Tableau 5.9: Coûts et financement des soins à domicile

Année	Ménages	Assurances-sociales				Etat	Etranger	Total			
		Caisses-maladie	Ass.-Accident LAA	AI-AVS	Ass. militaire						
	mio fr.	mio fr. ¹⁾	mio fr. ²⁾	mio fr. ³⁾	En tout	Confédération	Cantons	Communes	En tout	mio fr. ²⁾	mio fr.
1991	153	98		67	165	0	57	114	171		488
1992	143	104		82	186	0	68	119	187		519
1993	163	116		99	215	0	79	119	198		580
1994	217	141		98	239	0	68	115	183		638
1995	235	165		112	276	0	73	119	192		702
1996	241	160		119	279	0	134	119	252		773
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %
1991	31.3	20.0		13.8	33.8	0.0	11.6	23.3	34.9	0.0	100.0
1992	28.3	20.0		15.8	35.8	0.0	13.1	22.9	35.9	0.0	100.0
1993	28.9	20.0		17.0	37.0	0.0	13.5	20.6	34.1	0.0	100.0
1994	34.0	22.0		15.3	37.4	0.0	10.6	18.1	28.7	0.0	100.0
1995	33.4	23.4		15.9	39.3	0.0	10.4	16.9	27.3	0.0	100.0
1996	31.2	20.7		15.4	36.1	0.0	17.3	15.4	32.7	0.0	100.0

1) Estimation OFS sur la base de diverses sources chiffrées (OFAS, CAMS) et d'informations non chiffrées.

2) Prestations vraisemblablement quasi-inexistantes, aucune possibilité d'estimation des montants.

3) Prestations selon LAVS art. 101bis, subventions en faveur des organisations privées de soins à domicile.

source: OFS (1998)

Dans le financement, si les dépenses des collectivités publiques sont bien documentées statistiquement, les montants des caisses-maladie versés pour des soins à domicile ne sont pas connus avec une précision satisfaisante. Comme pour les établissements médico-sociaux, les soins à domicile sont difficilement estimables. Nous avons fait implicitement l'hypothèse que les assurances complémentaires ont payé avant 1996 et paient encore une grande partie de ces prestations. Les parts du financement des caisses-maladie et des ménages ne se prêtent pas à une analyse de leur évolution respective, compte tenu de la précarité des estimations. Les chiffres avancés donnent cependant un ordre de grandeur de ce financement.

Compte tenu de ce qui précède, seule l'évolution du financement public peut être valablement commentée. Un recul de la part du financement public (cantons et communes) peut être observé sur la période 1992-1995. En 1996, les dépenses de cantons marquent un bond en avant inattendu. Avant de tirer des conclusions sur le financement public, il faudrait connaître les dépenses des communes (provisoirement supposées identiques à celles de 1995) afin de contrôler qu'il ne s'agit pas là d'un transfert de charges aux cantons.

Conclusion 5.8:

En l'état actuel insuffisant des statistiques, tant du côté des services de soins à domicile que des caisses-maladie et des collectivités publiques, il n'est pas possible de tirer des conclusions même provisoires sur les effets de la LAMal dans ce domaine.

5.5 Bibliographie

Office fédéral de la statistique, 1998, *Statistique des coûts du système de santé 1994/1995*, OFS: Berne.

6 Les effets de la LAMal sur les prestations complémentaires

Question examinée:

Quels transferts de charges ont eu lieu dans le régime des prestations complémentaires (PC) depuis l'entrée en vigueur de la LAMal?

6.1 Rappel des buts de l'étude

L'étude a pour objectif de montrer les effets de la LAMal dans l'évolution de la structure du financement de l'assurance-maladie, du système de santé et des principaux fournisseurs de prestations, ainsi que dans d'autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires AVS/AI et aide sociale). L'étude de ces régimes s'avère nécessaire, car ils agissent en tant que financeurs du système de santé, indépendamment du "risque" qu'ils contribuent à couvrir.

La méthode retenue consiste à comparer les premiers chiffres disponibles pour l'année 1996 avec ceux des années précédentes. Le chapitre se base sur les données relevées par l'OFAS auprès des organes cantonaux compétents. La statistique des finances publiques, bien qu'elle intègre une rubrique 530 (PC-AVS) et une rubrique 531 (PC-AI), ne se prête pas à une analyse des répercussions LAMal, et cela en raison du haut niveau d'agrégation. De surcroît, même au niveau le plus agrégé, les données des finances publiques et celles de l'OFAS ne correspondent pas exactement, car elles ont deux optiques différentes, de comptabilité publique d'une part, de surveillance d'autre part. Les exploitations des données des finances publiques, reportées dans l'annexe A, montrent cependant des ordres de grandeur

intéressants, qui confirment la contraction relativement importante des dépenses globales dans ce domaine.

Les pages qui suivent visent en premier lieu à éclaircir les relations qui existent entre LAMal d'une part et prestations complémentaires d'autre part. Dans une deuxième étape, il sera question d'établir un catalogue des répercussions de la LAMal dans ce domaine de la protection sociale et des méthodes à retenir pour les appréhender.

6.2 Relation entre LAMal et prestations complémentaires

6.2.1 La situation sous l'empire de la LAMA¹

Il y a quelques années encore, 5 pour cent des rentiers AVS bénéficiaires de prestations complémentaires (PC) n'étaient affiliés à aucune caisse-maladie. Les PC ont paré à cette lacune et pris à leur charge les **frais de maladie** des rentiers AVS non assurés, en sus du remboursement des frais de maladie des personnes au bénéfice d'une assurance. L'Ordonnance relative à la déduction des **frais de maladie** et des **frais résultant de l'invalidité** en matière de prestations complémentaires (OMPC) et les directives PC définissent les **frais de maladie remboursables**.

On y mentionne par exemple que le remboursement des frais inhérents à un séjour dans un hôpital sera limité à la division commune. Mais le remboursement des frais de maladie ne pouvait être illimité. On a créé une limite : la quotité disponible. Cette dernière correspondait à la différence entre la limite de revenu augmentée de deux tiers et la PC versée mensuellement. Les coûts afférents à un séjours hospitalier plus long ne pouvaient pas être couverts entièrement.

Depuis le 1er janvier 1996, les PC cessent de jouer ce rôle. A l'avenir elles rembourseront d'abord la quote-part à la charge de l'assuré et la franchise - la plus basse

possible - qui relèvent de l'assurance obligatoire des soins. S'y ajoutent encore quelques autres **possibilités de remboursement (soins à domicile, dentiste)**, comme c'était le cas sous l'empire de la LAMA. Il n'y a donc pas de changements fondamentaux mais plutôt une adaptation au nouveau catalogue de prestations de la LAMal.

Tableau 6.1: Exemple de calcul de PC annuelle pour une personne seule vivant à la maison (valable à partir du 1.1.1995)

Dépenses		
Besoins vitaux (=limite de revenu)		16'660
Loyer net	5'800	
Charges	600	
Franchise	-800	
Déduction pour loyer		5'600
Primes de caisse-maladie		2'000
Frais pour régime alimentaire		2'100
Total		26'360
Revenus		
Rente AVS		18'000
Caisse de pension		3'000
Fortune	10'000	
Montant exonéré	-25'000	
Différence	0	
Dépense de fortune		0
Produit de la fortune		400
Total		21'400
Prestation complémentaire		
Dépenses	26'360	
Recettes	-21'400	
Par année		4'960
Par mois		413

source: OFAS

¹ Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 13 juin 1911.

Relevons encore que jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal, les **cotisations à une assurance-maladie** étaient prises en considération dans le calcul des PC. A partir de 1996, les primes ne sont plus remboursées par les PC mais par le système de réduction des primes. Les Tableau 6.1 et Tableau 6.2 montrent un exemple de calcul d'une PC annuelle avant et après l'entrée en vigueur de la LAMal. La majorité des cantons a adopté en 1996 le système de calcul du Tableau 6.1, en excluant la prime de la caisse-maladie sans pour autant augmenter la limite de revenu. Cela a conduit en 1997 à l'adoption par Ordonnance dans tous les cantons du système de calcul contenu dans le Tableau 6.2.

Tableau 6.2: Exemple de calcul de PC annuelle pour une personne seule vivant à la maison (valable à partir du 1.1.1997)

Dépenses		
Besoins vitaux (=limite de revenu)		17'090*
Loyer net	8'100	
Charges	600	
Franchise	-800	
Déduction pour loyer		7'900
Frais pour régime alimentaire		2'100
Total		27'090
Revenus		
Rente AVS		18'816
Caisse de pension		3'600
Fortune	10'000	
Montant exonéré	-25'000	
Différence	0	
Dépense de fortune		0
Produit de la fortune		400
Total		22'816
Prestation complémentaire		
Dépenses	27'090	
Recettes	-22'816	
Par année		4'274*
Par mois		357

* A ce montant, il faut ajouter le montant de la prime moyenne cantonale de l'assurance obligatoire des soins qui est entièrement remboursée aux bénéficiaires de PC.

source: OFAS

6.2.2 La situation sous l'empire de la LAMal

Quote-part et franchise

Selon la nouvelle réglementation, le montant de la **quote-part** qui incombe aux assurés est pris en charge par les PC jusqu'à concurrence de 600 francs pour les adultes et 300 francs pour les enfants. En outre, les PC couvrent le montant de la **franchise** la plus basse, soit 150 francs. Un bénéficiaire de PC peut donc recevoir 750 francs au maximum au titre de prise en charges de quote-part et franchise confondues².

Limitation aux prestations de base

La LAMA distinguait entre prestations obligatoires et prestations facultatives. Les PC prenaient aussi en charge des prestations facultatives pour les personnes non assurées auprès d'une caisse-maladie. Ainsi étaient payés, par exemple, des médicaments qui ne faisaient pas partie des prestations obligatoires des caisses-maladie. La nouvelle loi couvre désormais un domaine plus étendu qu'auparavant. Les PC n'ont donc plus à allouer de bonifications supplémentaires. D'où la suppression, par exemple, de l'ancienne possibilité de rembourser des médicaments qui n'étaient pas obligatoirement à la charge des caisses-maladie.

Séjour dans un établissement hospitalier

Lorsqu'ils séjournent dans un hôpital, certains patients doivent verser une contribution aux frais de 10 francs par jour. Ce montant ne peut être pris en charge par les PC, dans la mesure où il est déjà compris dans les limites de revenu (correspondants au besoin vital) déterminantes pour l'octroi des PC et qu'il est donc payé avec la PC ordinaire mensuelle. Il s'agit notamment de frais de type repas qui tombent durant le séjour à l'hôpital.

² Quote-part et franchise étaient déjà remboursées sous la LAMA. Les montants y ont été nouvellement fixés.

Possibilités particulières de remboursement

Les PC continueront à prendre en charge des frais qui ne relèvent pas des prestations de base de l'assurance-maladie, mais qui posent cependant des problèmes aux personnes à revenu modeste.

Dans le **domaine aide et soins à domicile**, il s'agit en premier lieu

- d'aide et de soins à domicile par des organismes d'intérêt public ou reconnus d'utilité publique;
- de séjours dans des centres de jour;
- de séjours de convalescence ou de séjours passagers dans des homes pour personnes âgées, des établissements de soins, de convalescence ou pour invalides; le montant maximal de remboursement sera fonction de la limite valable dans un canton donné pour la taxe de séjour dans des homes;
- des lits électriques (frais de location).

Dans le **domaine frais dentaires** qui, jusqu'ici, étaient pris en charge par les PC, il sera impératif, à partir du 1er janvier 1997, d'envoyer auparavant un devis pour les traitements dont le coût dépasse 3'000 francs. L'organe PC examine avec un dentiste conseil s'il s'agit d'un traitement simple et adéquat et détermine le montant du remboursement.

Réduction des primes de caisses-maladie

En 1996, la Confédération a mis à disposition des cantons 1'830 millions de francs destinés à la réduction de primes. Les cantons devraient de leur côté apporter une contribution d'un montant de 640.5 millions. Ainsi, en Suisse, la totalité des subsides fédéraux et cantonaux destinés à la réduction des primes devait s'élever à 2'470.5 millions de francs. Mais de nombreux cantons ont fait usage de la possibilité de réduire leur contribution. Par conséquent, la part de subsides fédéraux qui leur revenait a été réduite dans la même proportion, ce qui ramène les 1'830 millions prévus à l'origine à 1'365 millions. Le montant initial des 2'470.5 millions de

francs destiné à alléger les primes des assurés de condition modeste est donc ramené à 1'816 millions.

Début 1996, la prime d'assurance-maladie n'est plus prise en charge par les PC. La prime n'entre plus dans la catégorie des dépenses reconnues pour le calcul des PC. Dès lors, pour compenser la suppression de la déduction des primes, on avait prévu d'augmenter la limite de revenu donnant droit à une PC du montant annuel net de la prime cantonale qui, après réduction des primes, reste à la charge des bénéficiaires de PC. La majorité des cantons a toutefois renoncé à relever les limites de revenu et, dans le cadre des systèmes de réduction de primes, accordent la pleine réduction aux bénéficiaires de PC.

Seuls les cantons de Zurich et du Tessin ont augmenté en 1996 la limite de revenu de 1'200 francs (pour une personne seule)³. Suite à la suppression de la déduction des primes, de nombreuses personnes, dont la prestation complémentaire était inférieure au montant de la prime, ont été exclues du droit aux PC dès le début de 1996 et devaient faire appel aux systèmes cantonaux de réduction des primes. Ainsi, elles ne pouvaient plus prétendre ni aux PC ni, dans bien de cas, à une réduction de primes, car la limite de revenu ouvrant le droit à la réduction était trop basse.

Le Conseil fédéral a dès lors adopté l'Ordonnance du 17 juin 1996 relative au relèvement des limites de revenu suite à l'introduction d'une réduction des primes dans la LAMal, aux termes de laquelle le Département fédéral de l'intérieur doit fixer les montants déterminants pour le relèvement des limites de revenu pour l'année 1997 au plus tard fin novembre 1996. D'où l'Ordonnance du 21 novembre 1996 relative aux primes moyennes cantonales 1997 de l'assurance des soins pour le calcul des prestations complémentaires. Avec la nouvelle ordonnance, la limite de revenu (16'660 francs en 1996, 17'090 francs en 1997) est augmentée du montant

³ Pour 1997, les limites sont de 1000 francs pour Zurich et de 708 pour le Tessin.

de la prime moyenne, selon une solution technique qui est laissée au choix des cantons.

Tableau 6.3: Primes moyennes cantonales pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise) des adultes, des adultes en formation et des enfants, pour l'année 1997 (en francs)

Canton	Adultes		Adultes en formation		Enfants	
	Par mois	Par année	Par mois	Par année	Par mois	Par année
ZH	214.71	2'577	132.22	1'587	57.87	694
BE	206.88	2'483	127.35	1'528	55.45	665
LU	159.76	1'917	107.49	1'290	42.42	509
UR	151.62	1'819	96.90	1'163	39.78	477
SZ	159.15	1'910	104.21	1'251	41.65	500
OW	150.37	1'804	100.03	1'200	39.77	477
NW	143.39	1'721	95.39	1'145	39.09	469
GL	146.19	1'754	90.95	1'091	39.38	473
ZG	157.42	1'889	101.84	1'222	41.52	498
FR	200.93	2'411	135.15	1'622	54.62	655
SO	183.97	2'208	117.11	1'405	48.86	586
BS	233.56	2'803	147.63	1'772	60.33	724
BL	205.91	2'471	129.63	1'556	53.42	641
SH	171.85	2'062	109.87	1'318	46.38	557
AR	139.63	1'676	92.72	1'112	39.57	475
AI	127.12	1'525	86.96	1'044	35.62	427
SG	156.19	1'874	103.43	1'241	42.99	516
GR	155.30	1'864	100.32	1'204	41.71	501
AG	151.83	1'822	97.04	1'164	40.29	483
TG	153.52	1'842	98.88	1'187	41.83	502
TI	229.99	2'760	133.83	1'606	64.67	776
VD	263.95	3'167	169.53	2'034	78.77	945
VS	182.71	2'193	124.47	1'494	51.33	616
NE	219.22	2'631	140.90	1'691	59.69	716
GE	219.22	3'577	194.86	2'338	85.09	1'021
JU	206.04	2'472	142.54	1'710	55.35	664

source: *Pratique VSI, 1/1997*

De manière générale, la troisième révision de la Loi sur les prestations complémentaires, entrée en vigueur le 1er janvier 1998, n'apporte pas de changements de fond concernant la prime de caisse-maladie, ni dans les flux financiers, ni dans le nombre de bénéficiaires.

6.2.3 Les effets financiers de la LAMal dans le régime des prestations complémentaires

Le domaine des prestations complémentaires est relativement bien couvert du point de vue statistique, grâce à l'enquête de l'OFAS qui se base sur les données des organes d'exécution PC cantonaux (parfois communaux). Il s'agit en général des caisses cantonales de compensation. L'enquête existe depuis 1987 et se base sur le paiement des PC annuelles au mois de mars. Elle porte sur quelques 150'000 personnes, pour lesquelles il n'existe pas de renseignements sur les remboursements des frais de maladie.

C'est seulement depuis 1995 que quatre cantons (BE, AG, NE, LU) livrent des données très détaillées sur les frais de maladie. Le canton de Zoug a rejoint ce système en 1996 mais l'a aussi tôt quitté pour adopter celui du canton de Saint-Gall. Le relevé des frais de maladie n'a pas lieu dans le cadre du registre des bénéficiaires mais se fonde sur un logiciel livré par une entreprise privée (système Mathieu). Le canton de Saint Gall utilise son propre système, qu'il partage avec 15 autres cantons. Les frais de maladie récoltés selon le système à l'oeuvre dans le canton de Saint Gall sont très grossiers et ne font l'objet d'aucune exploitation à l'OFAS. Des solutions individuelles sont utilisées dans les 6 cantons restants. Le canton de Saint Gall est en train de réviser son système.

Sur la base des données disponibles au mois de novembre 1997, quatre domaines d'analyse ont pu être identifiés. Ils sont analysés un après l'autre ci-dessous.

Les séries chronologiques 1987 à 1996 concernant les bénéficiaires et les montants engagés

Entre 1995 et 1996, il y a lieu de constater une nette diminution des bénéficiaires de PC-AVS/AI (-6.6%) et une diminution des dépenses totales de 253.1 mio, soit moins 11.7%.

Tableau 6.4: PC-AVS/AI, bénéficiaires et dépenses

Année	Bénéficiaires au 31.12.		Dépens par année*	
	Absolu	1987=100	en mio de fr.	1987=100
1987	140'897	100	1'057.6	100
1988	142'099	101	1'153.0	109
1989	146'210	104	1'243.4	118
1990	151'379	107	1'433.6	136
1991	161'535	115	1'637.8	155
1992	161'306	114	1'894.4	179
1993	161'438	115	2'035.7	192
1994	162'261	115	2'112.4	200
1995	165'445	117	2'157.6	204
1996	154'490	110	1'904.5	180

* En 1991, sans les allocations du jubilé

source: OFAS

En 1996, la Confédération et les cantons ont consacré aux PC 1'904.5 mio de francs, tandis qu'en 1995 ce montant était encore de 2'157.6 mio de francs.

Ce recul est imputable avant tout à la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Conséquence du système de réduction des primes introduit par la LAMal: ces dépenses ne sont plus prises en compte dans le calcul des PC.

L'assurance-maladie alloue en outre des contributions plus importantes et sans limite de durée pour les séjours en établissements médico-sociaux, ce qui décharge d'autant le compte des prestations complémentaires.

Tableau 6.5: Prestations complémentaires en 1995 et 1996 par canton (en francs)

Canton	PC-AVS/AI 1995	PC-AVS/AI 1996	Diff. en Fr. avec 1995	%-Diff.	Subv. féd. 1995, en %	Subv. féd. 1996, en %
ZH	337'910'346	336'889'985	-1'020'361	-0.3	10	10
BE	318'365'549	278'251'207	-40'114'342	-12.6	30	33
LU	95'920'778	92'424'477	-3'496'301	-3.6	31	28
UR	6'294'736	5'972'009	-322'727	-5.1	35	35
SZ	23'415'426	18'976'992	-4'438'434	-19	28	25
OW	5'548'852	5'636'604	87'752	1.6	35	35
NW	4'280'213	4'190'849	-89'364	-2.1	22	16
GL	10'034'659	8'610'353	-1'424'306	-14.2	28	30
ZG	10'428'884	9'943'412	-485'472	-4.7	10	10
FR	88'768'594	74'611'772	-14'156'822	-15.9	34	35
SO	61'855'775	49'031'864	-12'823'911	-20.7	25	27
BS	110'308'172	102'341'516	-7'966'656	-7.2	10	10
BL	54'878'111	50'163'124	-4'714'987	-8.6	16	10
SH	13'861'890	12'282'692	-1'579'198	-11.4	24	19
AR	11'814'553	10'392'212	-1'422'341	-12	33	35
AI	2'610'891	2'052'583	-558'308	-21.4	35	35
SG	112'481'891	105'344'177	-7'137'714	-6.3	24	23
GR	24'823'342	24'787'793	-35'549	-0.1	33	31
AG	73'523'807	55'617'531	-17'906'276	-24.4	20	19
TG	45'523'805	37'069'104	-8'454'701	-18.6	26	22
TI	128'709'576	120'825'269	-7'884'307	-6.1	31	28
VD	278'175'519	221'209'928	-56'965'591	-20.5	22	21
VS	42'955'992	29'492'304	-13'463'688	-31.3	35	35
NE	84'217'349	68'197'660	-16'019'689	-19	35	35
GE	184'934'826	158'549'241	-26'385'585	-14.3	10	10
JU	25'981'155	21'600'967	-4'380'188	-16.9	35	35
CH	2'157'624'691	1'904'465'625	-253'159'066	-11.7	22	22

source: OFAS

L'introduction de la nouvelle LAMal est donc assortie d'allègements dans le domaine des prestations complémentaires (PC). Selon l'estimation de la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et de la Conférence des directeurs cantonaux des finances contenue dans la documentation concernant la LAMa [OFAS, 1994], les allègements dans le domaine des prestations complémentaires devaient se situer à 85 millions de francs.

Tableau 6.6: Allègements financiers de la Confédération et des cantons dans le domaine des PC

	1995	1996	Différence
Confédération	482.9	414.3	-68.6
Cantons	1'674.7	1'490.2	-184.5
Total	2'157.6	1'904.5	-253.1

source: *Estimations sur la base des tableaux précédents*

La première année sous le régime de la nouvelle LAMal a montré que les cantons ont bénéficié d'un allègement supérieur que prévu, de l'ordre de quelques 100 millions de francs.

Le montant des prestations en faveur des personnes vivant en EMS, supportées par l'assurance-maladie obligatoire en 1995 et en 1996

Les dépenses en faveur des personnes vivant en EMS ont diminué de 82.4 mio entre 1995 et 1996. Cette baisse a affaire, outre qu'avec le système de réductions des primes, avec le versement de contributions plus élevées et de durée illimitée pour les séjours en home. Les contributions des caisses-maladie ont passé de 2'300.- en 1995 à 4'000.- en 1996 (moyennes en francs par an). Les 1'700.- additionnels pris en charge par les caisses-maladie déchargent d'autant les PC.

Pour les bénéficiaires qui habitent chez eux, la diminution a été de 154.3 mio de francs. L'action conjointe du système de réduction des primes et de la diminution du nombre de bénéficiaires s'est révélée déterminante pour la diminution des dépenses en faveur des bénéficiaires de PC vivant à la maison.

Le montant pour les autres frais exclus de l'assurance-maladie de base et supportés par les prestations complémentaires en 1995 et en 1996

La LAMal couvre désormais des prestations plus étendues. Ainsi, les frais de maladie qui étaient jusque-là supportés par les PC ont pu être limités. Plus précisément, en 1996 les frais de maladie ont diminué de 16.3 mio, très vraisemblablement comme conséquence directe de l'élargissement du catalogue des prestations: durée illimitée des prestations en cas de séjours hospitaliers, suppression des réserves d'assurance, appareils thérapeutiques, traitements dentaires consécutifs à la maladie. Une certaine prudence est nécessaire dans l'interprétation de ces données, car les frais de maladie sont très volatils, en raison notamment des paiements rétroactifs qui ne concernent pas nécessairement l'exercice dans lequel ils sont enregistrés.

Tableau 6.7: PC-AVS/AI, ventilation des dépenses d'après le genre d'habitation et les frais de maladie (montants annuels, en mio de francs)

Année	Pc périodiques		Total	Frais de maladie*	Dépenses Total
	En appartement	En home			
1987	433.2	474.1	907.2	150.4	1'057.6
1988	479.4	551.1	1'030.5	122.5	1153.0
1989	501.1	616.8	1'117.9	125.5	1'243.4
1990	575.2	718.7	1'293.8	139.8	1'433.6
1991	662.5	839.5	1'502.0	135.8	1'637.8
1992	707.3	972.8	1'680.2	214.2	1894.4
1993	684.6	1'070.4	1755	280.7	2'035.7
1994	709.9	1'132.6	1'842.5	269.9	2'112.4
1995	749.7	1'142.1	1'891.9	265.7	2'157.6
1996	595.4	1'059.7	1'655.1	249.4	1'904.5

* Différence entre total général et PC périodiques

source: OFAS

Ainsi, entre 1991 et 1993, les frais de maladie montent de 135.8 millions à 280.7 millions, avant le retournement en 1994 déjà. Ce phénomène est très probablement lié à la nature non périodique de ces dépenses et aux délais prévus dans les directives pour déposer les demandes de remboursement. Les frais sont remboursables si les personnes concernées font valoir leur droit dans un délais de 15 mois à partir du moment où ces frais ont été facturés.

Tableau 6.8: Frais de maladie dans les prestations complémentaires dans les cantons en pourcent

Canton	Frais de maladie en % des dépenses globales des PC		Variation 1995/1996 (en %)	
	1995	Dépenses des PC	Frais de maladie	
LU	7.9	-3.6	-20.1	
NE	7.2	-19.0	-20.0	
BE	4.8	-12.6	-4.7	
AG	5.6	-24.4	-14.7	

source: *Tableau 6.4 et OFAS (1997)*

Le domaine des frais de maladie comprend en particulier les frais dentaires, les frais de soins et d'aide à domicile ainsi que la quote-part à la charge de l'assuré et la franchise, qui sont de loin les postes les plus importants.

Tableau 6.9: Frais de maladie dans les PC d'après les catégories de coûts plus importantes, 1996

Catégorie	LU	NE	BE	AG	Total
Caisse-maladie	24.3	28.3	23.3	35.4	25.8
Homes	29.8	22.7	22.8	17.4	23.6
Frais dentaires	26.9	25.5	18.7	21.4	21.9
Soins et aide à domicile	6.7	15.1	14.5	9.2	12.3
Hôpital	2.8	2.1	10.3	4.3	6.7

source: OFAS (1997)

La variation des frais de maladie pour le canton de Berne paraissent faibles. Cela est lié au fait que les montants de frais de maladie pour 1995 ont dû être estimés, car ils n'étaient connus que pour la deuxième moitié de l'année.

La situation en 1997

Tableau 6.10: Prestations complémentaires en 1996 et 1997 selon les cantons

Canton	PC-AVS/AI 1996	PC-AVS/AI 1997	Diff. en fr. avec 1996	Diff. en % avec 1996
ZH	336'889'985	349'362'716	12'472'731	3.7
BE	278'251'207	284'222'034	5'970'827	2.1
LU	92'424'477	99'262'736	6'838'259	7.4
UR	5'972'009	6'158'867	186'858	3.1
SZ	18'976'992	20'863'858	1'886'866	9.9
OW	5'636'604	5'704'119	67'515	1.2
NW	4'190'849	4'463'056	272'207	6.5
GL	8'610'353	9'014'687	404'334	4.7
ZG	9'943'412	10'797'447	854'035	8.6
FR	74'611'772	77'325'131	2'713'359	3.6
SO	49'031'864	51'244'861	2'212'997	4.5
BS	102'341'516	107'618'166	5'276'650	5.2
BL	50'163'124	53'463'575	3'300'451	6.6
SH	12'282'692	13'605'050	1'322'358	10.8
AR	10'392'212	11'139'216	747'004	7.2
IR	2'052'583	2'274'110	221'527	10.8
SG	105'344'177	112'369'592	7'025'415	6.7
GR	24'787'793	26'931'450	2'143'657	8.6
AG	55'617'531	72'819'555	17'202'024	30.9
TG	37'069'104	40'109'588	3'040'484	8.2
TI	120'825'269	125'761'189	4'935'920	4.1
VD	221'209'928	243'732'887	22'522'959	10.2
VS	29'492'304	33'095'050	3'602'746	12.2
NE	68'197'660	71'423'556	3'225'896	4.7
GE	158'549'241	173'296'909	14'747'668	9.3
JU	21'600'967	23'513'213	1'912'246	8.9
CH	1'904'465'625	2'029'572'618	125'106'993	6.6

source: OFAS

Les données pour 1997 révèlent une nouvelle hausse des dépenses, en raison de l'introduction d'une nouvelle limite de revenu (besoin vital) et suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance relative aux primes moyennes cantonales 1997 de l'assurance des soins pour le calcul des prestations complémentaires: les personnes qui ont été exclues du droit aux PC dès le début de l'année 1996, en raison de l'introduction du système de réduction des primes, peuvent de nouveau bénéficier des PC, avec tous les avantages que cela comporte au niveau du remboursement de frais de maladie (quote-part, franchise, frais de soins à domicile, etc). L'autre facteur qui a joué un rôle dans la hausse des dépenses, est la dixième révision de l'AVS, entrée en vigueur le 1er janvier 1997.

6.3 Estimation différenciée des diminutions de dépenses selon la cause

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, les prestations complémentaires ont enregistré une diminution du nombre de bénéficiaires et des dépenses pour deux raisons principales. Premièrement, les systèmes cantonaux de réductions des primes ont commencé à déployer leurs effets. Les rentiers AVS et AI au bénéfice des prestations complémentaires n'ont donc plus droit à la prise en compte des primes d'assurance-maladie. Deuxièmement, la LAMal étend la prise en charge des coûts des séjours dans les homes (homes pour personnes âgées, homes pour invalides) et dans une mesure identique des prestations des organisations de soins à domicile. Les taxes de homes et de soins à domicile, comptées comme dépenses dans l'examen individuel du droit aux prestations, s'en trouvent donc diminuées et la charge des prestations complémentaires d'autant allégée.

Le recul massif des montants des PC est dû principalement à deux facteurs:

- Depuis 1996 les primes de l'assurance-maladie ne sont plus retenues parmi les dépenses.

- Les prestations des caisses-maladie en faveur des personnes séjournant en home ont augmenté sensiblement.

Le Tableau 6.11 montre comment ces facteurs agissent lors du calcul d'une prestation complémentaire.

Tableau 6.11: Composantes moyennes du calcul des PC, comparaison entre mars 1995 et mars 1996 (personne seule)

Composantes	Bénéficiaire à la maison				Bénéficiaire en home			
	Moyenne par mois en fr.		Variation		Moyenne par mois en fr.		Variation	
	mars 95	mars 96	en fr.	en %	mars 95	mars 96	en Fr.	en %
<i>Dépenses</i>								
Besoins vitaux	1'388	1'409	21	1.5	...	...	...	...
+Loyer reconnu	507	542	35	6.9	...	...	...	...
+Taxes de home	...	...	...	...	3'942	4'005	63	1.6
+Dépenses personnelles	...	...	...	...	311	328	17	5.5
+Prime de caisse-maladie	180	0	-180	-100.0	169	0	-169	-100.0
+Autres Dépenses	34	36	2	5.9	36	36	0	0.0
= Dépenses reconnues	2'109	1'987	-122	-5.8	4'458	4'369	-89	-2.0
<i>Revenus</i>								
Rente / AVS/AI	1'392	1'362	-30	-2.2	1'430	1'436	6	0.4
+Autres rente	54	48	-6	-11.1	152	150	-2	-1.3
+Allocation pour impotent	...	...	...	...	168	169	1	0.6
+Contributions de caisse-maladie*	...	...	...	...	188	334	146	77.7
+Revenu déterminant	128	109	-19	-14.8	326	278	-48	-14.7
= Revenu déterminant	1'574	1'519	-55	-3.5	2'264	2'367	103	4.5
<i>Montant de la PC</i>								
Dépenses reconnues	2'109	1'987	-122	-5.8	4'458	4'369	-89	-2.0
-Revenu déterminant	1'574	1'519	-55	-3.5	2'264	2'367	103	4.5
-Reste**	2	2	0	0.0	463	339	-124	-26.8
= Montant de la PC	533	466	-67	-12.6	1'731	1'663	-68	-3.9
Nombre de personnes seules	89'360	79'870	-9'490	-10.6	50'280	49'080	-1'200	-2.4

*A séjours en home

**Non pris en compte par les PC, en raison du plafonnement du montant maximal.

source: *OFAS, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in EL-Aktuell 2/1996.*

Pour compenser la suppression de la déduction des primes de caisses-maladie, il était initialement prévu de corriger le calcul des PC en relèvant les limites de revenus (chez les résidents en home, les dépenses personnelles) en fonction du montant annuel net de la prime cantonale qui, après réduction des primes, reste à la charge des bénéficiaires de PC. Tous les cantons, sauf Zurich et le Tessin, ont cependant renoncé de relever les limites de revenu et, dans le cadre des systèmes de réduction de primes, ont accordé la pleine réduction aux bénéficiaires de PC. C'est en raison de cela que la limite de revenu a augmenté en moyenne suisse dans une proportion très petite, de l'ordre de 20 francs par mois (les dépenses personnelles des résidents en home ont augmenté de 17 francs par mois).

Par ailleurs il y a lieu de constater que l'effet conjoint de la diminution des dépenses reconnues et de la hausse des revenus déterminants, a engendré une diminution du montant non pris en compte par les PC de 463 à 339 francs par mois pour les personnes hébergées dans un home. Il existe des raisons fondées pour croire que cette diminution allège financièrement les cantons, car la couverture de ce solde est assurée essentiellement par des prestations octroyées sous condition de ressources (aide spécifique aux personnes recourants à l'hébergement médico-social et/ou aide sociale cantonale, notamment). Connaissant le nombre de personnes vivant en home, il est possible d'estimer l'épargne maximale réalisée sur le montant non pris en charge par les PC, à quelques 80 millions de francs.

Les différentes données statistiques de l'OFAS permettent des estimations spécifiques de dépenses transférées aux systèmes de réductions des primes et à l'assurance-maladie. La réduction des primes a permis aux prestations complémentaires d'épargner **270 millions de francs, 204 millions** auprès des bénéficiaires à la maison et **66 millions** auprès de bénéficiaires en homes. Ces estimations résultent de chiffres pour 1995 sur la charge moyenne des primes d'assurance-maladie et le nombre de bénéficiaires de prestations complémentaires.

L'extension des prestations dans le domaine des homes pour personnes âgées a permis une économie de dépenses de **71 millions de francs**. Le paiement mensuel moyen des caisses-maladie par bénéficiaire de prestations complémentaires a en effet augmenté de 78% (fr 146.- par mois) en 1996.

Pour les rentiers AVS et AI demeurant à la maison, les dépenses économisées en soins à domicile sont plus difficiles à estimer. Cependant, le montant de **10 millions de francs** peut être avancé en se fondant sur l'analyse des données des caisses cantonales de compensation des cantons d'Argovie, de Berne, de Lucerne et de Neuchâtel concernant des frais de maladie payés en 1996. Il faut cependant souligner que le domaine des soins à domicile possède une forte dynamique avec une tendance à la hausse.

Tableau 6.12: Effets de la LAMal sur les prestations complémentaires, en millions de francs, 1995/1996

	Allégements financiers dans les dépenses de PC*		
	Bénéficiaires à la maison	Bénéficiaires en home	Total
Prime de Caisse-maladie=0**	204	66	270
Participation des assureurs aux séjours en home	-	71	71
Total	204	137	341

*Avec prise en considération des limites de revenu et des bénéficiaires exclus du système des PC

**Primes exclues du calcul des PC, à l'exception des cantons de Zurich et du Tessin.

source: OFAS, *Auswirkungen des neuen KVG auf die EL (document interne)*

La somme des différentes dépenses épargnées atteint le montant de **351 millions de francs**, soit nettement plus que les 250 millions qui ressortent de la série chronologique des dépenses totales (différence entre 1995 et 1996). Cette divergence s'explique partiellement par l'augmentation sensible des participations des assurés aux frais de l'assurance-maladie (franchises et quote-part de 10%) estimée à 28 millions de francs. La raison principale réside dans le fait que le montant de 351 millions de francs se base sur une analyse **statique**, fondée sur le nombre de bénéficiaires.

ficiaires au mois de mars 1995 et le retranchement des primes d'assurance-maladie (les limites de revenu pour les cantons de Zurich et du Tessin ayant été relevées de 1'200 francs). L'aspect **dynamique** est donc négligé, car les autres composantes qui entrent dans le calcul des PC (loyer, taxes des homes, rentes, etc.) sont considérées constants, alors qu'en 1996 ces éléments ont changé.

Conclusion 6.1:

Le transfert des subventions pour les paiements des primes d'assurance-maladie des PC vers le système de réduction des primes et la participation accrue des assureurs malades dans le financement des homes, ont permis un allègement financier des collectivités publiques de 253.1 millions de francs (dont 184.5 millions chez les cantons).

Pour les PC, les cantons obtiennent de la Confédération entre 10 et 35 pour cent des dépenses (d'après leur capacité financière), tandis que pour la réduction des primes, la Confédération rembourse jusqu'aux deux tiers, voire plus dans certains cas. C'est d'ailleurs le motif pour lequel tous les cantons, sauf Zurich et Tessin, ont remboursé entièrement les primes aux bénéficiaires de PC par le biais du système de réduction des primes. La nouvelle ordonnance du 21 novembre 1996 n'introduit pas de changements majeurs, car les cantons auront toujours la possibilité de verser des sommes issues du système de réduction des primes en faveur des bénéficiaires de PC.

6.4 Bibliographie

Département fédéral de l'intérieur, Ordonnance du 21 novembre 1996 relative aux primes moyennes cantonales 1997 de l'assurance des soins pour le calcul des prestations complémentaires, in: *Pratique VSI*, 1/1997.

Huber, François, Conséquences de la LAMal sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, dans: *Securité sociale*, 1/1996, 29-31.

Kocher, Ralf, 1996, Effets de la réduction de primes dans l'assurance-maladie, dans: *Securité sociale*, 3/1996, 134-139.

- Neue Zürcher Zeitung, 1997, *Rückforderung von Zusatzleistungen zur AHV/IV. Eine Folge der Verbilligung von Krankenkassenprämien*, Nr. 67, 21. März 1997.
- Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Die Vergütung von Krankheitskosten innerhalb der EL 1995/1996*, in: *EL-Aktuell*, 1/1997.
- Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL)*, OFAS: Berne.
- Office fédéral des assurances sociales, 1996, *Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV*, *EL-Aktuell*, 2/1996.
- Office fédéral des assurances sociales, 1996, *Krankheitskosten-Statistik 1996, unveröffentlichte Daten aus den AK's Aargau, Bern, Luzern, Neuenburg*, OFAS: Berne.
- Office fédéral des assurances sociales, 1994, *Documentation concernant la nouvelle loi sur l'assurance-maladie*, OFAS: Berne.
- Portmann, Urs, 1996, *Prestations complémentaires à l'AVS/AI et réduction des primes de l'assurance-maladie*, dans: *Securité sociale*, 4/1996, 195-198.

7 Relation entre LAMal et aide sociale

Question examinée:

Est-ce que la LAMal a engendré des allègements des dépenses cantonales d'aide sociale suite à certaines dispositions de la nouvelle loi, telles que la suppression des limites de couverture des frais hospitaliers et l'introduction du système de réduction des primes?

7.1 Le cadre général

Ce domaine de l'intervention sociale est très diversifié, car il relève de la compétence des cantons qui délèguent le plus souvent la mise en oeuvre du système d'aide sociale aux communes. Il faut constater l'absence de données adéquates pour étudier les effets de la LAMal. Les données des finances publiques sont utilisées uniquement de manière exploratoire, car les données 1996 pour les communes, sauf pour quelques cantons, ne seront disponibles qu'au cours du deuxième semestre de 1998.

7.1.1 Quelques repères concernant l'aide sociale en Suisse

L'aide sociale, appelée aussi assistance, notamment dans la statistique des finances publiques, représente l'ultime maille du filet de la protection sociale. La loi fédérale sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin du 24 juin 1977 définit les personnes dans le besoin, les prestations d'assistance, le domaine d'assistance, l'assistance des étrangers et les procédures. Elle détermine également le canton compétent pour assister une personnes dans le besoin qui séjourne en Suisse et règle le remboursement des frais d'assistance entre les cantons.

L'assistance des réfugiés et des requérants d'asile de même que le soutien aux Suisses de l'étranger sont du ressort de la Confédération.

L'aide sociale s'appuie donc essentiellement sur 26 lois cantonales réglant l'organisation, les compétences et le financement. De surcroît, il existe dans les cantons des aides supplémentaires qui s'adressent à des groupes cibles (jeunes parents, enfants, toxicomanes, etc.) ou qui prennent la relève des assurances sociales (par ex. le secours aux chômeurs en fin de droits). Il existe de fortes disparités cantonales en la matière: la même prestation, selon le canton, est fournie par le biais des aides supplémentaires ou par celui de l'aide sociale proprement dite.

Par analogie avec les prestations complémentaires, les prestations d'aide sociale sont octroyées sous condition de ressources. Les montants de ces prestations ne sont pas fixés par la loi. Cependant, la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) publie des normes pour le calcul de l'aide sociale. Il ne s'agit que de recommandations, qui sont toutefois largement appliquées dans la pratique. Lors du calcul du montant de l'aide sociale d'après les normes CSIAS, une rubrique frais médicaux et pharmaceutiques apparaît. Les dépenses relevant de la santé ne sont cependant pas isolables, sauf dans quelques cantons.

7.1.2 L'aide sociale à la lumière de la statistique des finances publiques

Le domaine "prévoyance sociale" de la statistique des finances publiques, dont le Tableau 7.1 donne un aperçu, comprend les tâches ou groupes de tâches suivants: assurance-vieillesse et survivants, assurance-invalidité, assurance-maladie, autres assurances sociales, protection de la jeunesse, invalidité, encouragement à la construction de logements, homes pour personnes âgées, **assistance** et actions d'entraide. C'est le groupe de tâches "assistance" qui retient notre attention. Ce groupe est très hétérogène, car il intègre à la fois les tâches suivantes: assistance aux personnes âgées, aide aux indigents, office du travail, aide aux Suisses à l'étranger, autres tâches d'assistance.

Tableau 7.1: Classification fonctionnelle dans le domaine 5 (prévoyance sociale)

Prévoyance sociale			
50	Assurance-vieillesse et survivants	58	Assistance
51	Assurance-invalidité	580	Assistance aux personnes âgées Assistance judiciaire et juridique, abonnements pour personnes âgées, Pro Senectute, aide complémentaire à la vieillesse, assistance aux survivants, aide aux personnes âgées, fondations pour la vieillesse
52	Assurance-maladie Contributions aux caisses-maladie (sans la contribution de l'employeur), réduction de primes aux caisses-maladie, Contribution aux caisses-maladie pour indigents	581	Aide aux indigents Commission d'aide aux indigents, assistance aux indigents, secours aux économiquement faibles, assistance publique
53	Autres assurances sociales	582	Office du travail Protection des travailleurs, syndicats, office du travail, aide aux chômeurs, réserve de travail pour chômeurs, placement des chômeurs, recyclage des chômeurs, recherche de travail, réserve pour la création d'emplois, autorisations de travail, contrôle du travail à domicile, aide en cas de crise, fonds de secours aux chômeurs, commission de recours Pour l'assurance chômage
530	Prestations complémentaires AVS	583	Aide suisse à l'étranger Aide suisse à l'étranger, rapatriement des Suisses de l'étranger
531	Prestations complémentaires AI	589	Autres tâches d'assistance Conseils conjugaux, protection de la famille, vacances pour tous, aide aux réfugiés, protection de la femme, associations et sociétés de bienfaisance, aide aux victimes d'incendies, aide lors de catastrophes naturelles, de secours, organisations d'entraide de toute organisations sorte, protection des détenus libérés, soupes populaires. actions à prix réduits, secours d'hivers, service de recouvrement des pensions alimentaires, aide aux montagnards, aide à la famille, aide aux étrangers en Suisse, service des repas à domicile, sociétés d'utilité publique
532	Assurance-chômage	59	Actions d'entraide
533	Caisses de compens. pour alloc. fam.		
534	Assurance-accidents		
535	Allocations perte de gain (Conf. Seulement)		
54	Protection de la jeunesse P. ex.: Offices des mineurs, aides à la jeunesse, maisons des Jeunes, auberges de jeunesse, secrétariat de la jeunesse		
55	Invalidité P. ex.: Aveugles, réinsertion dans la vie normale, ateliers protégés, établissements et homes pour invalides		
56	Construction de logements P. ex. Allocations de loyer, aides pour le logement		
57	Homes pour personnes âgées (y compris exploitations annexes) Maisons pour personnes âgées, homes (sans maldes chroniques), établissements pour personnes âgées, Établissements pour assistés, homes pour bourgeois		

source: *Conférence des directeurs cantonaux des finances (1982)*

Les chiffres correspondants sont sujets à caution, en raison des différences d'application de la comptabilité publique entre cantons, voire entre communes: la même dépense peut être attribuée à des postes différents selon le canton ou la commune. Cette remarque est vraie surtout lors de comparaisons intercantionales portant sur des niveaux inférieurs d'agrégation. Dans une étude mandatée par les cantons membres de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales

(CRASS)¹, Rossini et Martignoni (1998) confirment très clairement la diversité d'application de la classification fonctionnelle et démontrent que d'un canton à l'autre, les contenus de chaque rubrique sont différents. Les auteurs procèdent à une harmonisation du groupe de tâches 58 pour l'année 1995 et trouvent des données corrigées faisant apparaître des écarts assez importants par rapport aux données de l'Administration fédérale des finances (AFF).

Tableau 7.2: Charge nette des cantons et des communes pour les tâches d'assistance 1994 - 1996, en 1'000 francs

		1994	1995	1996
<i>Tous les cantons (sans communes)</i>				
Assistance	58	1'231'520	1'210'689	928'626
Assistance aux personnes âgées	580	247'401	192'567	9'713
Aide aux indigents	581	321'080	387'970	360'913
Offices du travail	582	257'780	279'801	210'386
Aide suisse à l'étranger	583	326	326	325
Autres tâches d'assistance	589	404'933	350'025	347'289
<i>12 cantons*</i>				
Assistance	58	701'329	746'562	506'455
Assistance aux personnes âgées	580	239'574	185'146	9'025
Aide aux indigents	581	128'779	152'951	130'358
Offices du travail	582	168'776	180'340	144'928
Aide suisse à l'étranger	583	0	0	0
Autres tâches d'assistance	589	164'200	228'125	222'144
<i>Communes des 12 cantons</i>				
Assistance	58	402'512	431'062	227'429
Assistance aux personnes âgées	580	23'450	28'997	5'114
Aide aux indigents	581	198'661	239'279	115'484
Offices du travail	582	32'742	34'318	18'764
Aide suisse à l'étranger	583	-5	0	-169
Autres tâches d'assistance	589	147'664	128'468	88'236

* Lucerne, Uri, Zoug, Bâle-Campagne, Schaffouse, Saint-Gall, Grisons, Argovie, Thurgovie, Tessin, Vaud et Genève.

source: *AFF*

Si on se réfère au Tableau 7.2, il est possible de constater que, dans un cadre général caractérisé par une détérioration des finances des collectivités publiques et de la situation économique et sociale, la charge nette (différence entre dépenses et

¹ Il s'agit des cantons romands, plus les cantons de Berne et du Tessin.

recettes du compte de fonctionnement et du compte d'investissement) de la rubrique "assistance" diminue en 1996 pour l'ensemble des cantons ainsi que pour l'ensemble des communes pour lesquelles des données sont disponibles. Elle diminue également pour l'ensemble des cantons auxquelles ces communes appartiennent. Toutes ces données sont encore provisoires mais donnent néanmoins un ordre de grandeur.

Ces données très agrégées et provisoires ne permettent bien évident pas de dégager un effet LAMal. La rubrique 58 est en effet très hétérogène. Elle intègre entre autres le poste "Autres tâches d'assistance", dont seulement une partie des prestations relèvent de l'aide sociale proprement dite. De surcroît, les données pour les communes sont encore largement incomplètes.

Il est cependant possible que la diminution de la charge nette enregistrée dans la rubrique 581 "Aide aux indigents", résultant d'une diminution des dépenses courantes et d'une augmentation des recettes courantes, soit en partie une conséquence du transfert des primes d'assurance-maladie sur les subsides LAMal, qui apparaissent désormais sous la rubrique fonctionnelle 52, et du transfert d'une partie des dépenses d'aide sociale en faveur des personnes hébergées sur les assureurs. Quant aux participations aux coûts des soins dues par les assurés au bénéfice d'une prestation d'aide sociale (franchise annuelle, quote-part de 10% des coûts, contribution aux frais de séjours hospitaliers), les directives de l'OFAS excluent leur remboursement par le système de subsides LAMal, par analogie avec la règle en vigueur dans les prestations complémentaires AVS/AI.

La forte baisse des dépenses dans la tâche "Assistance aux personnes âgées" (rubrique "Contributions" de la classification par nature) et la forte augmentation des recettes dans la tâche "Offices du travail" (rubrique "Autres" de la classification par nature) expliquent en grande partie le changement intervenu au niveau du groupe de tâches 58 entre 1995 et 1996. En l'absence de données complètes pour toutes les communes, il est très difficile de procéder à une analyse approfondie. Les grandes

différences entre 1995 et 1996 qui apparaissent dans le tableau, sont très vraisemblablement dues aussi à la faible qualité des données au niveau des tâches.

7.2 Les effets financiers de la LAMal dans le régime de l'aide sociale

7.2.1 Les domaines concernés

Il n'est pas sans intérêt de souligner encore une fois la complexité du système de l'aide sociale en Suisse. La structure et l'organisation de l'aide sociale varient d'un canton à l'autre tout comme le système de calcul des besoins et le cercle des ayants droit. Il est donc difficile d'avoir une vue d'ensemble, d'autant plus que les cantons prévoient, outre les prestations d'aide sociale allouées en vertu de la loi sur l'aide sociale, une série d'autres prestations sociales qui reposent sur un calcul des besoins. Les prestations sociales liées au besoin allouées dans les cantons à certains groupes de la population ou lors de la survenance de certains risques, peuvent être qualifiées de prestations d'aide sociale au sens large. Par analogie avec les prestations complémentaires, ces prestations d'aide sociale au sens large agissent en tant que cofinancier du système de santé, car elles intègrent des montants spécifiquement destinés à la couverture de frais de santé. Ci-après sont mentionnés les principaux domaines dans lesquels les pouvoirs publics accordent des prestations en couverture des dépenses de santé aux bénéficiaires d'aide sociale. Ce type d'intervention, liée à la personne, ne doit pas être confondu avec l'aide que les pouvoirs publics accordent aux fournisseurs de soins, par ex. dans le cadre d'arrangements forfaitaires ou de contributions au financement des frais d'exploitation d'institutions (comme les EMS).

Aide sociale et LAMal: généralités

De manière générale, constatons que l'assurance-maladie obligatoire apporte **deux améliorations importantes au système d'aide sociale**. D'une part, elle conduit à un allègement financier, car toutes les personnes résidentes en Suisse sont désormais assurées obligatoirement; d'autre part, elle contribue à garantir des prestations aux personnes assistées, et cela sans restriction. Il est vrai que les arriérés de primes peuvent causer une suspension des prestations, mais en aucun cas le non paiement de primes doit conduire à une exclusion de l'assurance obligatoire.

Réduction de primes

Le système d'octroi des réductions de primes est différent selon les cantons. Dans certains cantons, la réduction de la prime est directement déduite par l'assureur, auquel le canton rétrocède le montant décompté. Dans d'autres cantons, la réduction de la prime est déduite directement chez les ayants droit. De manière générale, les autorités préposées à l'aide sociale ne doivent pas contribuer au financement des primes de l'assurance de base. A quelques exceptions près, les personnes bénéficiant de l'aide sociale ont leurs primes d'assurance-maladie intégralement prises en charge par le système de réduction des primes. Par analogie avec les prestations complémentaires AVS/AI, les coûts des soins dus par les assurés au bénéfice d'une prestation d'aide sociale (franchise annuelle, quote-part de 10%, contribution aux frais de séjours hospitaliers), ne sont pas remboursés par le système de subsides LAMal.

Assurances complémentaires

Les effets, en particulier pour l'aide sociale, des nouvelles dispositions en matière d'assurances complémentaires, entrées en vigueur le 1er janvier 1997, ne peuvent pas encore être appréhendés. L'aide sociale ne peut en principe pas être obligée de se porter garante des coûts de l'assurance d'une indemnité journalière. Il est ce-

pendant possible que les autorités d'aide sociale prennent en charge les coûts d'assurances complémentaires jugées indispensables.

Spitex

Ce domaine se trouve dans une phase de transition. Les tarifs ne sont pas encore définitivement acceptés dans tous les cantons. Ce domaine apporte un allègement financier, quoique modeste, pour l'aide sociale et pour les cantons.

Homes médicalisés

Dans ce domaine, le financement intervient par le biais des prestations de l'assurance-maladie, des assurances complémentaires (p.ex. pour maladies chroniques), des rentes des assurances sociales (Assurance-invalidité, assurance-accidents, privoyance professionnelle, rentes pour impotents), de la fortune personnelle, des prestations complémentaires, des interventions de la famille et d'autres formes de financement. Parmi ces dernières, il faut mentionner l'aide sociale qui intervient lorsque toutes les autres formes de financement ont été épuisées et qu'il reste un solde à la charge de la personne vivant dans un home. Dans le chapitre consacré aux prestations complémentaires, nous avons vu que, en moyenne et pour une personne seule, ce solde a diminué de quelques 124 francs par mois entre 1995 et 1996, ce qui représente globalement environ 80 millions de francs. L'aide sociale, qui prend en charge la plus grande partie du solde qui reste à payer, bénéficie donc d'un allègement financier relativement important.

Hospitalisations hors canton

En principe, les autorités d'aide sociale ne doivent pas garantir la couverture de frais hospitaliers hors canton.

Autres aides individuelles liées au besoin

La LAMal a eu des répercussions sur d'autres aides individuelles liées au besoin ou octroyées sous condition de ressources. Outre les prestations complémentaires, dont il a été question dans le chapitre 6, il y a lieu de mentionner les aides aux chômeurs en fin de droit ou encore les aides à l'hébergement, là où elles existent (Vaud, par exemple).

Tableau 7.3: Allègements financiers dans les cantons

Prestation	Allègement	Transfert vers
Aide sociale	oui	Système de réduction des primes/ Assureurs maladie
Soins à domicile	oui	Assureurs maladie
Soins aux personnes âgées en home	oui	Assureurs maladie
Prestations complémentaires	oui	Système de réduction des primes/ Assureurs maladie

Ces allègements financiers, qui correspondent à autant de changements de source de financement, interviennent dans une situation globale pour les cantons (et les communes) qui ne s'est guère améliorée.

7.2.2 La situation dans quelques cantons

Une analyse chiffrée au niveau Suisse s'avère très difficile, en raison de l'absence de données pertinentes dans la plupart des cantons. Afin de couvrir au mieux ce chapitre, nous avons interpellé par écrit les services cantonaux d'aide sociale. Il en ressort une réalité très différenciée: alors que pour certains cantons il est possible d'isoler les frais de santé et de maladie afférents à l'aide sociale et d'estimer, encore qu'approximativement, les répercussions de la LAMal, dans la majorité des cas cet exercice est impossible. Dans ces cantons, les interlocuteurs se sont limités à souligner que la LAMal a conduit à un allègement financier, en raison du système

de réduction des primes et de la plus forte participation des assureurs maladie dans le financement de certaines tâches liées au fonctionnement des homes médicalisés ou encore au système de soins à domicile.

Sur la base des éléments en notre possession à ce jour, il est donc possible d'affirmer que les prévisions de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et de la Conférence des directeurs cantonaux des finances, contenues dans la Documentation concernant la LAMal préparée par l'OFAS (1994), se sont réalisées: il y a eu allègement des dépenses cantonales d'aide sociale suite à l'introduction de la LAMal. Quant à l'étendue de cet allègement, malgré les bases statistiques extrêmement précaires, nous tenterons de l'estimer dans les paragraphes qui suivent.

Dans le canton de Vaud, la LAMal a effectivement entraîné un allègement financier de l'ordre de 11.5 millions de francs dans l'aide sociale vaudoise (ASV), dans l'aide sociale à l'hospitalisation, et dans l'aide cantonale à l'hébergement (LAPRHEMS). La subvention cantonale au maintien à domicile (Organisme Médico-Social Vaudois) a également diminué suite à l'introduction de la LAMal, passant de 37'251 francs en 1995 à 29'968 francs en 1996.

Pour le canton de Zurich, le Département de la prévoyance sociale estime globalement à quelques 30 millions de francs l'allègement financier de l'aide sociale. Dans le canton de Berne, en revanche, les transferts de l'aide sociale vers le système de réduction des primes ont été d'environ 34 millions de francs.

D'autres cantons annoncent également des allègements financiers dans l'aide sociale. Ainsi, dans le canton du Valais l'effet d'allègement pour l'aide sociale suite à l'introduction du système de réduction des primes, se situe à environ 3 millions de francs.

Dans le canton du Jura, la prise en charge des primes d'assurance-maladie par le dispositif de réduction des primes a conduit à un allègement d'un million de

francs environ. On observe également un transfert de charges de l'Etat et des communes vers les caisses-maladie dû à l'extension des prestations que la LAMal porte à la charge des caisses-maladie dans les soins de base qui sont donnés dans le cadre des services de soins et d'aide à domicile et des homes médicalisés. Par contre, on assiste à un transfert de charges des caisses-maladie vers l'Etat s'agissant des hospitalisations à l'extérieur du canton (hospitalisations par nécessité médicale, soit médecine universitaire ou de pointe et situations d'urgence). En tenant compte également du transfert de charges qui apparaît dans le cadre des prestations complémentaires, mais sans tenir compte de l'effet encore incertain de la LAMal sur les finances des foyers pour personnes âgées, il en résulte une diminution des charges d'environ 1.1 millions dans ces domaines (soins et aide à domicile, soins aux personnes âgées, hôpitaux, hospitalisations extérieures, prestations complémentaires).

7.2.3 Estimation des dépenses de santé dans l'aide sociale au niveau suisse

Adoptant des hypothèses restrictives concernant le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale, le montant des primes payées par bénéficiaire et le montant des frais de maladie remboursés par bénéficiaire, il est possible d'estimer approximativement les dépenses de santé du ressort de l'aide sociale.

Tableau 7.4: Nombre de bénéficiaires et dépenses de santé dans l'aide sociale

	1994		1995		1996	
	Bénéficiaires	mio	Bénéficiaires	mio	Bénéficiaires	mio
Remboursements de frais de maladie	82'000	49	90'000	55	97'000	67
Paiements de primes	245'000	122	265'000	132	291'000	-
Dépenses totales	-	171	-	187	-	67

source: CSIAS autres données provenant de quelques cantons

Les grandeurs reportées dans le tableau ci-dessous doivent être prises avec prudence, car les bases statistiques sont particulièrement lacunaires. Seules les estimations de la CSIAS et les renseignements chiffrés livrés par quelques cantons ont pu servir de base de calcul. Il s'agit donc de valeurs minima, calculées sur la base de renseignements chiffrés provenant de quelques cantons et d'estimations de la CSIAS portant sur le nombre total de bénéficiaires de prestations d'aide sociale en Suisse.

En 1996, les primes ne sont en principe plus prises en charge par les budgets de l'aide sociale mais par le système de réduction des primes prévu par la LAMal.

Conclusion 7.1:

La LAMal a effectivement entraîné un allègement financier dans l'aide sociale d'au moins 120 millions essentiellement par un transfert vers le système de réduction des primes. Cet allègement financier a eu lieu malgré l'alourdissement du budget de l'aide sociale qui est certainement venu de la prise en charge des arriérés de primes et des participations aux frais de maladie (frais d'hospitalisation de personnes non ou mal assurées, quotes-parts aux frais d'hospitalisation, franchises, contributions journalières en hôpital pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale ou de PC AVS/AI dont la quotité disponible est épuisée).

7.3 Bibliographie

Conférence des directeurs cantonaux des finances, 1982, *Manuel de comptabilité publique*, Haupt: Berne.

CSIAS, 1997, *Schätzung der Zahlenmässigen Entwicklung in der Sozialhilfe von 1990 bis 1996*, CSIAS: Berne.

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, *Directives sur les subsides aux primes d'assurance-maladie, et participation aux frais requis par les bénéficiaires de l'aide sociale vaudoise*.

- Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1995, *Aides individuelles 1995. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes* (document interne).
- Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, *Aides individuelles 1996. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes* (document interne).
- Office fédéral des assurances sociales, 1998, *Inventar der bedarfsabhängigen Sozialhilfeleistungen in den Kantonen der Schweiz*, OFAS: Berne. (à paraître prochainement)
- Office fédéral des assurances sociales, 1994, *Documentation concernant la nouvelle loi sur l'assurance-maladie*, OFAS: Berne.
- République et canton du Jura, 1997, *Bilan comptable 1996 de l'application de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) vu sous l'angle des finances de l'Etat*, Service de la santé: Delémont.
- Rossini, Stéphane et Yves-Laurent Martignoni, 1997, *Système d'information intercantonal en matière d'aide sociale, cantons de la CRASS 1995. Dépenses d'aide sociale comparées des cantons de Berne, Fribourg, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura*, Rapport final de recherche, Haute-Nendaz.
- Rüst, Hanspeter, 1997, *Individuelle Prämienverbilligung nach KVG und Prämienübernahme im Kanton Zürich 1996*, Statistische Erhebung im Auftrag der Direktion des Gesundheitswesens des Kt. Zürich.
- Witschard, Jean-Pierre, 1998, Les budgets de la Confédération, des cantons et des communes pour 1998, in: *La vie économique. Revue de politique économique*, 2/1998, 20-23.

8 Résumé et conclusions

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie entrée en vigueur au début de 1996 apporte d'importants changements dans le secteur de la santé et dans le champ de la protection sociale. Ses conséquences commencent à se manifester et les premières analyses chiffrées peuvent ainsi être présentées, principalement sous l'angle du financement. L'influence de cette nouvelle législation est par ailleurs loin de s'arrêter et devrait produire encore des effets jusque dans la structure du système de santé.

Le résumé qui suit porte essentiellement sur les résultats de l'étude sous la forme la plus synthétique possible. Quant aux conclusions sur la qualité des données statistiques, elles figurent dans l'Annexe B de la présente publication.

8.1 Résultats et commentaires

Cette partie comporte deux volets: le premier s'attache à mettre en évidence les effets de la LAMal sur les principaux flux financiers dans l'assurance-maladie de base tandis que le second volet s'efforce de situer et de chiffrer tous les financements du système de santé: directs et indirects, des ménages privés, des assurances sociales et des collectivités publiques.

8.1.1 Assurance-maladie de base

Pour l'analyse globale des résultats sur le financement de l'assurance-maladie de base, les principaux chiffres ont été regroupés dans le Tableau 8.1.

Les coûts (prestations payées et frais d'administration) constituent l'agrégat de base. Ils ont atteint 13.5 milliards de francs en 1996. Ils ont augmenté durant cette même année de 1.3 milliards de francs (+10.8%), soit nettement plus qu'en 1995, +520 millions de francs (+4.5%). Dans le détail, on notera en 1996 la progression relativement plus forte des frais administratifs.

Tableau 8.1: Coûts et financement de l'assurance-maladie de base

	1994		1995		1996	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%
Coûts						
Prestations payées	10'834	93.1	11'332	93.2	12'529	93.0
Administration	801	6.9	823	6.8	937	7.0
Total	11'635	100.0	12'155	100.0	13'466	100.0
Financement						
Primes ¹⁾	8'650	71.9	8'576	70.4	9'219	71.1
Participation aux frais	1'259	10.5	1'290	10.6	1'679	12.9
Subventions publiques ²⁾	1'931	16.0	2'085	17.1	1'816	14.0
- Confédération	1'411	11.7	1'810	14.9	1'365	10.5
- Cantons (y c. communes)	520	4.3	275	2.3	451	3.5
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	189	1.6	230	1.9	261	2.0
Total	12'029	100.0	12'181	100.0	12'975	100.0
Excédent / découvert	394	3.3	26	0.2	-491	-3.8

1) Primes nettes de toutes subventions publiques, principalement contributions aux caisses-maladie en 1994 et 1995 et réduction de primes des assurés en 1996.

2) Selon statistique des finances publiques; en 1996, selon décompte des subsides fédéraux pour l'abaissement des primes (OFAS)

source: OFAS

Avant l'examen des flux financiers, il convient de mettre en évidence le résultat comptable, c'est-à-dire la différence entre les coûts et les financements. En 1994, l'assurance de base présentait un excédent de recettes de 394 millions de francs qui constituait en principe une augmentation des réserves. En 1995, cet excédent (26 millions) fondait presque complètement. En 1996, le compte fait apparaître un dé-

couvert de 491 millions de francs¹. L'assurance-maladie de base a donc enregistré en 1996 une diminution de réserves financières de l'ordre de 500 millions de francs. Selon des informations non chiffrées concordantes, cette tendance se poursuit en 1997 et 1998².

En 1996, l'augmentation des coûts de 1.3 milliards de francs, ainsi que la diminution des subventions d'environ 270 millions de francs, ont été financées principalement par l'augmentation des primes (+650 millions) et une participation accrue des assurés aux frais (+390 millions), sans oublier la diminution des réserves (500 millions) mentionnée plus haut.

Le financement de l'assurance-maladie de base repose traditionnellement sur trois piliers: les primes des assurés, les participations aux frais et les subventions des collectivités publiques. Les revenus des capitaux et revenus extraordinaires demeurent d'une importance marginale. Si l'on compare les parts de financement entre 1994 et 1996, seules les participations aux frais et les subventions publiques présentent des écarts importants. Les participations aux frais font un saut passant de 10.6% en 1995 à 12.9% en 1996, ce qui correspond clairement à un effet de la LAMal. En revanche, le recul des subventions publiques n'était en principe pas un effet attendu de la nouvelle législation mais s'explique avant tout par la pratique parfois restrictive de certains cantons dans l'octroi des deniers publics pour l'abaissement des primes des ménages financièrement faibles (LAMal, art. 106). La part de financement par les primes n'augmente que très peu passant de 70.4% en 1995 à 71.1% en 1996.³

Les chiffres absolus du Tableau 8.1 peuvent être mis en rapport avec le nombre d'assurés dans l'assurance de base.

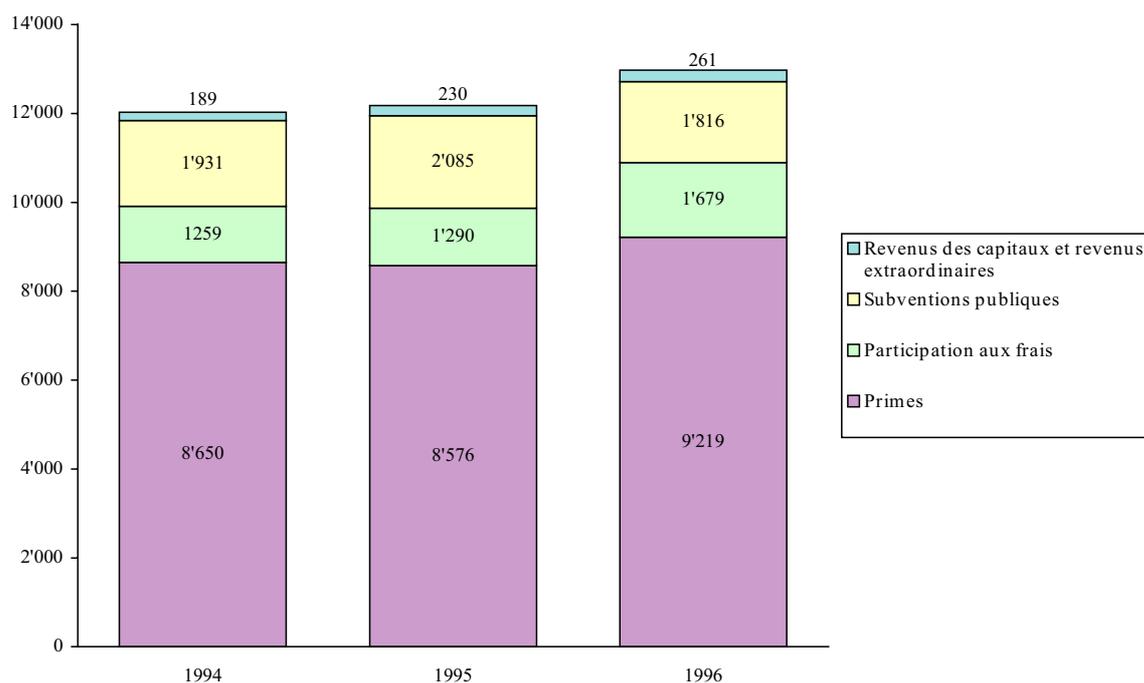
¹ Compte tenu de problèmes de délimitations dans les comptes d'exploitation des caisses-maladie, les résultats peuvent varier suivant la méthode de calcul; ils présentent cependant toujours un découvert d'au moins 300 millions de francs.

² Selon l'avis des experts consultés.

³ Il s'agit ici de primes nettes de toutes subventions publiques, à distinguer des primes facturées aux assurés.

La prime mensuelle moyenne – après déduction de toutes subventions (fédérales, cantonales ou communales) – s'élève à 99 francs en 1995 et à 107 francs en 1996. La participation annuelle moyenne de l'assuré augmente sensiblement en passant de 180 francs en 1995 à 233 francs l'année suivante. Quant aux subventions publiques, elles diminuent à 252 francs par assuré en 1996 (291 francs en 1995).

Figure 8.1: Financement de l'assurance de base, en millions de francs



source: *Tableau 8.1*

Le problème des coûts de la santé doit aussi finalement être traité tel qu'il est perçu dans la population, c'est-à-dire essentiellement par la charge des primes d'assurance-maladie dans le budget des ménages. Il peut être rappelé qu'au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal au 1er janvier 1996, il y avait trois raisons évidentes qui pouvaient justifier une hausse importante des primes: le changement de système de subventionnement pour la réduction des primes qui avait pour conséquence la facturation de primes brutes (sans déduction des subsides) aux assurés

(+14%), l'extension des prestations estimée à 1.7 milliards⁴ de francs (+15%) et la hausse des coûts de l'année précédente (+5%)⁵. La statistique des assureurs maladie 1996 montre que l'augmentation des primes brutes dans l'assurance de base n'a été que de 21% alors qu'elle aurait pu atteindre théoriquement 34%. Quatre raisons principales peuvent expliquer cette différence:

- l'augmentation des participations aux frais des assurés (surtout en cas d'hospitalisation) a occasionné en 1996 un saut de +30% ce qui correspond à environ 400 millions de francs;
- le coût des nouvelles prestations en 1996 est inférieur aux estimations avancées: les prestations de l'assurance de base, y compris les coûts d'administration, ont passé de 12.2 milliards de francs en 1995 à 13.5 en 1996, soit une augmentation de 1.3 milliards alors que le coût total de l'extension des prestations avait été estimé à 1.7 milliards;
- la diminution des réserves financières des caisses: pour limiter les hausses de primes, les assureurs ont puisé dans les réserves pour un montant approximatif de 500 millions de francs en 1996.
- Le nombre d'assurés ayant choisi une franchise annuelle élevée pour bénéficier de réduction de primes a véritablement explosé en 1996 - 2.3 millions - alors qu'il n'était que de 700'000 en 1995. Ces réductions correspondantes ont également modéré l'effet des augmentations de primes dans les statistiques de l'assurance-maladie. Celui-ci n'est toutefois pas chiffrable et devrait être analysé parallèlement aux participations des assurés aux frais.⁶

⁴ Estimation lors de la campagne référendaire de la LAMal portant sur le coût total des nouvelles prestations de l'assurance de base lorsque la loi aura déployé tous ses effets

⁵ Ces augmentations sont calculées sur la base (100%) des prestations payées selon Tableau 8.1.

⁶ Voir le problème de l'effet spirale induit par les franchises à option, Donini et Sottas (1997), p. 78.

8.1.2 Système de santé

Les effets de la LAMal vont bien au delà de l'assurance-maladie et se déploient d'une part "en aval" sur le système de santé globalement et sur chaque catégorie de fournisseurs de soins et d'autre part "en amont" sur les autres régimes de protections sociale (réduction des primes, prestations complémentaires AVS/AI et aide sociale) ou de prestations directes de l'Etat (subventions des hôpitaux, prévention et administration de la santé publique). Comme synthèse des effets financiers de la LAMal, il convient donc de considérer les coûts du système de santé dans leur ensemble et d'en disséquer le financement durant la période de référence (1994 à 1996) avec la désagrégation maximale pour éclairer la prise de décision en matière de santé publique et de sécurité sociale.

Vue d'ensemble du financement du système de santé

Le financement du système de santé peut être présenté selon les trois agents économiques que sont l'Etat, les assurances sociales et les ménages privés.

- L'Etat intervient en tant qu'agent du financement à différents titres: en matière de santé publique par le subventionnement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des soins à domicile; en matière de sécurité sociale par le biais des subventions pour la réduction des primes de l'assurance-maladie de base, des prestations complémentaires AVS/AI, de l'aide sociale et d'oeuvres diverses en faveur des invalides.
- 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 (20% pour l'AVS, 50% pour l'AI, 100% pour l'assurance-militaire). L'assurance-maladie financée essentiellement par les primes individuelles des ménages n'apparaît sous cette rubrique que pour son financement résultant du rendement des réserves des assureurs (caisses-maladie).

Tableau 8.2: Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur

Agents financeurs	1994		1995		1996	
	mio. fr.	%	mio. fr.	%	mio. fr.	%
Etat	8'217	24.8	8'359	24.4	7'841	21.6
cantons (y c. communes)	6'557	19.7	6'278	18.3	6'271	17.3
Confédération	1'660	5.0	2'081	6.1	1'569	4.3
Subventions aux établissements de santé	4'601	13.9	4'438	12.9	4'533	12.5
cantons (y c. communes)	4'601	13.9	4'438	12.9	4'533	12.5
Confédération	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Soins à domicile	183	0.6	192	0.6	252	0.7
cantons (y c. communes)	183	0.6	192	0.6	252	0.7
Confédération	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Administration et prévention	607	1.8	653	1.9	651	1.8
cantons (y c. communes)	474	1.4	502	1.5	510	1.4
Confédération	133	0.4	151	0.4	141	0.4
Invalidité	194	0.6	259	0.8	229	0.6
cantons (y c. communes)	194	0.6	259	0.8	229	0.6
Confédération	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Réduction des primes de l'assurance-maladie	1'933	5.8	2'085	6.1	1'816	5.0
cantons (y c. communes)	521	1.6	275	0.8	451	1.2
Confédération	1'411	4.2	1'811	5.3	1'365	3.8
Prestations complémentaires	529	1.6	546	1.6	293	0.8
cantons (y c. communes)	413	1.2	426	1.2	229	0.6
Confédération	116	0.3	120	0.3	64	0.2
Aide sociale (cantons et communes)	171	0.5	187	0.5	67	0.2
Assurances sociales¹⁾	3'728	11.2	3'935	11.4	4'164	11.5
Caisses-maladie ²⁾	298	0.9	367	1.1	378	1.0
Assurance-accidents LAA	1'148	3.5	1'147	3.3	1'157	3.2
AVS / AI ³⁾	2'231	6.7	2'375	6.9	2'585	7.1
Assurance militaire	52	0.2	47	0.1	44	0.1
Ménages privés	21'262	64.0	22'099	64.3	24'304	66.9
primes nettes d'ass.-maladie (y c. complémentaires) ⁴⁾	11'073	33.3	11'636	33.8	13'348	36.8
participations aux frais	1'347	4.1	1'395	4.1	1'778	4.9
prestations non couvertes (out of pocket) ⁵⁾	8'842	26.6	9'068	26.4	9'178	25.3
Total⁶⁾	33'206	100.0	34'393	100.0	36'308	100.0

1) A l'exception des caisses-maladie, il s'agit de paiements des assurances sociales aux fournisseurs de soins.

2) Financement propre des caisses-maladie (revenus des capitaux et revenus extraordinaires).

3) Prestations individuelles en nature et subventions aux institutions de l'AI; moyens auxiliaires payés par l'AVS.

4) En comparaison avec les chiffres du Tableau 5.6, les financements des prestations complémentaires et de l'aide sociale sont ici déduits.

5) Les soins dentaires, les frais de pensions dans les homes, les soins à domicile et les médicaments sans ordonnance médicale (over the counter) constituent les principaux coûts à charge entière ou partielle des ménages.

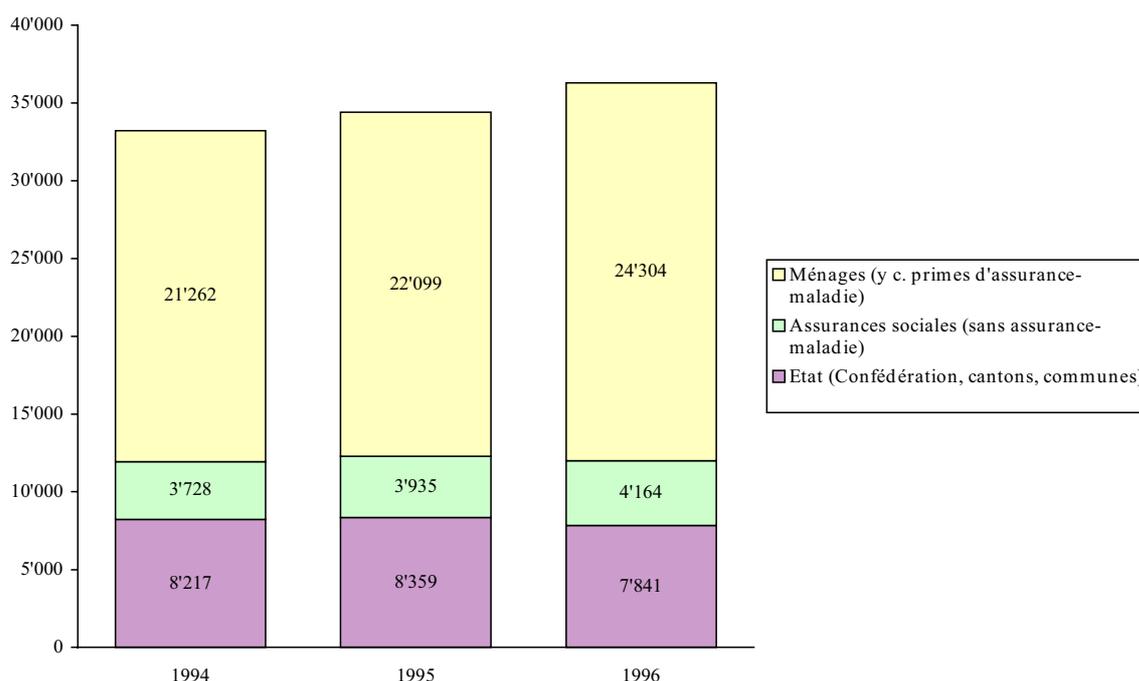
6) Coûts du système de santé après déduction des prestations aux résidents à l'étranger, chiffre pour 1996 non disponible.

source: OFAS

- Les ménages participent au financement du système de santé principalement en tant que payeur de primes de l'assurance-maladie (assurance de base et complémentaires), ainsi que par des participations (franchises et quotes-parts) aux frais de l'assurance-maladie et par les paiements directs des prestations non couvertes par les assurances sociales ou l'Etat (soins dentaires, frais de pension en EMS, aide à domicile, etc.).

Tableau 8.2 présente dans l'ensemble et en détails le financement du système de santé. On y remarque en 1996 la diminution nette de l'Etat de 518 millions de francs, sa part de financement passant de 24.4% à 21.6%.

Figure 8.2: Financement du système de santé, en millions de francs



source: *Tableau 8.2*

Inversement, les ménages voient leurs dépenses augmenter de plus de 2 milliards de francs après déduction des subventions publiques, leur part atteignant 66.9% alors qu'elle était de 64.3% un an auparavant. Cette évolution est en rapport avec l'introduction de la LAMal mais un examen en détails selon les différents éléments

du financement (voir plus loin, financement par l'Etat et financement par les ménages) est nécessaire pour identifier et pondérer plusieurs effets de la nouvelle législation.

Le financement par les assurances sociales - 4.2 milliards de francs en 1996 - présente globalement une plus grande stabilité. En 1996, sa part n'augmente que très légèrement à 11.5% (11.4% en 1995) mais résulte d'une augmentation marquée des prestations de l'assurance-invalidité et d'une baisse relative des autres assurances sociales.

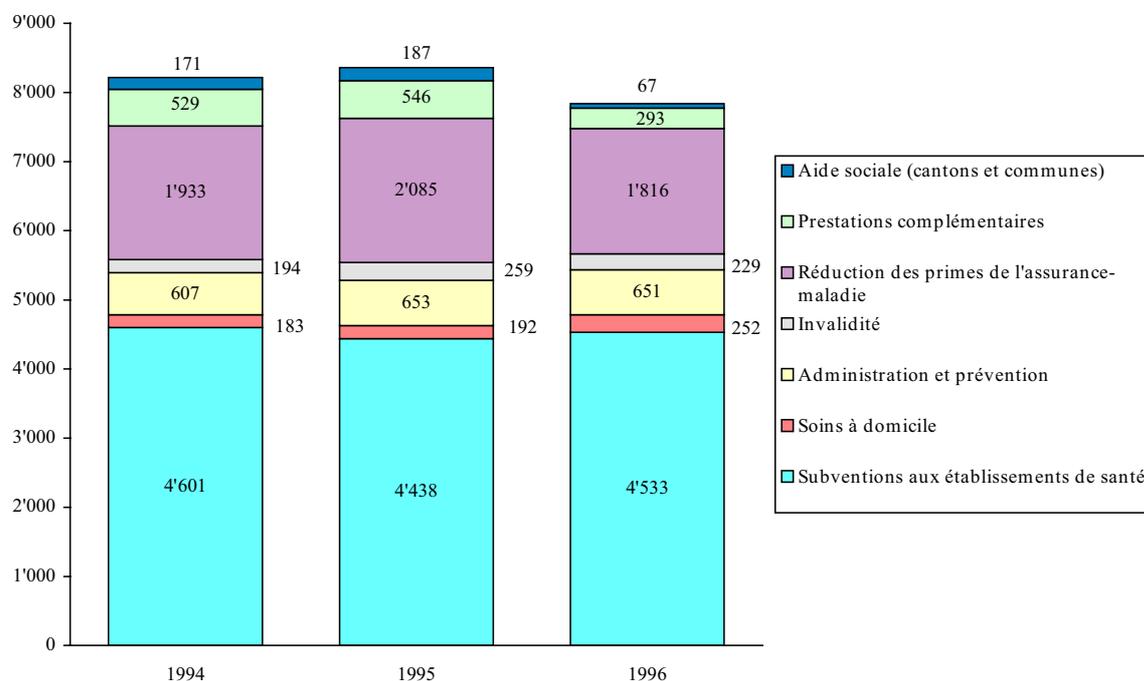
Le financement par l'Etat

Le financement du système de santé par l'Etat est constitué avant tout par les subventions aux établissements de santé et par la réduction des primes à l'assurance-maladie de base qui représentent ensemble en 1996 plus de 80% (6.3 milliards) des contributions publiques.

Les subventions aux établissements de santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux) ont diminué de 160 millions de francs en 1995 tandis qu'elles augmentaient légèrement en 1996 d'environ 100 millions. Ce financement ne cesse cependant pas de diminuer proportionnellement; il représentait près de 16% des dépenses de santé en 1991 mais il est descendu à 12.5% en 1996.

Les flux de financement net des cantons (y c. communes) et de la Confédération présentent de grandes fluctuations dans les années sous revue liées principalement aux changements intervenus dans les modes de répartition des subventions fédérales. Les difficultés de l'approche statistique sont expliquées dans plusieurs chapitres du présent rapport et en particulier dans l'Annexe B. Il faut admettre finalement que l'application restrictive de la LAMal en ce qui concerne l'abaissement des primes a eu pour conséquence une diminution des subventions publiques d'environ 250 millions de francs faisant passer cette part de financement de 6.1% en 1995 à 5.0% en 1996 [OFAS (1998)].

Figure 8.3: Financement par l'Etat (Confédération, cantons, communes), en millions de francs



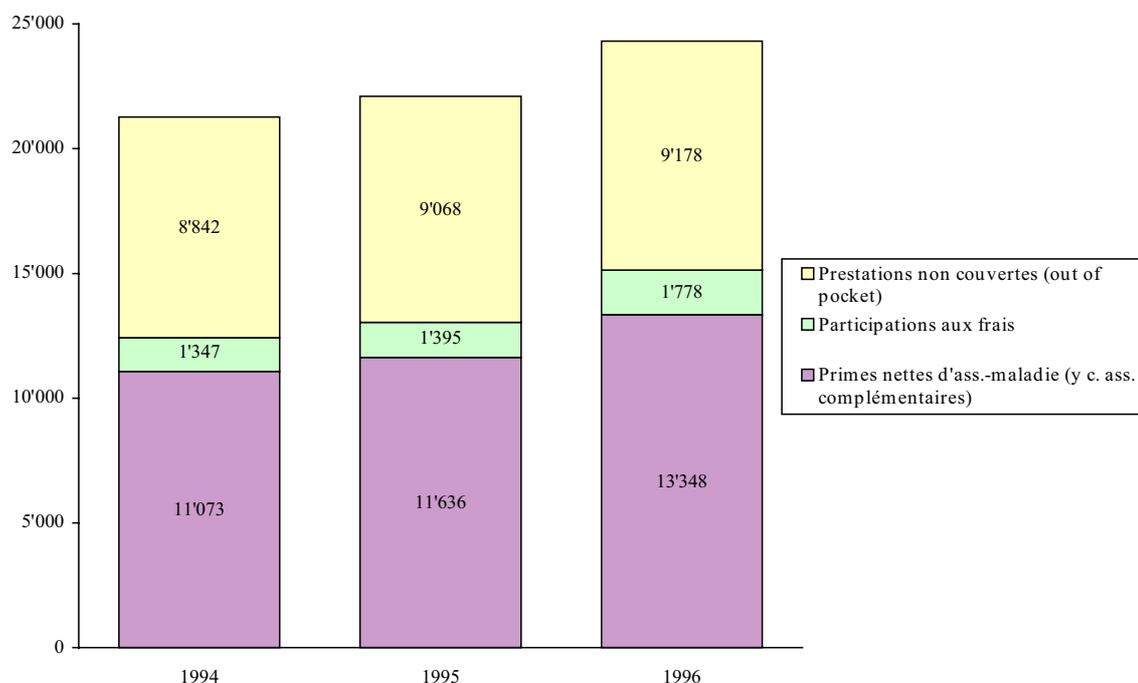
source: *Tableau 8.2*

L'introduction des nouveaux systèmes cantonaux de réduction des primes d'assurance-maladie pour les ménages financièrement faibles a produit les diminutions attendues en 1996 dans le régime des prestations complémentaires AVS et AI ainsi que dans l'aide sociale principalement sous la forme du transfert de la charge des primes. Ces dépenses diminuent respectivement de quelque 250 millions de francs dans les prestations complémentaires et de 120 millions de francs dans l'aide sociale. Cette dernière estimation doit être prise avec prudence car les bases statistiques sont particulièrement lacunaires (cf. chap. 7).

Le financement par les ménages

La structure du financement par les ménages privés enregistre la première "onde de choc" de la LAMal. Les primes nettes d'assurance-maladie⁷ augmentent de plus de 1.7 milliards de francs et les participations des assurés aux frais progressent de 400 millions environ, tandis que les paiements directs correspondant aux prestations non remboursées par les assurances sociales marquent le pas avec une hausse modeste de quelque 100 millions de francs.

Figure 8.4: Financement par les ménages, en millions de francs



source: *Tableau 8.2*

Les effets de la LAMal sur l'évolution des parts de financement sont encore plus évidents: ces parts ne présentent que de faibles variations entre 1994 et 1995 mais les écarts sont marqués entre 1995 et 1996: les primes passent de 33.8% à 36.8%, les

⁷ Après déduction de toutes subventions publiques mais tenant compte des variations des réserves des assureurs maladie, à distinguer les primes facturées aux assurés pour l'année considérée.

participations aux frais de 4.1% à 4.9% tandis que les prestations non couvertes (out of pocket) reculent de 26.4% à 25.3%.

8.2 Conclusion et suite des travaux

Au moyen des statistiques disponibles pour la période sous revue et au moment de l'étude - 2^e semestre 1997 - les premiers effets de la LAMal sur le financement de l'assurance-maladie et du système de santé ont pu être identifiés et chiffrés. Toutefois, une grande prudence s'impose sur les conclusions à tirer de ces résultats, tant les bases statistiques sont encore lacunaires. De plus, la nouvelle législation est encore loin d'avoir déployé ses effets dans toute leur ampleur.

Si les premiers effets attendus de la LAMal sont souvent perceptibles dans l'évolution de la structure du financement tant de l'assurance-maladie de base que dans le système de santé et dans les autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires et aide sociale), les conséquences moins directes, singulièrement la compression des coûts dans le système de santé, ne pourront être étudiées que plus tard. Les changements structurels auprès des fournisseurs de soins particulièrement concernés par l'application de la nouvelle loi (hôpitaux, établissements médico-sociaux, soins à domicile) ne sont pas encore mesurables: les bases des statistiques antérieures sont souvent insuffisantes pour garantir la comparabilité avec les chiffres des nouvelles sources de données qui commencent à être disponibles [Bandi (1997)].

Conformément aux exigences de la loi, l'étude devra donc être poursuivie pour établir avec un plus grand recul et une plus grande précision les effets de la LAMal quant au financement dans l'assurance-maladie, le système de santé et les autres régimes de la protection sociale. L'OFS a d'ores et déjà fait des propositions concrètes pour la suite de ce projet.

8.3 Bibliographie

Bandi, T., 1997, Bases de décision dans l'assurance-maladie: amélioration en vue?, dans: *Sécurité social*, 5/97, 282-285.

Donini, F. et G. Sottas, 1997, La franchise à option sous la loupe, dans: *Sécurité social*, 2/97, 77-80.

OFAS, 1998, Réduction de primes selon la LAMal: premières expériences, dans: *Sécurité social*, 1/98, 10-12.

Annexes

A Santé et prévoyance sociale dans la statistique financière des collectivités publiques

La comptabilité des collectivités publiques en Suisse peut se concevoir comme un instrument chargé de présenter un grand nombre de données, aussi bien pour l'administration que pour l'économie. Pour qu'elle puisse répondre à ces exigences, les budgets et les comptes doivent être structurés de manière appropriée à tous les niveaux de l'État. Ceci signifie, par exemple, qu'il y a lieu de distinguer dans les comptes administratifs entre les transactions courantes (consommation) et les activités d'investissement, afin que les coûts subséquents des objets d'investissement soient transparents et que les fonctions de planification et de décision puissent être assumées.

Question examinée:

- 1) Quels comptes de la statistique des finances publiques reflètent-ils les interdépendances entre les collectivités publiques, et donc les flux financiers dans les domaines de la santé et de la prévoyance sociale?
- 2) Selon quels critères de nature les comptes publics sont-ils organisés? Est-il possible d'identifier et, le cas échéant, de quantifier les flux financiers?
- 3) Comment s'écoulent les flux financiers lorsque les comptes publics sont organisés selon les domaines fonctionnels?
- 4) Peut-on identifier les comptes qui montrent, directement ou indirectement, les conséquences financières d'une révision de la législation dans le domaine de l'assurance-maladie?

La statistique de finances publique revêt une importance considérable, étant donné que les collectivités publiques sont fortement engagées dans les domaines de la santé et de la prévoyance sociale. Elle constitue actuellement l'unique base de données cohérente dans ce domaine. Nous commencerons par une brève introduc-

tion à la comptabilité publique, avant de rechercher si les effets financiers de la nouvelle LAMal s'y retrouvent. Concrètement, nous allons examiner les questions.

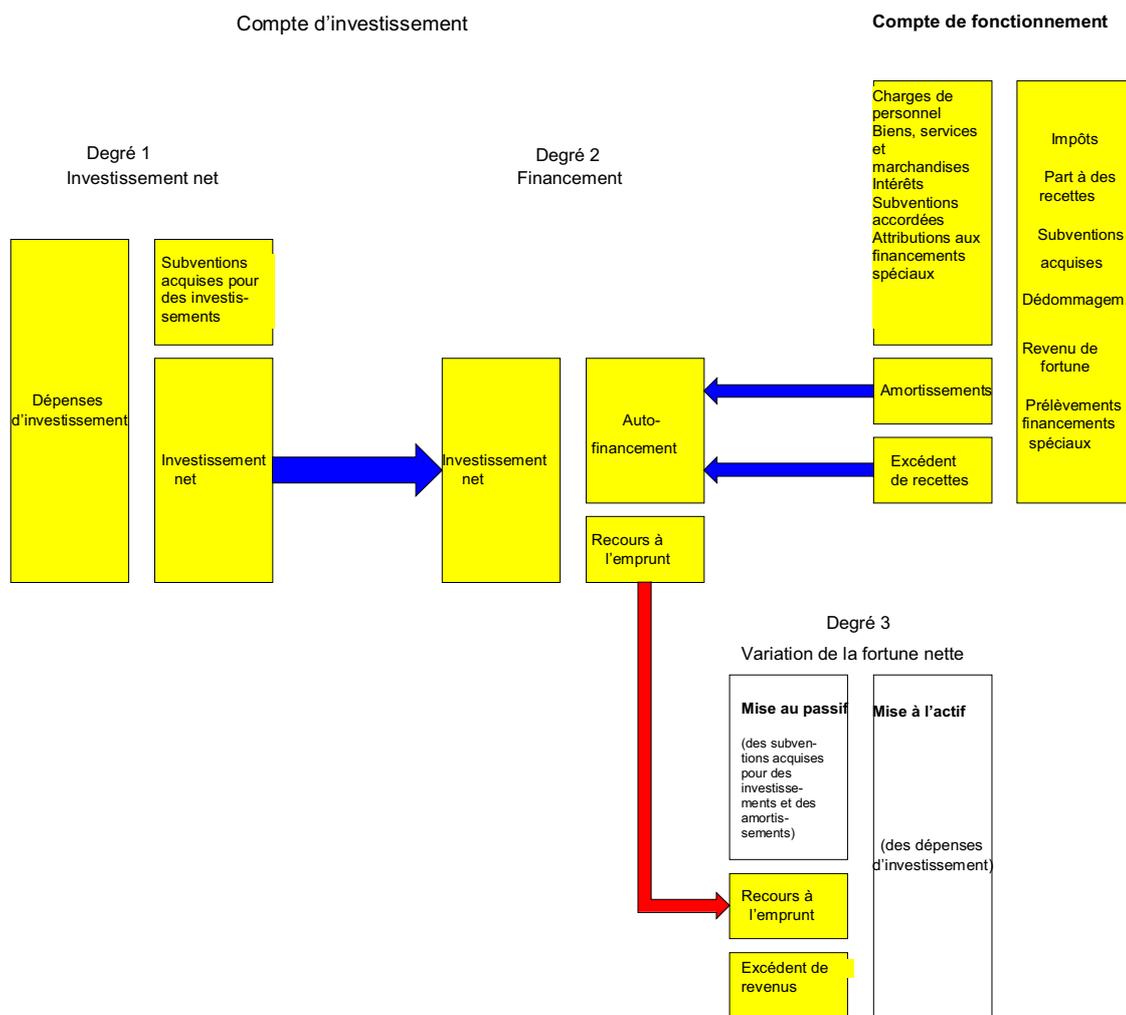
Pour répondre à ces questions, nous commencerons par présenter brièvement le plan comptable des collectivités publiques. Nous renonçons à la présentation des comptes de stocks (états) et de clôture, car les flux financiers ne se trouvent que dans les comptes administratifs (flux). Suivra une brève explication des groupes de comptes afin de mettre en évidence les critères de nature qui président à la présentation des comptes. Nous présenterons ensuite les comptes de fonctionnement de toutes les collectivités publiques dans les domaines de la santé et de la prévoyance sociale afin d'en donner un aperçu quantitatif. Finalement, nous distinguerons les dépenses et les recettes des collectivités publiques en fonctions des tâches qu'elles ont à accomplir. Cette distinction fonctionnelle prend une importance tout à fait déterminante, car elle permet de rendre les charges visibles dans chacun des domaines considérés.

Modèle de comptes des collectivités publiques

Le compte administratif des collectivités publiques se divise entre compte de fonctionnement et compte d'investissement (voir la Figure A.1). Le compte de fonctionnement met en regard les charges d'une part, c'est-à-dire les paiements courants à des tiers, les amortissements et les dépenses diverses, et les recettes d'autre part. Le solde de ces deux grandeurs donne le résultat de couverture. S'il y a un excédent de dépenses, alors la création de fortune est inférieure à sa dissipation. Si, comme dans la figure, il y a excédent de recettes, alors la création de fortune est supérieure à sa dissipation. Les amortissements et l'excédent de recettes représentent les moyens propres permettant de financer de nouveaux investissements. Ainsi, le compte de fonctionnement répond entre autres, grâce aux données qu'il saisit, à la question de savoir dans quelle mesure la Confédération, les cantons ou

les communes, qui fonctionnent selon certains principes visant en particulier un degré raisonnable d'autofinancement, ont vu croître ou diminuer leur fortune.

Figure A.1: Représentation schématique du compte administratif



source: d'après la Conférence des directeurs cantonaux des finances (1982, p. 20)

De son côté, le compte d'investissement saisit les dépenses qui reflètent l'acquisition d'actifs dans des buts publics. Il est évident que les dépenses d'investissements des différentes collectivités publiques ne sont comparables que si l'on part d'une notion commune d'investissement. Sinon le compte administratif ne peut plus être différencié en deux comptes partiels, car les mêmes postes de dépenses du compte de différentes collectivités publiques sont comptabilisés de manière

différente. C'est pourquoi le traitement uniforme de la notion d'investissement revêt une importance déterminante. La *Conférence des directeurs cantonaux des finances* (1982) a tenté de définir cette notion: constituent des investissements toutes les dépenses d'une collectivité publique effectuées pour l'acquisition de valeurs patrimoniales (actifs) rendant possible leur utilisation nouvelle pendant plusieurs années (aux plans quantitatif et qualitatif).¹

Si les dépenses publiques sont classées de cette façon, le compte d'investissement se boucle alors à trois degrés (voir la Figure A.1). Le premier degré donne le solde de l'augmentation nette ou de la diminution nette des investissements. À côté des dépenses d'investissements d'une année, il indique les montants d'investissements reçus des collectivités publiques hiérarchiquement supérieures dans le cadre de la péréquation financière.

Le deuxième degré rassemble le compte de fonctionnement et le compte d'investissement. Quand le solde du compte de fonctionnement et des amortissements ne suffit pas au financement des investissements nets, le solde de ce degré représente le montant manquant. Il indique donc la part de capital étranger pendant la période comptable, indispensable au financement des investissements nets. Par contre, si l'on obtient un excédent de financement, celui-ci peut servir, par exemple, au remboursement des dettes ou à des placements. Le solde du deuxième degré est reporté sur le troisième degré qui représente la modification en capital.

Ceci nous permet de tirer la conclusion suivante:

Conclusion A.1:

Le compte administratif des collectivités publiques se subdivise en compte de fonctionnement et compte d'investissement. Alors que le compte de fonctionnement donne le résultat de couverture d'une période comptable, le compte d'investissement indique le mode de financement des investissements nets et la modification du capital qui en découle.

¹ Pour la mise en œuvre de cette définition, voir *Conférence des directeurs cantonaux des finances* (1982), p. 64ss

Répartition du compte administratif selon des critères de nature

La saisie et la compréhension des comptes publics ainsi que la possibilité de comparer entre elles différentes collectivités publiques requièrent un schéma comptable uniforme. C'est dans ce but que l'on a élaboré un modèle de comptes tenant compte des besoins spécifiques des collectivités publiques. Il comporte les sept classes de comptes suivantes:

Bilan	1	Actif
	2	Passif
Compte de fonctionnement	3	Charge
	4	Revenus
Compte d'investissement	5	Dépenses
	6	Recettes
Clôture	9	Clôture

Ces classes de comptes sont à leur tour subdivisées en groupes de comptes (identifiés par des nombres à deux chiffres) et en comptes de regroupement (trois chiffres) où les comptes s'organisent selon des critères financiers et d'économie politique. Le Tableau A.1 montre que la structure de base du compte s'oriente selon une organisation de la statistique financière qui relève de l'économie politique.

Les dépenses du compte de fonctionnement contiennent quatre groupes de comptes qui reflètent les flux financiers entre les collectivités publiques. Le groupe 34 *Parts et contributions sans affectation* saisit les parts légales aux recettes de la part d'autres collectivités publiques dont la collectivité bénéficiaire peut déterminer librement la destination. Ces postes de dépenses comportent notamment les montants versés aux communes au titre de la péréquation financière. Les subventions accordées, liées (groupe 36), saisissent les prestations non-remboursables effectuées avec des moyens propres et destinées à la consommation. Le destinataire de

ces montants n'a pas à fournir de contre-prestation. Au niveau de la Confédération, c'est là que l'on trouve en particulier les contributions aux assurances sociales et, dans les cantons et les communes, les contributions pour les hôpitaux et établissements médico-sociaux par exemple.

Tableau A.1: Groupes de comptes du compte administratif

Compte de fonctionnement		Compte des investissements	
3	<i>Charges</i>	5	<i>Dépenses</i>
30	Charges de personnel	50	Investissements propres
31	Biens, services et marchandises	52	Prêts et participations permanentes
32	Intérêts passifs	56	Subventions accordées
33	Amortissements	57	Subventions redistribuées
34	Parts et contributions sans affectation	58	Autres dépenses à porter à l'actif
35	Dédommagements à des collectivités publiques	59	Report au bilan
36	Subventions accordées		
37	Subventions redistribuées		
38	Attributions aux financements spéciaux		
39	Imputations internes		
4	<i>Revenus</i>	6	<i>Recettes</i>
40	Impôts	60	Transferts au patrimoine financier
41	Patentes, concessions	61	Contributions de tiers
42	Revenu des biens	62	Remboursement de prêts et participations permanentes
43	Contributions	63	Facturation à des tiers
44	Parts à des recettes et contributions sans affectation	64	Remboursement de subventions accordées
45	Dédommagements de collectivités publiques	66	Subventions acquises
46	Subventions acquises	67	Subventions à redistribuer
47	Subventions à redistribuer	68	Reprise des amortissements
48	Prélèvements sur les financements spéciaux	69	Report au bilan
49	Imputations internes		

source: *Conférence des directeurs cantonaux des finances (1982)*

Contrairement aux subventions accordées, le groupe 37 saisit les subventions redistribuées qu'une collectivité publique reçoit d'autres collectivités publiques au profit de tiers à qui elle doit les redistribuer. Les bénéficiaires peuvent être à nouveau des hôpitaux, établissements médico-sociaux, quel que soit leur statut, institution autonome publique, entreprise d'économie mixte ou institution privée. Finalement, le groupe 35 comptabilise les *dédommagements à une collectivité publique*

pour une autre tâche qu'elle accomplit entièrement ou en partie dans un but d'intérêt public et qui relève d'une autre collectivité publique en raison d'une répartition des tâches. C'est là que se trouvent, par exemple, les frais de séjour de patients dans d'autres institutions ou des dédommagements à des communes pour frais d'administration encourus.

Du côté des revenus du compte de fonctionnement, se trouvent également des groupes de comptes déterminants pour constater l'imbrication des collectivités publiques entre elles. En premier lieu, se trouvent les *dédommagements*. Il s'agit avant tout des revenus de prestations et de livraisons exécutées par une collectivité publique pour des tiers. Dans le domaine de la santé, on trouve essentiellement dans le groupe 43 les taxes des hôpitaux et homes médicalisés, mais aussi des remboursements de prestations sociales, prestations d'assurance et primes d'assurance. Alors que le groupe *Parts à des recettes et contributions sans affectation* reçoit surtout les subventions cantonales et les parts à des impôts de consommation spéciaux, le groupe 45 *Dédommagements de collectivités publiques* pour prestations fournies rassemble les montants correspondant à des activités relevant de la compétence d'autres collectivités publiques. Par contre, le groupe 46 saisit toutes les subventions courantes destinées à la collectivité publique elle-même et dont l'emploi est soumis à une affectation précise. En font notamment partie les prestations complémentaires AVS / AI et les subventions destinées à la santé.

Les dépenses d'investissement contiennent, en plus des biens, services et marchandises pour les établissements médico-sociaux, les hôpitaux, etc., également le financement de ces constructions par le biais de prêts et de participations, ou de subventions d'encouragement des investissements (groupes de comptes 52, 56 et 57). Les recettes d'investissement correspondent à la sortie de biens, services et marchandises, aux remboursements de prêts et participations permanentes ainsi qu'au remboursement de subventions accordées.

Nous arrivons ainsi à la conclusion suivante:

Conclusion A.2:

Le plan comptable des collectivités publiques se subdivise en différents groupes. Les dédommagements et remboursements, ainsi que diverses subventions et indemnités à d'autres collectivités publiques sont particulièrement pertinents dans le compte de fonctionnement, car ils reflètent l'imbrication financière des collectivités publiques entre elles, et donc les flux financiers entre les différents niveaux de l'État.

À la suite de cette conclusion, il convient de se demander quelle est l'importance quantitative des groupes de comptes du compte administratif. Le Tableau A.2 présente les charges et les revenus du compte de fonctionnement ainsi que le compte d'investissement de la Confédération, des cantons et des communes dans le domaine de la santé et de la prévoyance sociale.²

Un tel compte d'ensemble ne manque pas de poser des problèmes, car il faut consolider toutes les transactions financières. Les subsides de la Confédération aux cantons se retrouvent ainsi aussi bien dans les comptes de la Confédération que dans ceux des cantons. Il en résulte que de tels transferts entre collectivités publiques doivent s'éliminer en tant que doubles imputations. Pour être en mesure d'interpréter les flux financiers, il y a donc lieu d'apurer les charges et les revenus en conséquence.

Si l'on examine les comptes de fonctionnement dans les deux domaines considérés pour les exercices 1993 - 1995, on constate alors qu'ils ont connu des évolutions précisément opposées. Alors que l'excédent de charges pour la santé a légèrement diminué de 4,46 milliards de francs (1993) à 4,33 milliards de francs (1995), il a augmenté de 9% pour la prévoyance sociale en passant de 15,45 milliards de francs (1993) à 16,86 milliards de francs (1995). On constate encore que les groupes de comptes 34 à 37 (Parts, subventions et dédommagements) dans le domaine de la santé n'ont avec 18% du total qu'une importance très relative en comparaison avec les frais de personnel.

² Ce tableau ne contient que les données relatives aux trois années qui précèdent l'introduction de la LAMal, car les charges des communes pour 1996 ne seront connues qu'en automne 1998.

Ceci est toutefois compréhensible, car les hôpitaux et homes médicalisés emploient beaucoup de personnel. Dans le domaine de la prévoyance sociale, ce sont les (*parts, subventions et dédommagements*) qui dominent les charges courantes. Les recettes courantes dénotent également de fortes différences. Dans le domaine de la santé, les recettes provenant de dédommagements sont plus de quatre fois plus élevées que celles attribuées aux subventions et remboursements. Le rapport s'inverse dans le cas de la prévoyance sociale: la part des groupes de comptes 45 - 47 aux recettes dépassent largement les dédommagements.

Tableau A.2: Dépenses et recettes des collectivités publiques dans les domaines de la santé et de la prévoyance sociale, réparties par nature, en milliers de francs

Groupe par nature	Santé			Prévoyance sociale		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
COMPTE DE FONCTIONNEMENT	4'464'204	4'443'515	4'329'587	15'469'749	16'079'530	16'856'723
3 <i>CHARGES COURANTES</i> ¹⁾	12'611'080	12'924'286	13'228'805	17'383'872	18'295'418	19'118'580
30 Charges de personnel	8'719'438	8'811'718	9'034'488	1'575'555	1'663'763	1'722'798
31,32 Biens, services, marchandises et intérêts	3'254'395	3'374'600	3'528'107	559'232	600'314	618'750
34-37 Parts, subventions, dédommagements	2'484'522	2'437'238	2'325'282	17'592'090	18'525'197	19'732'796
4 <i>REVENUS COURANTS</i> ¹⁾	8'146'876	8'480'771	8'899'218	1'914'123	2'215'888	2'261'857
40-42, 44 Impôts et contributions, Revenus de la fortune, divers	67'324	68'209	71'204	300'828	295'249	287'781
43 Dédommagements	8'007'003	8'334'545	8'739'994	1'503'602	1'707'735	1'740'983
45-47 Subventions et remboursements	1'919'817	1'777'289	1'747'092	2'451'486	2'687'413	3'186'516
COMPTE D'INVESTISSEMENT	995'646	969'976	978'379	2'316'484	2'735'914	-151'552
5 <i>DÉPENSES D'INVESTISSEMENT</i> ¹⁾	1'038'887	1'002'402	994'862	2'499'096	2'830'004	734'820
50 Marchandises, biens et services	888'800	865'866	874'482	207'577	239'663	235'968
52 Prêts et participations	10'498	6'243	4'215	2'077'875	2'408'681	295'465
56,57 Subventions	307'539	273'526	334'991	213'644	237'368	258'425
6 <i>RECETTES D'INVESTISSEMENT</i> ¹⁾	43'241	32'426	16'483	182'612	94'090	886'372
64-67 Subventions	201'397	164'217	228'963	73'035	68'284	66'635
60-63 Autres recettes d'investissement	9'793	11'442	6'345	113'242	81'472	874'601

1) Les doubles imputations ne figurent pas dans le total

source: *Finances publiques en Suisse (1993-1995)*

Par contre, le compte d'investissement présente une image hétérogène. L'excédent de dépenses dans le domaine de la santé diminue de près de 996 millions de francs (1993) à 970 millions de francs (1994), puis augmente légèrement à 978 millions de francs (1995). Les subventions représentent ici près de 30% des dépenses d'investissement. Dans le cas de la prévoyance sociale, les excédents de dépenses augmentent certes de 2,3 milliards de francs (1993) à 2,7 milliards de francs (1994), mais se transforment en excédent de recettes en 1995 de près de 0,2 milliard de francs. Cette évolution est due à des changements dans le secteur des prêts et participations. Ces postes se montaient à 2,1 milliards de francs en 1993 et à 2,5 milliards en 1994, pour diminuer très fortement à seulement 0,3 milliard de francs en 1995.³

Ces considérations nous amènent à la conclusion suivante:

Conclusion A.3:

Si l'on considère l'ensemble des collectivités publiques, les participations, subventions et dédommagements prennent une importance considérable dans les comptes de fonctionnement de la prévoyance sociale. Par contre, dans le domaine de la santé, ce sont les charges de personnel qui dominent dans les dépenses courantes, comme l'on pouvait s'y attendre. Dans les recettes, ce sont les dédommagements pour taxes d'hôpital et de homes médicalisés qui prennent le pas.

Répartition du compte administratif selon des critères fonctionnels

La répartition des recettes et des dépenses du compte administratif selon leur nature doit être complétée. En effet, la diversité institutionnelle des collectivités publiques et le fait qu'un service soit souvent chargé d'accomplir plusieurs tâches font que cette répartition par nature ne suffit pas à la transparence des comptes et rend difficile leur comparaison au niveau agrégé. C'est pourquoi il a été procédé à

³ Pour les raisons de cette évolution, voir le tableau A4.

une répartition des comptes d'après les secteurs d'activité (répartition dite fonctionnelle). La statistique des finances publiques distingue neuf secteurs d'activité:

- 0 Administration générale
- 1 Sécurité publique
- 2 Enseignement et formation
- 3 Culture et loisirs
- 4 Santé
- 5 Prévoyance sociale
- 6 Trafic
- 7 Protection et aménagement de l'environnement
- 8 Économie publique
- 9 Finances et impôts

Ce sont les domaines de la santé et de la prévoyance sociale qui sont pertinents pour l'examen des effets de la nouvelle LAMal. Ces deux éléments peuvent à leur tour être plus finement subdivisés comme le montre le Tableau A.3. Quelques notions clés ont été ici retenues, telles que la *Conférence des directeurs cantonaux des finances* (1982) les a retenues pour pouvoir affecter correctement les écritures comptables aux différents secteurs d'activité.

La subdivision fonctionnelle de la santé dans le compte administratif s'oriente essentiellement en fonction du type des prestations fournies. On fait la distinction entre les soins ambulatoires d'une part, et les soins stationnaires dans les hôpitaux, les cliniques psychiatriques, les homes médicalisés et maisons de repos, d'autre part. Il existe par ailleurs encore une rubrique intitulée *Autres dépenses de santé* dans laquelle sont saisies les pharmacies, les drogueries et les transports de malades. La prévoyance sociale comprend d'une part les différents secteurs de l'assurance sociale et, d'autre part, l'important secteur de l'assistance.

Tableau A.3a: Répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques dans les domaines de la santé

4	Santé
40	Hôpitaux Hôpitaux pour enfants, polycliniques, centres de paraplégiques, pharmacie des hôpitaux, hôpitaux
41	Homes médicalisés Maisons de repos, établissements thermaux, homes médicalisés, cliniques pour rhumatisants, sanatoriums maisons pour malades chroniques
42	Cliniques psychiatriques
44	Soins ambulatoires Secours aux accouchées, sœurs-visitantes, assistance et soins aux malades, sociétés de samaritains, maisons de soins, sages-femmes, préparation à l'accouchement.
45	Prophylaxie, lutte contre les maladies
46	Service médical des écoles
47	Contrôle des denrées alimentaires
49	Autres dépenses de santé Ambulances, hygiène du travail, analyses bactériologiques, désinfections, services de santé, commission de la santé, mesures d'hygiène, médecins officiels, contrôle des médicaments, garde de sauvetage, police sanitaire, informations concernant la santé, transport des malades, toxicologie, conseils en alimenta- tion

source: *Conférence des directeurs cantonaux des finances (1982)*

Le Tableau A.3 montre encore que la rubrique 52 sépare l'assurance-maladie des autres éléments. Sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance maladie et accidents (LAMA), c'est là que se retrouvaient les contributions aux caisses-maladie sans la contribution de l'employeur, la réduction de primes aux caisses-maladie ainsi que les contributions aux caisses-maladie pour indigents. Depuis le 1^{er} janvier 1996, l'on n'y trouve plus que les contributions pour la réduction de primes. Les changements dans le domaine de l'assurance-maladie qui exercent une influence directe sur les comptes publics se reflètent donc sous cette rubrique.

Tableau A.3b: Répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques dans les domaines de la prévoyance sociale

5	Prévoyance sociale
50 Assurance-vieillesse et survivants	58 Assistance
51 Assurance-invalidité	580 Assistance aux personnes âgées Assistance judiciaire et juridique, abonnements pour personnes âgées, Pro Senectute, aide complémentaire à la vieillesse, assistance aux survivants, aide aux personnes âgées, fondations pour la vieillesse
52 Assurance-maladie Contributions aux caisses-maladie (sans la contribution de l'employeur), réduction de primes aux caisses-maladie, Contribution aux caisses-maladie pour indigents	581 Aide aux indigents Commission d'aide aux indigents, assistance aux indigents, secours aux économiquement faibles, assistance publique
53 Autres assurances sociales	582 Office du travail Protection des travailleurs, syndicats, office du travail, aide aux chômeurs, réserve de travail pour chômeurs, placement des chômeurs, recyclage des chômeurs, recherche de travail, réserve pour la création d'emplois, autorisations de travail, contrôle du travail à domicile, aide en cas de crise, fonds de secours aux chômeurs, commission de recours Pour l'assurance chômage
530 Prestations complémentaires AVS	583 Aide suisse à l'étranger Aide suisse à l'étranger, rapatriement des Suisses de l'étranger
531 Prestations complémentaires AI	589 Autres tâches d'assistance Conseils conjugaux, protection de la famille, vacances pour tous, aide aux réfugiés, protection de la femme, associations et sociétés de bienfaisance, aide aux victimes d'incendies, aide lors de catastrophes naturelles, de secours, organisations d'entraide de toute organisations sorte, protection des détenus libérés, soupes populaires. actions à prix réduits, secours d'hivers, service de recouvrement des pensions alimentaires, aide aux montagnards, aide à la famille, aide aux étrangers en Suisse, service des repas à domicile, sociétés d'utilité publique
532 Assurance-chômage	59 Actions d'entraide
533 Caisses de compens. pour alloc. fam.	
534 Assurance-accidents	
535 Allocations perte de gain (Conf. Seulement)	
54 Protection de la jeunesse P. ex.: Offices des mineurs, aides à la jeunesse, maisons des Jeunes, auberges de jeunesse, secrétariat de la jeunesse	
55 Invalidité P. ex.: Aveugles, réinsertion dans la vie normale, ateliers protégés, établissements et homes pour invalides	
56 Construction de logements P. ex. Allocations de loyer, aides pour le logement	
57 Homes pour personnes âgées (y compris exploitations annexes) Maisons pour personnes âgées, homes (sans malades chroniques), établissements pour personnes âgées, Établissements pour assistés, homes pour bourgeois	

source: *Conférence des directeurs cantonaux des finances (1982)*

On remarque également que les rubriques font parfois l'objet d'une description très détaillée. C'est ainsi que, sous *Homes médicalisés*, on retrouve des institutions telles que les maisons de repos, établissements thermaux, homes médicalisés, cliniques pour rhumatisants, sanatoriums et maisons pour malades chroniques. Cette subdivision très fine peut certes faciliter les imputations comptables, mais elle présente le risque de susciter des conflits de contenu avec d'autres rubriques.

Ce genre de problèmes d'affectation existe par exemple avec la rubrique 57 *Homes pour personnes âgées*. On y trouve "maisons pour personnes âgées", "homes (sans malades chroniques)", "établissements pour personnes âgées", "établissements pour assistés" et "homes pour bourgeois". Cependant, surtout dans les petites communes, des homes pourraient être attribués en bloc à l'une ou l'autre des catégories avec pour conséquence que des institutions ressortissant effectivement du secteur de la santé se trouvent comptabilisées dans le secteur de la prévoyance sociale.

Des problèmes semblables surgissent dans le cas de l'assistance. La rubrique *Assistance* comprend par exemple "l'assistance aux personnes âgées", mais aussi d'autres aspects de l'assistance tels que "aides à la famille" ou "service de recouvrement des pensions alimentaires". Par ailleurs, "l'aide à la jeunesse" se trouve sous la rubrique 54 *Protection de la jeunesse*, les "allocations de secours aux invalides" dans le secteur *Invalidité* et les "aides pour le logement" sous la rubrique 56 *Encouragement à la construction de logements*. La répartition des contributions d'assistance sur autant de rubriques différentes risque donc de compliquer sérieusement un examen d'ensemble et la comparaison des effets de la LAMal sur les flux financiers dans le domaine de l'assistance, bien qu'un plan comptable unifié existe et que la transparence des comptes soit assurée (voir à ce sujet le chapitre 7).

Le secteur de l'assistance est toutefois généralement très hétérogène et les flux financiers effectifs ne sont saisis qu'avec une grande imprécision en raison de cette subdivision très fine. De plus, la pratique comptable peut varier énormément d'une commune à l'autre et il n'est donc pas étonnant que la révision de la rubrique 58 soit souvent réclamée [voir *Rossini (1995)*].

Nous pouvons tirer de ce qui précède la conclusion suivante:

Conclusion A.4:

Le compte administratif peut être subdivisé non seulement selon la nature des montants, mais aussi par fonctions (catégories de tâches). On constate dans ce cas qu'il y a, en plus de la rubrique séparée *Assurance-maladie* des rubriques telles que l'*Assistance* qui risquent fort d'être à l'origine d'une déviations par rapport à la fonction effective de la dépense. L'interprétation des chiffres est rendue d'autant plus difficile que l'on se trouve ici en présence de problèmes de répartition entre les différentes rubriques.

Les flux financiers du compte administratif, tels que les présente le Tableau A.2, peuvent maintenant être redistribués d'après des critères fonctionnels. Le Tableau A.4 montre, pour les exercices 1993 - 1995, les soldes du compte de fonctionnement, du compte d'investissement ainsi que la charge nette pour chacun des domaines fonctionnels.⁴ La charge nette telle qu'elle ressort des soldes du compte de fonctionnement et du compte d'investissement revêt néanmoins une importance considérable, car elle reflète la charge des collectivités publiques pour un exercice donné.

Dans le domaine de la santé, la charge nette des collectivités publiques est demeurée presque constante pendant les années 1993 - 1995. Elle a légèrement diminué de 5,5 milliards de francs (1993) à 5,4 milliards de francs (1994) et finalement à 5,3 milliards de francs. Les soins dans les établissements de santé représentent le poste de charges le plus élevé et revêtent donc une importance toute particulière. Leur part de la charge nette pendant toute cette période est de l'ordre de 84%. Les soins médicaux ambulatoires ne jouent qu'un rôle secondaire dans le compte administratif, avec seulement tout juste 4%.

Dans le domaine de la prévoyance sociale, les rubriques des assurances sociales représentent ensemble près de 76% de la charge nette pour 1993 et 1994. Cette part

⁴ Nous ne disposons pas encore de données complètes pour 1996, de sorte que l'on ne voit ici que la situation immédiatement avant l'entrée en vigueur de la LAMal.

diminue cependant à 72% en 1995. La part de l'assurance-maladie à l'ensemble des assurances sociales recule pendant cette période de 14,7% (1993) à 13,6% (1994), pour remonter ensuite à 17,4% en 1995.

Tableau A.4: Compte administratif des collectivités publiques présenté d'un point de vue fonctionnel, en milliers de francs

Fonction	Compte de fonctionnement (Dépenses courantes ./. recettes courantes)			Compte d'investissement (Dépenses d'investissement ./. recettes d'investissement)			Charge nette totale (compte de fonctionnement + compte d'investissement)		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995	1993	1994	1995
4 SANTÉ	4'464'204	4'443'515	4'329'587	995'646	969'976	978'379	5'459'850	5'413'491	5'307'967
40 Hôpitaux	2'731'229	2'729'769	2'586'073	685'815	680'864	718'916	3'417'043	3'410'633	3'304'990
41 Homes médicalisés	291'341	335'307	341'029	178'157	152'367	116'874	469'497	487'674	457'903
42 Cliniques psychiatriques	625'276	605'357	578'222	87'479	101'691	98'298	712'755	707'048	676'520
44 Soins ambulatoires	196'331	180'016	188'881	1'546	3'018	2'520	197'877	183'035	191'402
45 Prophylaxie	203'214	180'657	210'508	14'966	9'172	11'146	218'180	189'829	221'654
46 Service médical des écoles	83'156	83'037	103'163	1'303	497	1'456	84'459	83'534	104'619
47 Contrôle des denrées alimentaires	84'977	83'408	89'269	8'298	6'524	10'153	93'275	89'932	99'423
49 Autres dépenses de santé	248'681	245'964	232'441	18'082	15'842	19'015	266'763	261'806	251'457
5 PRÉVOYANCE SOCIALE	15'469'749	16'097'530	16'856'723	2'316'484	2'735'914	-151'552	17'786'233	18'833'444	16'705'172
50 Assurance-vieillesse et survivants	4'410'116	4'497'343	4'743'375	2'473	2'190	2'041	4'412'589	4'499'534	4'745'417
51 Assurance-invalidité	2'877'895	3'118'090	3'269'153	1'919	1'940	1'787	2'879'813	3'120'029	3'270'940
52 Assurance-maladie	1'988'111	1'931'991	2'096'863	537	549	-11'699	1'988'648	1'932'540	2'085'164
53 Autres assurances sociales	2'378'901	2'450'113	2'494'007	1'882'903	2'257'149	-596'760	4'261'805	4'707'261	1'897'247
530 Prestations complémentaires AVS	1'599'277	1'668'347	1'641'347	55	56	35	1'599'333	1'668'403	1'641'381
531 Prestations complémentaires AI	491'574	504'823	582'027	55	56	35	491'630	504'879	582'062
532 Assurance-chômage	-470	3'289	4'543	1'879'853	2'254'560	-598'637	1'879'383	2'257'849	-594'095
533 Caisse de compensation pour allocations familiales	5'218	4'712	4'172	0	0	0	5'218	4'712	4'172
534 Assurance-accidents	283'302	268'942	261'919	2'940	2'477	1'808	286'241	271'419	263'726
54 Protection de la jeunesse	587'666	557'159	564'788	19'764	36'317	23'362	607'430	593'476	588'150
55 Invalidité	159'971	168'917	221'172	39'207	39'915	37'387	199'178	208'832	258'558
56 Encouragement à la construction de logements	210'479	219'748	223'032	156'818	139'212	114'100	367'296	358'960	337'132
57 Homes pour personnes âgées	133'053	143'182	152'522	155'164	174'515	141'039	288'217	317'697	293'561
58 Assistance	2'688'885	2'966'029	3'061'541	56'398	82'835	134'790	2'745'283	3'048'864	3'196'331
580 Assistance aux personnes âgées	235'780	322'545	268'291	9'811	2'437	7'550	245'591	324'981	275'841
581 Aide aux indigents	825'033	855'411	928'196	-435	19	19	824'598	855'430	928'215
582 Offices du travail	301'968	367'561	428'750	7'421	28'579	31'663	309'389	396'139	460'413
583 Aide suisse à l'étranger	7'589	8'745	7'820	0	0	0	7'589	8'745	7'820
589 Autres tâches d'assistance	1'318'516	1'411'767	1'428'485	39'602	51'801	95'558	1'358'117	1'463'568	1'524'042
59 Actions d'entraide	34'673	44'958	30'271	1'302	1'292	2'401	35'975	46'250	32'672

source: *Finances publiques en Suisse (1993-1995)*

La catégorie 52 comptabilise les subventions et contributions des collectivités publiques. Une grande partie de ces contributions se retrouvent dans les comptes de l'assurance-maladie [voir la *Statistique de l'assurance-maladie* (1995, 1997)]. Les prestations complémentaires AVS / AI ne cessent d'augmenter pendant cette période. Si la part de cette charge nette à la charge totale en 1993 et 1994 est encore de 15%, elle monte fortement à 18,5% pour 1995. Ce saut est dû, entre autres causes, aux prestations complémentaires AI qui ont augmenté de 505 millions de francs en 1995 à 582 millions de francs.⁵

La principale cause de la diminution de la charge nette se trouve sous la rubrique 532 *Assurance-chômage* (voir plus haut le groupe de comptes 52 *Prêts et participations* dans le Tableau A.2). Cette grandeur très dépendante de la conjoncture se montait à presque 1,9 milliards de francs en 1994, a augmenté en 1994 jusqu'à 2,3 milliards de francs pour se transformer en 1995 en un excédent net de 0,6 milliard de francs. Cet excédent est dû à l'augmentation des cotisations d'assurance-chômage qui ont été relevées en 1995 de 2% à 3%. Par ailleurs, on constate un recul de 11,5% des dépenses [*Office fédéral de la statistique* (1997)].

Le deuxième secteur important de la prévoyance sociale est constitué par la rubrique 58 *Assistance*. Les excédents de dépenses des collectivités publiques dans ce domaine n'ont pas cessé de croître pendant cette période. S'ils étaient encore de 2,7 milliards de francs en 1993, ils ont augmenté de 11% à 3 milliards de francs en 1994. Un nouvel accroissement de 5% est intervenu en 1995. Cette année-là, la charge nette de la prévoyance sociale se monte à 3,2 milliards de francs (voir le chapitre 7). Mesurée à l'aune de la charge nette totale de la prévoyance sociale, l'assistance en représente un bon 15% en 1993 et 1994. Pour les motifs que nous avons évoqués plus haut, cette part est passée à 19% en 1995.

Nous sommes donc en mesure de tirer la conclusion suivante:

⁵ Voir le chapitre 6 sur les effets de la LAMal sur les prestations complémentaires.

Conclusion A.5:

La répartition fonctionnelle du compte administratif permet d'identifier les rubriques concernées par le nouveau financement de la LAMal. En plus de la rubrique pour l'assurance maladie où sont comptabilisés les subsides pour la réduction de primes, respectivement les subsides aux assureurs-maladie, on retrouve également dans la prévoyance sociale avec l'assistance et les prestations complémentaires AVS / AI.

La charge nette n'a pas cessé d'augmenter pendant les années qui ont précédé l'introduction de la LAMal dans ces deux domaines (santé et prévoyance sociale). Dans celui de la santé, ce sont notamment les comptes destinés aux secteurs hospitalier et ambulatoire qui reflètent d'importants flux financiers. On ne constate ici cependant pas de changement notable de la charge nette.

Pour une vue détaillée des deux ans précédant l'introduction de la LAMal et, dans la mesure où les données sont disponibles, de la première année sous le nouveau régime, les comptes de fonctionnement, les comptes d'investissements ainsi que les charges nettes seront publiés séparément dans une annexe C. La statistique des finances publiques est de ce fait documentée très en détail car, à côté de la Confédération et des comptes d'ensemble des cantons et des communes, on y trouve également les comptes administratifs de chacun des cantons et des communes par canton.

Bibliographie

Administration fédérale des finances (éditeur), 1996/97, *Finances publiques en Suisse 1993-1995*, Office fédéral de la statistique: Berne.

Conférence des directeurs cantonaux des finances (éditeur.), 1981, *Manuel de comptabilité des collectivités publiques*, Vol. I et II, édition 1982, Haupt: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, 1997, *Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération 1994/95*, OFAS: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, 1995, *Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération 1993*, OFAS: Berne.

Office fédéral de la statistique, 1997, *Annuaire statistique de la Suisse 1998*, NZZ: Zurich.

Rossini, Stéphane, 1995, *Budget social de la Suisse. Nécessités et perspectives, réalités sociales*: Lausanne.

Rossini, Stéphane, Martignoni, Yves-Laurent, 1997, *Système d'information intercantonal en matière d'aide sociale, cantons de la CRASS 1995. Dépenses d'aide sociale comparées des cantons de Berne, Fribourg, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura, Rapport final de recherche*, Haute-Nendaz, 1998.

B Qualité des sources statistiques

Les sources statistiques rassemblées et analysées sont qualitativement très différenciées. Leur pertinence dans cette étude doit être évaluée globalement et en détail sous l'angle de l'assurance-maladie, du système de santé et de la protection sociale. Toute source statistique a ses limites; d'une part, les séries chronologiques ne sont souvent homogènes que sur une courte période car la statistique s'adapte toujours aux changements dans le tissu économique et social; d'autre part, les données disponibles résultent de statistiques administratives des acteurs mêmes (fournisseurs de prestations de santé, assurances sociales, collectivités publiques, etc.) dont la première préoccupation n'est pas de favoriser la plus grande transparence globale dans la santé et la protection sociale.

Globalement, pour l'analyse des flux financiers potentiellement affectés par la LAMal, les données statistiques de base, moyennant certains aménagements, se situent à un niveau juste satisfaisant. Les chiffres avancés donnent pour la période d'observation 1994 à 1996 des estimations des flux de financement du système de santé et les premières indications sur les transferts de charges entre les financeurs (ménages, assurances sociales, Confédération, cantons, communes). Un recul de quelques années sera encore nécessaire pour tirer des conclusions mieux fondées.

La disponibilité des données statistiques, leur pertinence et leur limite sur le plan descriptif et interprétatif sont résumées dans les paragraphes qui suivent pour chacun des domaines d'analyse des flux financiers de cette étude. Nous n'abordons cependant pas les possibilités qu'ouvrent pour les prochaines années les nouvelles statistiques actuellement en plein développement telles que les statistiques administratives des assureurs maladie, les statistiques des établissements de santé, des fournisseurs de soins ambulatoires, ainsi que la statistique de l'aide sociale.

Assurance-maladie

La statistique de base est la statistique de l'assurance-maladie - assureurs reconnus par la Confédération - de l'OFAS. La série chronologique des données financières est homogène si le cadre comptable ne change pas. Cette condition est remplie pour les années 1994 à 1996.

Cette statistique permet d'établir, moyennant quelques aménagements un compte d'exploitation séparé pour chacune des trois branches d'assurance pratiquées par les caisses-maladie: assurance de base, assurances complémentaires, assurance d'une indemnité journalière. Elle permet ainsi, d'une part une analyse des coûts (prestations payées, coûts administratifs, coûts financiers) et d'autre part, une analyse du financement (primes, participations des assurés aux frais, subsides publics).

Cette statistique ne permet par contre pas de connaître par branche (assurance de base, assurances complémentaires) les montants des prestations payées aux différentes catégories de fournisseurs (par ex., physiothérapeutes, laboratoires d'analyses, soins à domicile). Globalement, on y trouve cependant les montants payés par les caisses-maladie selon des catégories agrégées de prestations: soins médicaux ambulatoires, chiropraticiens, médicaments, traitements stationnaires. Des données ponctuelles des statistiques du Concordat suisse des assureurs maladie - statistique des cas de maladie et statistique des assurés, assurance de base - permettent dans quelques cas des estimations des coûts plus fines selon le fournisseur de prestations.

L'abandon du versement des subsides fédéraux aux caisses-maladie et l'introduction du système de réduction des primes selon la capacité financière des ménages par les cantons font que les aides publiques ne sont en principe plus enregistrées comme recettes dans cette statistique. Le montant des primes est compté brut, c'est-à-dire sans déduction des subsides versés aux ménages pour

réduire leurs charges d'assurance-maladie. La LAMal induit donc en 1996 une rupture dans cette statistique. En conséquence et pour disposer d'une série aussi homogène que possible pour 1994, 1995 et 1996, il est nécessaire d'introduire pour l'analyse du financement de l'assurance-maladie de base les chiffres de la charge nette des collectivités publiques et de calculer des primes nettes de toutes subventions (voir chap. 8.1.1).

Réduction des primes

Pour l'analyse des flux financiers en relation avec la réduction des primes de l'assurance-maladie de base, trois sources statistiques doivent être prises en considération:

- La statistique de l'assurance-maladie, assureurs reconnus par la Confédération - de l'OFAS: comme déjà mentionné plus haut, cette statistique n'enregistre en principe que les subventions versées aux caisses-maladie. Elle présente donc une rupture de sa série chronologique sur le financement en 1996 en raison du nouveau système de réduction des primes par l'intermédiaire des cantons.
- La statistique des finances publiques: cette statistique est en principe la source de données la plus pertinente en se concentrant sur les chiffres du financement net, respectivement de la Confédération, des cantons et des communes. Le changement de système de subventionnement de la LAMal induit également quelques perturbations du fait que cette statistique enregistre à la manière comptable les flux financiers dans l'année du versement et non pas pour l'année du droit à la subvention (année du décompte OFAS). En d'autres mots, les chiffres de 1996 comprennent des montants de subventions versées selon l'ancien droit et les aides financières publiques octroyées pour 1996 sous le régime de la LAMal ne sont pas toutes enregistrées dans les flux de la comptabilité publique.

- Les statistiques de l'OFAS sur la réduction des primes: ce relevé auprès des cantons enregistre les subventions versées ou à verser et constitue un budget précis des aides publiques pour l'abaissement des primes d'assurance-maladie. La série chronologique ne commence bien sûr qu'en 1996.

Moyennant quelques précautions, la statistique des finances publiques est donc la source de données la plus adéquate pour cerner les flux financiers en rapport avec l'abaissement des primes de l'assurance-maladie pour plusieurs années. Toutefois, provisoirement pour l'année 1996, l'utilisation des chiffres du décompte de l'OFAS pour l'abaissement des primes constitue la solution offrant la meilleure homogénéité.

Systeme de santé

La statistique des coûts du système de santé de l'OFS offre les chiffres synthétiques d'une part sur les dépenses (fournisseurs de soins, biens et services consommés) et d'autre part sur les financements selon un modèle homogène sur plusieurs années. Cette statistique de synthèse souffre bien sûr des limites des statistiques de base qu'elle utilise mais n'en constitue pas moins un outil adéquat pour une première tentative d'analyse des effets de la LAMal tant sur le système de santé lui-même que sur son financement.

An niveau plus fin de l'analyse des coûts et des financements de quelques catégories de fournisseurs de prestations (établissements médico-sociaux et organisations de soins à domicile) en principe plus particulièrement concernés par la LAMal, les données chiffrées sont cependant insuffisantes pour tirer des conclusions sur les coûts et a fortiori sur la structure du financement.

Protection sociale

Deux régimes de protection sociale ont été analysés de manière approfondie afin de dégager des effets de la LAMal. Il s'agit du système des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC-AVS/AI) et de l'aide sociale. Pour l'étude des PC, il existe des données individuelles transmises annuellement à l'OFAS par les caisses cantonales de compensation. Ces données représentent de loin la base de données la plus intéressante pour l'étude des effets de la LAMal, avec cependant une limite importante: les remboursements des frais de maladie ne sont pas pris en compte. Pour pallier à ce problème, quelques cantons (en l'occurrence Berne, Argovie, Neuchâtel et Lucerne) ont commencé à relever ces frais de maladie de manière très détaillée, mais en dehors du fichier de données individuelles. Parmi ces frais de maladie, les frais dentaires, les frais de soins et d'aide à domicile ainsi que la quote-part et la franchise dans l'assurance-maladie sont de loin les postes les plus importants.

Si dans le domaine des PC les statistiques disponibles sont suffisantes pour relever les effets de l'introduction de la LAMal, cela n'est pas le cas dans le domaine de l'aide sociale, où les bases de données font largement défaut. Il n'existe actuellement aucune statistique à l'échelle de la Suisse permettant une comparaison entre types de prestations, dépenses d'aide sociale et nombre de bénéficiaires. La statistique des finances publiques, dont la classification fonctionnelle regroupe les dépenses des collectivités publiques par domaines et tâches sur la base d'un modèle unique, représente par conséquent la seule source disponible pour analyser de manière globale l'aide sociale¹.

Le contenu de la tâche "Assistance" de la classification fonctionnelle est cependant très hétérogène. Cette tâche intègre à la fois des postes qui ont souvent très peu de pertinence avec l'aide sociale, à l'exception de l'aide aux indigents qui concerne

¹ L'aide sociale est appelée assistance dans la statistique des finances publiques, qui lui consacre la tâche 58.

spécifiquement les aides matérielles et personnelles destinées à assurer le minimum vital d'existence. Les montants demeurent globaux et ne permettent pas de dégager des chiffres concernant spécifiquement la santé. De surcroît, lors de l'application de la classification fonctionnelle, les communes et les cantons conservent une marge d'interprétation importante susceptible d'induire des résultats inhabituellement différenciés. L'Administration fédérale des finances (AFF) procède à quelques corrections des données transmises par les cantons et les communes, de sorte que leur pertinence s'en trouve améliorée. Enfin, le fait que les données communales pour 1996 ne soient intégralement disponibles qu'après les délais prévus pour la remise du présent travail, limite fortement la portée de l'analyse de la statistique des finances publiques dans ce domaine.

En raison de ces difficultés, il a été nécessaire de recourir directement aux services des organes compétents dans les cantons, afin d'obtenir des données statistiques plus ciblées pour étudier les effets de l'entrée en vigueur de la LAMal sur l'aide sociale. Ces contacts au niveau cantonal ont démontré que très peu de cantons ont établi un bilan de l'entrée en vigueur de la LAMal. Le problème tient au fait qu'il n'est pas toujours possible d'isoler les frais concernant spécifiquement la santé incombant à l'aide sociale et donc d'estimer quantitativement les répercussions de la LAMal. Si donc toutes les informations rassemblées portent à croire qu'il y a eu un transfert de dépenses de l'aide sociale vers les assureurs et surtout vers le système de réduction des primes, son importance ne peut être estimée que de manière approximative. Par conséquent les estimations dans le domaine de l'aide sociale contenues dans le présent rapport traduisent une approche prudente, fondée sur des hypothèses restrictives.

