

Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale

**Rapport de l'Office fédéral de la statistique établi à l'attention de l'Office
fédéral des assurances sociales.**

Neuchâtel, mars 2000.

Coordination: Siffert Nicolas

Auteurs: Greppi Spartaco, Ritzmann Heiner,
Rossel Raymond, Siffert Nicolas

Office fédéral de la Statistique
Division de l'emploi et de la population
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel

Table des matières.....	1
Synthèse (français / allemand)	5
1. Introduction.....	17
2. Cadre d'analyse.....	19
2.1 Les assureurs LAMal.....	20
2.2 Le système de santé.....	20
2.3 Les régimes de protection sociale intervenant en amont de l'assurance-maladie.....	21
3. Conséquences dans l'assurance-maladie.....	23
3.1 Approche des coûts et du financement.....	23
3.2 Analyse du compte d'exploitation consolidé des assureurs LAMal	24
3.3 Evolution des coûts et du financement dans l'assurance de base	27
3.4 Evolution des coûts et du financement de l'assurance indemnités journalières selon la LAMal	29
3.5 Evolution des coûts et du financement dans les assurances complémentaires des assureurs LAMal	31
3.6 Evolution de la participation des assurés aux frais	32
3.7 Evolution des réserves financières	34
3.8 Evolution des franchises	36
3.9 Evolution des assureurs selon leur taille	41
3.10 Effet des prix et des quantités sur les dépenses de santé.....	42
4. Conséquences au niveau des cantons	45
4.1 Primes moyennes mensuelles LAMal 1996-2000.....	45
4.2 Participation aux coûts des assurés	48

4.3	Prestations annuelles nettes des assureurs LAMal	50
4.4	Réduction des primes	52
4.5	Nombre de médecins en pratique privée	55
4.6	Nombre de pharmacies.....	57
5.	Effets sur le coût et le financement du système de santé	59
5.1	Coûts globaux du système de santé depuis 1985	59
5.2	Coûts du système de santé et dépenses de santé	62
5.2.1	Coûts du système de santé selon les principaux fournisseurs de soins	62
5.2.2	Dépenses selon la nature des biens et services consommés.....	63
5.3	Financement du système de santé	64
5.3.1	Financement du système de santé selon l'agent payeur.....	64
5.3.2	Financement selon l'agent supportant la charge économique	65
5.4	Coûts et financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des soins à domicile	67
6.	Les effets de la LAMal sur les prestations complémentaires	73
6.1	Introduction	57
6.2	Relation entre la LAMal et prestations complémentaires	57
6.2.1	La situation sous le régime de la LAMA	57
6.2.2	La situation sous le régime de la LAMal	60
6.2.3	Les effets financiers de la LAMal dans le régime des prestations complémentaires.....	62
6.3	Estimation différenciée des diminutions de dépenses en 1996 selon leur origine	68
7.	Relation entre LAMal et aide sociale	87
7.1	Le cadre général	87
7.1.1	Quelques repères concernant l'aide sociale en Suisse	87
7.1.2	L'aide sociale à la lumière de la statistique des finances publiques	87
7.2	Les effets financiers de la LAMal dans le régime de l'aide sociale.....	89
7.2.1	Analyse de la statistique des finances publiques.....	89

7.2.2	Les domaines concernés.....	96
7.2.3	La situation dans quelques cantons	98
7.2.4	Estimation des dépenses de santé dans l'aide sociale au niveau suisse	99
8.	Principaux effets mesurables de la LAMal.....	101
8.1	Coût et financement de l'assurance-maladie de base	101
8.2	Financement du système de santé	103
8.2.1	Vue d'ensemble du financement du système de santé.....	104
8.2.2	Le financement par l'Etat	105
8.2.3	Le financement par les ménages	106
	Conclusion.....	107
	Bibliographie	109
	Annexes	113
	Annexe A: Indices de l'évolution des coûts des services des médecins, des médicaments et des hôpitaux (10 p.)	
	Annexe B: Tableaux et graphiques (110 p.)	

Synthèse (français)

La présente étude examine les répercussions de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996.

Sont analysés les coûts et le financement des assureurs LAMal, l'évolution des réserves financières, des franchises ainsi que l'effet des prix et des quantités sur les dépenses de santé.

Au niveau des cantons, l'évolution des primes par catégorie d'assurés, des participations aux coûts, des prestations des assureurs de même que de la réduction des primes est mise en lumière. La corrélation entre la densité des médecins et des pharmacies avec le niveau des primes est illustrée.

Les coûts du système de santé sont décrits pour les principaux fournisseurs de soins. Les dépenses le sont selon la nature des biens et services consommés. Le financement du système de santé est présenté selon l'agent payeur et celui supportant la charge économique. Les coûts et le financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des soins à domicile sont spécialement mis en évidence.

Les économies attendues dans les deux régimes des prestations complémentaires et de l'aide sociale sont mises en évidence suite à la prise en charge de nouvelles prestations par les assureurs LAMal et à l'introduction du nouveau système de réduction des primes.

De nombreux paragraphes de cette étude sont complétés par deux encadrés: une question présentant le thème discuté dans le paragraphe et une conclusion reprenant les points essentiels. Ils sont regroupés ici, servant de résumé, suivis d'une traduction.

§

3. Conséquences dans l'assurance-maladie

- 3.1 *Dans la campagne référendaire de la LAMal, des estimations ont été avancées sur les coûts et la nouvelle répartition du financement dans l'assurance-maladie. Dans quelle mesure ces prévisions sont-elles proches des résultats statistiques?* Les estimations lors de la campagne référendaire sur les dépenses supplémentaires des assureurs LAMal se sont avérées trop hautes pour 1996. Les valeurs de 1997 et 1998 vont cependant dans le sens d'un rapprochement des estimations, hormis une légère divergence pour la participation des assurés aux frais.
- 3.2 *Quelle est globalement l'évolution de la structure des coûts et du financement des assureurs LAMal (toutes branches)?* 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 indemnités journalières selon la LAMal a été réduite de près de 50% depuis 1996 (transfert dans les assurances complémentaires d'indemnités journalières régies par la LCA). Les coûts administratifs progressent nettement en valeur absolue mais restent stables en % du total des coûts.
 Du côté du financement (recettes), on note avant tout l'effet de nature comptable lié au "détournement" du flux du subventionnement public dès 1996. La part de financement "primes" progressent de près de 10% entre 1995 et 1998 pour l'assurance de base alors que celle des assurances complémentaires reste stable. Les "participations aux frais" augmentent de manière importante, passant de 1.4 milliards frs en 1995 à 2.2 milliards frs en 1998, conformément à la volonté du législateur de les utiliser en tant que frein à l'augmentation des coûts de la santé.

- 3.3 *L'équilibre financier dans l'assurance de base est-il influencé de manière importante avec l'entrée en vigueur de la LAMal?* La marge nette (marge brute après déduction des coûts administratifs), considérée comme indicateur de l'équilibre financier dans l'assurance de base, retrouve des valeurs proches de l'équilibre en 1998 après avoir connu une valeur fortement négative en 1996.
- 3.4 *L'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal influence-t-elle de façon importante l'équilibre financier des assureurs LAMal?* La situation financière des assureurs LAMal dans l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal se détériore considérablement entre 1994 et 1997 avant de se rééquilibrer en 1998 mais n'a pas une influence déterminante sur l'équilibre financier des assureurs LAMal. A noter la baisse de plus de 50% du volume des primes dans cette branche entre 1996 et 1998, liée à l'offre de couvertures d'indemnités journalières selon la LCA par les assureurs LAMal.
- 3.5 *Les assurances complémentaires des assureurs LAMal présentent-elles une évolution de leurs coûts et de leur financement qui serait un effet de la LAMal?* L'évolution des assurances complémentaires des assureurs LAMal est encore incertaine. La diminution attendue des couvertures complémentaires n'apparaît pas dans les statistiques 1996 à 1998. La part des coûts administratifs dans le financement passe de 8% en 1995 à 14% en 1998. Celle des autres coûts reste à 8.4% pour ces 2 années, illustrant par là une certaine stabilité des réserves.
- 3.6 *La LAMal introduit des franchises plus élevées et une extension de la quote-part pour les traitements hospitaliers. Quel est l'impact de ces mesures dans le financement de l'assurance-maladie?* Les augmentations de franchises et de quote-part introduites par la LAMal ont déployé leurs effets. Le montant moyen de la participation aux frais par assuré a augmenté de 30% en 1996. Il a encore progressé de 18% en 1998 en raison d'une hausse des franchises et se monte pour cette année à 13.9% du total des recettes de l'assurance de base.
- 3.7 *Les réserves financières des assureurs LAMal présentent-elles une évolution consécutive à la LAMal ?* La tendance à une diminution des réserves aux niveaux légaux minimaux dans l'assurance de base se poursuit, les assureurs LAMal ne répercutant pas toujours totalement les augmentations des coûts sur les primes en puisant dans les réserves. L'analyse des données 1994 - 1998 fait apparaître une baisse des réserves qui a passé de 27.0% des primes en 1994 à 22.9% en 1998 pour les assureurs LAMal de plus de 5'000 assurés.
- 3.8 *Dans quelle mesure la contribution financière globale des assurés (soit la prime, la franchise et la quote-part de 10%) est-elle influencée par les franchises à option?* La contribution financière globale des assurés dépend non seulement de la prime mais également de la franchise choisie et des factures annuelles de l'assuré. En fonction des ces paramètres, elle peut varier dans une fourchette de - 40% à près de + 40% par rapport à celle d'un assuré ayant choisi la franchise ordinaire sur la période 1996-2000.
- 3.9 *Dans quelle mesure l'évolution d'un assureur LAMal est-elle influencée par sa taille, soit le nombre de ses assurés ?* Un processus de concentration des assureurs LAMal a mené à une diminution du nombre d'assureurs et ceux comptant plus de 5000 assurés regroupent plus de 98.7% des assurés en 1998.
- 3.10 *L'évolution des dépenses de santé peut-elle être examinée sous l'angle des variations liées aux prix et aux quantités ?* L'augmentation des dépenses de santé peut être décomposée sous forme d'effets multiplicatifs conjoints liées à l'effet de la variation (positive ou négative) des prix et des quantités. Pour les médecins, en l'absence de modification tarifaire en 1998, les augmentations de coûts sont liées à l'accroissement des quantités. Si les prix des médicaments mesurés depuis 1996 baissent, les quantités consommées augmentent.

4. Conséquences au niveau cantonal

- 4.1 *Des variations importantes au niveau des primes et de leur évolution sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?* On constate que ce sont les mêmes cantons qui occupent les positions extrêmes pour le niveau des primes et des variations annuelles, que ce soit pour les enfants, les jeunes en formation et les adultes. Des différences très importantes existent entre les cantons, tant pour le niveau des primes (rapport 1 à 2.4 entre AI et GE) que pour la variation annuelle des primes en % (rapport 1 à 32 entre VS et AG) sur la période 1996-2000.

- 4.2 *Des variations importantes au niveau de la participation aux coûts des assurés sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?* Des hausses marquées de la participation aux coûts des assurés ont eu lieu en 1996 (+25.4%), 1997(+10.4%) et 1998 (+16.2%) pour la moyenne suisse. Par contre il y a peu de disparités au niveau cantonal: +- 2.8% autour d'une moyenne de 13.2% sur la période 1994-98.
- 4.3 *La LAMal a-t-elle entraîné des variations importantes au niveau des prestations nettes versées par les assureurs LAMal?* Une hausse marquée des prestations annuelles nettes moyennes versées par les assureurs pour chaque assuré a eu lieu en 1996 (+10.4%). En 1997 et 1998, la hausse revient à un niveau proche de celui de 1995 (~+5%). Des différences très importantes existent entre les cantons, tant au niveau des prestations versées (rapport 1 à 2.5 en 1998 entre AI et GE) que de la variation annuelle en % (rapport 1 à 3.3 entre OW et TG sur la période 1994-98.
- 4.4 *Des variations au niveau des subsides de réduction des primes versés par les cantons et la Confédération sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?* Des différences très importantes au niveau des subsides de réduction des primes versés par les cantons et la Confédération sont observables. Sur la période 1996-98, les cantons n'ont alloué en moyenne que 75.6% des subsides disponibles, plusieurs cantons se limitant au minimum de 50 % prescrit dans la LAMal. Au niveau individuel, la réduction de prime mensuelle par bénéficiaire se monte en moyenne à 88.1 frs avec d'importantes disparités cantonales (-49% à + 95%).
- 4.5 *Des variations au niveau du nombre du médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes) sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?* On constate un fléchissement de la hausse du nombre et de la densité des médecins dès 1996. D'importantes disparités cantonales au niveau de la densité des médecins (rapport 1 à 3) sont essentiellement dues aux médecins spécialistes: BS 3.27 et AI 0.78 médecins pour 1'000 habitants sur la période 1994-98. On peut également mettre en lumière une corrélation marquée entre le nombre de médecins spécialistes et le niveau des primes dans les cantons, sans qu'elle prouve pour autant une relation de cause à effet.
- 4.6 *Des variations au niveau du nombre de pharmacies sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?* Depuis 1996, le nombre de pharmacies n'a quasiment pas évolué, gardant une densité stable mais cependant très disparate entre les cantons (rapport 1 à 10): TI 5.66 et NW 0.56 pharmacies pour 10'000 habitants pour la période 1994-98. On peut également mettre en lumière une corrélation marquée entre le nombre pharmacies et le niveau des primes dans les cantons, sans qu'elle prouve pour autant une relation de cause à effet.

5. Effets sur le coût et le financement du système de santé

- 5.1 *La LAMal a-t-elle eu un effet global sur les coûts de la santé?* 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. D'une part, les prix n'ont pas enregistré de variations exceptionnelles (exceptée la baisse pour les médicaments) et d'autre part, l'augmentation des coûts du système de santé depuis 1996 est comparable à celle des années antérieures. Il n'existe pas encore d'éléments chiffrés montrant que les dispositions de la LAMal visant à contenir les coûts de la santé ont commencé à déployer leur effet positif.
- 5.2.1 *La structure des coûts du système de santé selon les catégories de fournisseurs de soins est-elle influencée par la LAMal?* 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 *La LAMal a-t-elle eu un effet sur la structure des dépenses de santé ?* La LAMal n'a pas encore eu d'effets sur la structure des dépenses de santé, à l'exception de l'augmentation des frais administratifs des assureurs-maladie en 1996. Cet effet pervers était ponctuel, les frais administratifs tendant à une stabilisation à partir de 1997.

- 5.3.1 *Quels effets la LAMal a-t-elle eu sur les parts de financement direct (agents payeurs) du système de santé?* La LAMal a eu les effets attendus sur l'évolution du financement au niveau de l'analyse selon les payeurs. La part des paiements des ménages a nettement diminué en 1996 et inversement, celle de l'assurance-maladie a augmenté en raison principalement de l'extension du catalogue des prestations. Les chiffres de 1997 et 1998 laissent entrevoir une stabilisation au niveau de 1996. La part de financement des cantons et des communes poursuit sa lente tendance descendante entamée avant l'entrée en vigueur de la LAMal.
- 5.3.2 *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?* La part de charge économique des ménages augmente très légèrement, passant de 65.1% en 1995 à 65.6% en 1998. 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 diminué.
- 5.4.1 *La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des hôpitaux?* En 1996, les prestations payées aux hôpitaux par les assureurs LAMal ont nettement augmenté (+9%) tandis que la part des ménages a diminué de 50% consécutivement à l'entrée en vigueur de la LAMal. En 1997 et 1998, l'effet LAMal constaté en 1996 est corrigé. Les parts de financement retrouvent les niveaux antérieurs (1995). Le recul des prestations des assurances complémentaires des assureurs LAMal explique cette correction.
- 5.4.2 *La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des établissements médico-sociaux?* Compte tenu des lacunes dans les données statistiques avant 1997, tant du côté des établissements médico-sociaux que des caisses-maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions générales pertinentes sur les effets de la LAMal dans ce domaine.
Quant à la structure du financement, quelques chiffres peuvent être mis en évidence:
- Les assureurs LAMal ont augmenté graduellement leurs prestations qui atteignent 1.1 milliards de francs en 1998, ce qui représente une part de financement de 26%.
- La part de financement des collectivités publiques a diminué depuis plusieurs années. La LAMal a vraisemblablement accentué cette tendance.
- La part de financement des personnes vivant en établissement médico-social a diminué de 74.4% en 1995 à 67.0% en 1998. Cette part est couverte par les rentes AVS/AI, les prestations complémentaires et le 3^e pilier. L'essentiel du financement continue à reposer sur les personnes vivant en établissement médico-social.
- 5.4.3 *La LAMal a-t-elle eu un effet sur le coût et le financement des soins à domicile?* Compte tenu des lacunes dans les données statistiques avant 1997 tant du côté des services de soins à domicile que des caisses-maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions générales pertinentes sur les effets de la LAMal dans ce domaine.

Dans la structure du financement, la part des ménages est en forte diminution depuis 1996 et inversement celle des assureurs LAMal est en augmentation. La part des contributions des pouvoirs publics en 1997 et 1998 est approximativement la même que celle du début des années nonante.

6. Les effets de la LAMal sur les prestations complémentaires

- 6.2.2 *Dans quelle mesure la LAMal a-t-elle modifié la situation des bénéficiaires de prestations complémentaires?* Sous le régime de la LAMA, les prestations complémentaires prenaient en charge les frais de maladie des rentiers AVS non assurés et, de manière générale, les frais de maladie non couverts par les caisses-maladie. Sous celui de la LAMal en revanche, les PC couvrent le montant de la quote-part qui incombe aux assurés (jusqu'à concurrence d'un montant maximum défini), ainsi que le montant de la franchise la plus basse possible. S'y ajoutent d'autres remboursements qui existaient déjà sous la LAMA, concernant les soins à domicile, les séjours de convalescence et les traitements dentaires. L'introduction du système de réduction des primes, qui prévoit que la Confédération restitue aux cantons jusqu'à deux tiers des montants dépensés à ce titre (contre 10 à 35 pour cent seulement pour les PC), a été décisive. Cette innovation a incité la majorité des cantons à prendre intégralement en charge les primes des bénéficiaires de prestations complémentaires, sans toutefois inscrire les primes des caisses-maladie au budget pris en compte dans le cadre du calcul des prestations complémentaires individuelles. A l'exception de Zurich et du Tessin, les cantons ont renoncé parallèlement à relever la limite maximale de revenu donnant droit à des prestations complémentaires, amenant ainsi la Confédération à leur imposer en 1997 un nouveau système de calcul par voie d'ordonnance (beaucoup de personnes ne pouvaient en plus faire valoir de droit à des prestations complémentaires).
- 6.2.3 *Dans quelle mesure la LAMal a-t-elle contribué à un allègement financier dans le domaine des prestations complémentaires?* Tant les cantons que la Confédération ont réalisé en 1996 des économies dans le domaine des prestations complémentaires. Dans le cas des cantons, l'allègement s'élève à près de 185 millions de francs, alors que les prévisions ne tablaient que sur 85 millions de francs. Excepté à Zurich, à Obwald et dans les Grisons, les dépenses ont reculé de plus de 10 pour cent dans tous les cantons. Dans le domaine des prestations complémentaires régulières au titre des EMS et des soins à domicile, les économies ont été de loin supérieures aux frais de maladie non couverts par la LAMal. En 1997, l'introduction d'une nouvelle limite de revenus (plus élevée), l'entrée en vigueur de l'ordonnance relative aux primes moyennes cantonales pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi que la dixième révision de l'AVS (compensation de la diminution ou de la suppression de la rente par un relèvement des CP) se sont traduites par une nouvelle hausse des coûts, qui s'est poursuivie en 1998.
- 6.3 *Quelle est l'origine des fonds que l'introduction de la LAMal a permis d'économiser en 1996 dans le domaine des prestations complémentaires?* Selon les calculs internes de l'OFAS, les réductions de primes ont permis d'économiser dans le domaine des PC une somme totale de 270 millions de francs, soit 204 millions de francs pour les bénéficiaires vivant chez eux et 66 millions de francs pour ceux vivant en home. Des économies de 71 millions de francs ont aussi été réalisées grâce à l'extension des prestations des assureurs-maladie dans le domaine des homes pour personnes âgées. Un allègement de quelque 10 millions de francs est enfin dû au fait que les caisses ont été contraintes de prendre en charge une partie des frais des soins à domicile. Le montant total des économies dans le domaine des PC atteint donc 351 millions. Il est supérieur de presque 100 millions de francs à l'économie indiquée pour la Confédération et les cantons. Cette économie supplémentaire est partiellement imputable à l'obligation faite aux assurés depuis 1996 de prendre en charge une plus grande part des frais d'assurance-maladie. Le fait saillant reste toutefois que ce calcul est basé sur une évolution constante des coûts entrant dans le calcul des PC, à savoir le loyer, les taxes des homes et les rentes.

7. Relation entre LAMal et aide sociale

- 7.1 *Comment l'aide sociale est-elle réglée et comment chiffrer les dépenses du secteur de l'aide sociale, et plus particulièrement les frais liés à la maladie?* L'aide sociale des cantons et des communes est réglée selon 26 législations cantonales. Le montant des prestations de l'aide sociale est soumis à conditions de ressources; la CSIAS a édité des directives concernant les montants à verser. La statistique des finances publiques permet de suivre l'évolution des dépenses d'aide sociale; toutefois les données cantonales ne sont que partiellement comparables. Les coûts des soins ne peuvent malheureusement pas être chiffrés séparément.
- 7.2 *Quel a été l'effet de la LAMal, et plus particulièrement celui du nouveau régime de réduction de primes, sur le montant des dépenses d'aide sociale selon la statistique des finances publiques?* La statistique des finances publiques indique, pour l'année 1996, une baisse des dépenses d'aide sociale; une nouvelle hausse s'est toutefois amorcée dès 1997. La diminution des coûts liés à l'aide aux indigents, rubrique où l'on aurait pu supposer que l'allègement serait le plus sensible, n'a pas été très marquée; de plus, il apparaît que, dans cette rubrique, le recul est pratiquement exclusivement dû à l'évolution des dépenses dans les communes bernoises. On peut supposer, en premier lieu, que l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'aide sociale a neutralisé l'effet d'allègement induit par le régime de réduction de primes. Cet allègement est toutefois estimé au total à 120 millions de francs au moins pour 1996. La majeure partie de ce montant est probablement imputable à l'adoption du système de réduction de primes.

1. Introduction

La 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 et les ordonnances prévoient des mesures pour contenir la progression des coûts de la santé ainsi que l'examen du caractère économique des prestations et le contrôle de la qualité des soins. L'élévation du montant de la franchise et l'extension de la participation aux frais aux soins intra-muros (10%) 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.

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 assureurs LAMal.

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 pied pour alléger le poids des primes des assureurs LAMal 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, selon leurs 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.

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 statistiques portant sur les trois années suivant l'entrée en vigueur de la LAMal. Le premier rapport de 1998 intitulé "les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé" avait montré les premiers effets sur la base des chiffres provisoires pour 1996.

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.

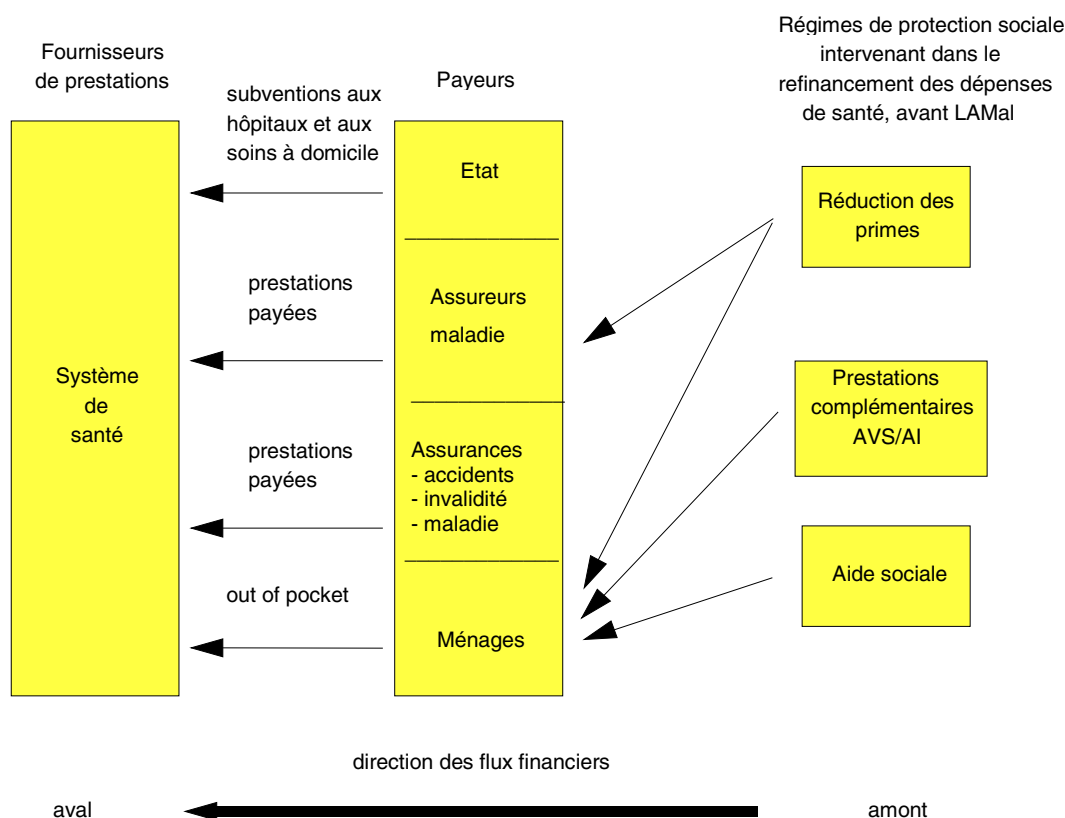
Cette étude est assortie de graphiques et tableaux de chiffres. De manière générale, les tableaux se trouvent en annexe et les graphiques dans le texte. Afin de permettre un repérage facile des graphiques et des tableaux associés à un paragraphe donné dans l'annexe B, ceux-ci portent le même numéro que ledit paragraphe. Ainsi, par exemple, le tableau T 3.1 et le graphique G 3.1 sont associés au paragraphe 3.1.

2. Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse adopté dans cette étude est représenté sous une forme simplifiée dans le **graphique 2**. Les flux de financement doivent être étudiés en amont et en aval de l'assurance-maladie. 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.

Deuxièmement, avant l'entrée en vigueur de la LAMal, les prestations complémentaires à l'AVS/AI ont pris en compte dans le calcul du droit aux prestations la charge des primes d'assurance-maladie tout en la remboursant; il convient d'estimer la diminution de dépenses qui en 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.

G 2 Les flux financiers en aval et en amont de l'assurance-maladie



Source: OFS

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 celle restant à la charge des ménages sont analysées globalement ainsi que pour les fournisseurs de soins particulièrement touchés par l'extension du catalogue des prestations.

2.1 Les assureurs LAMal

Les assureurs LAMal sont les assureurs reconnus par la Confédération pour pratiquer l'assurance-maladie sociale. Ils offrent en général aussi des assurances facultatives d'indemnités journalières (LAMal, art. 67 ss) en cas de perte de gain due à la maladie ou la maternité, ainsi que des assurances complémentaires soumises à la loi sur le contrat d'assurance privée (LCA). Ces assureurs LAMal sont encore souvent appelés "caisses-maladie", selon la terminologie appliquée sous l'ancien droit. La première condition de l'analyse financière des assureurs LAMal 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.

La structure et l'évolution du compte d'exploitation consolidé des assureurs LAMal selon la statistique de l'OFAS font l'objet des premières analyses financières. Les assureurs LAMal y sont considérés comme un financeur direct (payeur) au même titre que d'autres branches des assurances sociales (assurance-accidents LAA, assurance invalidité AI, assurance-militaire AM), que l'Etat (subventions aux hôpitaux principalement) et que les ménages.

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

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, qui correspond au 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. A ce niveau de l'analyse une attention particulière s'impose 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 subventions aux 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. En introduisant les conditions de ressources des ménages pour l'octroi de la réduction des primes, la LAMal marque une nette inflexion vers une politique sociale. Les subventions au système de santé restent par contre distribuées selon le "principe de l'arrosoir".

Compte tenu de 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 limitent singulièrement les possibilités d'analyses: d'une part l'impossibilité actuelle de distinguer les coûts des prestations privées ou semi-privées et d'autre part l'absence de définitions comptables et statistiques suffisamment précises sur les investissements, la recherche et la formation qui confèrent aux chiffres actuellement disponibles une grande imprécision.

2.2.2 Les établissements médico-sociaux

L'article 50 LAMal instaure la couverture des soins intra-muros 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.

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 mais l'incertitude quant à la comparabilité de la série chronologique subsistera.

2.2.3 Les soins à domicile

L'article 50 LAMal instaure la prise en charge par l'assureur des soins à domicile au même titre qu'en établissement médico-social, 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 relativement modeste. Selon les estimations de l'OFAS, les dépenses supplémentaires de l'assurance-maladie pour les soins à domicile devaient s'élever à 120 millions de francs. Ceci 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. Jusqu'en 1997, il n'existait en effet pas de statistiques complètes sur ce segment des services ambulatoires du système de santé. L'OFAS a comblé cette lacune mais la valeur de la série chronologique reste faible.

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

Avant 1996, 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 étaient payées par les assurés - les ménages - et les subventions versées par les pouvoirs publics directement aux caisses-maladie. Avec la LAMal, cette analyse simplifiée doit être singulièrement étendue et affinée pour décrire l'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 en fonction des 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.

Selon la LAMal les subventions de la Confédération et des cantons sont octroyées aux ménages et plus aux assureurs maladie. 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. A ce sujet on se référera à l'étude d'Andreas Balthasar (1998). 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 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 de réduction des primes en 1996 a momentanément 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. Les primes entrent de nouveau dans la catégorie des dépenses reconnues pour le calcul des PC à partir de 1997, mais elles sont désormais remboursées dans le cadre du nouveau système de réduction des primes. 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 prestations complémentaires. Dans le sens opposé, l'extension de la participation de 10% aux frais de traitements intra-muros 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, en tenant compte de leurs 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 sont cependant explorées pour y déceler des ruptures chronologiques parallèles à celles connues dans les prestations complémentaires.

Par ailleurs, les cantons ont été interpellés directement, afin de parvenir à une estimation encore grossière des effets de la LAMal sur l'aide sociale.

3. Conséquences dans l'assurance-maladie

3.1 Approche des coûts et du financement

Nous allons examiner la série chronologique des comptes d'exploitation de l'ensemble des caisses-maladie selon la statistique de l'OFAS. Le nouveau plan comptable introduit en 1994 ne permet pas de comparaison assez différenciée avec les années antérieures. En revanche, il ouvre de nouvelles possibilités d'analyses, surtout dans la perspective d'une distinction plus stricte entre les flux financiers de l'assurance obligatoire et ceux des assurances complémentaires.

Question 3.1:

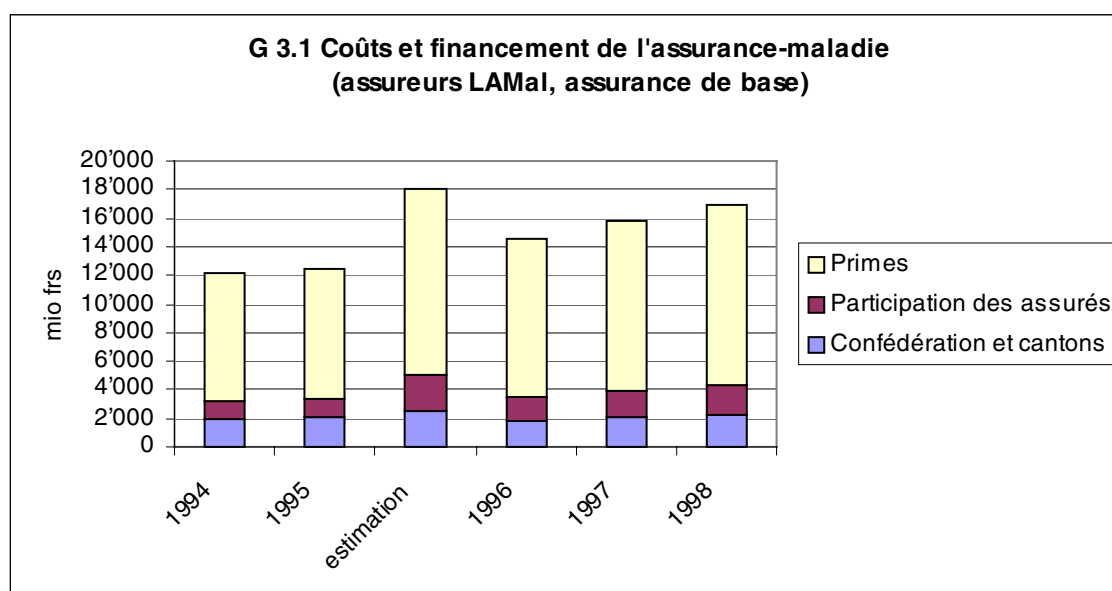
Dans la campagne référendaire de la LAMal, des estimations ont été avancées sur les coûts et la nouvelle répartition du financement dans l'assurance-maladie. Dans quelle mesure la réalité est-elle proche de ces prévisions?

On ignore généralement que l'ensemble des assureurs LAMal doit être considéré comme un régime de protection sociale dont l'équilibre financier n'est pas automatique.

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. Pour 1996, année de l'entrée en vigueur du nouveau droit, on constate que les assureurs LAMal ont enregistré un montant d'environ 14.5 milliards frs pour des prestations médico-pharmaceutiques de l'assurance de base, alors qu'on l'avait estimé à 18 milliards frs. Globalement, cette différence est importante et s'explique a posteriori 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.

Les divergences par rapport aux estimations constatées en 1996 ne sont plus aussi significatives en 1998. Les subventions publiques (Confédération et cantons) devaient s'élever à 2.5 milliards frs (13.7% du total du financement constitué par la Confédération, les cantons, les participations des assurés et les primes). Elles ont atteint 2.3 milliards frs (13.3%) en 1998. On estimait que les participations des assurés aux frais représenteraient une part de financement de 14.4%; elles font apparaître une part de 12.4% seulement en 1998. Il est vrai que cette part devrait encore s'élever si on considère que les chiffres des comptes d'exploitation ne comprennent pas les montants directement payés par les assurés aux prestataires de soins sans que les factures afférentes passent par les assureurs LAMal, ce phénomène étant en liaison étroite avec la hausse des franchises survenue en 1998. A noter également l'augmentation du nombre d'assurés choisissant une franchise à option (cf. § 3.6). Le financement par les primes devait être abaissé à 71.9%. En réalité, il se situe en 1998 à 74.3%, consécutivement au moindre financement des autres sources (pouvoirs publics et participations des assurés) (**graphique 3.1 et tableau 3.1 en annexe**).

**Conclusion 3.1:**

Les estimations lors de la campagne référendaire sur les dépenses supplémentaires des assureurs LAMal se sont avérées trop hautes pour 1996. Les valeurs de 1997 et 1998 vont cependant dans le sens d'un rapprochement des estimations, hormis une légère divergence pour la participation des assurés aux frais.

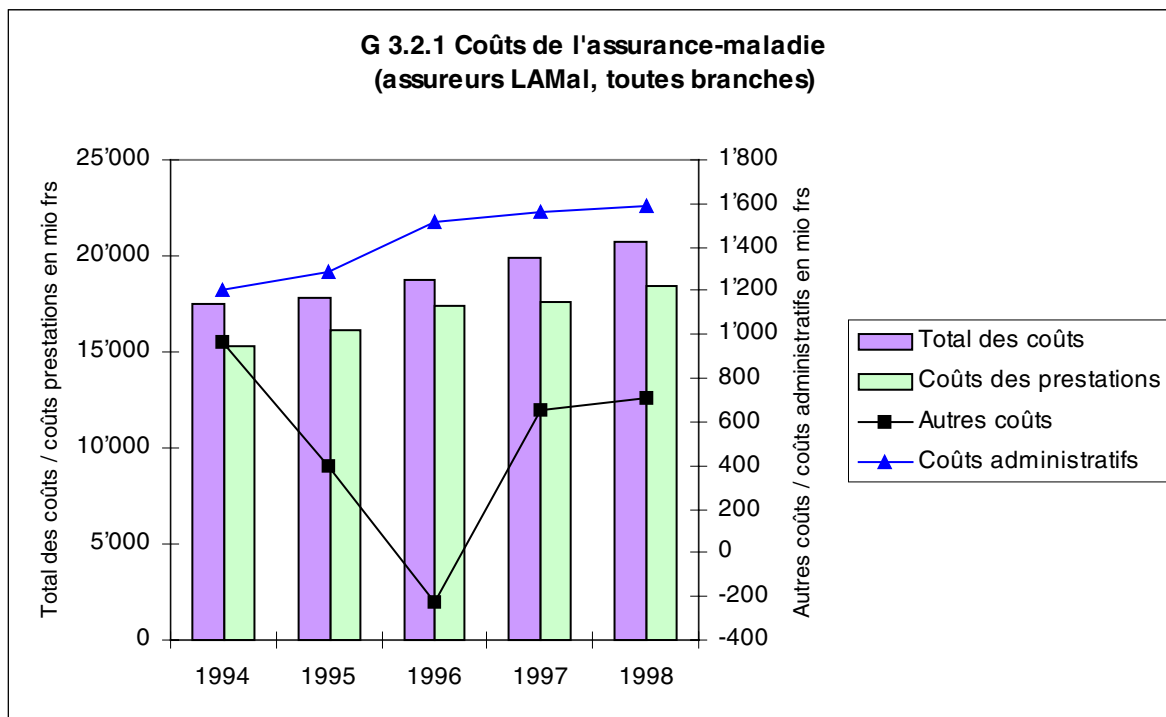
3.2 Analyse du compte d'exploitation consolidé des assureurs LAMal**Question 3.2:**

Quelle est globalement l'évolution de la structure des coûts et du financement des assureurs LAMal (toutes branches)?

Les chiffres de la partie financière de la statistique de l'OFAS sont regroupés en catégories analytiques dans le **tableau 3.2** (en annexe).

3.2.1 Analyse par catégorie de coûts (graphique 3.2.1)

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



Les coûts des prestations

Le coût des prestations a atteint en 1998 18.5 milliards frs. L'augmentation par rapport à l'an précédent est de 4.7% alors qu'elle était de 1.2% en 1997, 8.0% en 1996 et 5.8% en 1995. La progression des coûts plus élevée en 1996 est un effet de l'introduction de la LAMal. A noter la diminution très nette des prestations de l'assurance des indemnités journalières selon la LAMal (-28.2% en 1997, -27% en 1998). Les assurances complémentaires ont marqué un léger recul de -4.4% en 1997.

Les coûts administratifs

Les coûts administratifs marquent une tendance à la hausse. Ils représentaient 1.2 milliards frs et 6.9% des coûts totaux en 1994, ils ont atteint plus de 1.5 milliards frs en 1998 avec une hausse de 18% en 1996, 2.9% en 1997 et 1.6% en 1998. Cette diminution de la hausse est peut-être un effet pervers de la LAMal: effet ponctuel marqué en 1996 suivi d'augmentations faibles. De par la nouvelle loi, les assureurs-maladie ont été confrontés à un accroissement des travaux administratifs (libre-passage d'un assureur à un autre, etc.).

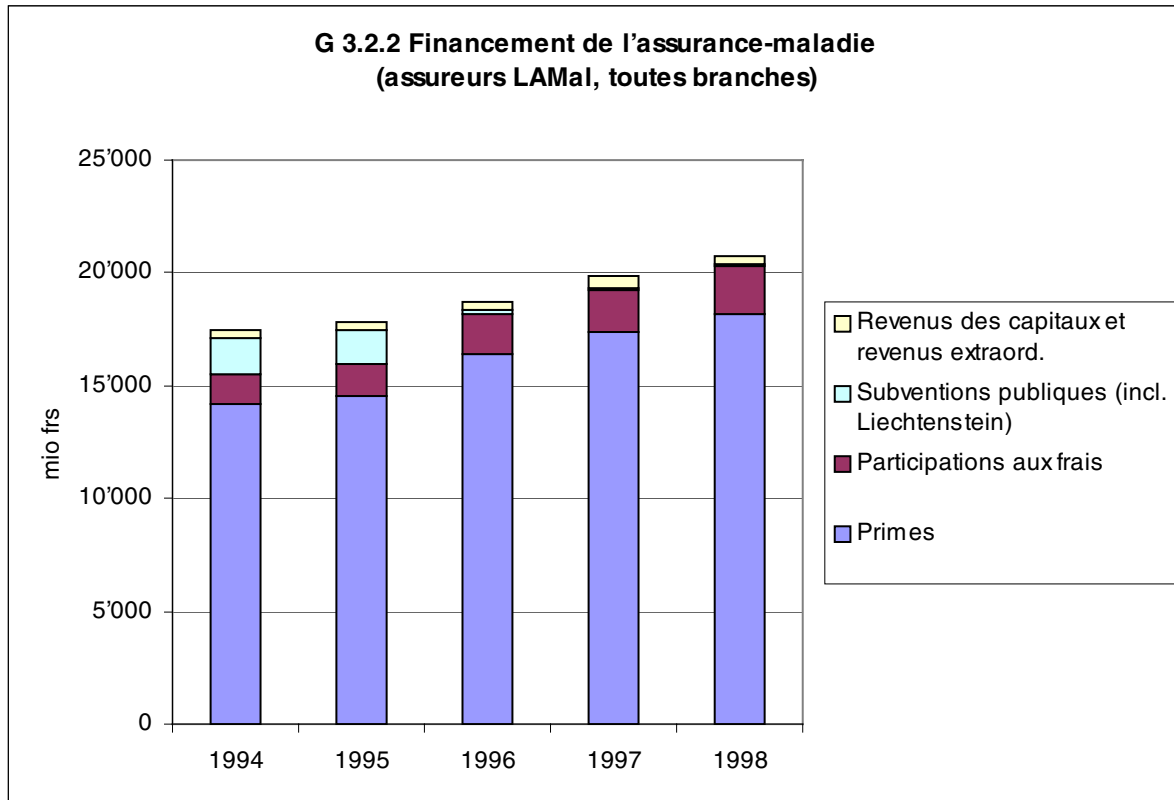
Les autres coûts

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

Les autres coûts passent de 967 mio frs en 1994 à 651 millions en 1997 et 710 mio frs en 1998. Ils sont devenus négatifs en 1996: - 227 mio frs. En simplifiant l'analyse de ces coûts, il apparaît clairement que globalement, la constitution de réserves est en diminution. 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 assureurs LAMal.

3.2.2 Analyse par catégorie de financement (graphique 3.2.2)

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 (§ 3.6).



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 LAMal en 1995; elles font un bond à près de 88% en 1996 puis se stabilisent à ce niveau en 1997 et 1998. 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. La LAMal provoque le décollage (+27%) voulu par le législateur pour freiner les augmentations du coût de la santé. 1997 a vu un accroissement de 6.2% de la participation des assurés aux frais, atteignant 1.9 milliards frs avec la nouvelle augmentation des franchises en 1998 dans l'assurance de base, on assiste à une nouvelle hausse de 14.4% pour atteindre 2.2 milliards frs.

Les subventions publiques

La structure du financement est marquée depuis 1996 par la quasi-disparition des subventions publiques du compte d'exploitation consolidé des assureurs LAMal (117 mio frs en 1998, soit 0.6% des recettes totales). 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 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 1998. 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 indemnités journalières selon la LAMal a été réduite de près de 50% depuis 1996 (transfert dans les assurances complémentaires d'indemnités journalières régies par la LCA - loi sur le contrat d'assurance -). Les coûts administratifs progressent nettement en valeur absolue mais restent stables en % du total des coûts.

Du côté du financement (recettes), on note avant tout l'effet de nature comptable lié au "détournement" du flux du subventionnement public dès 1996. La part de financement "primes" progressent de près de 10% entre 1995 et 1998 pour l'assurance de base alors que celle des assurances complémentaires reste stable. Les "participations aux frais" augmentent de manière importante, passant de 1.4 milliards frs en 1995 à 2.2 milliards frs en 1998, conformément à la volonté du législateur de les utiliser 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

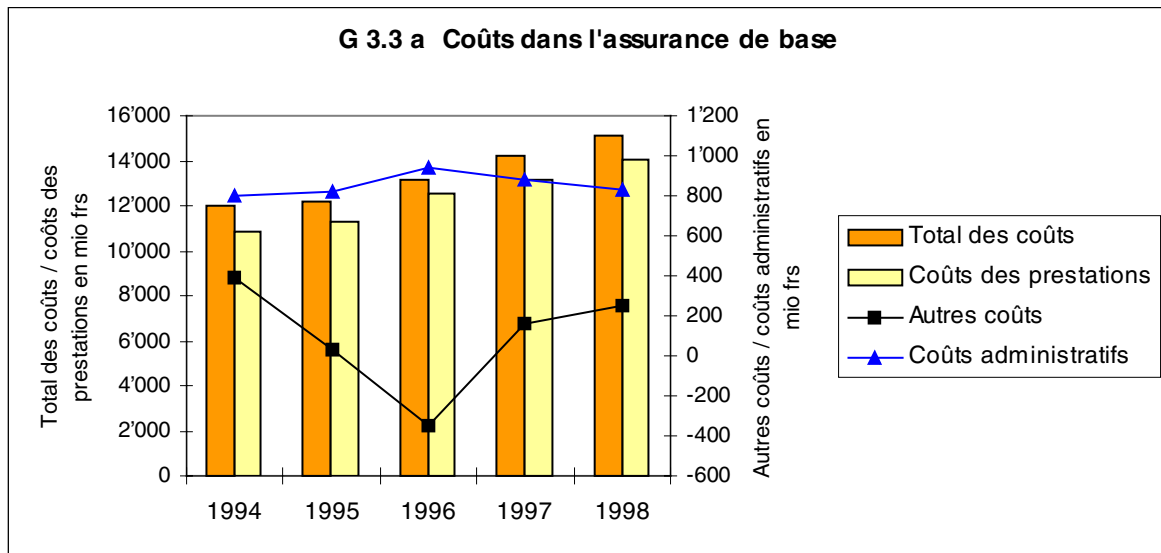
Question 3.3:

L'équilibre financier dans l'assurance de base est-il influencé de manière importante avec l'entrée en vigueur de la LAMal?

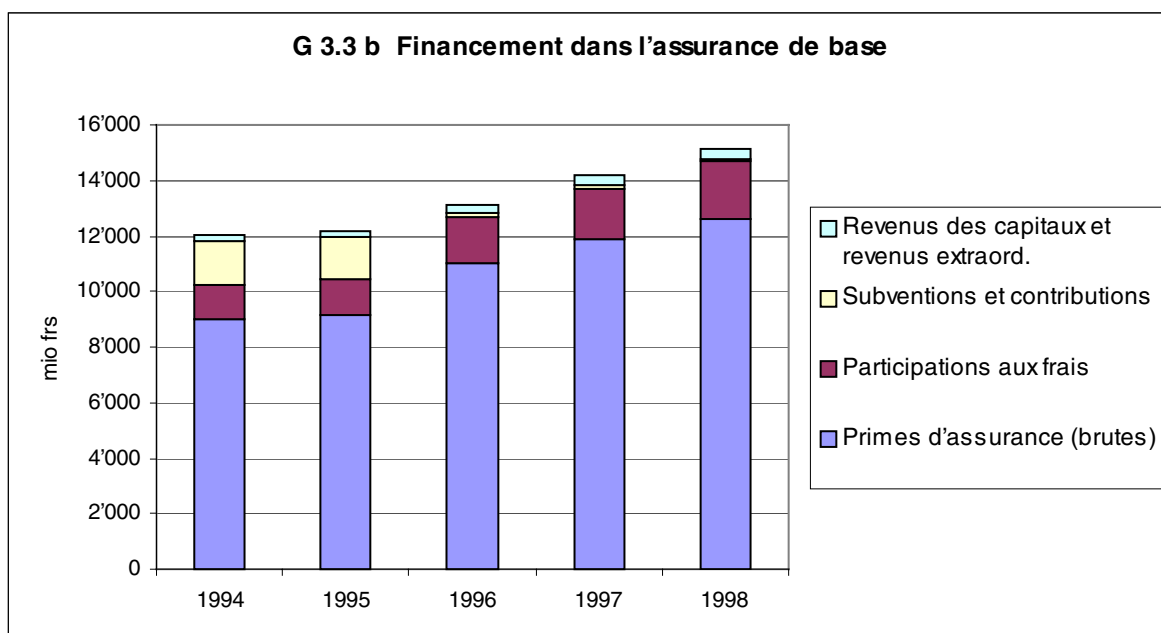
L'assurance de base est l'assurance obligatoire et sociale offerte par les assureurs dont la base légale est précisément la LAMal. La loi prévoit que les assureurs peuvent offrir une assurance facultative des indemnités journalières selon la LAMal et des assurances complémentaires selon la LCA pour des couvertures dépassant le catalogue des prestations couvertes par la LAMal.

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 1998 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 assureurs LAMal 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 branche.

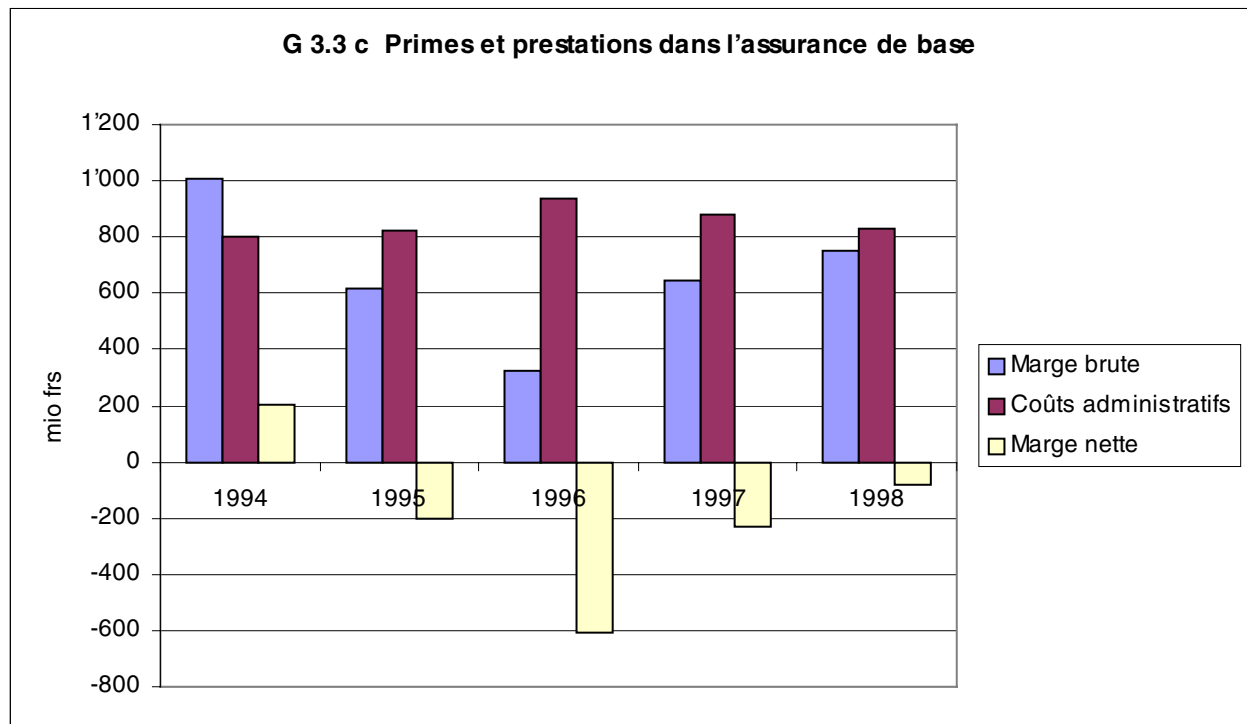
L'assurance de base représentant l'essentiel de l'activité des assureurs LAMal, il est logique de retrouver dans l'analyse de la structure des coûts et du financement plusieurs éléments mis en évidence dans le compte consolidé des assureurs LAMal. Du côté des coûts, augmentation de la part des prestations, nette diminution des autres coûts (devenant négatifs en 1996: consommation de réserves), augmentation des coûts administratifs. Du côté du financement, la diminution des subventions publiques dans les comptes des assureurs LAMal provoque la nette hausse des primes (primes brutes). Les participations des assurés augmentent et les revenus des capitaux et revenus extraordinaires sont stables (**graphiques 3.3 a, b et tableaux 3.3 a, b en annexe**).



L'analyse des résultats financiers peut être encore simplifiée en s'intéressant uniquement aux primes et aux prestations, car le débat politique n'a souvent lieu qu'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 qui fournit d'intéressantes informations sur l'évolution de la situation déficitaire ou bénéficiaire des assureurs LAMal dans chaque branche d'assurance. Dans l'assurance de base, la marge brute se détériore sensiblement entre 1994 et 1998. Elle passe de près d'un milliard frs à 753 mio frs.



En 1994, la marge brute permettait encore à l'assurance de base de constituer globalement des réserves puisque les coûts administratifs (800 mio frs) 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 frs. Le concept de marge nette, défini comme la marge brute moins les coûts administratifs, illustre le déficit de la branche qui diminue cependant avec 231 mio frs en 1997 et 78 mio frs en 1998 après un pic à 610 mio frs en 1996. (**graphique 3.3 c et tableau 3.3 c en annexe**).



Conclusion 3.3:

La marge nette (marge brute après déduction des coûts administratifs), considérée comme indicateur de l'équilibre financier dans l'assurance de base, retrouve des valeurs proches de l'équilibre en 1998 après avoir connu une valeur fortement négative en 1996.

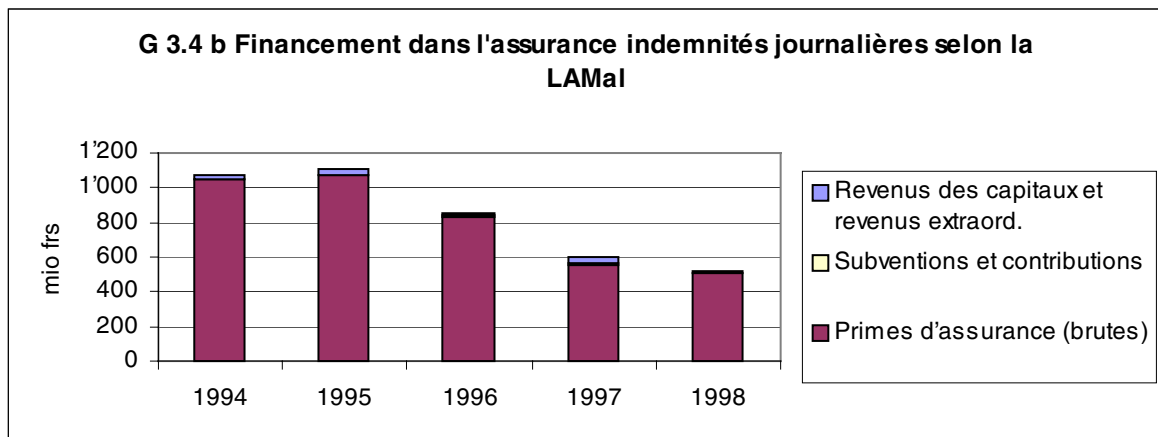
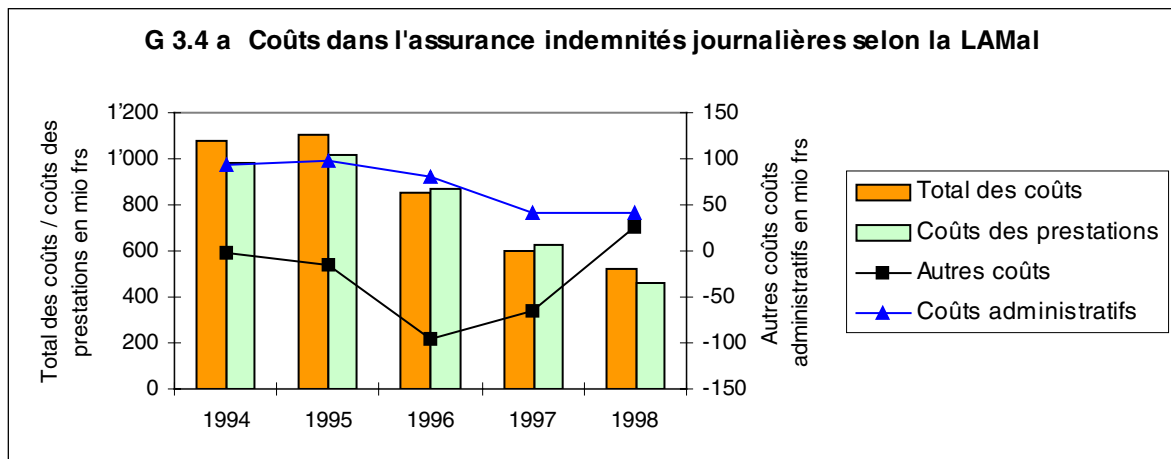
3.4 Evolution des coûts et du financement de l'assurance indemnités journalières selon la LAMal

Question 3.4:

L'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal influence-t-elle de façon importante l'équilibre financier des assureurs LAMal?

Le compte d'exploitation de la branche indemnités journalières selon la LAMal met en évidence un recul des primes brutes de 50% entre 1995 et 1998. 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. Les assureurs LAMal peuvent offrir dès 1996 des couvertures indemnités journalières dans le cadre des assurances complémentaires sous le régime de la LCA (loi sur le contrat d'assurance) qui leur permet une plus grande latitude pour fixer les couvertures et les conditions contractuelles. On peut observer un glissement très net vers ces couvertures selon la LCA. L'équilibre financier marque une dégradation: de 1996 à 1997, les primes sont en dessous du niveau des prestations. Par contre l'équilibre est à nouveau atteint en 1998 avec des primes qui couvrent les prestations et les coûts administratifs. Les autres coûts, qui servent d'indicateur de la marge de bénéfice, plongent en conséquence dans la zone négative. Les frais administratifs ne sont aucunement couverts. L'équilibre financier des assureurs LAMal n'est cependant pas influencé de façon importante par cette branche car ses recettes constituent moins de 5% du financement total depuis 1996 (**graphiques 3.4 a, b** et **tableau 3.4** en annexe).



Conclusion 3.4:

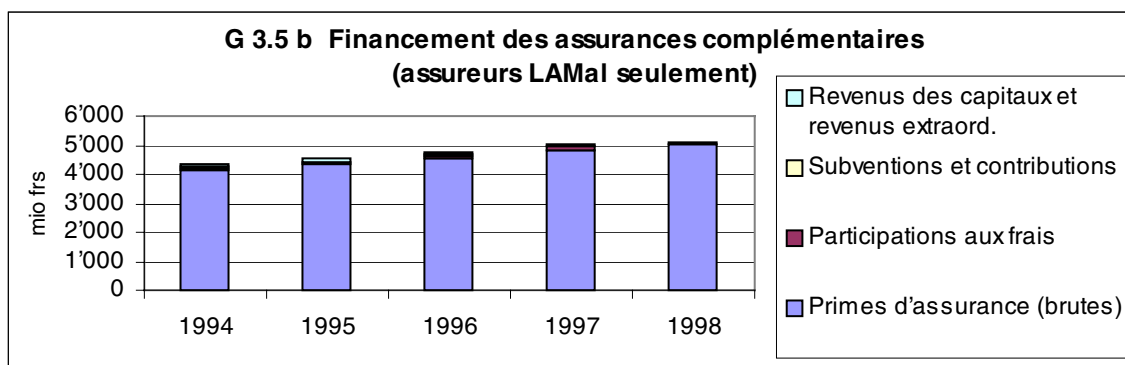
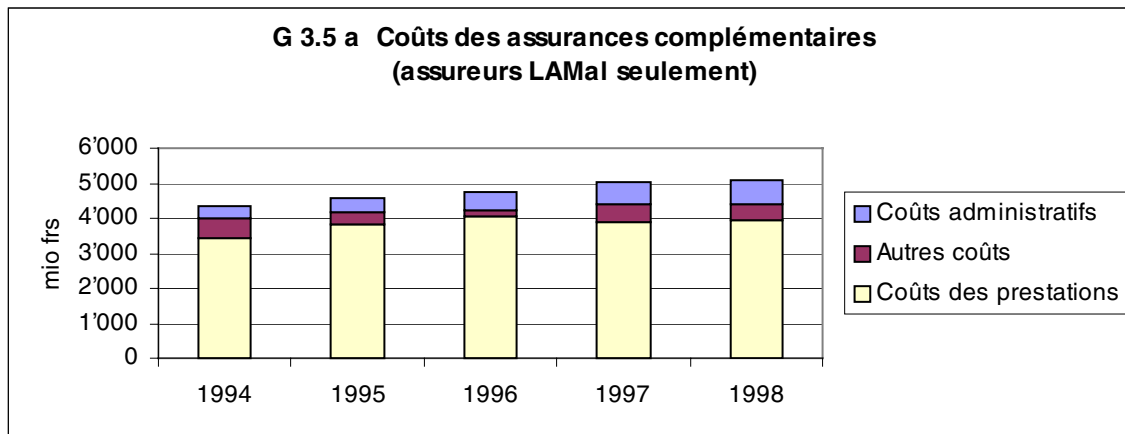
La situation financière des assureurs LAMal dans l'assurance indemnités journalières selon la LAMal se détériore considérablement entre 1994 et 1997 avant de se rééquilibrer en 1998. Cela n'a pas une influence déterminante sur l'équilibre financier des assureurs LAMal. A noter la baisse de plus de 50% du volume des primes dans cette branche entre 1996 et 1998, liée à l'offre de couvertures d'indemnités journalières selon la LCA par les assureurs LAMal.

3.5 Evolution des coûts et du financement dans les assurances complémentaires des assureurs LAMal

Question 3.5:

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

Contrairement aux autres branches, les assurances complémentaires ne présentent pas de rupture en 1996. Durant la période considérée (1994 - 1998), les primes ont continué à augmenter à un rythme annuel inférieur à 5%. Les coûts, eux, ont fluctué entre 1996 et 1998. Les autres coûts (constitution de réserves) sont tombés en 1996 à 206 mio frs pour remonter à 427 mio frs en 1998. L'assujettissement à la LCA (loi sur le contrat d'assurance) des assurances complémentaires des assureurs LAMal n'a toutefois déployé tous ses effets juridiques qu'au 1er janvier 1997 car 1996 représentait une année transitoire où les assureurs LAMal pouvaient encore offrir des assurances complémentaires existantes sous le régime LAMal. 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. On notera encore que les coûts administratifs sont en forte progression. Ils se situent à des niveaux proches du double de 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 (**graphiques 3.5 a et b et tableau 3.5 en annexe**).



Conclusion 3.5:

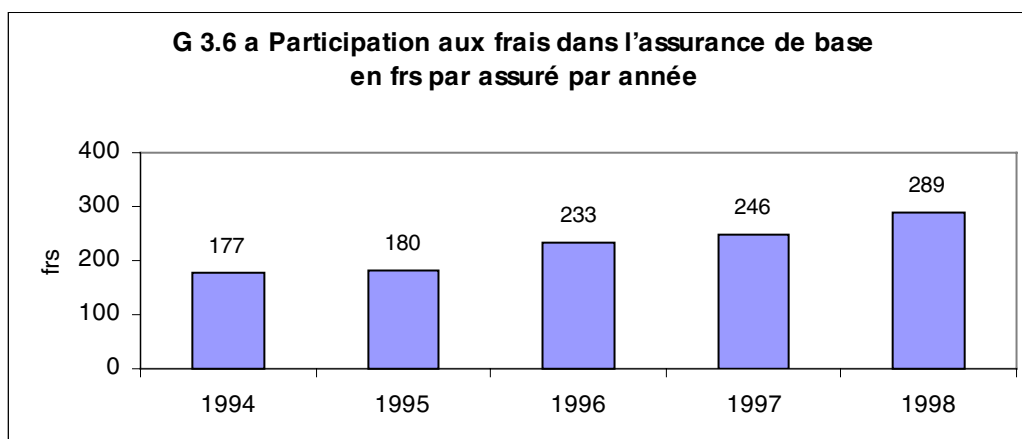
L'évolution des assurances complémentaires des assureurs LAMal est encore incertaine. La diminution attendue des couvertures complémentaires n'apparaît pas dans les statistiques 1996 à 1998. La part des coûts administratifs dans le financement passe de 8% en 1995 à 14% en 1998. Celle des autres coûts reste à 8.4% pour ces 2 années, illustrant par là une certaine stabilité des réserves.

3.6 Evolution de la participation des assurés aux frais**Question 3.6:**

La LAMal introduit des franchises plus élevées et une extension de la quote-part pour les traitements hospitaliers. Quel est l'impact de ces mesures dans le financement de l'assurance-maladie?

La participation aux frais joue un rôle important dans le financement de l'assurance de base (13.9% en 1998). Dans l'assurance indemnités journalières selon la LAMal, elles sont inexistantes et dans les assurances complémentaires des assureurs LAMal, elles sont faibles (1.2% en 1998).

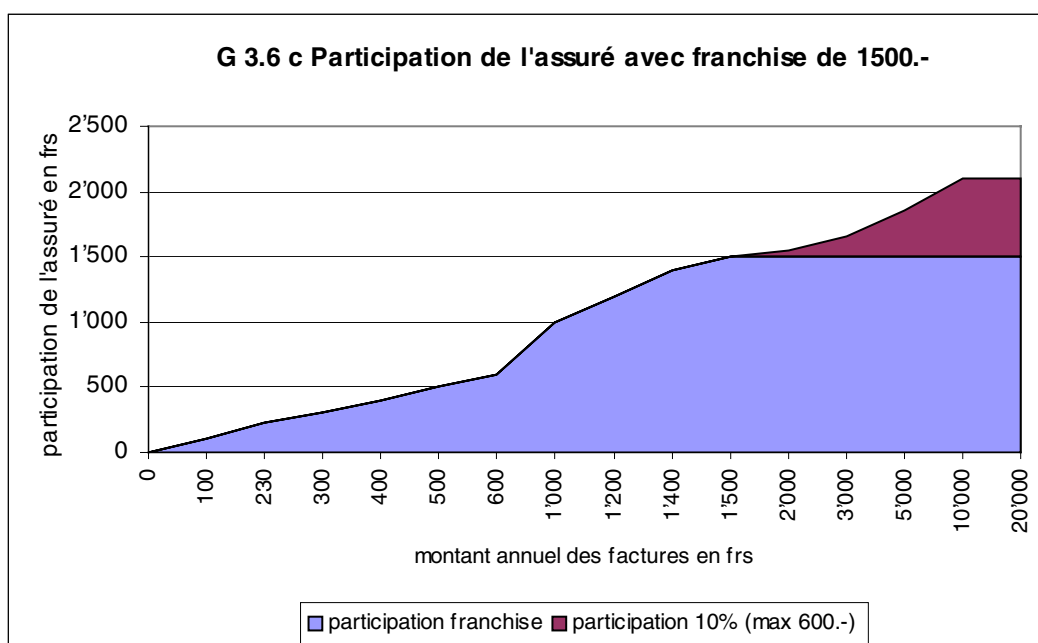
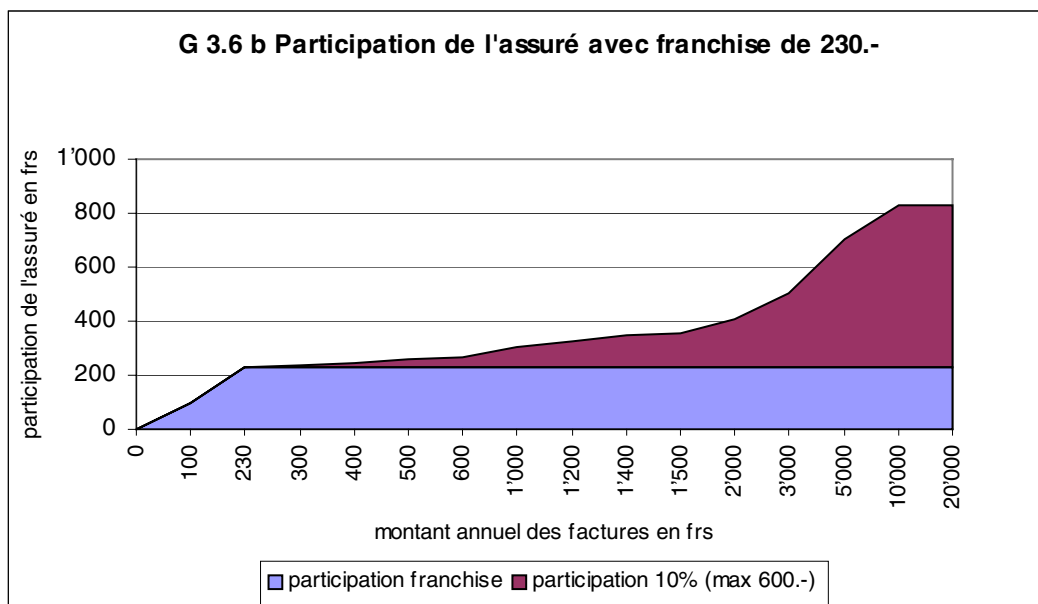
Selon la LAMal, la participation des assurés est composée de la franchise (montant annuel fixe) et d'une quote-part de 10% des coûts qui dépassent la franchise (jusqu'à concurrence de 600 frs). La nouvelle loi instaure notamment l'extension de la quote-part aux traitements hospitaliers, alors qu'elle ne s'appliquait précédemment qu'aux traitements ambulatoires. L'évolution de la participation 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 personnes en bonne santé n'ayant pas de frais durant l'année ont évidemment une participation nulle. Mais comme seules sont considérées ici les factures enregistrées par les assureurs, les assurés dont le montant des frais n'atteint pas la franchise et qui renoncent à envoyer leurs factures à leur assureur LAMal ont également une participation nulle, ce qui n'est pas le cas en réalité. Dans la mesure où 37% des assurés avaient opté en 1998 pour une franchise à option, l'incidence associée ne peut être ignorée. Par contre, la quote-part de 10% pour les frais de traitements hospitaliers 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 assureur maladie (**graphique 3.6 a et tableau 3.6 a** en annexe).



Le développement des franchises élevées à option durant ces dernières années ne doit donc pas être ignoré dans cette analyse. En 1995, le nombre de tels assurés s'élevait à 700'000 environ (10% de l'ensemble des assurés). En 1996, il a véritablement explosé puisqu'il a atteint 2,3 millions (32%) et 2,7 millions en 1997 et 1998 (37%).

Entre 1995 et 1996, le saut attendu est bien perceptible. De plus, les franchises obligatoires et à option ont été augmentées en 1998 avec pour incidence une hausse de 18% de la participation aux frais des assurés. Dans la structure du financement de l'assurance de base, il convient cependant de situer l'importance de la participation aux frais, qui n'a passé que de 10.6% en 1995 à 13.9% en 1998 du total des recettes (tableau 3.3).

Les graphiques 3.6 b et c illustrent la participation d'un assuré en fonction du montant de ses factures annuelles pour des franchises de 230.- ou 1500.- frs pendant la période 1996-2000. La participation se compose de 2 parties: participation partielle ou pleine à la franchise et participation de 10% aux frais dépassant la franchise, mais à concurrence de 600.-. Cette participation est un montant qui vient s'ajouter aux primes payées par les assurés.



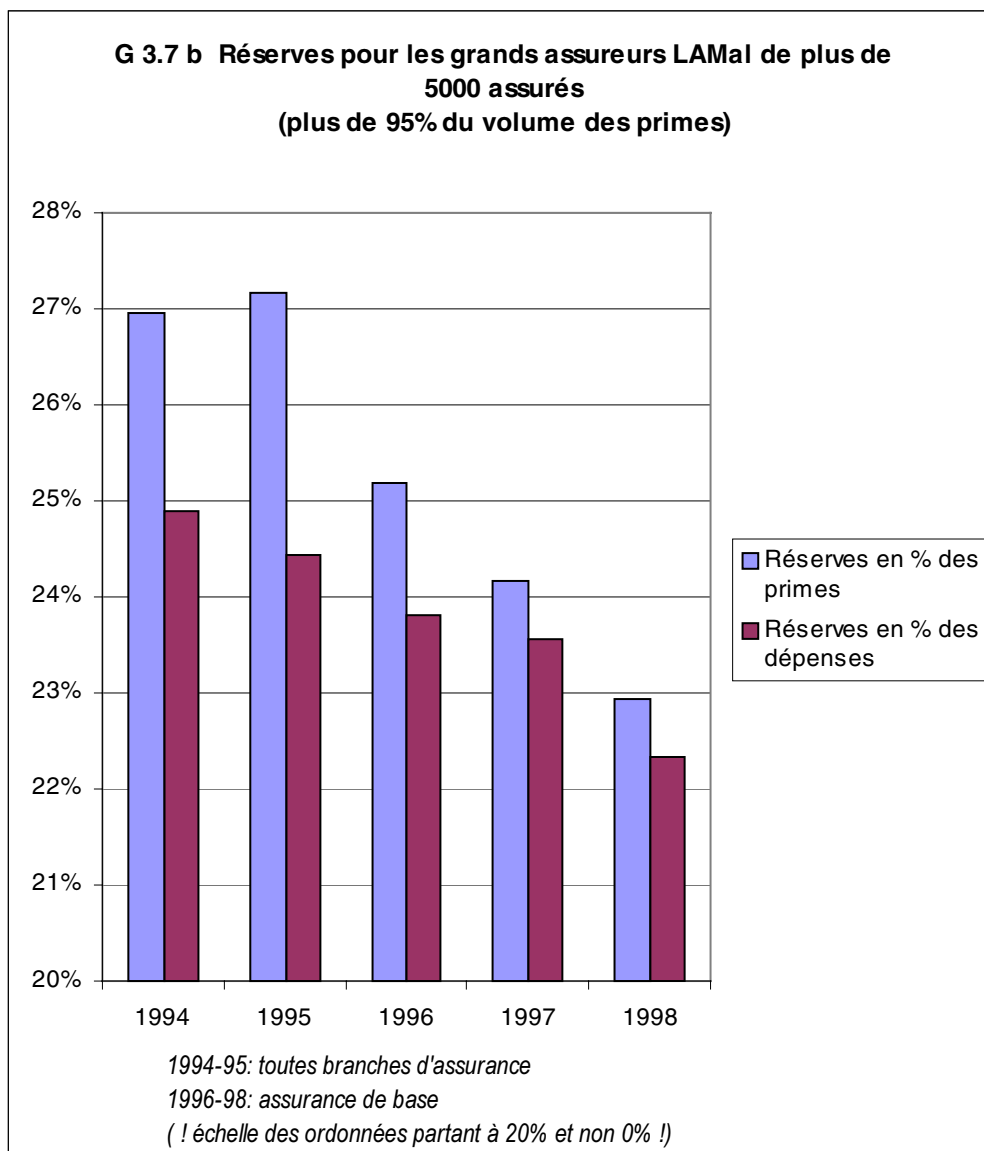
Conclusion 3.6:

Les augmentations de franchises et de quote-part introduites par la LAMal ont déployé leurs effets. Le montant moyen de la participation aux frais par assuré a augmenté de 30% en 1996. Il a encore progressé de 18% en 1998 en raison d'une hausse des franchises et se monte pour cette année à 13.9% du total des recettes de l'assurance de base.

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

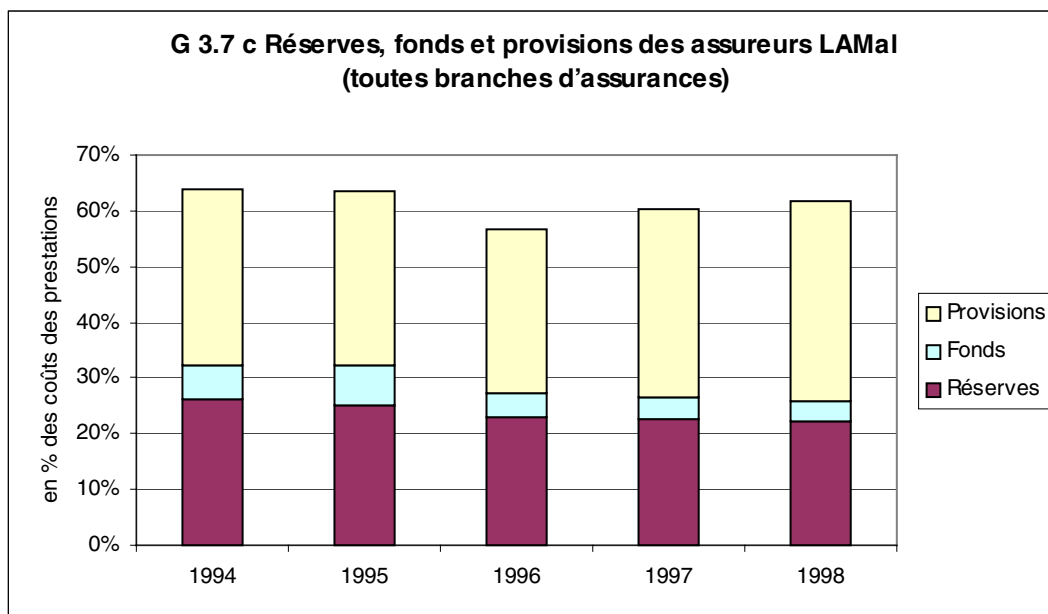
Les réserves financières des assureurs LAMal présentent-elles une évolution consécutive à la LAMal ?

Le **graphique 3.7 b** et le **tableau 3.7 b** en annexe illustrent clairement la baisse du niveau des réserves intervenue depuis 1994 pour les assureurs LAMal de plus de 5'000 assurés. La LAMal a occasionné une baisse sensible du taux de réserves nettement distincte de la lente érosion des réserves observée pendant trois décennies.



La LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins soit 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". L'OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie) définit les réserves légales minimales, composées d'une réserve de sécurité et d'une réserve de fluctuation, fixées en fonction du nombre d'assurés. Par exemple, les assureurs LAMal de plus de 50'000 assurés doivent disposer d'une réserve minimale de 20% des primes à recevoir. Jusqu'en 1995 les réserves légales minimales étaient exprimées en % des dépenses, raison pour laquelle on a exprimé dans le **tableau 3.7 a** en annexe l'évolution des réserves en fonction des dépenses et des primes.

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 selon la LAMal. L'analyse qui suit porte donc sur l'ensemble des réserves des assureurs LAMal, toutes branches d'assurances confondues. 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. La diminution du taux de réserves par rapport aux prestations s'est poursuivie entre 1994 et 1998. De 26.2% en 1994, le taux descend à 22.3% en 1998. En additionnant les réserves, les divers fonds et les provisions, le pourcentage par rapport aux prestations aurait atteint 64.0% en 1994 et 61.8% en 1998 (**graphique 3.7 c et tableau 3.7 c** en annexe).



Conclusion 3.7:

La tendance à une diminution des réserves aux niveaux légaux minimaux dans l'assurance de base se poursuit, les assureurs LAMal ne répercutant pas toujours totalement les augmentations des coûts sur les primes en puisant dans les réserves. L'analyse des données 1994 - 1998 fait apparaître une baisse des réserves qui a passé de 27.0% des primes en 1994 à 22.9% en 1998 pour les assureurs LAMal de plus de 5'000 assurés.

3.8 Evolution des franchises

Question 3.8:

Dans quelle mesure la contribution financière globale des assurés (soit la prime, la franchise et la quote-part de 10%) est-elle influencée par les franchises à option ?

La LAMal prévoit que les assurés peuvent réduire leur prime en optant pour une franchise à option en lieu et place de la franchise légale ordinaire. Le **tableau 3.8 a** illustre les rabais proposés dès 1996 (une modification des franchises et/ou des rabais associés a été introduite en 1998 - *en italiques* -):

T 3.8 a Rabais pour les franchises à option 1996-2000

<i>Adultes</i> 1996-1997		<i>Adultes</i> 1998-2000	
<i>franchise</i>	<i>rabais maximal octroyé sur la prime en %</i>	<i>franchise</i>	<i>rabais maximal octroyé sur la prime en %</i>
ordinaire 150.-	-	ordinaire 230.-	-
1) 300.-	10%	1) 400.-	8%
2) 600.-	20%	2) 600.-	15%
3) 1200.-	35%	3) 1200.-	30%
4) 1500.-	40%	4) 1500.-	40%

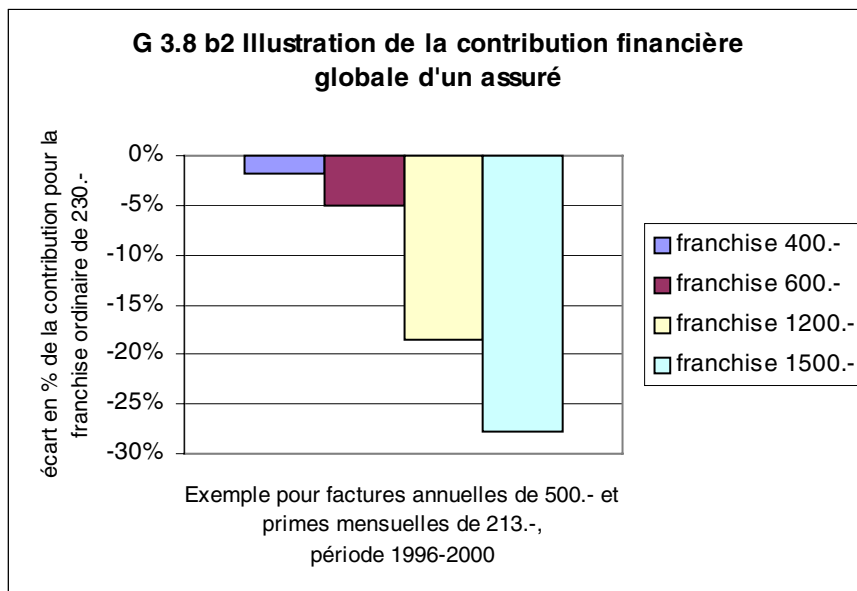
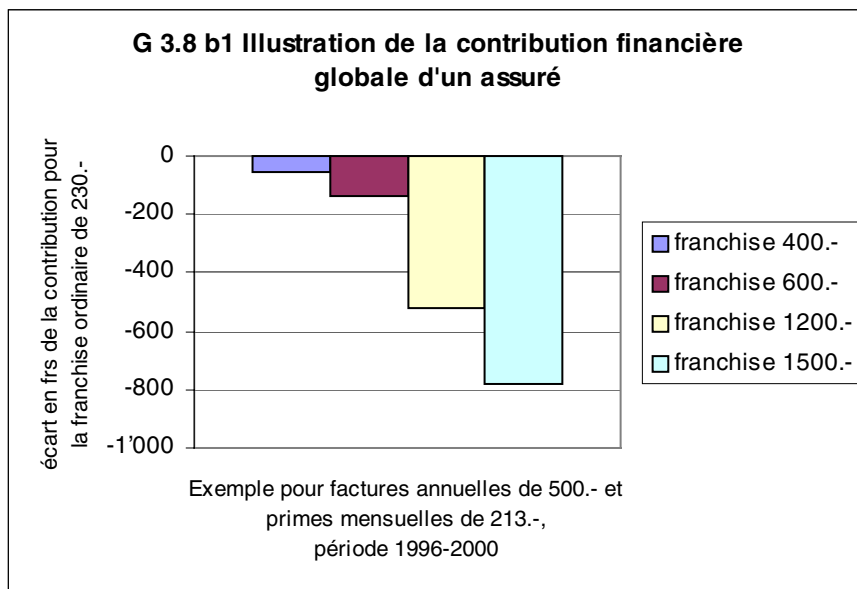
<i>Enfants</i> 1996-1997		<i>Enfants</i> 1998-2000	
<i>franchise</i>	<i>rabais maximal octroyé sur la prime en %</i>	<i>franchise</i>	<i>rabais maximal octroyé sur la prime en %</i>
ordinaire 0.-	-	ordinaire 0.-	-
1) 150.-	20%	1) 150.-	15%
2) 300.-	35%	2) 300.-	30%
3) 375.-	40%	3) 375.-	40%

Le **tableau 3.8 b** et les **graphiques 3.8 b1 et b2** met en lumière la contribution financière globale d'un assuré. Elle se compose de sa prime ainsi que de sa participation aux frais. Il est intéressant de faire apparaître l'écart annuel à payer par un assuré par rapport à la franchise légale ordinaire en frs et en % en fonction des 2 paramètres suivants: la prime mensuelle et le montant annuel des factures.

T 3.8 b Illustration de la contribution financière globale d'un assuré

Exemple pour un adulte avec des factures annuelles de 500 frs et une prime mensuelle de 213 frs, période 1998-2000

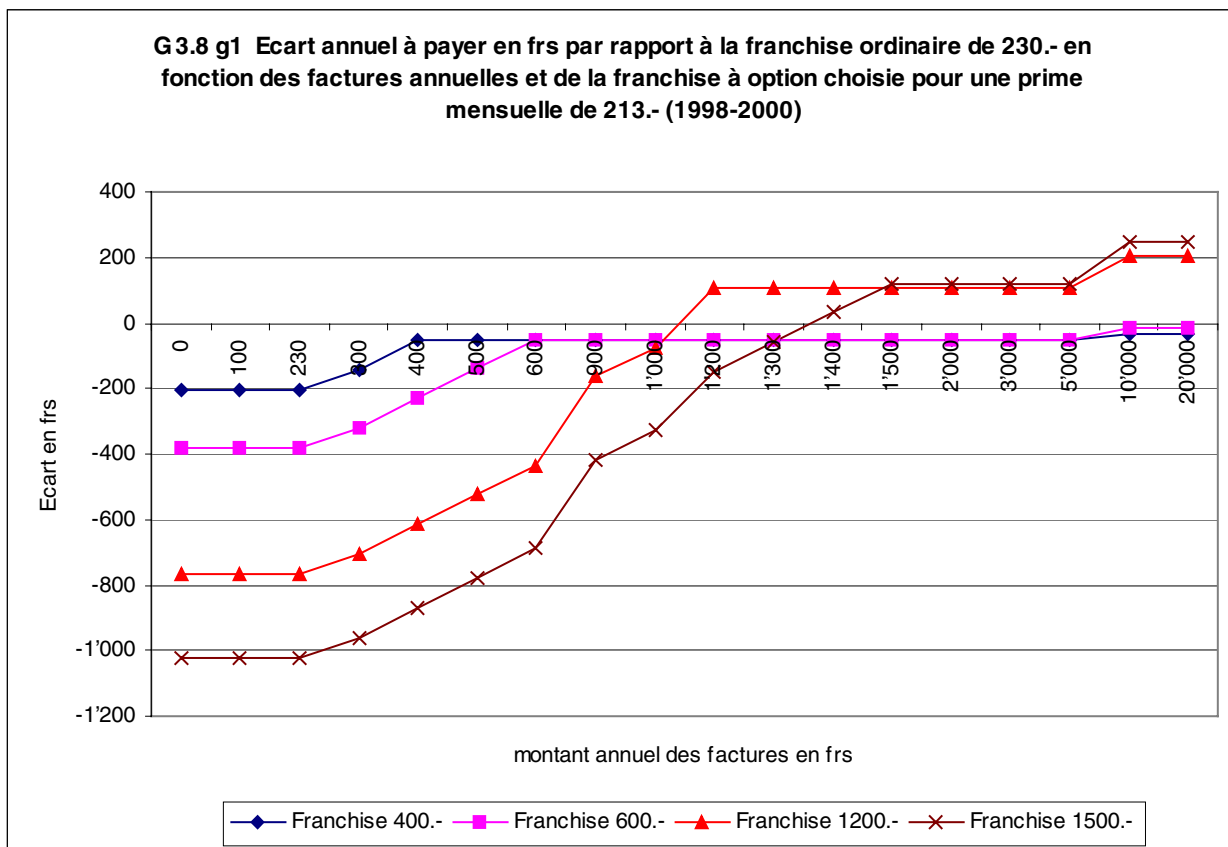
	230.-	400.-	600.-	1'200.-	1'500.-
franchises en frs	230.-	400.-	600.-	1'200.-	1'500.-
rabais sur la prime en %	0%	8%	15%	30%	40%
participation franchise en frs	230	400	500	500	500
participation de 10% en frs (max 600.-)	27	10	-	-	-
prime annuelle en frs	2'556	2'352	2'173	1'789	1'534
contribution financière globale	2'813	2'762	2'673	2'289	2'034
écart en frs de la franchise de 230.-	-	-51	-140	-524	-779
écart en % de la franchise de 230.-	-	-1.8%	-5.0%	-18.6%	-27.7%



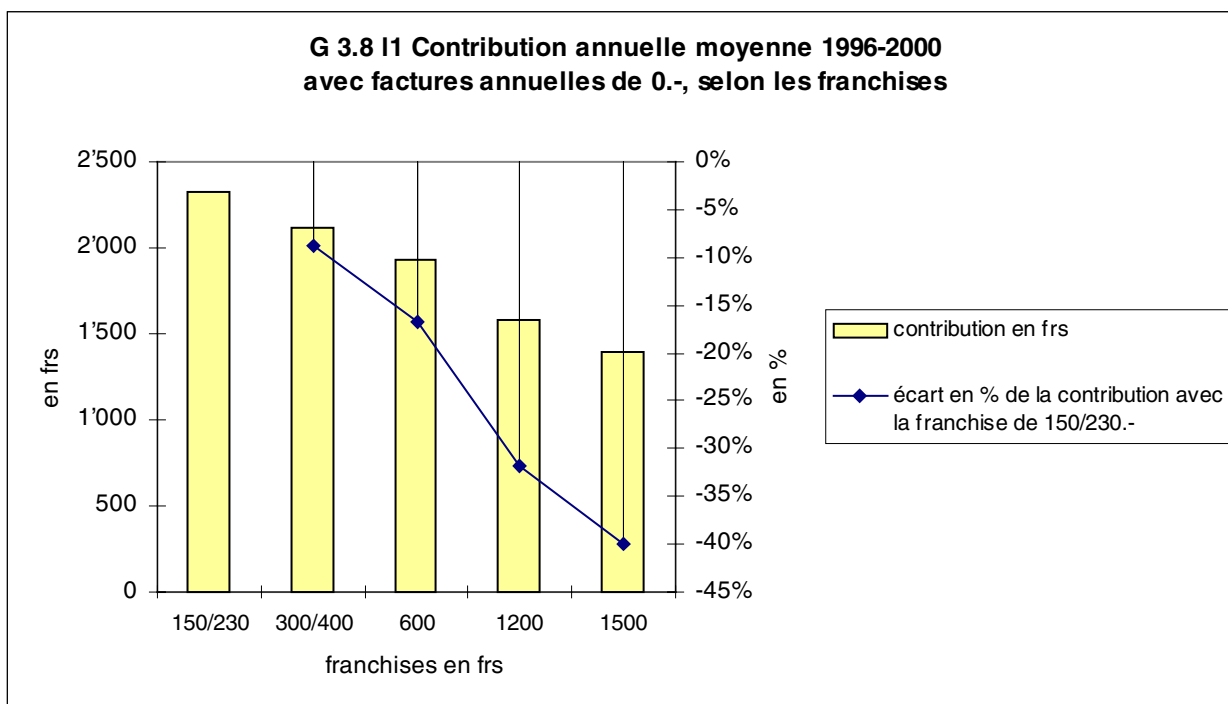
Le **tableau 3.8 c** et les **graphiques 3.8 c1 à 3.8 h2** en annexe donnent une illustration sur la base de l'exemple précédent pour les paramètres suivants: primes mensuelles de 120.-, 213.- et 376.- (correspondant aux primes les plus basses, les plus élevées et moyennes des cantons sur la période 1996-2000), factures annuelles échelonnées en 18 montants entre 0 et 20'000.-, franchises et rabais pour adultes pour les périodes 1996-97 et 1998-2000.

Pour la période 1996-97, avec une prime moyenne de 120.- et une franchise à option de 300.-, l'assuré est toujours gagnant ou dans une situation égale à celle qu'il obtiendrait avec la franchise ordinaire de 150.-. Avec une prime moyenne de 213.- et une franchise à option de 300.- ou 600.-, l'assuré est toujours gagnant par rapport à la franchise ordinaire de 150.-. Avec une prime moyenne de 376.-, l'assuré est toujours gagnant par rapport à la franchise ordinaire de 150.- pour toutes les franchises à option (**cf. graphiques 3.8 c1 à 3.8 d2** en annexe).

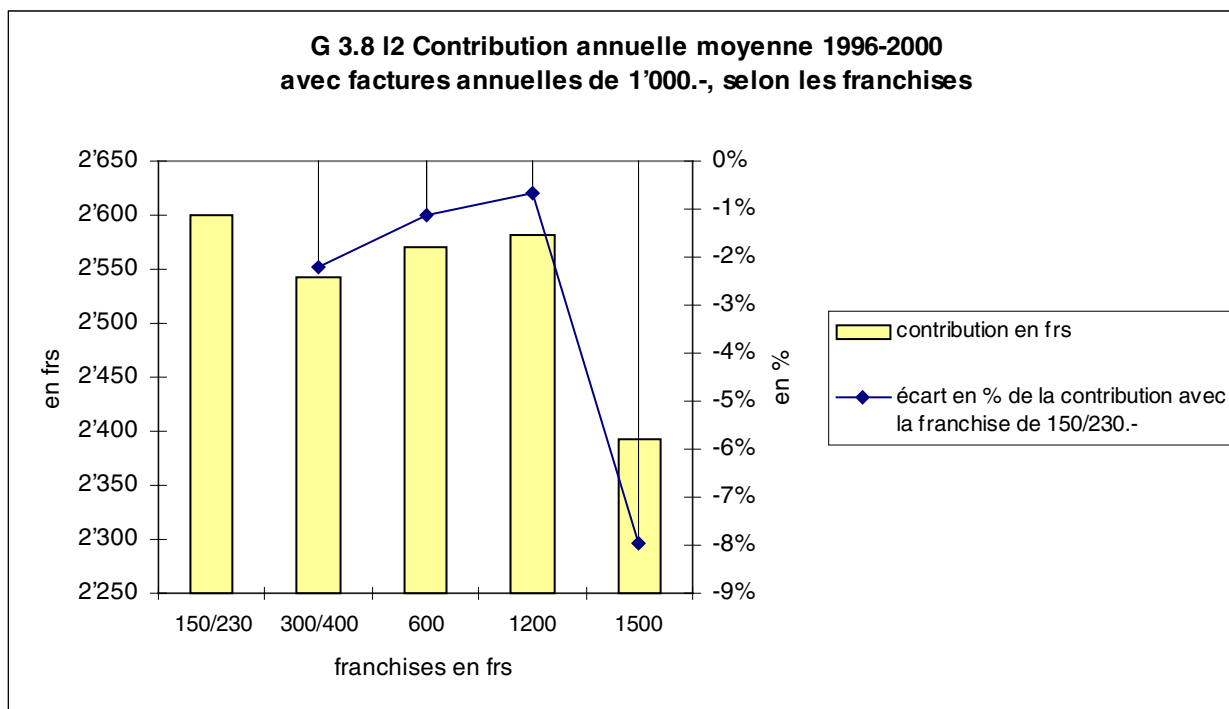
Pour la période 1998-2000, avec une prime moyenne de 120.-, l'assuré devient perdant selon la franchise choisie pour un montant annuel des factures entre 300 et 900.- par rapport à la franchise ordinaire de 230.- (**cf. graphique 3.8 f1** en annexe). Avec une prime moyenne de 213.- et une franchise à option de 400.- ou 600.-, l'assuré est toujours gagnant par rapport à la franchise ordinaire de 230.- (**cf. graphique 3.8 g1**). Avec une prime moyenne de 376.-, l'assuré est toujours gagnant par rapport à la franchise ordinaire de 230.- pour toutes les franchises à option (**cf. graphique 3.8 h1** en annexe).



Le **tableau 3.8 I** en annexe permet de comparer l'évolution des contributions financières globales d'un assuré adulte en se basant sur les primes moyennes suisses pour la période 1996-2000 en fonction des paramètres suivants: franchise ordinaire ou à option, factures annuelles moyennes de 0.-, 1'000.- ou 10'000.-. Si l'assuré est en parfaite santé et ne génère pas de frais durant l'année, le choix de franchises à option lui permet de réaliser des économies entre 8.7% et 40% sur la période 1996-2000 par rapport aux contributions à verser avec la franchise ordinaire de 150.- en 1996-97 et 230.- de 1998 à 2000 (en l'occurrence les primes dans ce cas, cf. graphique 3.8 I1).



Avec des frais annuels de 1'000.-, l'économie réalisable par rapport à la franchise ordinaire entre 0.7 et 7.9% selon les différentes franchises à option (cf. graphique 3.8 I2).



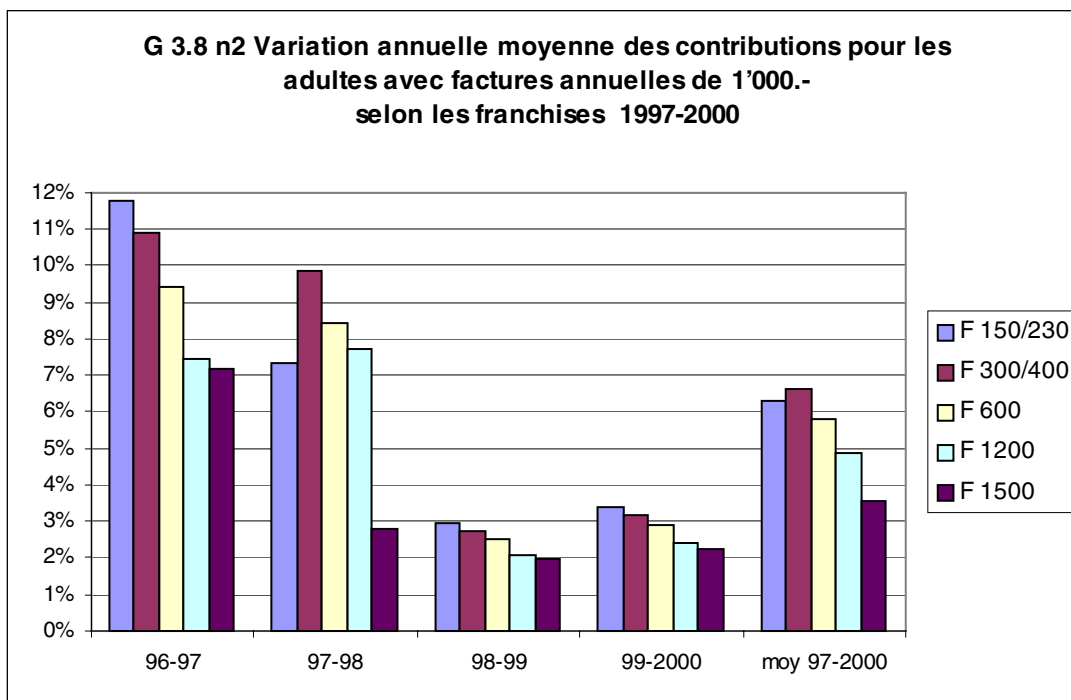
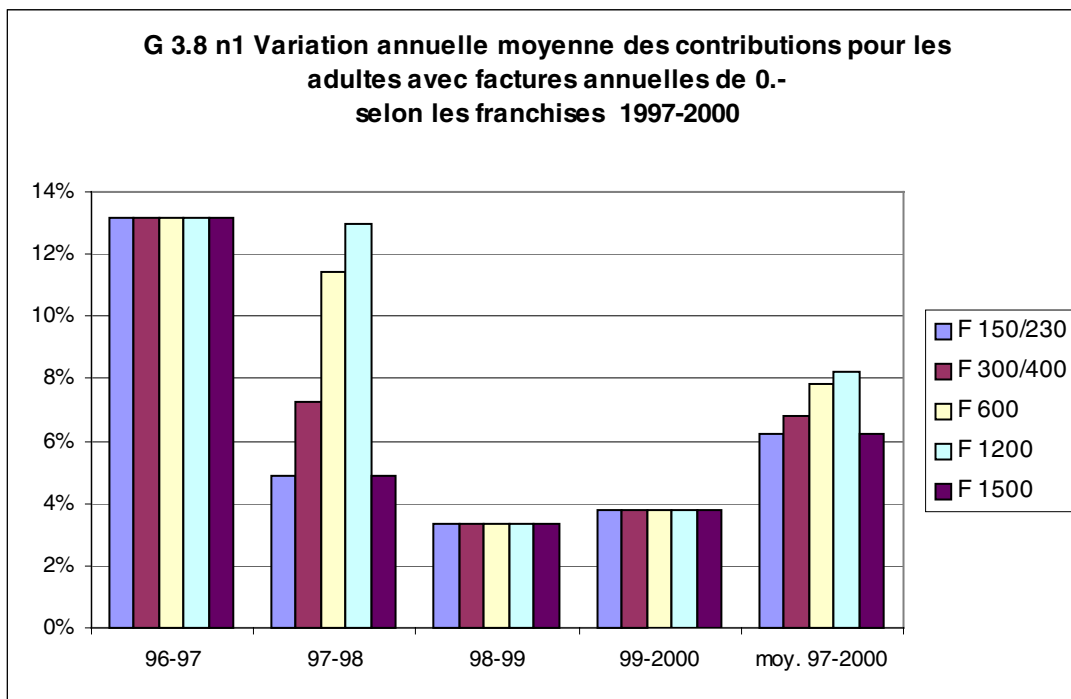
Pour des frais annuels de 10'000.-, il n'y a économie par rapport à la franchise ordinaire que pour la franchise à 300/400.-, les autres franchises générant un surcoût de 0.4 à 12 % (cf. graphique 3.8 I3 en annexe).

Le **tableau 3.8 m** en annexe met en lumière les indices liés à l'évolution des contributions susmentionnées. Selon la franchise à option choisie et le montant des factures annuelles de 0.-, 1'000.- ou 10'000.-, on constate un écart de -10.5% à +7.7% par rapport aux indices associés à la franchise ordinaire pour l'an 2000.

Le **tableau 3.8 n** en annexe illustre l'évolution annuelle moyenne des contributions financières globales d'un assuré adulte sur la période 1997-2000 en fonction des paramètres suivants: franchise ordinaire ou à option, factures annuelles moyennes de 0.-, 1'000.- ou 10'000.-.

Pour un assuré sans factures, la variation différenciée selon les franchises illustre les effets liés aux adaptations des franchises et rabais associés en 1998: si la variation moyenne des primes pour les adultes au niveau suisse a atteint 4.9% pour la franchise ordinaire, elle a atteint 13.0 % pour les assurés avec la franchise à option de 1200.- (cf. graphique 3.8 n1).

Avec des factures de 1'000.- et 10'000.-, la moyenne des variations annuelles des contributions pour un adulte reste en dessous de celle pour la franchise ordinaire de 150/230.- sur la période 1996-2000 alors qu'elle est légèrement plus élevée pour les franchises de 300/400.- et 600.- (cf. graphiques 3.8 n2 et n3 en annexe).



Conclusion 3.8:

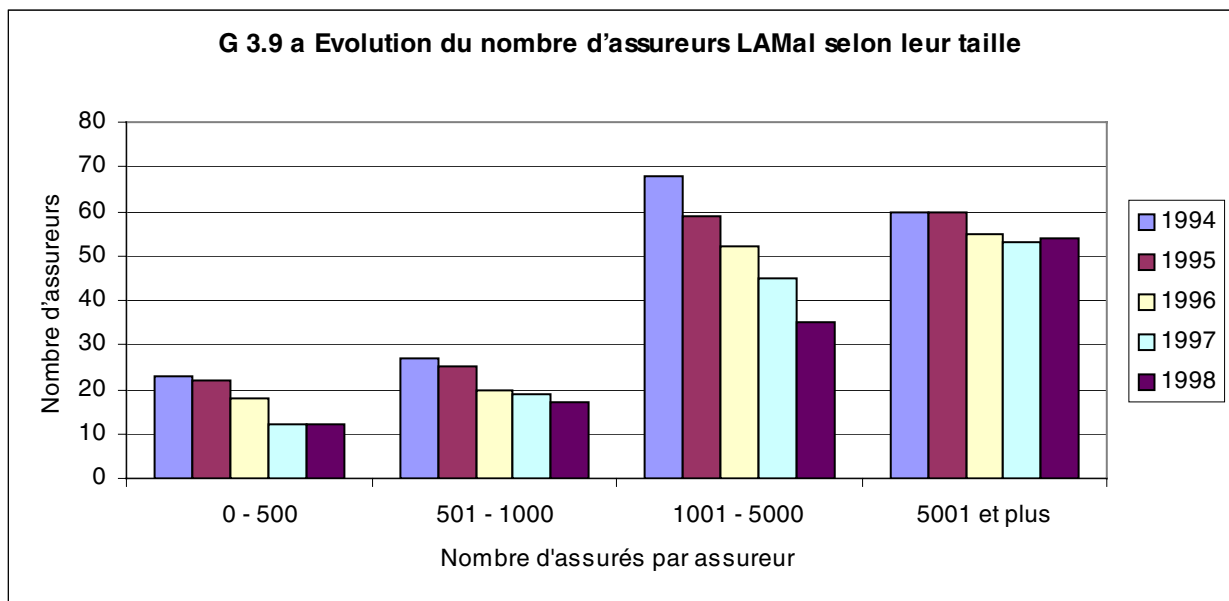
La contribution financière globale des assurés dépend non seulement de la prime mais également de la franchise choisie et des factures annuelles de l'assuré. En fonction des ces paramètres, elle peut varier dans une fourchette de - 40% à près de + 40% par rapport à celle d'un assuré ayant choisi la franchise ordinaire sur la période 1996-2000.

3.9 Evolution des assureurs LAMal selon leur taille

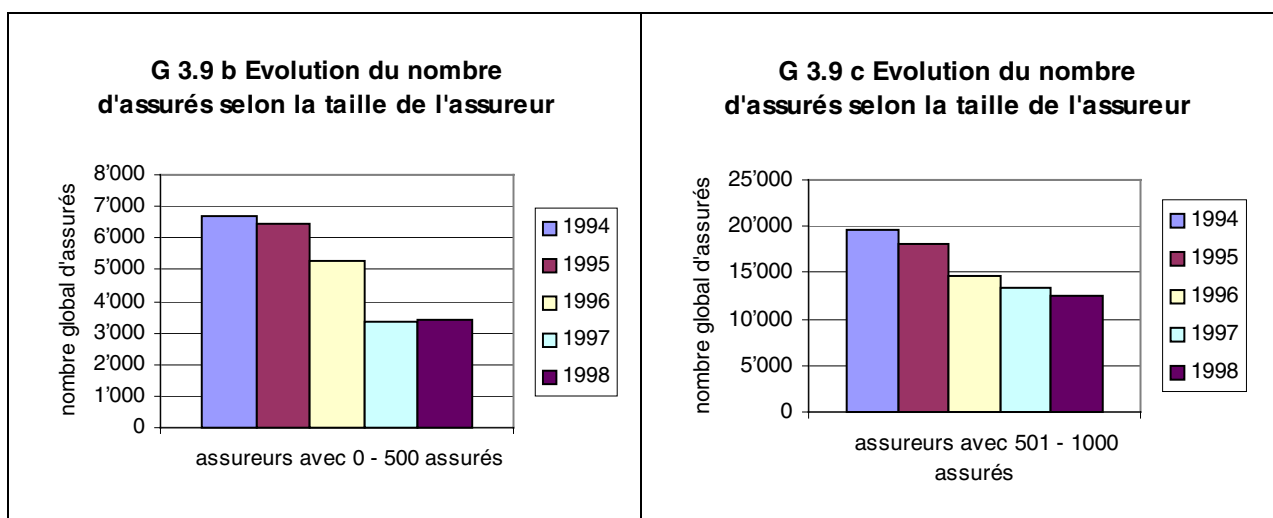
Question 3.9:

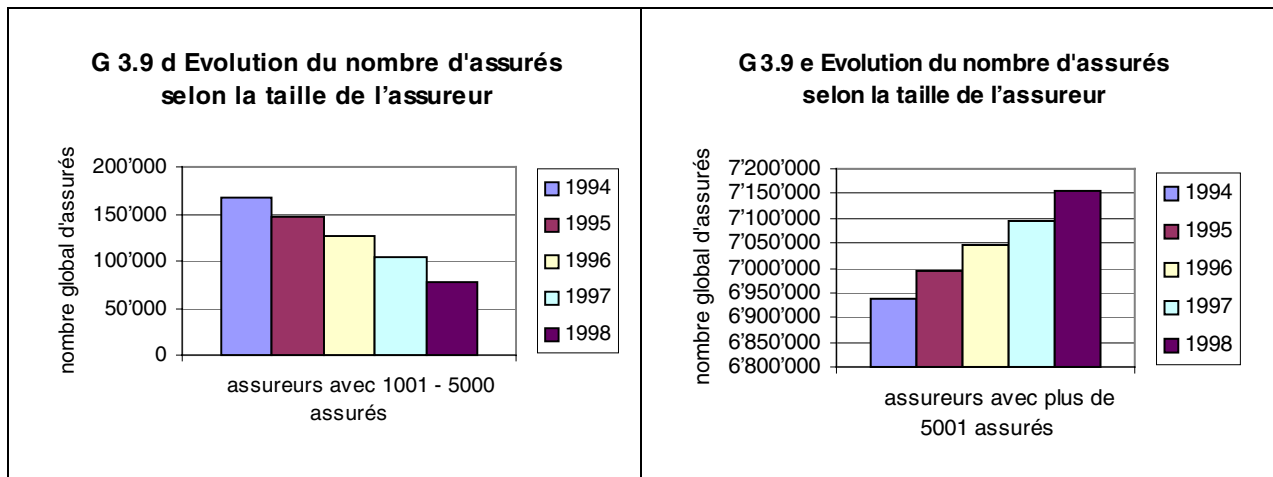
Dans quelle mesure l'évolution d'un assureur LAMal est-elle influencée par sa taille, soit le nombre de ses assurés ?

Entre 1994 et 1998 on constate une diminution importante du nombre d'assureurs LAMal (178 à 118), en particulier ceux dont le nombre d'assurés est inférieur à 5000 assurés. Alors que les assureurs de plus de 5000 assurés ne représentaient que 33% de l'ensemble des assureurs en 1994, ils ont passé à plus de 45% de l'ensemble des assureurs en 1998 avec 98.7% de l'ensemble des assurés. (cf. **tableau 3.9** en annexe et **graphique 3.9 a**)



Les **graphiques 3.9 b à e** mettent en évidence l'évolution du nombre global d'assurés en fonction de la taille de l'assureur, seuls les assureurs de plus de 5'000 assurés ont vu leur nombre d'assurés s'accroître.





Conclusion 3.9:

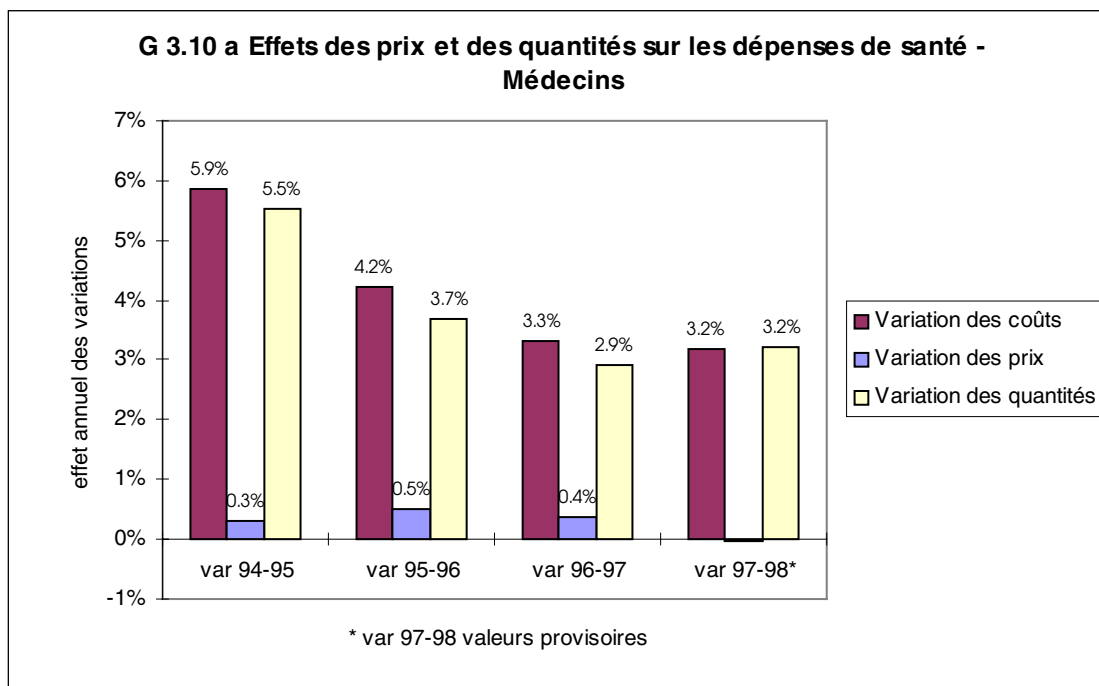
Un processus de concentration des assureurs LAMal a mené à une diminution du nombre d'assureurs et ceux comptant plus de 5000 assurés regroupent plus de 98.7% des assurés en 1998.

3.10 Effets des prix et des quantités sur les dépenses de santé

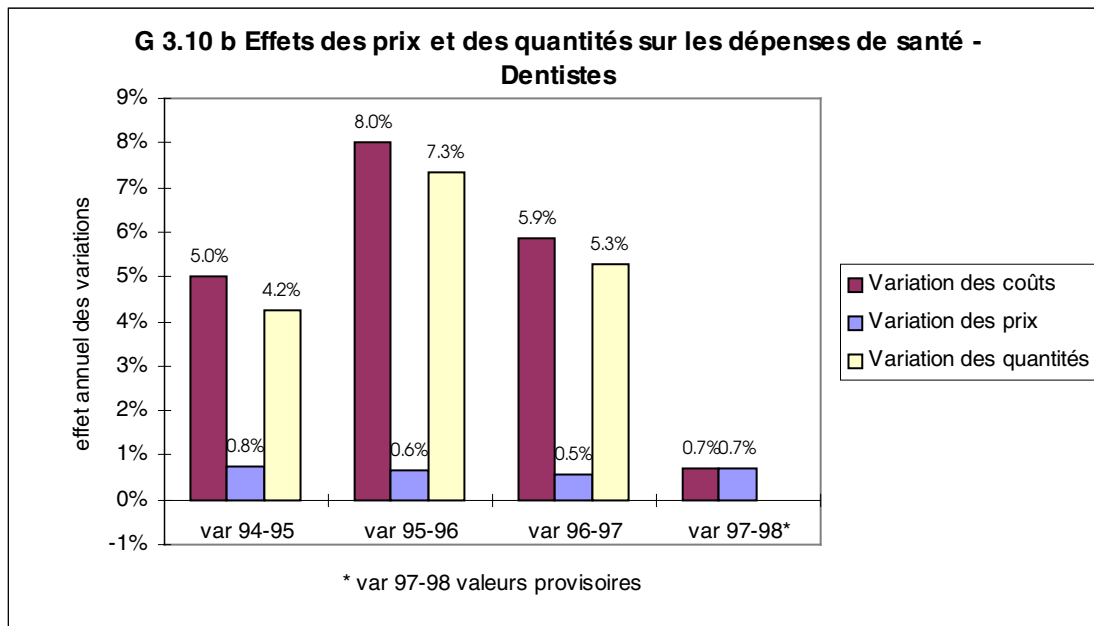
Question 3.10:

L'évolution des dépenses de santé peut-elle être examinée sous l'angle des variations liées aux prix et aux quantités ?

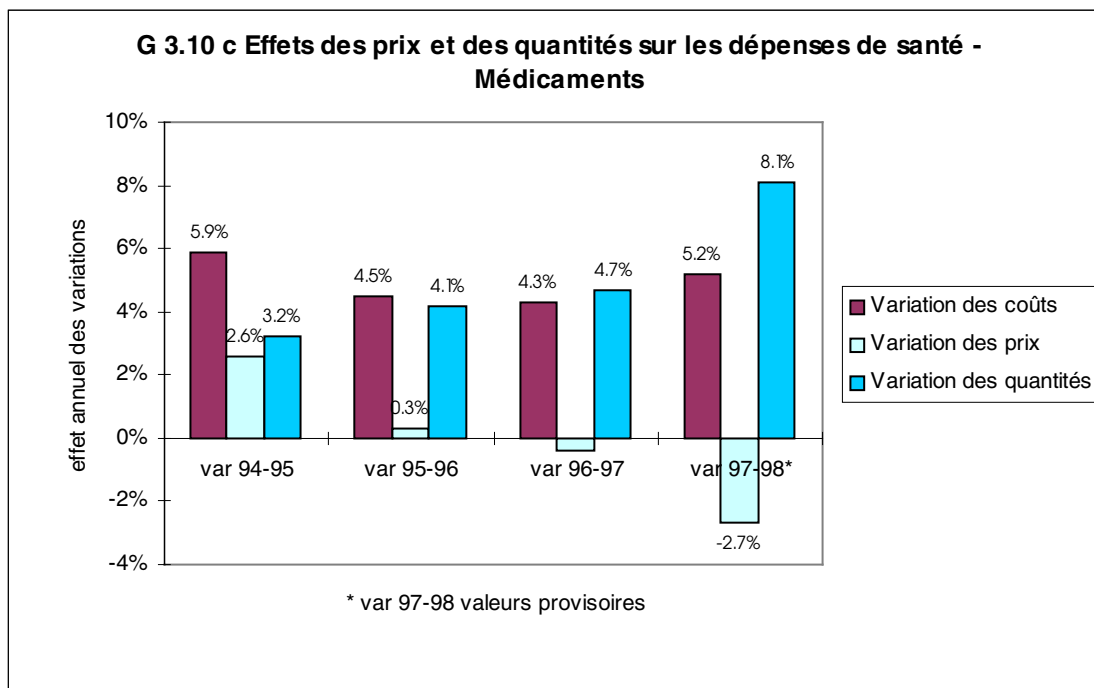
Les dépenses pour les services des médecins (soins ambulatoires - médicaments) ont progressé de 17.5 % entre 1994 et 1998 pour atteindre 5.9 milliards frs. Pour cette même période, on constate que l'augmentation cumulée des dépenses est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la hausse des prix (+1.2%) et de la hausse des quantités (+16.2%) (cf. **tableau 3.10 a** en annexe et **graphique 3.10 a**).



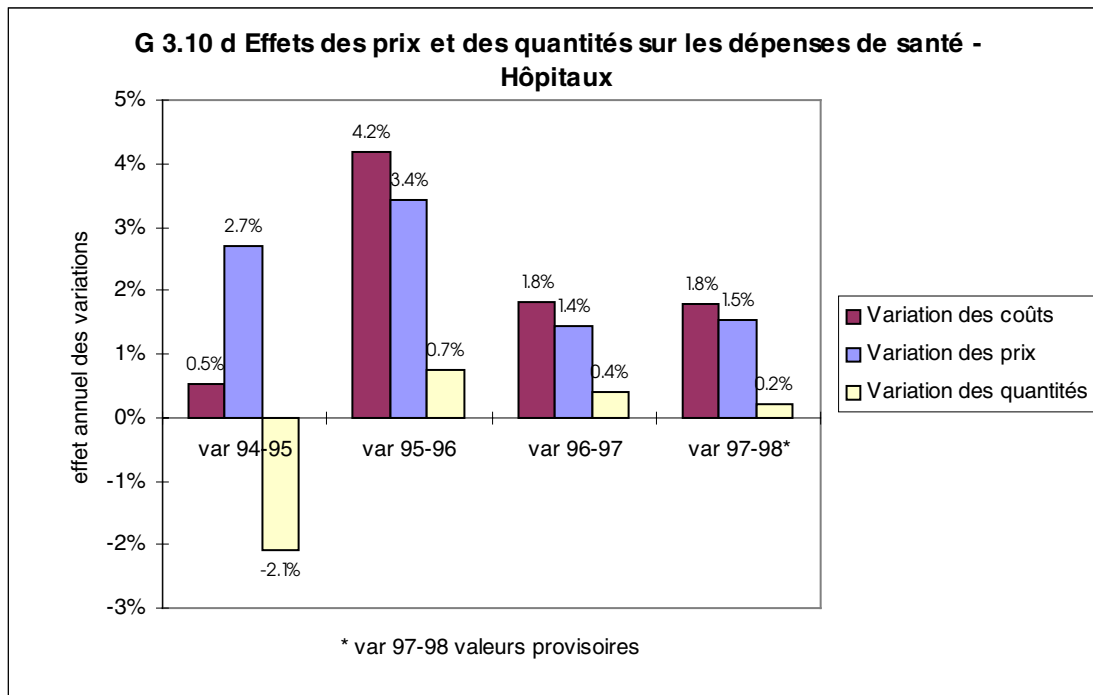
Les dépenses pour les services des dentistes ont progressé de 20.9 % entre 1994 et 1998 pour atteindre 3.3 milliards frs. Pour cette même période, on constate que l'augmentation cumulée des dépenses est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la hausse des prix (+2.7%) et de la hausse des quantités (+17.7%) (cf. **tableau 3.10 b** en annexe et **graphique 3.10 b**).



Les dépenses pour les médicaments ont progressé de 21.4 % entre 1994 et 1998 pour atteindre 4.5 milliards frs. Pour cette même période, on constate que l'augmentation cumulée des dépenses est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la baisse des prix (-0.2%) et de la hausse des quantités (+21.6%). Remarquer la baisse de l'indice des prix des médicaments de près de 3% en 1997 et 1998 (cf. **tableau 3.10 c** en annexe et **graphique 3.10 c**).



Les dépenses pour les hôpitaux (établissements de court et long séjour - soins ambulatoires - médicaments) ont progressé de 8.6 % entre 1994 et 1998 pour atteindre 16.3 milliards frs. Pour cette même période, on constate que l'augmentation cumulée des dépenses est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la hausse des prix (+9.4%) et de la baisse des quantités (-0.76%) (cf. tableau 3.10 d en annexe et graphique 3.10 d).



Conclusion 3.10:

L'augmentation des dépenses de santé peut être décomposée sous forme d'effets multiplicatifs conjoints liées à l'effet de la variation (positive ou négative) des prix et des quantités. Pour les médecins, en l'absence de modification tarifaire en 1998, les augmentations de coûts sont liées à l'accroissement des quantités. Si les prix des médicaments mesurés depuis 1996 baissent, les quantités consommées augmentent.

4. Conséquences au niveau cantonal

Dans ce chapitre nous allons examiner l'évolution de données pour lesquelles nous avons des informations au niveau cantonal.

4.1 Primes mensuelles moyennes LAMal 1996-2000

Question 4.1:

Des variations importantes au niveau des primes et de leur évolution sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?

Les **tableaux 4.1 a** en annexe illustrent les primes moyennes mensuelles de 1996 à 2000 calculées sur la base des 25 plus grandes caisses-maladie de chaque canton, par agrégation pondérée des primes des régions tarifaires 1, 2 et 3 (haute, moyenne et basse) de chaque caisse, avec la franchise ordinaire et la couverture accidents, de même que l'écart par rapport à la moyenne suisse pour l'an 2000 et la période 1996-2000. Les **graphiques 4.1 a** en annexe mettent en évidence ces mêmes primes moyennes sur la période 1996-2000.

Les **tableaux 4.1 b** en annexe illustrent les écarts mensuels entre la prime moyenne de chaque canton et la prime moyenne suisse.

Les **tableaux 4.1 c** en annexe illustrent les indices de l'évolution des primes en prenant pour base 100 l'année 1996.

Les **tableaux 4.1 d** en annexe illustrent les variations annuelles des primes ainsi que la variation annuelle moyenne calculée sur la période 1997-2000. Les **graphiques 4.1 d** en annexe mettent en évidence la variation annuelle moyenne calculée sur la période 1997-2000.

4.1.1 Enfants et jeunes 0-18 ans

On constate une différence de plus du simple au double entre la prime moyenne mensuelle la plus basse sur la période 1996-2000 à AI (34.4 frs) et la plus haute à GE (80.8 frs). Par rapport à la moyenne suisse de 51.6 frs, les autres cantons se situent dans une fourchette de - 33.4% (AI) et + 56.6% (GE). On rencontre le plus bas indice de l'évolution des primes en l'an 2000 pour le VS (97.61) et le plus haut pour AG (159.13), l'indice CH se situant à 120.42 avec 1996 = 100 comme base. La variation annuelle des primes s'est élevée à 4.8% en moyenne suisse pour la période 1997-2000, avec un maximum de + 13.17% entre 1996 et 1997 et un minimum de - 0.11% (**diminution des primes**) de 1997 à 1998.

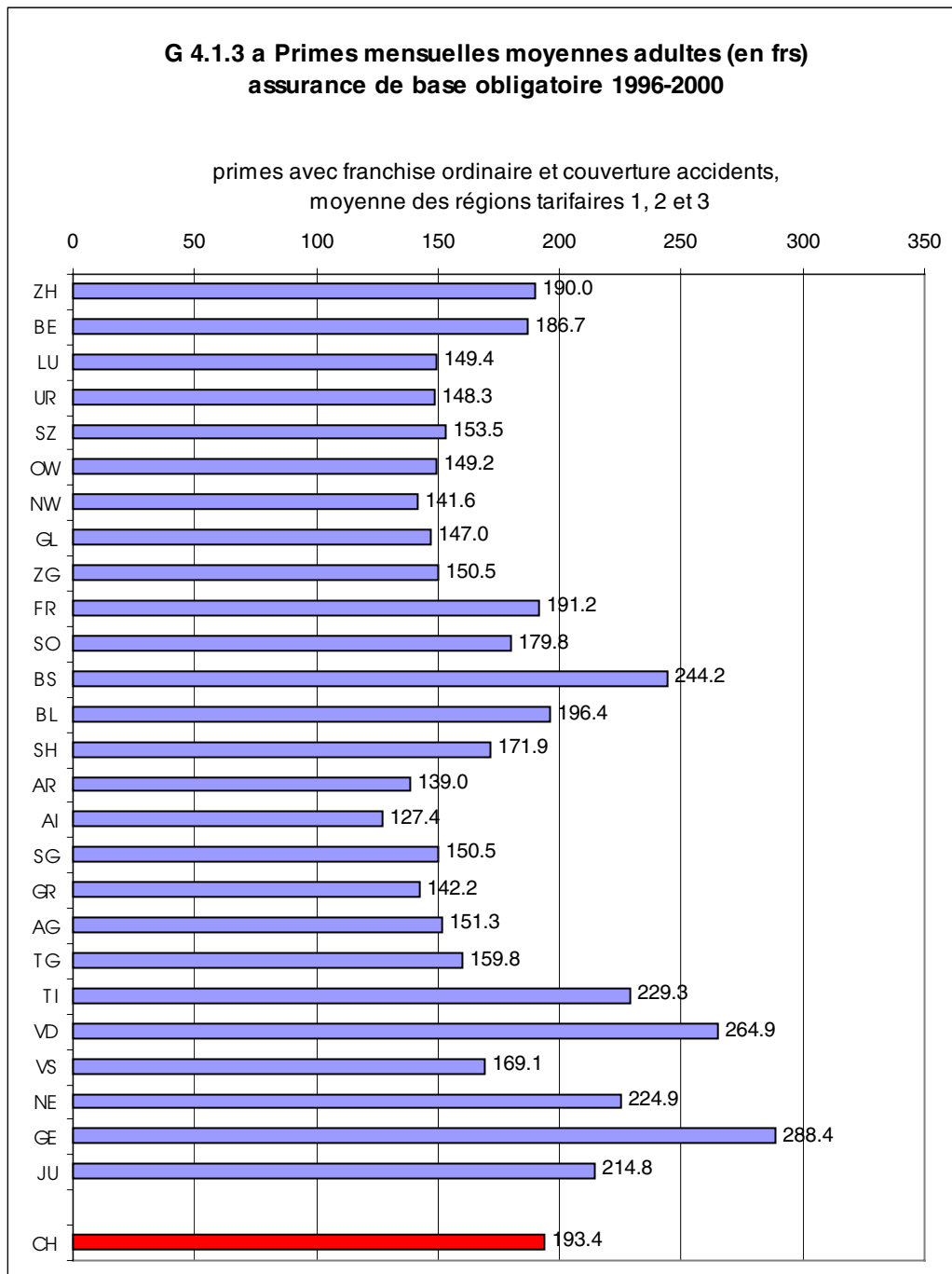
4.1.2 Jeunes en formation 19-25 ans

On constate une différence de plus du simple au double entre la prime moyenne mensuelle la plus basse sur la période 1996-2000 à AI (86 frs) et la plus haute à GE (195 frs). Par rapport à la moyenne suisse de 125 frs, les autres cantons se situent dans une fourchette de - 31.2% (AI) et + 55.9% (GE). On rencontre le plus bas indice de l'évolution des primes en l'an 2000 pour le VS (95.48) et le plus haut pour AG (152.95), l'indice CH se situant à 122.31 avec 1996 = 100 comme base. La variation annuelle des primes s'est élevée à 5.2% en moyenne suisse pour la période 1997-2000, avec un maximum de + 13.17% entre 1996 et 1997 et un minimum de 0.51% de 1997 à 1998.

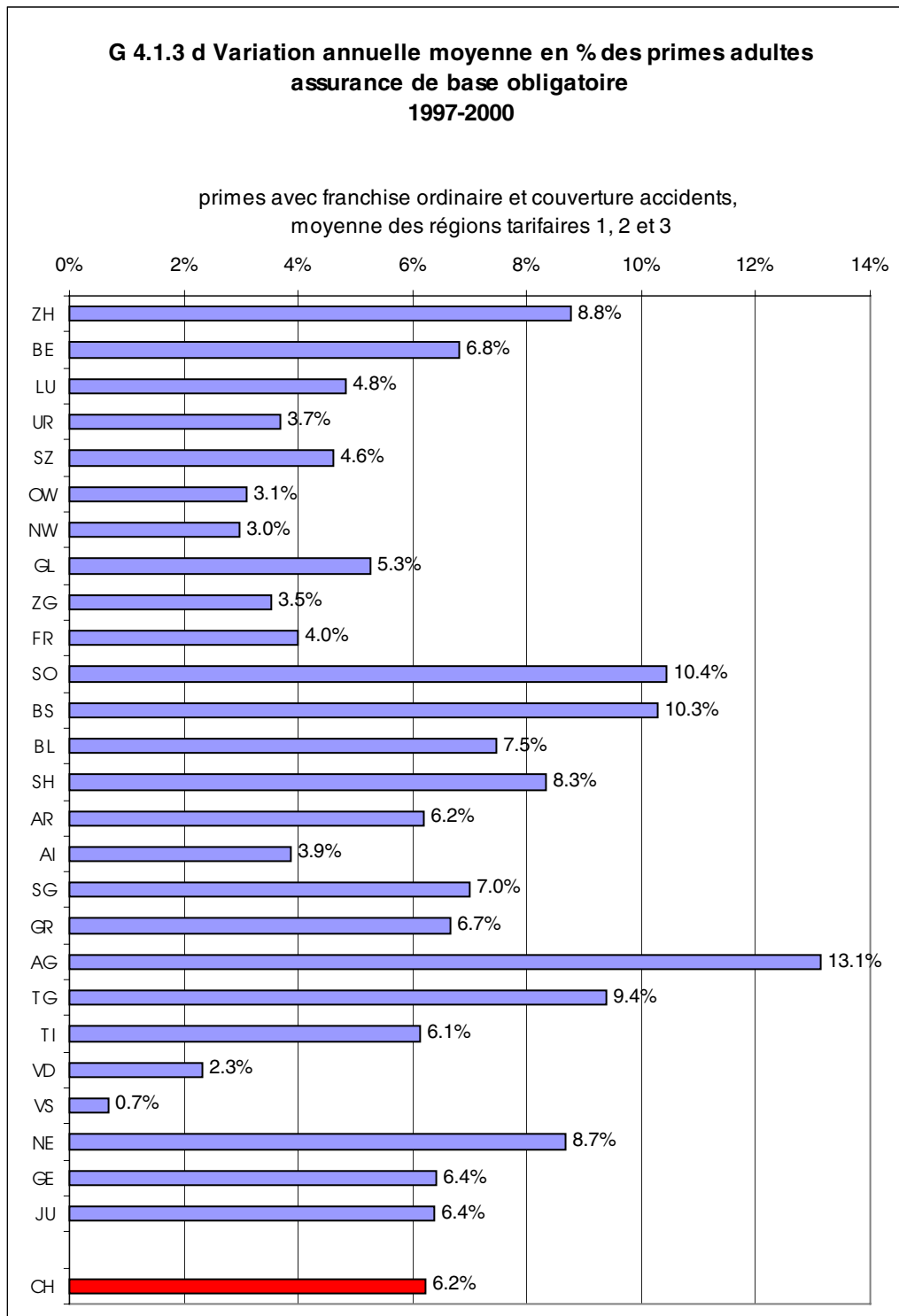
4.1.3 Adultes

On constate une différence de plus du simple au double entre la prime moyenne mensuelle la plus basse sur la période 1996-2000 à AI (127.4 frs) et la plus haute à GE (288 frs). Par rapport à la moyenne suisse de 193 frs, les autres cantons se situent dans une fourchette de - 34.1% (AI) et + 49.1% (GE). On rencontre le plus bas indice de l'évolution des primes en l'an 2000 pour le VS (102.72) et le plus haut pour AG (163.83), l'indice CH se situant à 127.39 avec 1996 = 100 comme base. La variation annuelle des primes s'est élevée à 6.2% en moyenne suisse pour la période 1997-2000, avec un maximum de + 13.17% entre 1996 et 1997 et un minimum de 3.35% de 1998 à 1999.

Le **graphique 4.1.3 a** met en évidence les primes moyennes sur la période 1996-2000.



Le **graphique 4.1.3 d** met en évidence la variation annuelle moyenne calculée sur la période 1997-2000.



4.1.4 Ensemble des assurés

On constate par analogie une différence de plus du simple au double entre la prime moyenne mensuelle la plus basse sur la période 1996-2000 à AI (99.8 frs) et la plus haute à GE (239 frs). Par rapport à la moyenne suisse de 158 frs, les autres cantons se situent dans une fourchette de - 36.9% (AI) et + 51.1% (GE). On rencontre le plus bas indice de l'évolution des primes en l'an 2000 pour le VS (101.46) et le plus haut pour AG (162.14), l'indice CH se situant à 126.21 avec 1996 = 100 comme base. La variation annuelle des primes s'est élevée à 6.0% en moyenne suisse

pour la période 1997-2000, avec un maximum de + 13.17% entre 1996 et 1997 et un minimum de 3.3% de 1998 à 1999.

Conclusion 4.1:

On constate que ce sont les mêmes cantons qui occupent les positions extrêmes pour le niveau des primes et des variations annuelles, que ce soit pour les enfants, les jeunes en formation et les adultes. Des différences très importantes existent entre les cantons, tant pour le niveau des primes (rapport 1 à 2.4 entre AI et GE) que pour la variation annuelle des primes en % (rapport 1 à 32 entre VS et AG) sur la période 1996-2000.

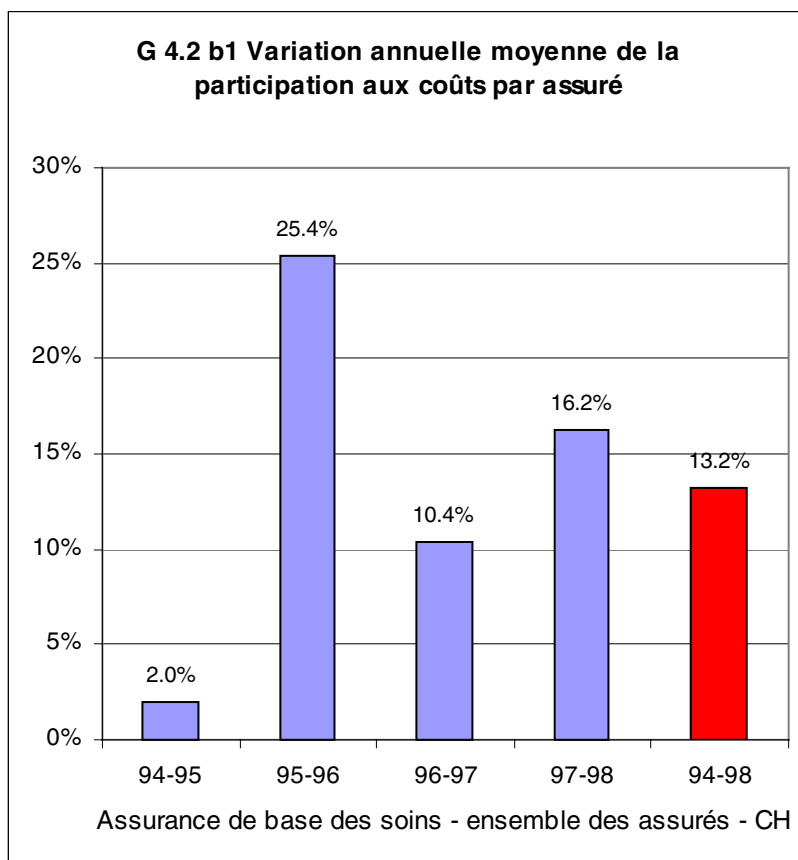
4.2 Participation aux coûts des assurés

Question 4.2:

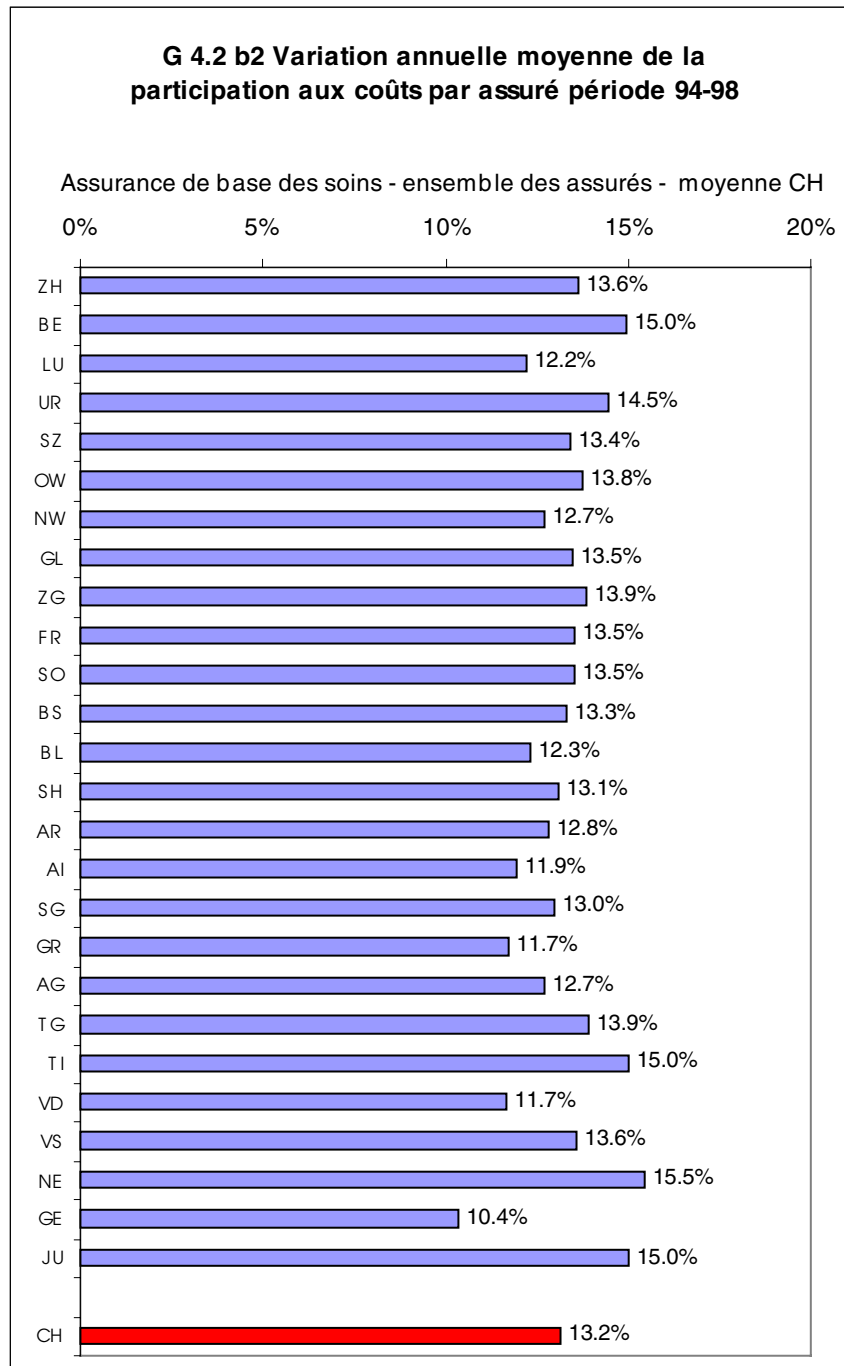
Des variations importantes au niveau de la participation aux coûts des assurés sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?

Le **tableau 4.2 a** en annexe illustre la participation aux coûts annuelle moyenne par assuré de 1994 à 1998 calculée pour l'ensemble des assurés. La participation aux coûts, comme vu dans le chapitre 3, intègre le paiement de la franchise et la quote-part de 10% des coûts dépassant sa franchise, à concurrence de 600.- frs (dès 1996 avec la LAMal).

Le **tableau 4.2 b** en annexe et les **graphiques 4.2 b1 et b2** illustrent les variations annuelles de la participation aux coûts par assuré.



Au niveau suisse, on constate un pic atteignant 25.4% lié à l'introduction de la LAMal en 1996 (hausse des franchises, modification des dispositions liées à la participation aux coûts excédant la franchise, participation en cas de séjour hospitalier). Une nouvelle hausse de 16.2% a lieu de 1997 à 1998 (nouvelle hausse des franchises). Comparativement aux hausses des primes, la participation aux coûts des assurés a connu des augmentations plus importantes. Au niveau des cantons, il y a peu de disparités. Tous ayant présenté une augmentation annuelle moyenne comprise entre 10.4 et 15.5% sur la période 1995-1998.



Conclusion 4.2:

Des hausses marquées de la participation aux coûts des assurés ont eu lieu en 1996 (+25.4%), 1997(+10.4%) et 1998 (+16.2%) pour la moyenne suisse. Par contre il y a peu de disparités au niveau cantonal: +- 2.8% autour d'une moyenne de 13.2% sur la période 1994-98.

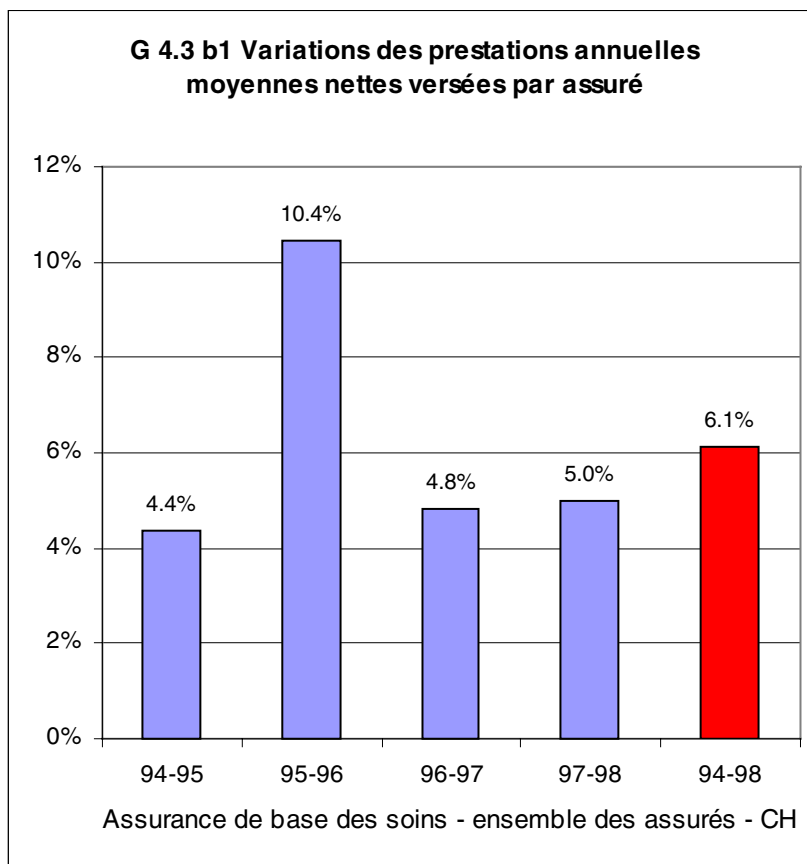
4.3 Prestations annuelles nettes des assureurs LAMal

Question 4.3:

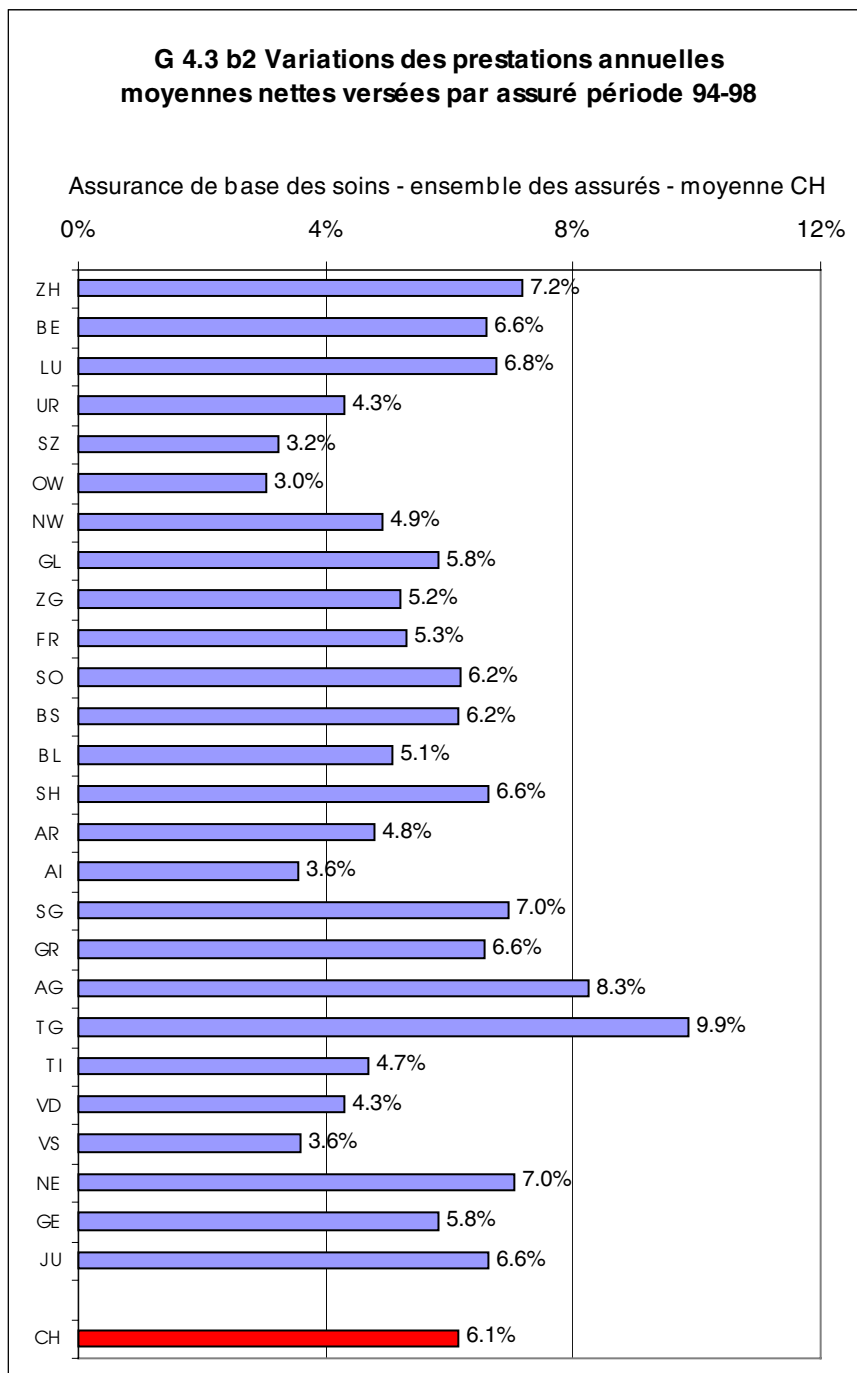
La LAMal a-t-elle entraîné des variations importantes au niveau des prestations nettes versées par les assureurs LAMal?

Le **tableau 4.3 a** en annexe illustre les prestations annuelles nettes moyennes par assuré versées par les assureurs LAMal de 1994 à 1998, calculées pour l'ensemble des assurés. Les prestations annuelles nettes moyennes s'obtiennent en soustrayant les participations aux coûts des prestations annuelles moyennes brutes (selon la statistique de la compensation des risques).

Le **tableau 4.3 b** en annexe et les **graphiques 4.3 b1 et b2** illustrent les variations des prestations annuelles moyennes nettes par assuré.



Au niveau suisse, on constate la hausse marquée de 10.4% liée à l'introduction de la LAMal en 1996 vraisemblablement dû à l'extension du catalogue des prestations dans l'assurance de base. Des hausses plus modérées de 4.8% et 5 % ont eu lieu en 1997 et 1998. Elles sont légèrement en dessous de celles constatées pour les primes qui ont été de + 8.5% par an en moyenne pour les années 1997 et 1998 pour l'ensemble des assurés dans l'assurance de base. Au niveau des cantons, on trouve des disparités importantes. Les prestations annuelles moyennes varient dans un rapport 1 à 2.5 en 1998 entre AI (999.- frs) et GE (2543.- frs) par exemple. Sur la période 1995-98, la hausse annuelle moyenne s'échelonne entre 3.0% (OW) et 9.9% (TG).

**Conclusion 4.3:**

Une hausse marquée des prestations annuelles nettes moyennes versées par les assureurs pour chaque assuré a eu lieu en 1996 (+10.4%). En 1997 et 1998, la hausse revient à un niveau proche de celui de 1995 (~+5%). Des différences très importantes existent entre les cantons, tant au niveau des prestations versées (rapport 1 à 2.5 en 1998 entre AI et GE) que de la variation annuelle en % (rapport 1 à 3.3 entre OW et TG sur la période 1994-98).

4.4 Réduction des primes

Question 4.4:

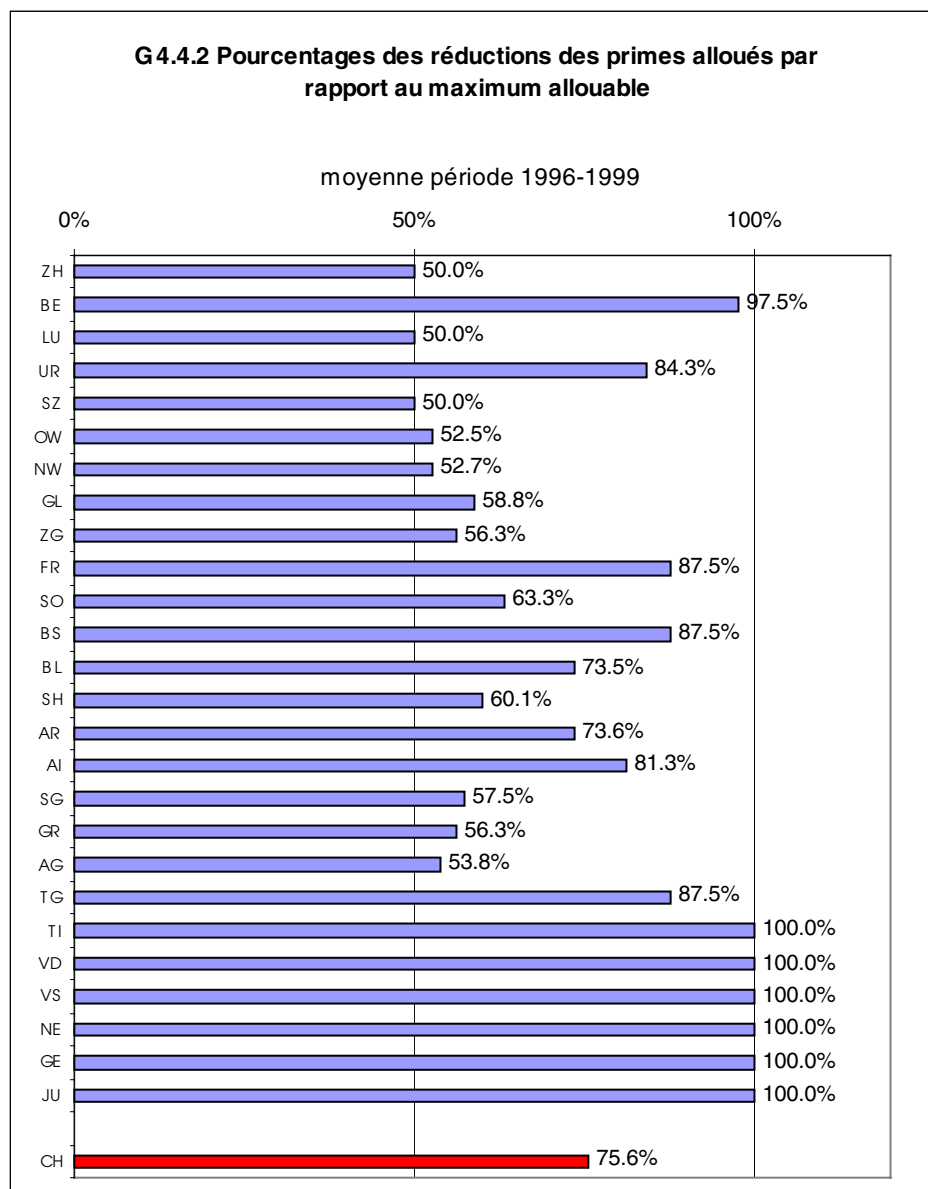
Des variations au niveau des subsides de réduction des primes versés par les cantons et la Confédération sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?

4.4.1 Réduction des primes dans l'assurance obligatoire

Le **tableau 4.4.1** en annexe illustre les réductions de primes allouées en milliers de frs par les cantons et la Confédération, après diminution du maximum des subsides allouables dans certains cantons, pour la période 1996-99.

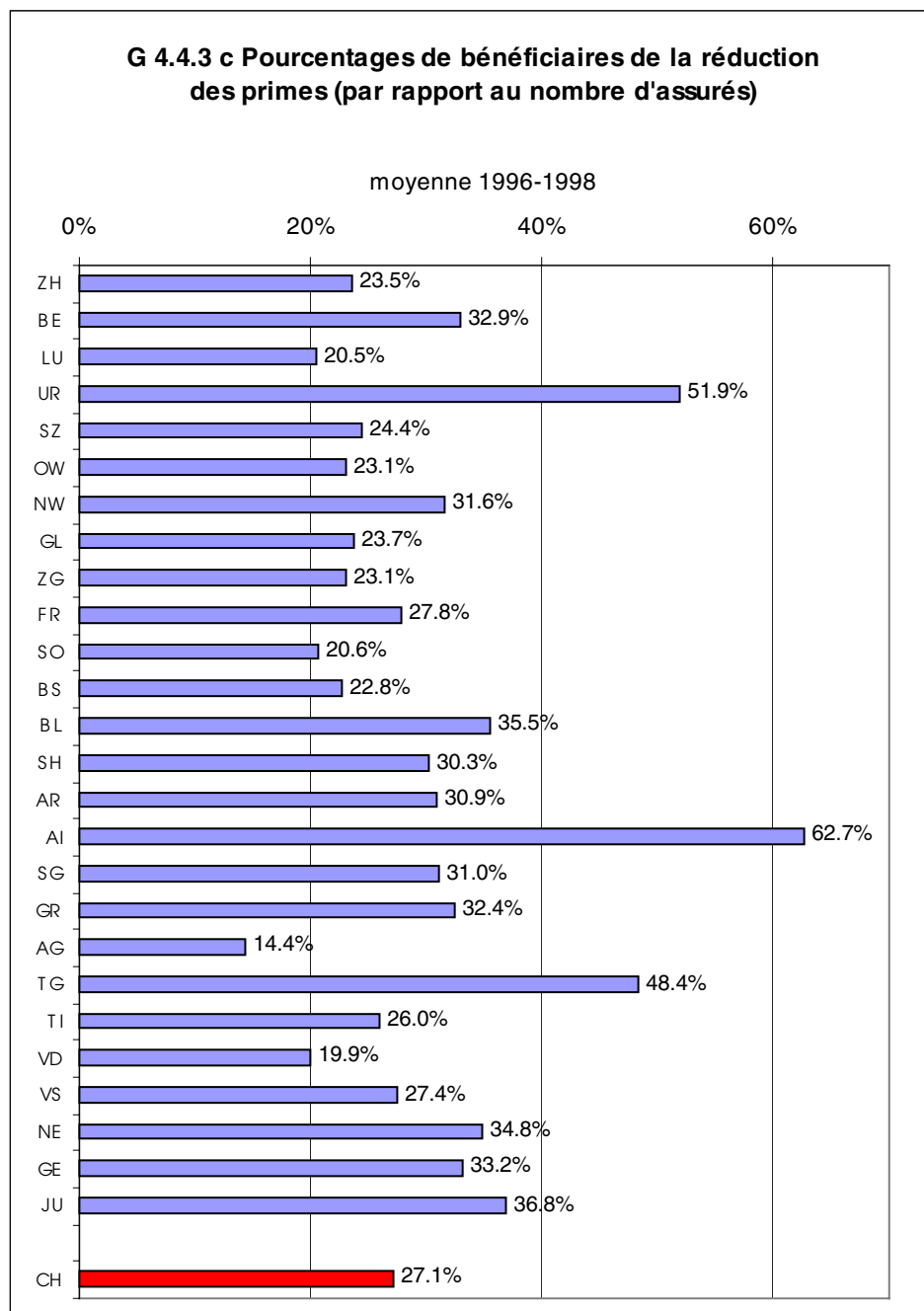
4.4.2 Pourcentages alloués des réductions des primes par rapport au maximum allouable

Le **tableau 4.4.2** en annexe illustre les pourcentages des réductions de primes alloués par rapport au maximum allouable. En effet, selon l'art 66, 5e al. LAMal, un canton peut diminuer de 50% au maximum la contribution à laquelle il est tenu. Le subside fédéral est alors réduit dans la même proportion. Le **graphique 4.4.2** illustre la moyenne de ces pourcentages pour la période 1996-99.



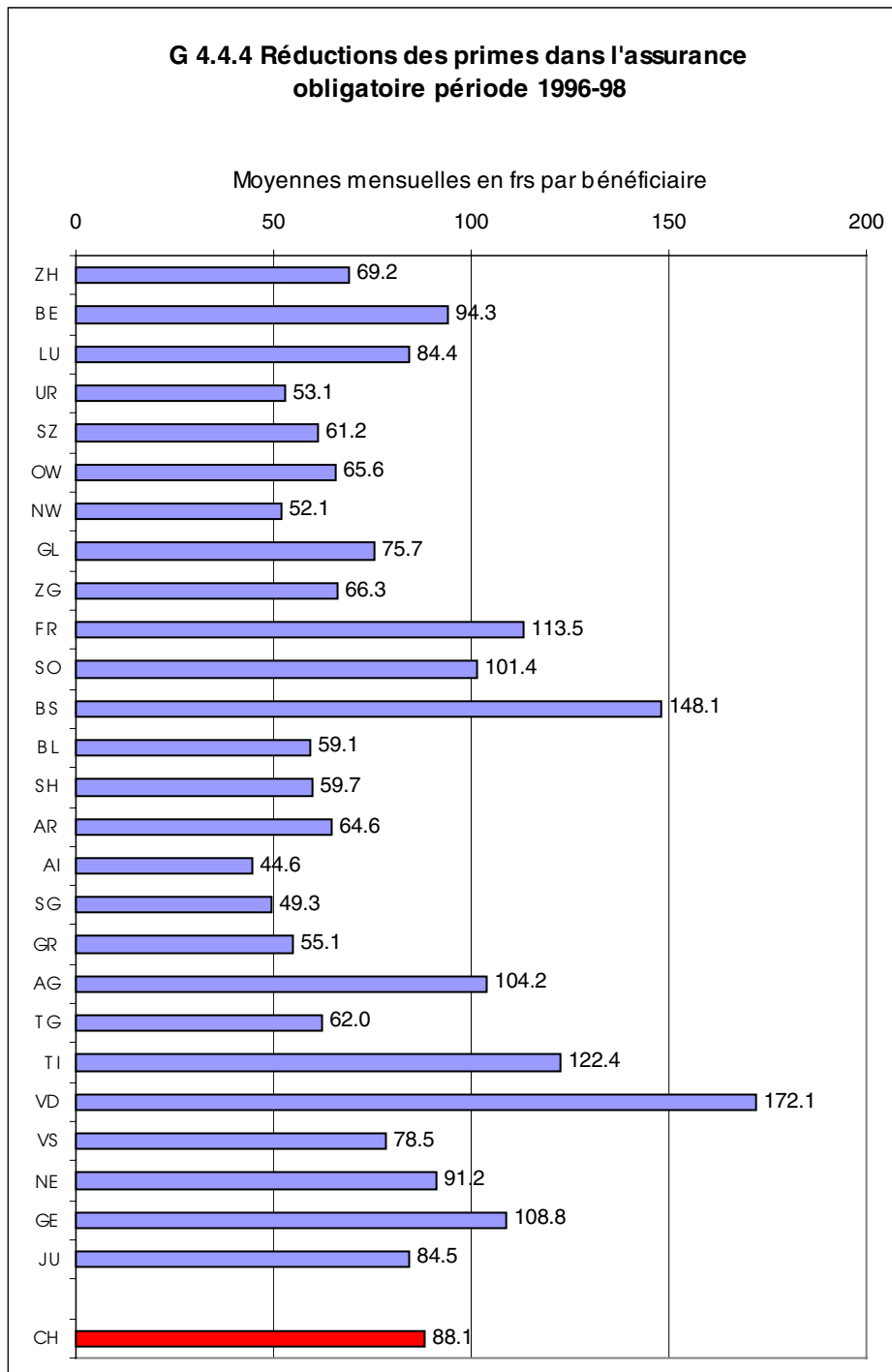
4.4.3 Nombre de bénéficiaires de la réduction des primes

Les **tableaux 4.4.3 a et b** en annexe illustrent le nombre de bénéficiaires de la réduction des primes, le nombre d'assurés dans l'assurance de base. Ceci nous permet de déterminer le pourcentage de bénéficiaires de la réduction des primes par rapport au nombre d'assurés (cf. **tableau 4.4.3 c** en annexe et **graphique 4.4.3 c** pour la période 1996-98). On peut y déceler d'importants écarts entre les cantons, AG présentant seulement 14.4% et AI 62.7% de bénéficiaires sur cette période.



4.4.4 Moyenne mensuelle en frs de la réduction des primes par bénéficiaire

Le **tableau 4.4.4** en annexe et le **graphique 4.4.4** illustrent la moyenne mensuelle des réductions de primes par bénéficiaire. Sur la période 1996-98, des écarts très importants existent entre les cantons, dans un rapport 1 à 3.9 (AI 44.6 frs et VD 172.1 frs).



Conclusion 4.4:

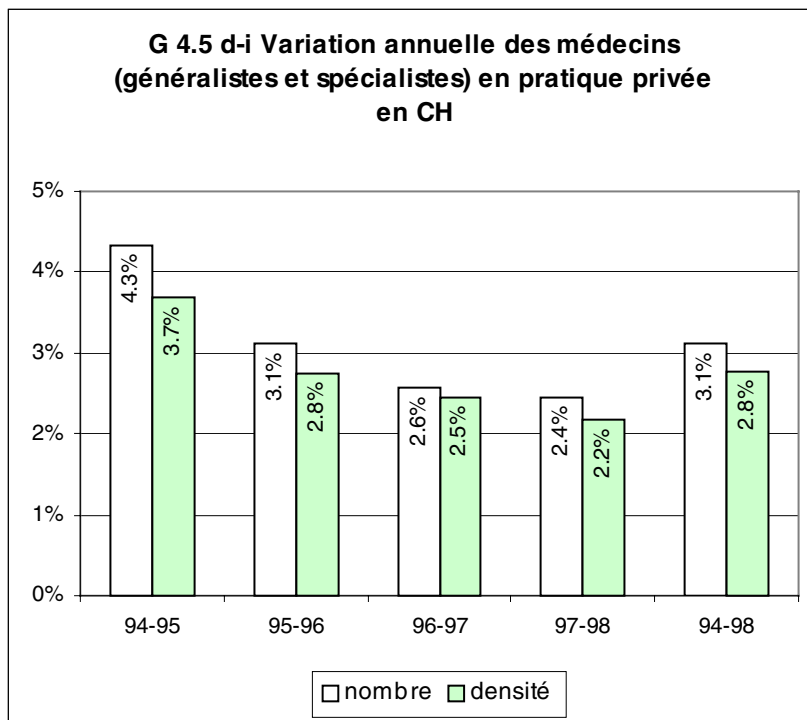
Des différences très importantes au niveau des subsides de réduction des primes versés par les cantons et la Confédération sont observables. Sur la période 1996-98, les cantons n'ont alloué en moyenne que 75.6% des subsides disponibles, plusieurs cantons se limitant au minimum de 50 % prescrit dans la LAMal. Au niveau individuel, la réduction de prime mensuelle par bénéficiaire se monte en moyenne à 88.1 frs avec d'importantes disparités cantonales (-49% à + 95%).

4.5 Nombre de médecins en pratique privée

Question 4.5:

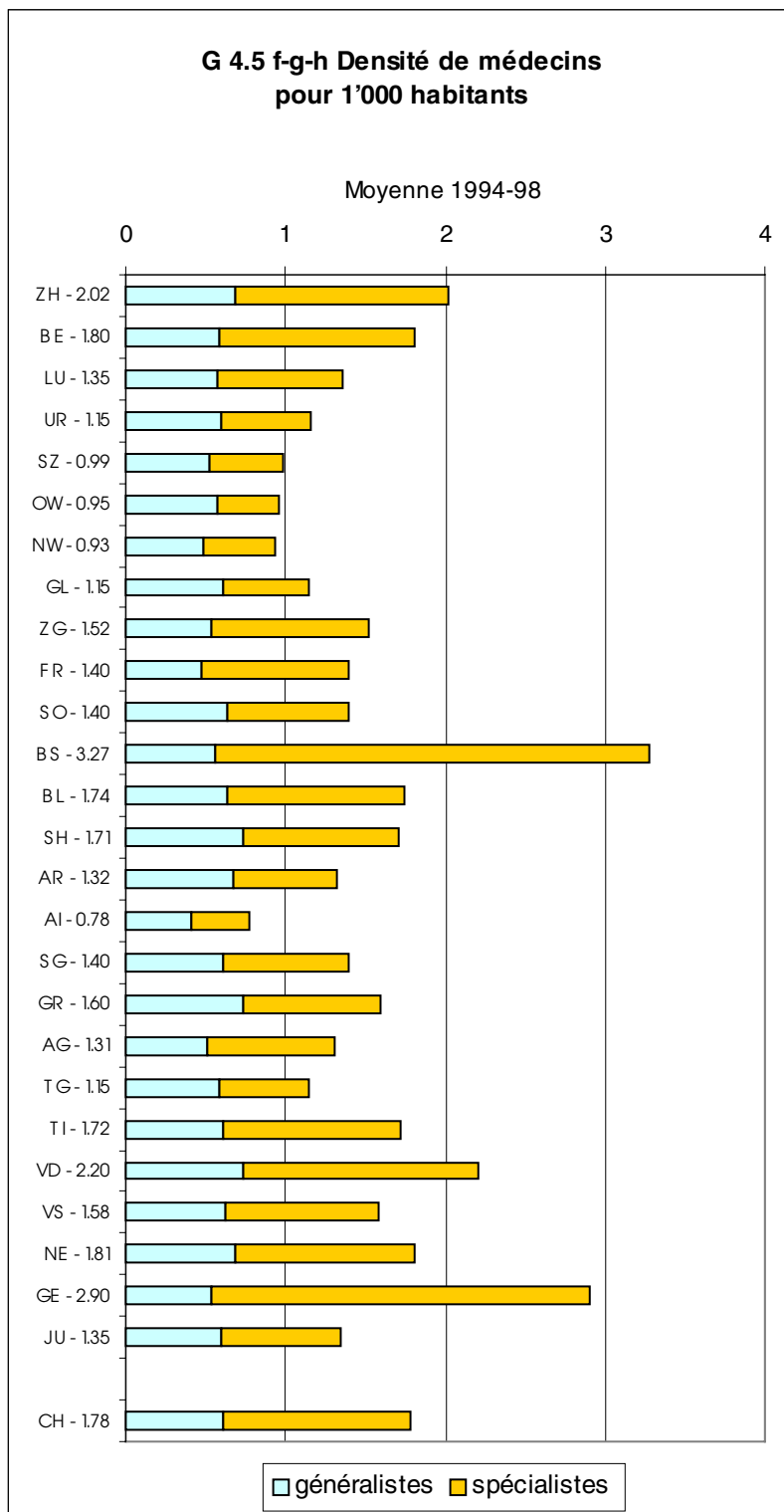
Des variations au niveau du nombre du médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes) sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?

Les **tableaux 4.5 a b c** en annexe illustrent l'évolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes dans les différents cantons. Le **tableau 4.5 d** en annexe indique les variations d'effectif en % sur la période 1994-98. En définissant la densité de médecins comme le nombre de médecins pour 1'000 habitants, on constate une progression de celle-ci de 10% pour la Suisse entre 1994 et 1998, détaillée avec les variations annuelles dans les **tableaux 4.5 f g h i** en annexe. Le **tableau 4.5 e** en annexe livre les chiffres de la population résidante moyenne en Suisse. Le **graphique 4.5 d-i** permet de comparer l'évolution du nombre de médecins en parallèle avec la densité de ceux-ci sur la période 1994-98. On y constate un fléchissement de l'accroissement du nombre de médecins passant de + 4.3% en 1995 à + 2.4% en 1998 avec cependant de fortes disparités cantonales. La variation de la densité passe, elle, de + 3.7% à + 2.2% dans cette même période.



Le **graphique 4.5 f-g-h** met en lumière les importantes disparités cantonales pour la moyenne établie sur la période 1994-98: rapport 1 à 3 entre les cantons. Ces disparités sont essentiellement dues aux médecins spécialistes, la densité des médecins généralistes demeurant assez stable autour de 0.6 médecin pour 1'000 habitants dans les différents cantons.

Le **tableau 4.5 j** et les **graphiques 4.5 j1 j2** en annexe illustrant les rapports entre les primes et les densités cantonales de médecins par rapport à la moyenne suisse permettent de faire apparaître une corrélation marquée de 0.82 entre médecins spécialistes et primes et de seulement 0.26 entre médecins généralistes et primes sur la période 1996-98. En calculant le coefficient de détermination R^2 associé à une droite de régression linéaire pour la relation entre densité de médecins et niveau des primes, on peut dire que 66 % de la variation des primes est expliquée par la variation de la densité des médecins spécialistes et seulement 7% par celle des médecins généralistes. Mais l'existence d'une corrélation statistique entre ces variables n'est pas une preuve de causalité.

**Conclusion 4.5:**

On constate un fléchissement de la hausse du nombre et de la densité des médecins dès 1996. D'importantes disparités cantonales au niveau de la densité des médecins (rapport 1 à 3) sont essentiellement dues aux médecins spécialistes: BS 3.27 et AI 0.78 médecins pour 1'000 habitants sur la période 1994-98. On peut également mettre en lumière une corrélation marquée entre le nombre de médecins spécialistes et le niveau des primes dans les cantons, sans qu'elle prouve pour autant une relation de cause à effet.

4.6 Nombre de pharmacies

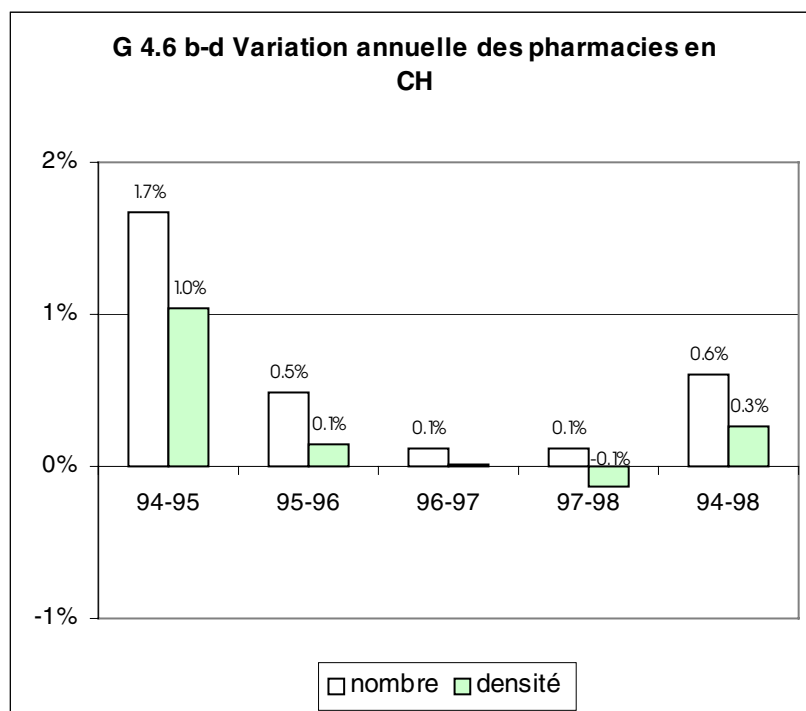
Question 4.6:

Des variations au niveau du nombre de pharmacies sont-elles survenues avec l'introduction de la LAMal?

Le **tableau 4.6 a** en annexe illustre l'évolution du nombre de médecins dans les différents cantons. Le **tableau 4.6 b** en annexe indique les variations d'effectif en % sur la période 1994-98. On constate peu de mouvement du nombre de pharmacies, ne variant que de 40 unités entre 1995 et 1998 sur 1'600 et de 10 unités entre 1996 et 1998. La LAMal semble avoir contribué à une stabilisation du nombre de pharmacies.

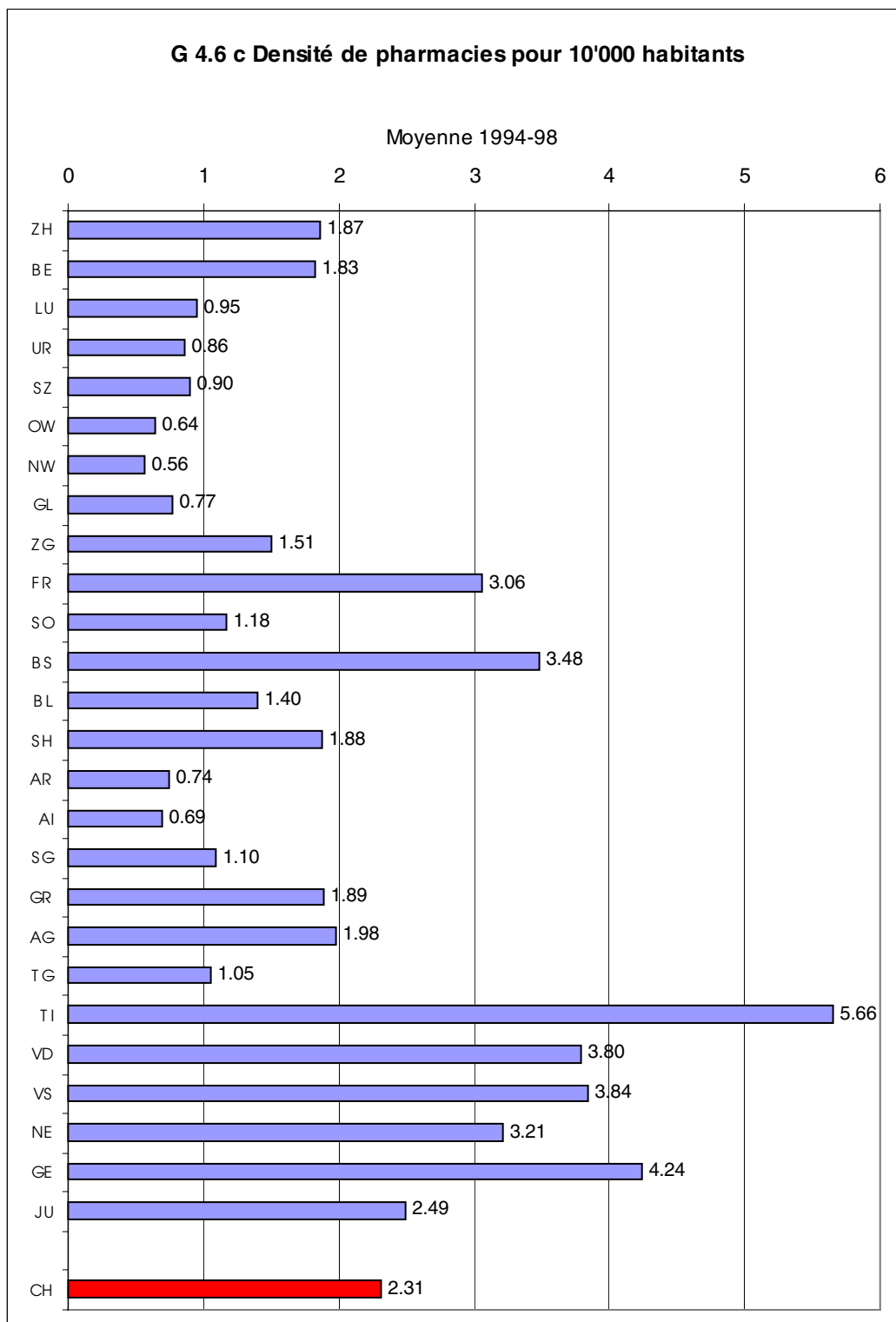
En définissant la densité de pharmacies comme le nombre de pharmacies pour 10'000 habitants, on constate un maintien de celle-ci à environ 2.3 pharmacies pour la Suisse entre 1994 et 1998, détaillée par canton avec les variations annuelles dans les **tableaux 4.6 c d** en annexe.

Le **graphique 4.6 b-d** permet de comparer l'évolution du nombre de pharmacies en parallèle avec la densité de celles-ci sur la période 1994-98. On y constate un fléchissement de l'accroissement du nombre de pharmacies passant de + 1.7% en 1995 à + 0.1% en 1998 avec peu de disparités cantonales. La variation de la densité passe, elle, de + 1.0% à -0.1% dans cette même période.



Le **graphique 4.6 c** met en lumière les importantes disparités cantonales pour la moyenne établie sur la période 1994-98: rapport 1 à 10 entre les cantons.

Le **tableau 4.6 e** et les **graphiques 4.6 e1 e2** en annexe illustrant les rapports entre les primes et les densités cantonales de pharmacies par rapport à la moyenne suisse permettent de faire apparaître une corrélation marquée de 0.83 entre pharmacies et primes sur la période 1996-98. En calculant le coefficient de détermination R^2 associé à une droite de régression linéaire pour la relation entre densité de pharmacies et niveau des primes, on peut dire que 69 % de la variation des primes est expliquée par la variation de la densité des pharmacies. Mais l'existence d'une corrélation statistique entre ces variables n'est pas une preuve de causalité.

**Conclusion 4.6:**

Depuis 1996, le nombre de pharmacies n'a quasiment pas évolué, gardant une densité stable mais cependant très disparate entre les cantons (rapport 1 à 10): TI 5.66 et NW 0.56 pharmacies pour 10'000 habitants pour la période 1994-98. On peut également mettre en lumière une corrélation marquée entre le nombre pharmacies et le niveau des primes dans les cantons, sans qu'elle prouve pour autant une relation de cause à effet.

5. Effets sur le coût et le financement du système de santé

Le système de santé est défini comme l'ensemble des fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire des fournisseurs de biens et de 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 débute en 1985 et dans cette statistique les coûts sont assimilés à des dépenses. Dans ce chapitre, l'évolution des dépenses de santé est tout d'abord examinée globalement en relation avec l'économie en général. Les coûts et les dépenses sont ensuite 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 de la LAMal sur le coût et le financement de trois catégories de fournisseurs spécialement touchées par l'extension des prestations: les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les soins à domicile.

D'une manière générale, les chiffres doivent être analysés avec prudence car la LAMal a aussi provoqué quelques turbulences dans les statistiques administratives constituant les données de base utilisées par l'OFS. Des variations annuelles inattendues ont ainsi parfois pour cause un élément technique ou interprétatif dans une statistique de base. Les chiffres pour 1998 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 (source: Administration fédérale des finances, statistique des finances publiques) n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. De même, les données de la Confédération pour le financement de la santé publique et celles servant à l'estimation des paiements des personnes domiciliées à l'étranger pour des traitements hospitaliers en Suisse étaient encore incomplètes.

5.1 Coûts globaux du système de santé depuis 1985

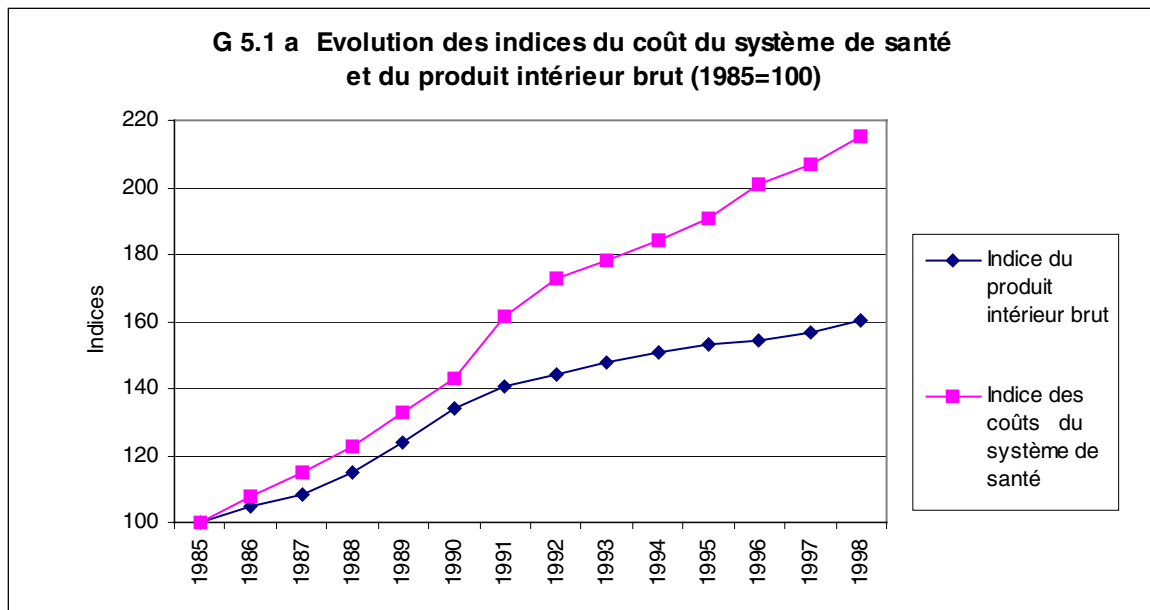
Question 5.1:

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, un indicateur synthétique est le rapport des coûts sur le 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. Ce taux a dépassé les 10% en 1996 et a atteint 10.2% en 1997. En 1998, il s'établit sur la base des estimations provisoires, tant pour le PIB que pour le coût du système de santé, à 10.4%.

Le **tableau 5.1 a** en annexe et le **graphique 5.1 a** présentent l'évolution du PIB et des coûts du système de santé depuis 1985 au moyen d'indices. 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 économique 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. Ainsi, la forte augmentation en 1996 ne peut pas

être interprétée comme un effet de la LAMal mais trouve plutôt son explication dans la faible augmentation du PIB.



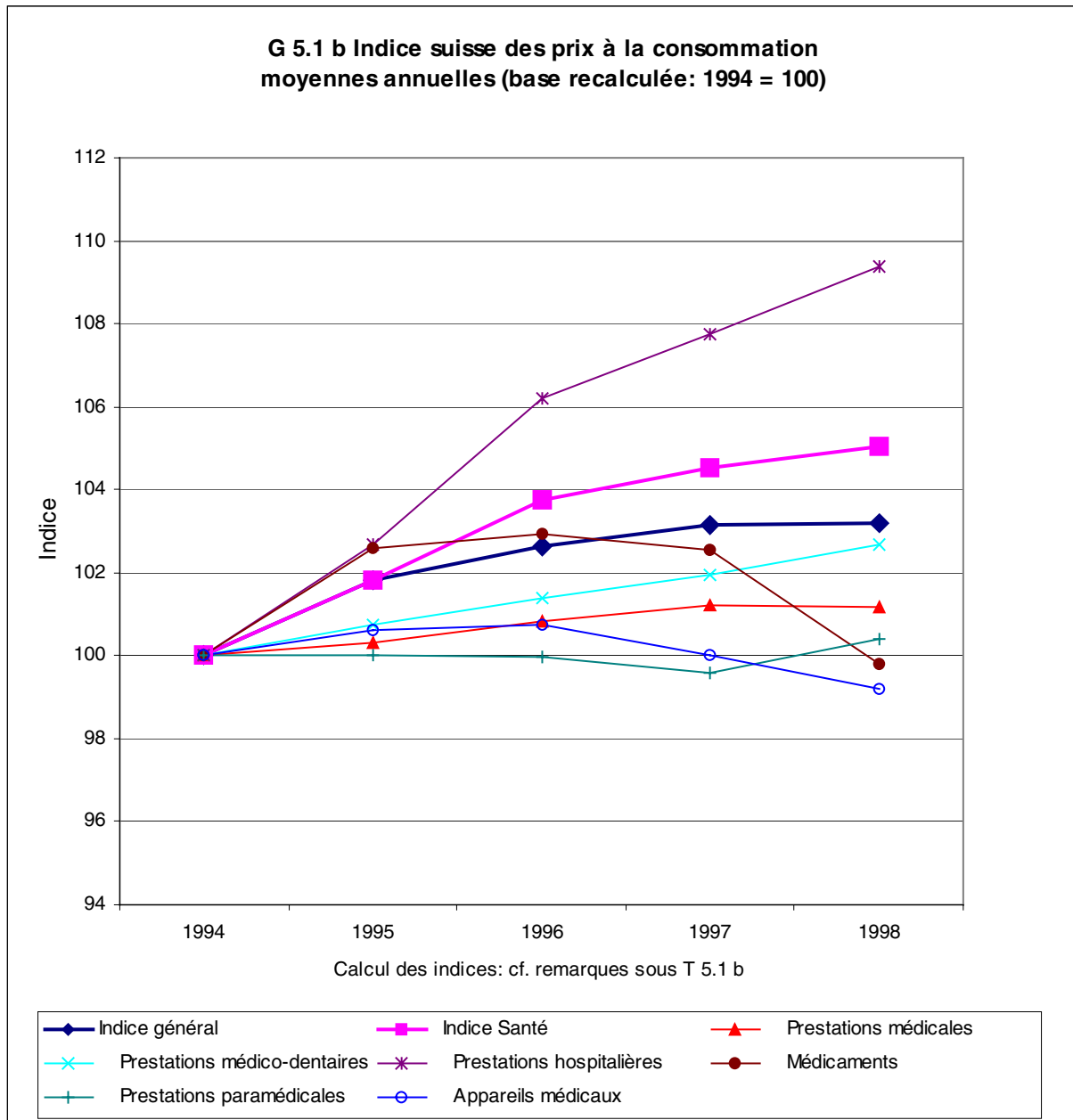
Ces observations illustrent par ailleurs le rôle de la croissance économique dans le financement des dépenses de protection sociale en général et dans celui du système de santé en particulier. Lorsque les augmentations de dépenses ne peuvent plus être financées par des gains en productivité (croissance), 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 fait apparaître une augmentation de 5,4% en 1996, 2,9% en 1997 et 3,9% en 1998, soit une augmentation moyenne de 4,1%. Les deux années antérieures à la LAMal ont été caractérisées par une augmentation inférieure, 3,4% en 1994 et 3,6% en 1995. Ces augmentations doivent être analysées en parallèle avec les augmentations des prix des biens et services de santé car les dépenses de santé sont influencées par le niveau des prix et par les quantités de biens et services consommés. Les prix des biens et services de santé ont augmenté annuellement en moyenne de 1% de 1996 à 1998 (voir **graphique 5.1 b** et **tableau 5.1 b** en annexe), 1,9% en 1996, 0,8% en 1997 et 0,5% en 1998 mais avaient nettement plus progressé en 1994 (2,0%) et en 1995 (1,8%).

Pour juger si les augmentations ou leur ampleur sont une conséquence de la LAMal, nous devons vu l'état des chiffres et des connaissances nous limiter à deux remarques:

1. Concernant les prix, les années 1996 à 1998 sont caractérisées par une évolution globalement comparable à celle des années antérieures. La hausse annuelle des prix "Santé" est toujours supérieure à celle de l'indice total. 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 des médicaments (diminution des prix en 1997 et 1998) et dans une moindre mesure des prestations paramédicales et des appareils médicaux. Les dépenses pour ces 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 précédant l'entrée en vigueur de la LAMal, ne s'est pas produit.

2. Il convient aussi de mentionner ici que la plupart des coûts des soins ambulatoires sont estimés 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.



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. D'une part, les prix n'ont pas enregistré de variations exceptionnelles (exceptée la baisse pour les médicaments et les appareils thérapeutiques) et d'autre part, l'augmentation des coûts du système de santé depuis 1996 est comparable à celle des années antérieures. Il n'existe pas encore d'éléments chiffrés montrant que les dispositions de la LAMal visant à contenir les coûts de la santé ont commencé à déployer leur effet positif.

5.2 Coûts du système de santé et dépenses de santé

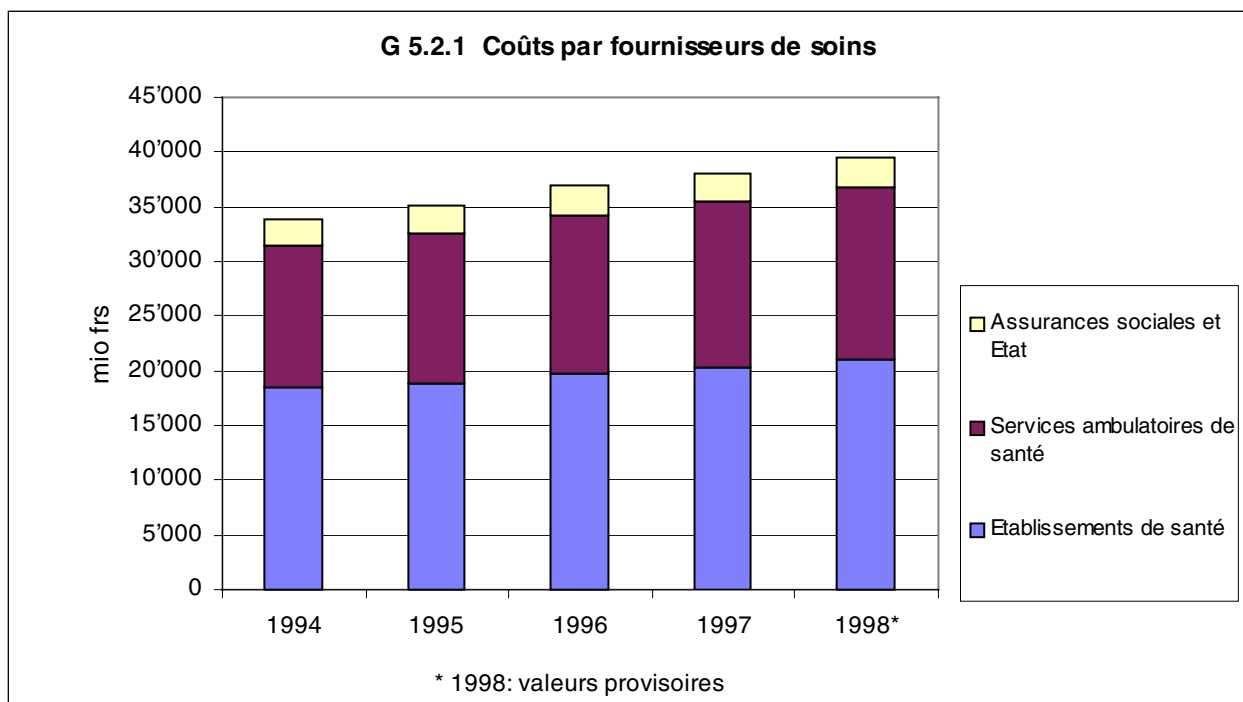
Dans le cadre de l'analyse du système de santé, nous parlons de coûts lorsque nous nous référons aux fournisseurs de soins (par exemple “ les hôpitaux coûtent x milliards ”). Nous parlons de dépenses lorsque nous considérons la consommation (par exemple “ les Suisses ont dépensé x milliards en médicaments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

5.2.1 Coûts du système de santé selon les principaux fournisseurs de soins

Question 5.2.1:

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

Avec la LAMal, l'évolution vers plus de services ambulatoires et moins d'hospitalisation semble se confirmer (**graphique 5.2.1** et **tableau 5.2.1** en annexe). 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 5.2.1:

La LAMal ne provoque pas de changement spécifique dans la structure des coûts du système de santé. L'évolution vers plus de services ambulatoires et moins d'hospitalisations a commencé en 1994.

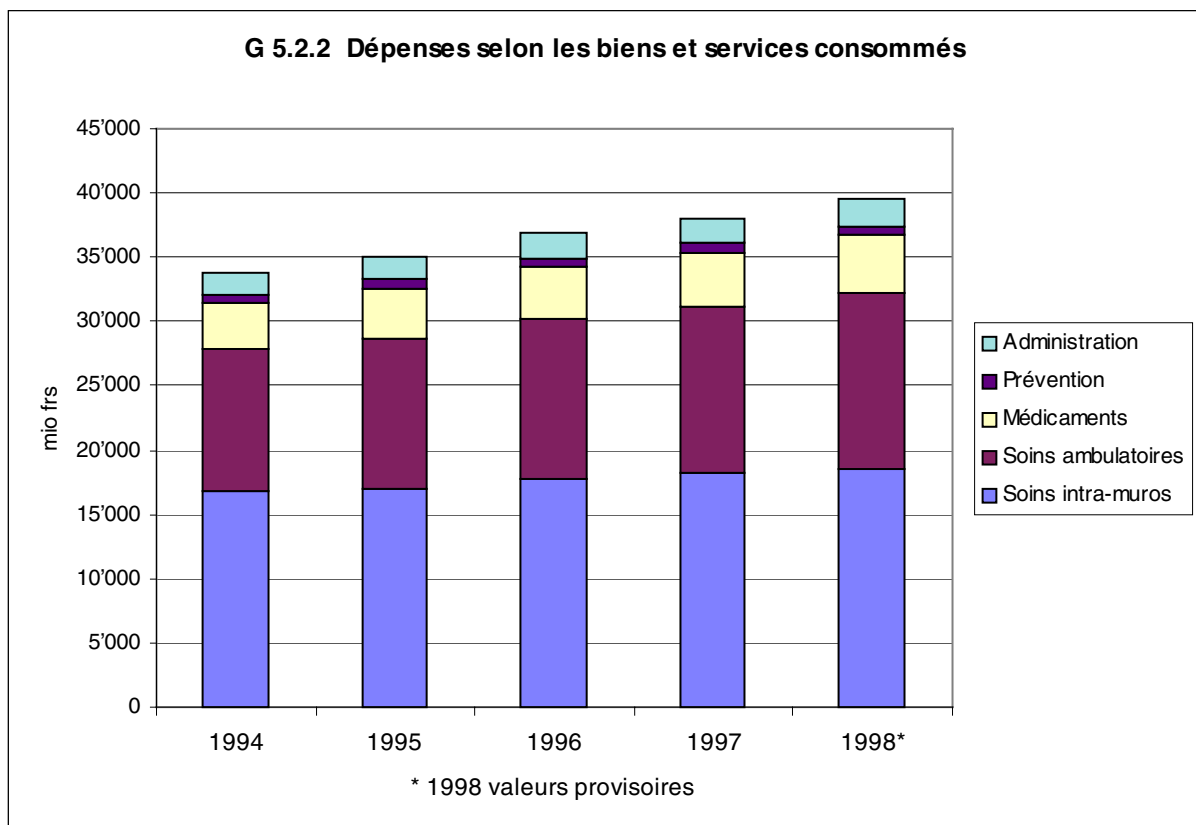
5.2.2 Dépenses selon la nature des biens et services consommés

Question 5.2.2:

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. Cela provient du fait que les prestations ambulatoires des établissements de santé sont déduites des soins intra-muros et attribuées aux soins ambulatoires. Ainsi, la part des dépenses pour les soins intra-muros passe de 49.6% en 1994 à 46.8% en 1998 et inversement la part des soins ambulatoires passe pour les mêmes années de 32.7% à 34.8%. 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. En effet, globalement la part des dépenses de prévention montre même une légère tendance à la baisse. Quant aux frais d'administration des assurances sociales et de l'Etat, après la forte progression des dépenses administratives des caisses-maladie (assureurs LAMal dès 1996) constatée en 1996, ils se sont stabilisés et représentent 3.9% des dépenses totales de santé en 1998. Il pourrait s'agir d'un effet ponctuel, indirect et pervers de la LAMal. De par le nouveau rôle imparté par la loi aux assureurs maladie, certaines tâches administratives se sont intensifiées et multipliées. Quant aux dépenses administratives des autres assurances sociales et des collectivités publiques, elles sont généralement caractérisées par la stabilité (**graphique 5.2.2** et **tableau 5.2.2** en annexe).



Conclusion 5.2.2:

La LAMal n'a pas encore eu d'effets sur la structure des dépenses de santé, à l'exception de l'augmentation des frais administratifs des assureurs-maladie en 1996. Cet effet pervers était ponctuel, les frais administratifs tendant à une stabilisation à partir de 1997.

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.

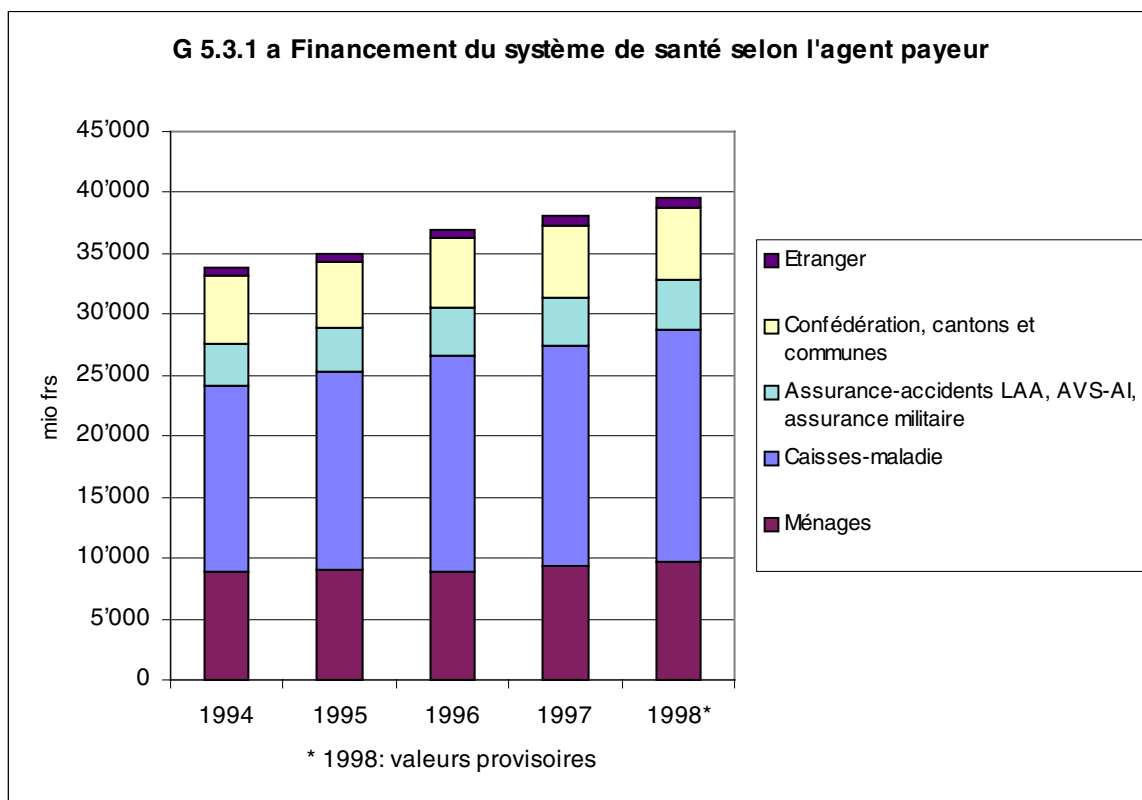
5.3.1 Financement du système de santé selon l'agent payeur

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'un côté, et celles des ménages de l'autre, doivent faire d'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). Deuxièmement, les paiements des ménages comprennent un montant approximatif de 400 mio frs de prestations remboursées par des assurances privées (compagnies privées).

Question 5.3.1:

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

En 1996, la part de financement des ménages a diminué et celle de l'assurance-maladie a augmenté (**graphique 5.3.1** et **tableau 5.3.1** en annexe). Les chiffres de 1997 et 1998 corrigent toutefois quelque peu le premier effet de la LAMal constaté en 1996.



La tendance à une augmentation de la part de financement des assureurs LAMal et la diminution en principe complémentaire de celle des ménages existait déjà depuis de nombreuses années. Mais 1996 représente avec la LAMal une rupture évidente. En 1996, la part des paiements des ménages était descendue à 23.8% alors qu'elle se situait à 25.9% l'année précédente; pour les paiements des caisses-maladie, la proportion était montée à 48.4%, contre 46.3% en 1995. Les chiffres de 1997 sont caractérisés par un rebond et 1998 semble indiquer une stabilisation au niveau de 1996.

Dans le financement des collectivités publiques, la part des cantons et des communes poursuit sa pente descendante et ne représente en 1998 plus que 14.4% des paiements au système de santé (cantons 12.1% et communes 2.3 %).

Conclusion 5.3.1:

La LAMal a eu les effets attendus sur l'évolution du financement au niveau de l'analyse selon les payeurs. La part des paiements des ménages a nettement diminué en 1996 et inversement, celle de l'assurance-maladie a augmenté en raison principalement de l'extension du catalogue des prestations. Les chiffres de 1997 et 1998 laissent entrevoir une stabilisation au niveau de 1996. La part de financement des cantons et des communes poursuit sa lente tendance descendante entamée avant l'entrée en vigueur de la LAMal.

5.3.2 Financement selon l'agent supportant la charge économique

Question 5.3.2:

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?

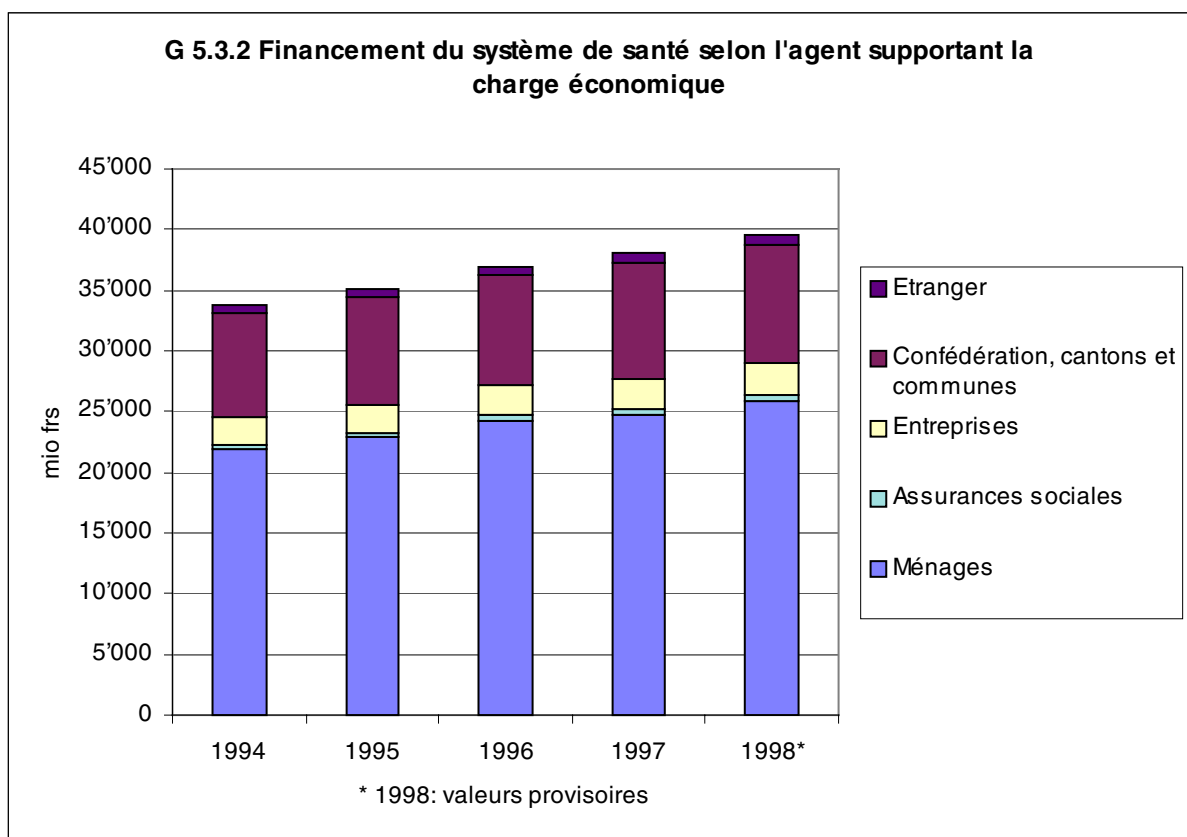
Au niveau de l'analyse selon l'agent supportant la charge économique, on recherche avant tout à mesurer la charge financière effective supportée d'une part par les ménages, y compris les primes d'assurance-maladie et les participations aux frais, et d'autre part celle des collectivités publiques (Confédération, 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. 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.), ne présente que de faibles variations durant la période allant de 1994 à 1998. Les ménages supportent en 1998 65.6% des ressources consacrées à la santé. La part de l'Etat, comprenant principalement les charges pour la réduction des primes de l'assurance-maladie et les subventions aux établissements de santé, évolue de façon incertaine et se situe globalement à 24.3% en 1998 : Confédération : 7.1%, cantons: 14.6%, communes: 2.6% (**graphique 5.3.2** et **tableau 5.3.2** en annexe).

Ces flux agrégés cachent en fait plusieurs variations importantes et parfois contradictoires des éléments détaillés du financement. Dans la charge supportée par les ménages, la LAMal a eu pour effet immédiat une diminution des paiements directs (out of pocket) et une augmentation des versements aux caisses-maladie (primes), conséquence de l'extension du catalogue des prestations de l'assurance de base. L'évolution en 1997 et 1998 est incertaine. La première " onde

de choc” de la LAMal est quelque peu corrigée. Nous assistons vraisemblablement à une stabilisation des parts respectives de charge économique: celle des paiements directs à un niveau inférieur à celui des années 1994 et 1995, celle de la charge des primes à un niveau supérieur. Quant à la participation des assurés aux frais (franchises et quotes-parts), elle continue à augmenter, prolongeant ainsi le bond enregistré en 1996. Ainsi, en 1998, 5.5% des coûts du système de santé sont supportés par les ménages au titre de participations aux frais de l'assurance-maladie alors que cette part se situait à 4% en 1994 et 1995.

Du côté du financement de l'Etat et durant la période 1994 à 1998, la part des charges pour la santé publique (y compris les subventions aux établissements de santé) est en diminution, 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. En comparaison avec la situation des années 1994 et 1995, les subsides à l'assurance-maladie se situent en 1998 à peu près au même niveau (6.1%).



On remarquera encore les écarts extrêmes du flux de financement des cantons selon la statistique des finances publiques en 1995 et 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. 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. En 1998, les charges pour la réduction des primes ont toutefois nettement augmenté mais demeurent d'environ 700 millions de francs inférieures au montant prévu dans la loi.

Conclusion 5.3.2:

La part de charge économique des ménages augmente très légèrement, passant de 65.1% en 1995 à 65.6% en 1998. 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 diminué.

5.4 Coûts et financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des soins à domicile

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 suivants.

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.

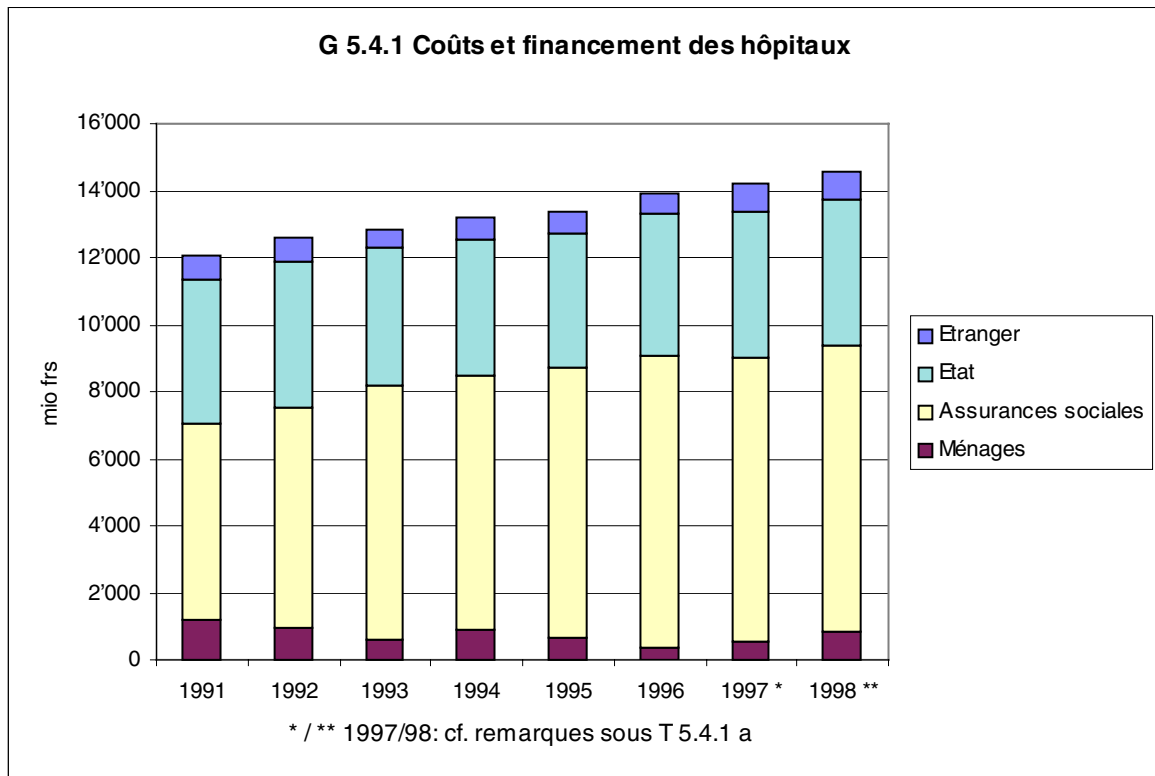
5.4.1 Coûts et financement des hôpitaux

Question 5.4.1:

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

Les coûts des hôpitaux présentent dès 1996 une augmentation comparable à celle des années précédentes. Dans le financement, la part des caisses-maladie passe de 54.8% en 1995 à 57.3% en 1996 et inversement, la part des ménages de 5.0% à 2.4%. L'effet LAMal est ici clairement identifiable (obligation d'assurance-maladie généralisée à toute la population et suppression des limites et réserves de couvertures de prestations). L'évolution des parts du financement en 1997 et 1998 corrige tout ou en partie les effets ponctuels mis en évidence pour l'année 1996. Les parts des ménages et des caisses-maladie retrouvent en 1998 à peu près leurs niveaux respectifs de 1995. Les raisons de ses résultats quelque peu surprenants sont à chercher dans le recul marqué des prestations des assurances complémentaires. Il est hautement vraisemblable que l'effet de 1996 soit exagérément prononcé en raison d'imprécisions dans les statistiques des assureurs LAMal (inclusion à tort de prestations d'indemnités journalières dans les assurances complémentaires). D'une manière, générale, le manque de transparence sur les prestations "privées et semi-privées" dans les hôpitaux et les prestations des assurances-maladie complémentaires selon la LCA (loi sur le contrat d'assurance) nous contraint à une grande prudence dans l'interprétation de ces résultats.

La part de financement des autres financeurs (autres assurances sociales, collectivités publiques, étranger) est assez stable. On relèvera cependant une tendance à la baisse des subventions des cantons et des communes. Cette part était de 35.5% en 1991 alors qu'elle n'était plus que de 29.7% en 1998 (**graphique 5.4.1** et **tableau 5.4.1** en annexe).



Conclusion 5.4.1:

En 1996, les prestations payées aux hôpitaux par les assureurs LAMal ont nettement augmenté (+9%) tandis que la part des ménages a diminué de 50% consécutivement à l'entrée en vigueur de la LAMal. En 1997 et 1998, l'effet LAMal constaté en 1996 est corrigé. Les parts de financement retrouvent les niveaux antérieurs (1995). Le recul des prestations des assurances complémentaires des assureurs LAMal explique cette correction.

5.4.2 Coûts et financement des établissements médico-sociaux

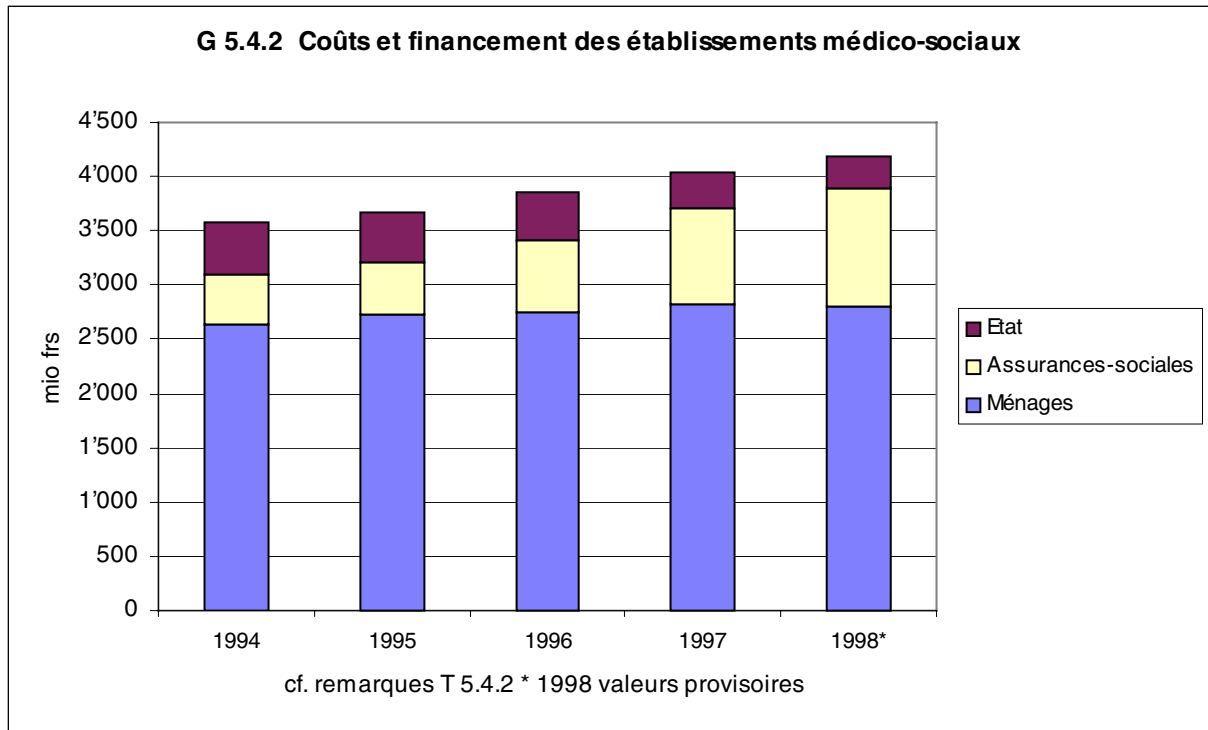
Question 5.4.2:

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 (EMS) s'appuiera principalement 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 durant la période 1991 à 1998. Les premières indications de la statistique OFS des établissements de santé confirment cependant la forte croissance de ce segment de l'offre de services intra-muros: en 1997 et 1998, les dépenses dans les établissements médico-sociaux ont progressé annuellement d'environ 7%, alors que l'augmentation dans les hôpitaux n'était que de 3%.

Un transfert de charge entre ces deux secteurs existe certainement mais l'influence de la LAMal dans ce processus ne peut pas être estimée.

Du côté du financement, les dépenses des collectivités publiques sont connues (finances publiques) mais l'estimation des dépenses des caisses-maladie en 1994 et 1995 est extrêmement précaire (**graphique 5.4.2** et **tableau 5.4.2** en annexe).



La part de financement des ménages est en diminution depuis 1994. Cette évolution est cependant hautement imprécise car elle est directement liée aux estimations notoirement insatisfaisantes des paiements des caisses-maladie: 450 millions de francs en 1994, 480 en 1995 et 660 en 1996. L'augmentation en 1996 est cependant suffisamment importante pour être attribuée à l'extension du catalogue de prestations de la LAMal. En fait, l'effet de l'extension des prestations est perceptible dans une même ampleur les deux années suivantes. La part de financement double durant ces trois ans, passant de 13.1% en 1995 à 26.0% en 1998. On constate donc que l'adaptation des conventions tarifaires et l'augmentation des charges de l'assurance-maladie dans ce secteur s'étale au moins sur trois années. En 1998, les assureurs LAMal ont payé des prestations pour des EMS à hauteur de 1.1 milliards de francs au travers de l'assurance obligatoire des soins. Il est par ailleurs établi que les versements en vertu de contrats privés (assurances complémentaires) ont été très peu importants.

Le financement public est en constant recul durant toute la période 1991-1998. Sur la base des données de 1997 et dans une moindre mesure sur la base des données provisoires de 1998, il peut être avancé l'hypothèse que la LAMal a accéléré le désengagement des cantons et des communes dans le secteur des établissements médico-sociaux.

Le financement par les ménages reflète aussi nettement l'influence de la LAMal. La part à charge des personnes vivant en EMS diminue ainsi régulièrement, passant de 74.4% en 1995 à 67.0% en 1998. La diminution globale de la charge financière n'aboutit cependant pas à un changement complet dans la structure du financement des prestations des établissements médico-sociaux. Les personnes vivant en EMS continuent à assumer l'essentiel des charges, mais la LAMal a propulsé au deuxième rang les assureurs LAMal alors que les collectivités publiques se retiraient au troisième rang.

Conclusion 5.4.2:

Compte tenu des lacunes dans les données statistiques avant 1997, tant du côté des établissements médico-sociaux que des caisses-maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions générales pertinentes sur les effets de la LAMal dans ce domaine.

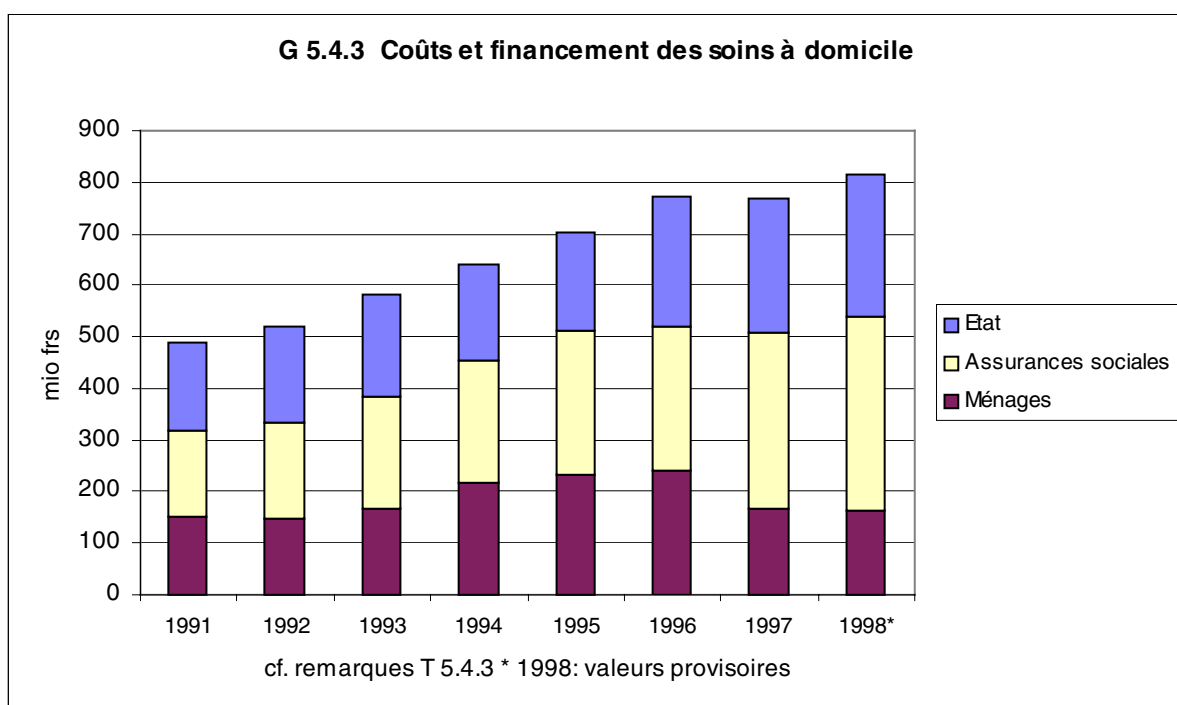
Quant à la structure du financement, quelques chiffres peuvent être mis en évidence:

- Les assureurs LAMal ont augmenté graduellement leurs prestations qui atteignent 1.1 milliards de francs en 1998. Ce qui représente une part de financement de 26%.
- La part de financement des collectivités publiques a diminué depuis plusieurs années. La LAMal a vraisemblablement accentué cette tendance.
- La part de financement des personnes vivant en établissement médico-social a diminué de 74.4% en 1995 à 67.0% en 1998. Cette part est couverte par les rentes AVS/AI, les prestations complémentaires et le 3e pilier. L'essentiel du financement continue à reposer sur les personnes vivant en établissement médico-social.

5.4.3 Coûts et financement des soins à domicile**Question 5.4.3:**

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 durant plusieurs années, les coûts ont été estimés sur la base de l'enquête de 1992 de l'OFAS auprès des organisations privées d'aide à la vieillesse. Une progression annuelle de 10% a été prise en compte. Dès 1997, la statistique régulière de l'OFAS permet une estimation précise et sûre des prestations des organismes de soins à domicile et de leur financement (**graphique 5.4.3** et **tableau 5.4.3** en annexe).



Dans le financement de ces prestations, les estimations jusqu'à l'année 1996 doivent être analysées avec la plus grande circonspection car les données statistiques de base sont en général insatisfaisantes (à l'exception des finances publiques). Nous avons fait implicitement l'hypothèse que les assurances complémentaires ont payé avant 1996 une grande partie de ces prestations. Une relative imprécision subsiste encore en 1998 en ce qui concerne les prestations des assurances-maladie complémentaires. Mais les nouveaux chiffres de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) indiquent plutôt que leur montant est de très faible importance. Il est possible que la LAMal ait déchargé graduellement les assurances complémentaires et ceci parallèlement à l'augmentation des prestations LAMal. Les parts du financement des caisses-maladie et des ménages se prêtent donc mal à une analyse de leur évolution respective sur toute la période, compte tenu de la précarité des estimations.

L'évolution du financement public mérite quelques remarques. 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 inexplicable et les chiffres de 1997 et 1998 laissent penser que la part du financement public pourrait se stabiliser autour de 33%. Contrairement, à ce qui est observé dans le secteur des établissements médico-sociaux, il apparaît que les collectivités publiques (cantons et communes) n'ont pas diminué leurs contributions financières après l'entrée en vigueur de la LAMal.

Quant à l'évolution du financement des ménages et de celui des caisses-maladie, on se limitera à relever que les ménages ne paient en 1998 plus que 20% des soins à domicile alors qu'en 1996 cette part était de 31% : Inversement, le financement des assureurs LAMal passe de 20.7% en 1996 à 27.5% en 1998.

Conclusion 5.4.3:

Compte tenu des lacunes dans les données statistiques avant 1997 tant du côté des services de soins à domicile que des caisses-maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions générales pertinentes sur les effets de la LAMal dans ce domaine.

Dans la structure du financement, la part des ménages est en forte diminution depuis 1996 et inversement celle des assureurs LAMal est en augmentation. La part des contributions des pouvoirs publics en 1997 et 1998 est approximativement la même que celle du début des années nonante.

6. Les effets de la LAMal sur les prestations complémentaires

6.1 Introduction

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 refinanceurs du système de santé, indépendamment du "risque" qu'ils contribuent à couvrir.

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 de la LAMal, et ce, 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 montrent cependant des ordres de grandeur intéressants, qui confirment la contraction relativement importante des dépenses globales dans ce domaine entre 1995 et 1996.

Les pages qui suivent visent en premier lieu à éclaircir les relations qui existent entre la LAMal d'une part et les 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 la LAMal et prestations complémentaires

6.2.1 La situation sous le régime de la LAMA

Il y a quelques années encore, 5 pour cent environ des rentiers AVS et des bénéficiaires de prestations complémentaires (PC) n'étaient affiliés à aucune caisse-maladie. Les PC ont comblé cette lacune et pris à leur charge les frais de maladie des rentiers AVS non assurés, en sus du remboursement aux personnes assurées des frais de maladie non couverts par les caisses-maladie. 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 séjour 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, frais dentaires)**, comme c'était le cas sous le régime de la LAMA (Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie). Il s'agit donc non pas de changements fondamentaux, mais plutôt d'une adaptation au nouveau catalogue de prestations de la LAMal.

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 tableaux 6.2.1 a et 6.2.1 b** 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 6.2.1 a**, en excluant toutefois la prime de la caisse-maladie du calcul des dépenses du ménage. Etant donné qu'ils ont renoncé parallèlement à relever le revenu maximum ouvrant le droit aux prestations complémentaires, un certain nombre de personnes n'ont plus pu faire valoir ce droit. Par conséquent, la Confédération a contraint en 1997 l'ensemble des cantons à adopter le système de calcul indiqué dans le **tableau 6.2.1 c** par voie d'ordonnance.

T 6.2.1 a: Exemple de calcul de prestation complémentaire 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	<u>-800</u>	
Déduction pour loyer		5'600
Primes de caisse-maladie		2'000
Frais pour régime alimentaire		<u>2'100</u>
Total		<u>26'360</u>
Revenus		
Rente AVS		18'000
Caisse de pension		3'000
Fortune	10'000	
Montant exonéré	<u>-25'000</u>	
Différence	0	
Dépense de fortune		0
Produit de la fortune		<u>400</u>
Total		<u>21'400</u>
Prestation complémentaire		
Dépenses	26'360	
Recettes	<u>-21'400</u>	
Par année		4'960
Par mois		413

T 6.2.1 b: Exemple de calcul de prestation complémentaire annuelle pour une personne seule vivant à la maison (état en 1997)

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

T 6.2.1 c: Exemple de calcul de prestation complémentaire annuelle pour une personne seule vivant à la maison (valable à partir du 1.1.1998)

Dépenses	
Besoins vitaux (=limite de revenu)	16'290
Loyer brut	8'000
Assurance obl. des soins*	2'300
Total	<u>26'590</u>
Revenus	
Rente AVS/AI	16'200
Autre rentes	720
Autres revenus	970
Total	<u>17'890</u>
Prestation complémentaire**	
Dépenses	26'590
Recettes	17'890
Par année	8'700
Par mois	725

* Montant forfaitaire établi par la Confédération pour chaque canton

** Y compris la prime de l'assurance obligatoire des soins

Source: OFAS

6.2.2 La situation sous le régime de la LAMal

Question 6.2.2:

Dans quelle mesure la LAMal a-t-elle modifié la situation des bénéficiaires de prestations complémentaires?

Quote-part et franchise

Selon la nouvelle réglementation de 1996, 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 (depuis 1998 : 230 francs). Un bénéficiaire de PC peut donc recevoir 750 francs au maximum (depuis 1998 : 800 francs) au titre de la prise en charge de la quote-part et de la franchise confondues.

Limitation aux prestations de base

La LAMA distinguait entre prestations obligatoires et prestations facultatives. Les PC prenaient aussi en charge les 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. Sous le régime de la nouvelle loi, le catalogue de prestations des caisses-maladie s'étend désormais également à des domaines autrefois couverts par les PC. Les PC n'ont donc plus à allouer de bonifications supplémentaires au titre de ces domaines.

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 repas consommés durant le séjour à l'hôpital.

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 des problèmes financiers aux personnes à revenu modeste.

Dans le domaine de l'aide et des 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 est ici fonction de la limite maximale de la taxe de séjour en home, qui varie selon les cantons);
- des lits électriques (frais de location).

Dans le domaine des frais dentaires qui, jusqu'ici, étaient pris en charge par les PC, il est impératif depuis le 1er janvier 1997 d'envoyer auparavant un devis pour les traitements dont le coût dépasse 3'000 francs. L'organe PC charge un dentiste-conseil de définir 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 devaient de leur côté apporter une contribution 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 1'362 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 1'813 millions.

Depuis le début 1996, la prime d'assurance-maladie n'est plus prise en charge par les PC, et n'entre plus dans la catégorie des dépenses reconnues pour leur calcul. Dès lors, pour compenser la suppression du poste de dépenses "Primes des caisses-maladie", la Confédération avait prévu d'augmenter la limite de revenu donnant droit à une PC à concurrence du montant annuel net de la prime qui, après réduction des primes, reste à la charge des bénéficiaires de PC. Bon nombre de cantons ont 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. Leur décision a été motivée par le fait que la Confédération leur restitue jusqu'à deux tiers des montants affectés à la réduction de primes, contre 10 à 35 pour cent seulement pour les PC (voir tableau 6.2.3. b en annexe). Seuls les cantons de Zurich et du Tessin ont augmenté en 1996 la limite de revenu de 1'200 francs (pour une personne seule).

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 ont dû tenter de survivre par le biais des systèmes cantonaux de réduction des primes. Par ailleurs, bon nombre d'entre elles ne pouvaient plus prétendre 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 (DFI) doit fixer les montants déterminants pour le relèvement des limites de revenu pour l'année suivante au plus tard fin novembre. D'où l'ordonnance du 21 novembre relative au calcul des prestations complémentaires pour l'année 1997. Avec la nouvelle ordonnance, la limite de revenu (16'660 francs en 1996, 17'090 francs en 1997) est augmentée du montant de la prime moyenne, selon une solution technique qui est laissée au choix des cantons.

Cette modification s'est traduite en 1997 par un net accroissement du nombre de bénéficiaires et par conséquent des dépenses. La même année, la 10e révision de l'AVS a apporté elle aussi des changements dans le domaine des PC en supprimant les rentes extraordinaires soumises à une condition de ressource: les personnes qui auraient bénéficié auparavant d'une rente extraordinaire perçurent désormais une rente ordinaire moins importante ou n'eurent plus droit à une rente. La réduction ou la suppression de la rente est compensée par un relèvement du montant des PC, ce qui, selon les calculs de l'OFAS [OFAS (1998)], a entraîné dans ce domaine des dépenses supplémentaires d'environ 42 millions de francs.

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 et ne devrait donc avoir de conséquences ni sur les primes de caisse-maladie, ni sur les flux financiers, ni sur le nombre de bénéficiaires

Conclusion 6.2.2:

Sous le régime de la LAMA, les prestations complémentaires prenaient en charge les frais de maladie des rentiers AVS non assurés et, de manière générale, les frais de maladie non couverts par les caisses-maladie. Sous celui de la LAMal en revanche, les PC couvrent le montant de la quote-part qui incombe aux assurés (jusqu'à concurrence d'un montant maximum défini), ainsi que le montant de la franchise la plus basse possible. S'y ajoutent d'autres remboursements qui existaient déjà sous la LAMA, concernant les soins à domicile, les séjours de convalescence et les traitements dentaires. L'introduction du système de réduction des primes, qui prévoit que la Confédération restitue aux cantons jusqu'à deux tiers des montants dépensés à ce titre (contre 10 à 35 pour cent seulement pour les PC), a été décisive. Cette innovation a incité la majorité des cantons à prendre intégralement en charge les primes des bénéficiaires de prestations complémentaires, sans toutefois inscrire les primes des caisses-maladie au budget pris en compte dans le cadre du calcul des prestations complémentaires individuelles. A l'exception de Zurich et du Tessin, les cantons ont renoncé parallèlement à relever la limite maximale de revenu donnant droit à des prestations complémentaires, amenant ainsi la Confédération à leur imposer en 1997 un nouveau système de calcul par voie d'ordonnance (beaucoup de personnes ne pouvaient en plus faire valoir de droit à des prestations complémentaires).

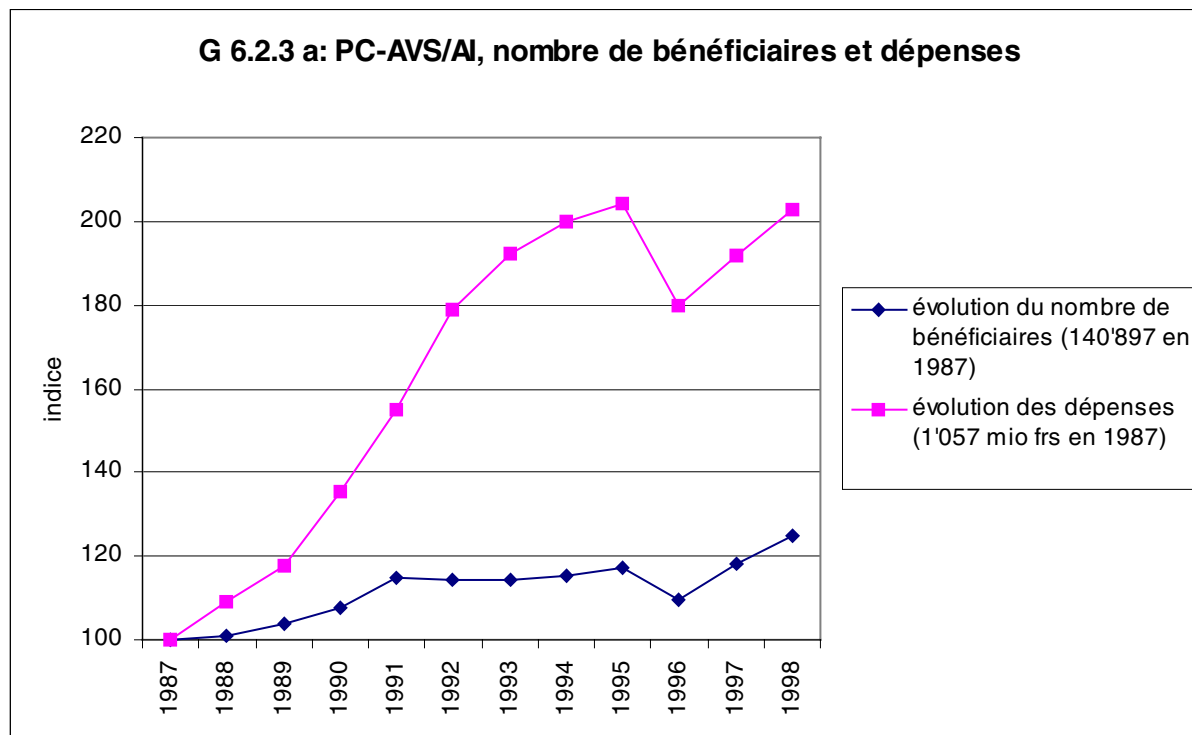
6.2.3 Les effets financiers de la LAMal dans le régime des prestations complémentaires

Question 6.2.3:

Dans quelle mesure la LAMal a-t-elle contribué à un allègement financier dans le domaine 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 quelque 150'000 personnes, pour lesquelles il n'existe malheureusement pas de renseignements sur les remboursements des frais de maladie. C'est seulement depuis 1995 que les quatre cantons de Berne, Lucerne, Argovie et Neuchâtel, rejoints par Bâle-Ville en 1998, livrent des données très détaillées sur les frais de maladie. Le canton de Zoug s'est associé à ce système en 1996 mais l'a aussitôt 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 ce système sont très approximatifs 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.

Les séries chronologiques 1987 à 1998 concernant les bénéficiaires et les montants engagés



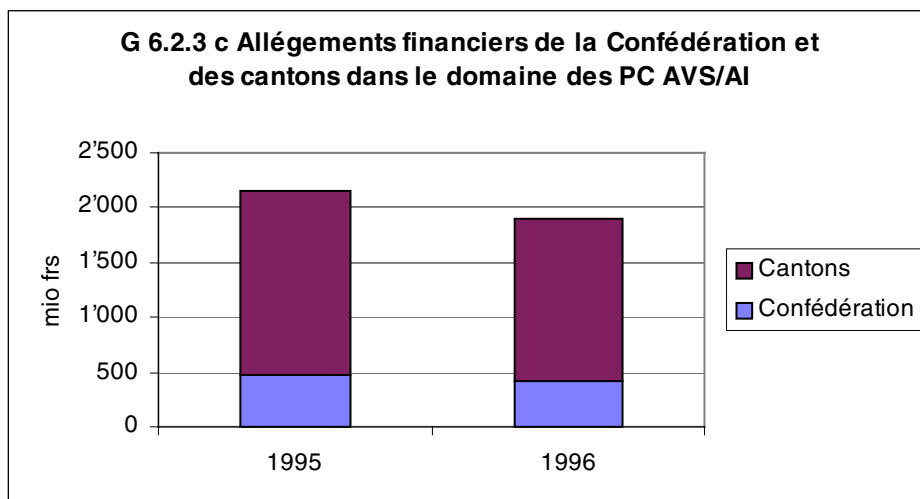
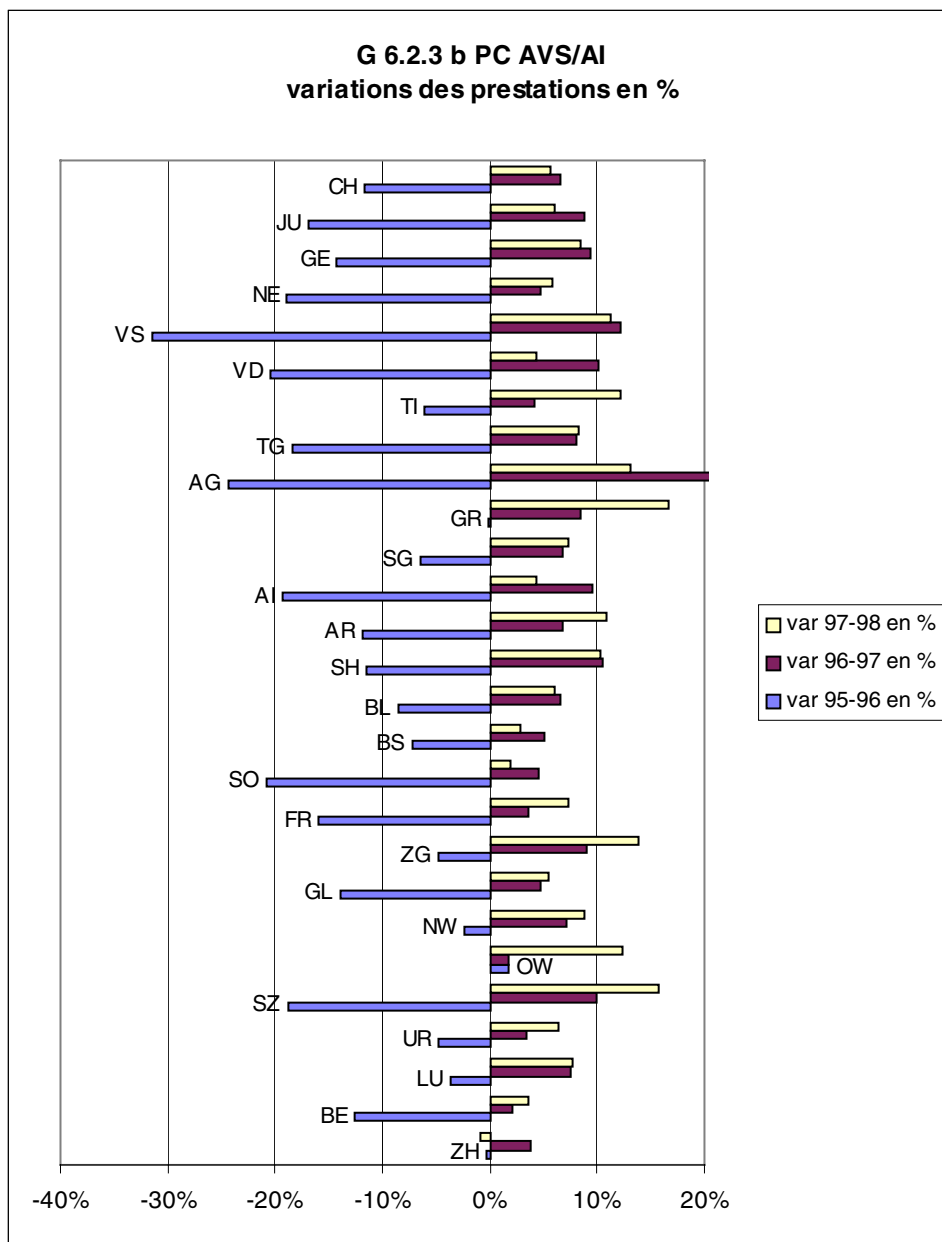
Comme le montrent le **tableau 6.2.3 a** en annexe et le **graphique 6.2.3 a**, on constate entre 1995 et 1996 une nette diminution des bénéficiaires de PC-AVS/AI (-6.6%) et une diminution des dépenses totales (correspondant aux PC) de 253.1 millions de francs, soit moins 11.7%. En 1996, la Confédération et les cantons ont consacré aux PC 1'904.5 millions de francs, alors qu'en 1995 ce montant atteignait encore 2'157.6 millions de francs.

A l'échelon cantonal, seul Obwald enregistre une augmentation des coûts; tous les autres cantons ont versé moins de PC en 1996 qu'en 1995. Les économies sont négligeables à Zurich et dans les Grisons, mais elles atteignent plus de 10 pour cent dans treize autres cantons. Dans les cantons de Soleure, d'Argovie et de Vaud, les PC ont reculé de 20 à 25 pour cent, et même de plus de 30 pour cent en Valais (**tableau 6.2.3 b** en annexe et **graphique 6.2.3 b**).

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 LAMal [OFAS (1994)], les allègements sur lesquels pouvaient tabler les cantons dans le domaine des prestations complémentaires devaient se monter à 85 millions de francs. La première année sous le régime de la nouvelle LAMal a montré que les cantons ont bénéficié d'un allègement supérieur à cette prévision. L'allègement fut de l'ordre de quelque 185 millions de francs. La Confédération a pour sa part enregistré un allègement de 68.6 millions de francs (**tableau 6.2.3 c** en annexe et **graphique 6.2.3 c**).

Toutefois, le recul du nombre de bénéficiaires et des coûts devait être de courte durée. En 1997, les coûts avaient retrouvé leur niveau de 1993 et, en 1998, à peu de chose près celui de 1995. Le nombre des bénéficiaires a connu récemment une progression plus forte encore: une année après l'introduction de la nouvelle LAMal, il avait déjà retrouvé son niveau de 1995, pour atteindre en 1998 un nouveau record historique (près de 176'500 personnes). Par conséquent, le recul des dépenses et du nombre de bénéficiaires enregistré en 1996 constitue un phénomène passager; depuis lors, le nombre des bénéficiaires de PC, de nouveau en forte augmentation, a poussé une nouvelle fois les coûts à la hausse. Cette évolution a eu lieu malgré cette nouveauté : la LAMal alloue 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.



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

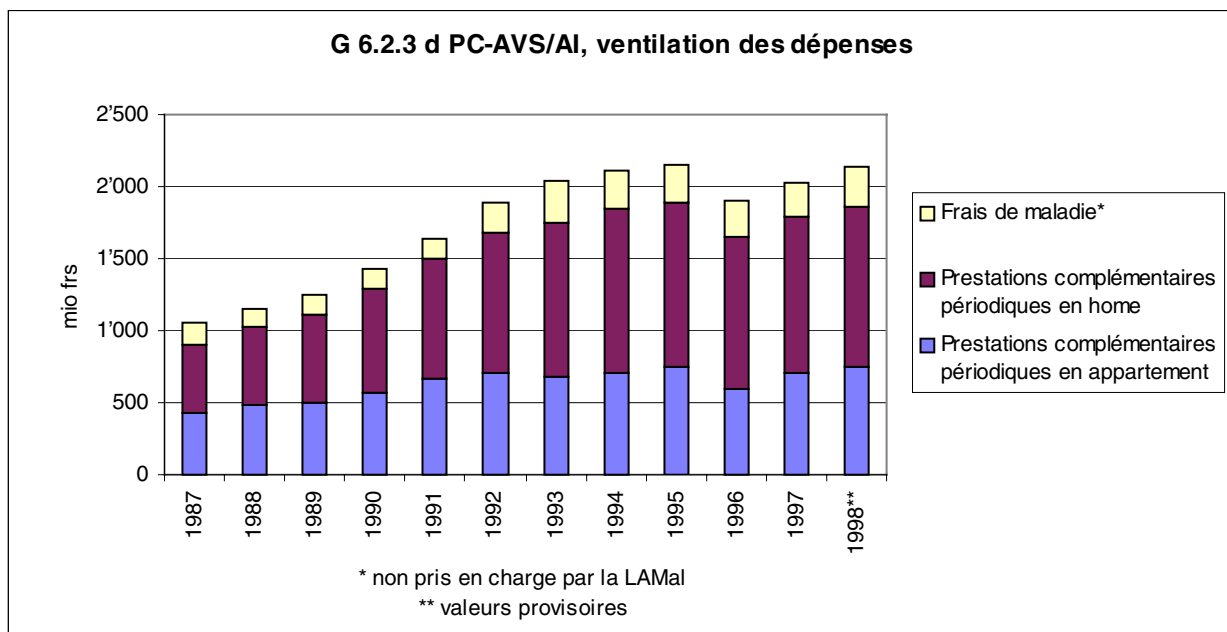
Les dépenses en faveur des personnes vivant en EMS ont diminué de 82.4 millions de francs entre 1995 et 1996. Cette baisse est imputable, outre au système de réductions des primes, au versement de contributions plus élevées et de durée illimitée pour les séjours en home. Les contributions des caisses-maladie sont passées de 2'300 francs en 1995 à 4'000 francs en 1996 (en moyenne annuelle). Les 1'700 francs 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 millions 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.

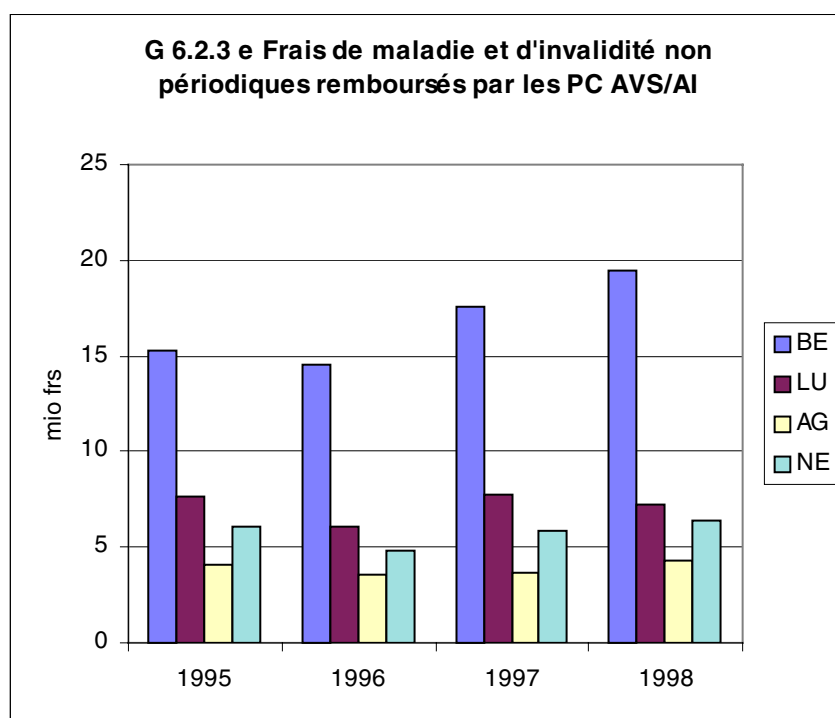
Le montant pour les autres frais exclus de l'assurance-maladie de base et supportés par les prestations complémentaires en 1995 et en 1996

Depuis l'introduction de la LAMal, les caisses prennent en charge des prestations bien plus étendues. Ainsi, les frais de maladie qui étaient jusque-là supportés par les PC ont pu être limités. Plus précisément, les frais de maladie ont diminué en 1996 de 16.3 millions de francs, très vraisemblablement par suite directe de l'élargissement du catalogue des prestations à une durée illimitée des prestations en cas de séjours hospitaliers, à la suppression des réserves d'assurance, aux appareils thérapeutiques, aux traitements dentaires consécutifs à une maladie.

Une certaine prudence est de mise 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. Ainsi, entre 1991 et 1993, les frais de maladie passent de 135.8 millions de francs à 280.7 millions de francs, avant un revirement de tendance dès 1994. Ils poursuivent ensuite leur recul jusqu'en 1997, année où ils s'établissent à moins de 240 millions de francs. Or, la statistique indique un chiffre supérieur pour 1998. Cette évolution en dents de scie est très probablement liée à la nature irrégulière 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 délai de 15 mois à partir du moment où ces frais ont été facturés (**tableau 6.2.3 d** en annexe et **graphique 6.2.3 d**).



Des chiffres sont également disponibles à partir de 1995 pour les cantons de Berne, Lucerne, Argovie et Neuchâtel, et, pour 1998, pour celui de Bâle-Ville. Les données cantonales n'indiquent une croissance significative récente que dans le cas du canton de Berne, et ce, à partir de 1996 (**tableau 6.2.3 e** en annexe et **graphique 6.2.3 e**).

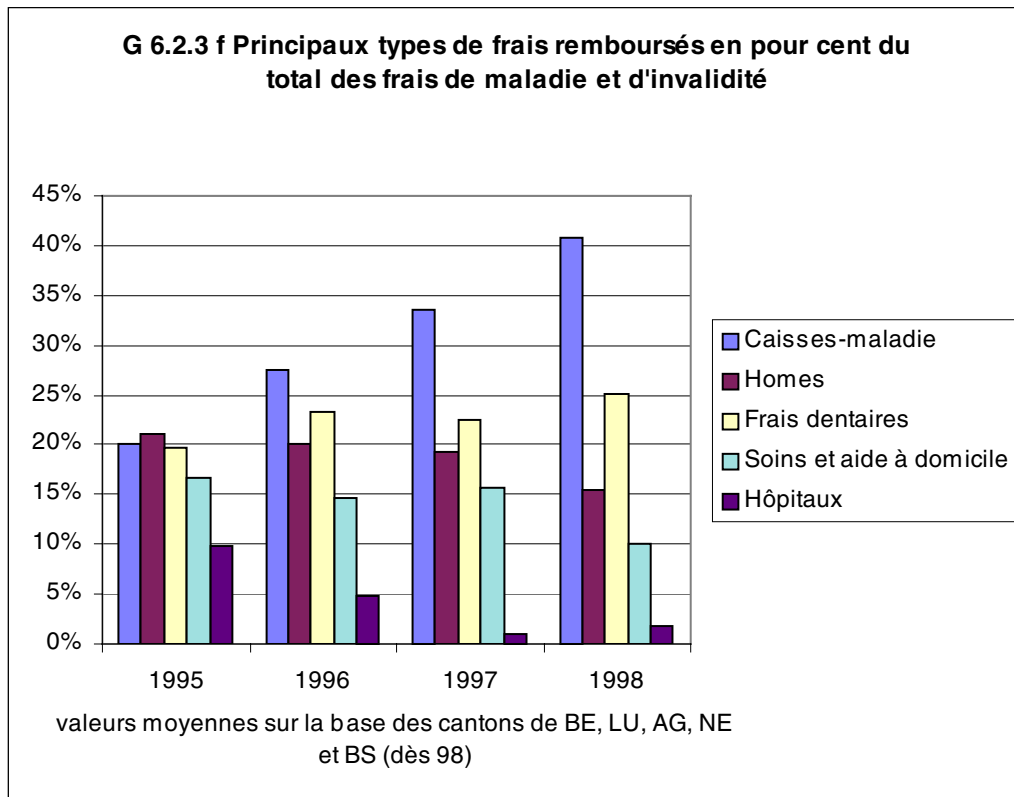


Les frais de maladie incluent également la quote-part et la franchise à la charge des assurés. Cependant, ces rubriques ne font pas partie des facteurs de coûts les plus importants, loin s'en faut. Comme le démontrent les chiffres transmis par les cantons de Berne, de Lucerne, d'Argovie et de Neuchâtel depuis 1995, ainsi que par celui de Bâle-Ville pour l'année 1998, les primes d'assurance-maladie, les frais dentaires ainsi que les frais de soins et d'aide à domicile et dans les homes représentent une charge beaucoup plus lourde. En comparant les années 1995 et 1998, on constate cependant d'intéressants transferts: en valeur moyenne, les quatre (cinq) cantons enregistrent une hausse de 20 à 41 pour cent, soit un doublement des frais pour quote-part et franchise des caisses-maladie dans le total des frais de maladie. Le poids relatif des frais dentaires a augmenté de 5 pour cent, tandis que les frais de séjour en home, de soins à domicile et d'hospitalisation reculent de 48 pour cent au total (séjours en home 21%, soins à domicile 17%, séjours hospitaliers 10%). En 1995, deux cinquièmes seulement des frais de maladie étaient imputables aux caisses-maladie et aux dentistes, contre près de deux tiers en 1998. Etant donné que la base de données inclut les chiffres des deux grands cantons de Berne et d'Argovie, ces résultats sont dans une certaine mesure significatifs (**tableau 6.2.3 f** en annexe et **graphique 6.2.3 f**).

La situation en 1997 et en 1998

Les données pour 1997 et 1998 révèlent une nouvelle hausse des dépenses, imputable à l'introduction d'une nouvelle limite de revenu (minimum vital) et 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, ainsi que de la 10e révision de l'AVS, qui s'est traduite par une hausse des PC: 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 de PC depuis 1997, avec tous les avantages que cela comporte en ce qui concerne le remboursement de frais de maladie (quote-part, franchise, frais de soins à domicile, etc.). Toujours est-il que la LAMal exerce un effet d'allègement durable dans le domaine des PC,

puisque les primes sont payées dans le cadre du système de réduction des primes. En partant d'une prime moyenne de 2'100 francs (1997) ou de 2'300 francs (1998) et d'un nombre total de 155'000 bénéficiaires de PC, on obtient pour les PC - toutes choses égales par ailleurs - un effet d'allègement maximal de 325 ou 360 millions de francs par an.



Conclusion 6.2.3:

Tant les cantons que la Confédération ont réalisé en 1996 des économies dans le domaine des prestations complémentaires. Dans le cas des cantons, l'allègement s'élève à près de 185 millions de francs, alors que les prévisions ne tablaient que sur 85 millions de francs. Excepté à Zurich, à Obwald et dans les Grisons, les dépenses ont reculé de plus de 10 pour cent dans tous les cantons. Dans le domaine des prestations complémentaires régulières au titre des EMS et des soins à domicile, les économies ont été de loin supérieures aux frais de maladie non couverts par la LAMal. En 1997, l'introduction d'une nouvelle limite de revenus (plus élevée), l'entrée en vigueur de l'ordonnance relative aux primes moyennes cantonales pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi que la dixième révision de l'AVS (compensation de la diminution ou de la suppression de la rente par un relèvement des CP) se sont traduites par une nouvelle hausse des coûts, qui s'est poursuivie en 1998.

6.3 Estimation différenciée des diminutions de dépenses en 1996 selon leur origine

Question 6.3:

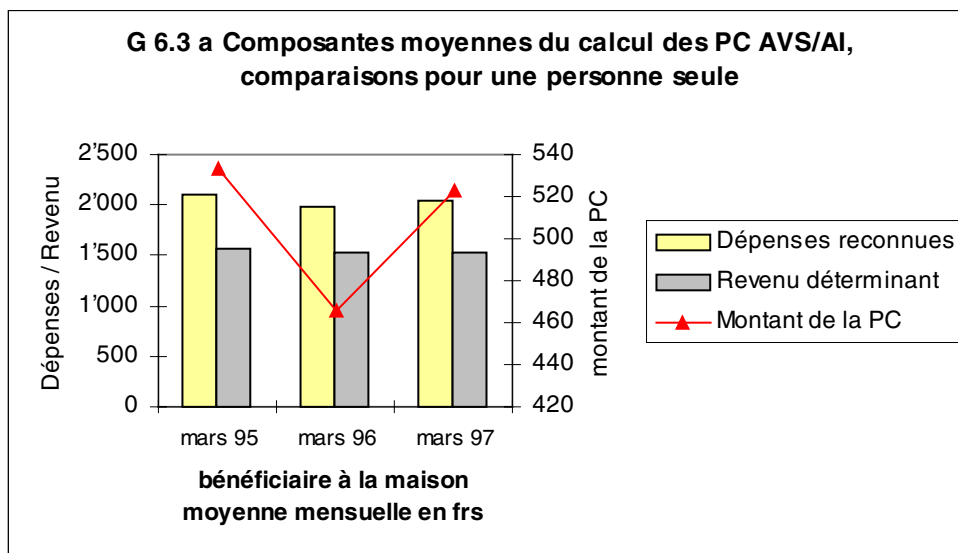
Quelle est l'origine des fonds que l'introduction de la LAMal a permis d'économiser en 1996 dans le domaine des prestations complémentaires?

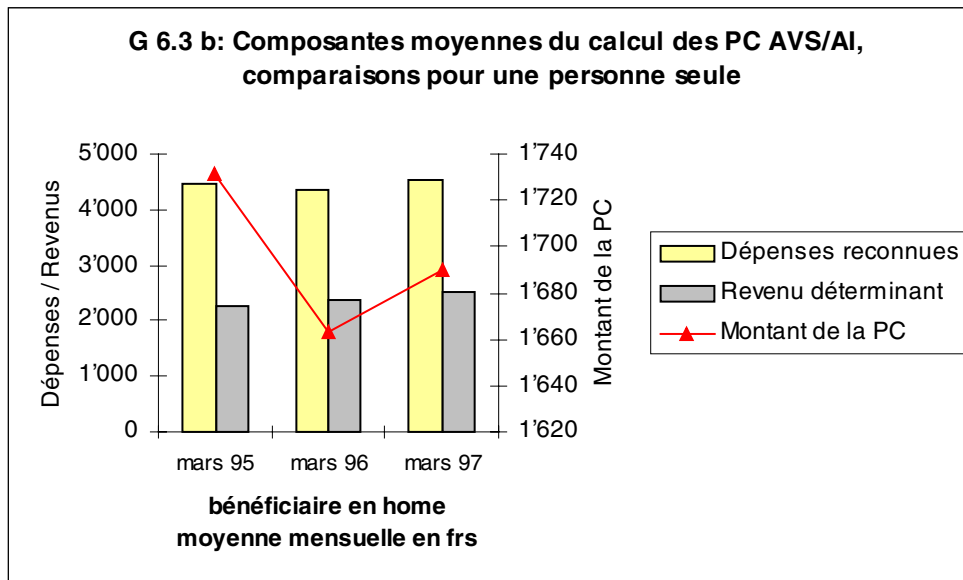
Les prestations complémentaires ont enregistré en 1996 une diminution du nombre de bénéficiaires et des dépenses pour deux raisons principales. Premièrement, les systèmes cantonaux de réductions des primes ont commencé à déployer leurs effets. Les rentiers AVS et AI au bénéfice des prestations complémentaires n'ont plus droit à la prise en compte des primes d'assurance-maladie dans le cadre du calcul des prestations complémentaires. Deuxièmement, la LAMal demande aux caisses-maladie essentiellement de prendre en charge les 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 allégée d'autant.

Le recul significatif des montants des PC en 1996 est ainsi dû principalement à deux facteurs:

- Depuis 1996 les primes de l'assurance-maladie ne figurent plus sous les dépenses, ce qui s'est traduit par un recul du nombre des bénéficiaires de PC
- Les prestations des caisses-maladie en faveur des personnes séjournant en home et soignées à domicile ont augmenté sensiblement.

Les **tableaux 6.3 a et b** en annexe ainsi que les **graphiques 6.3 a et b** montrent comment ces facteurs agissent lors du calcul d'une prestation complémentaire.

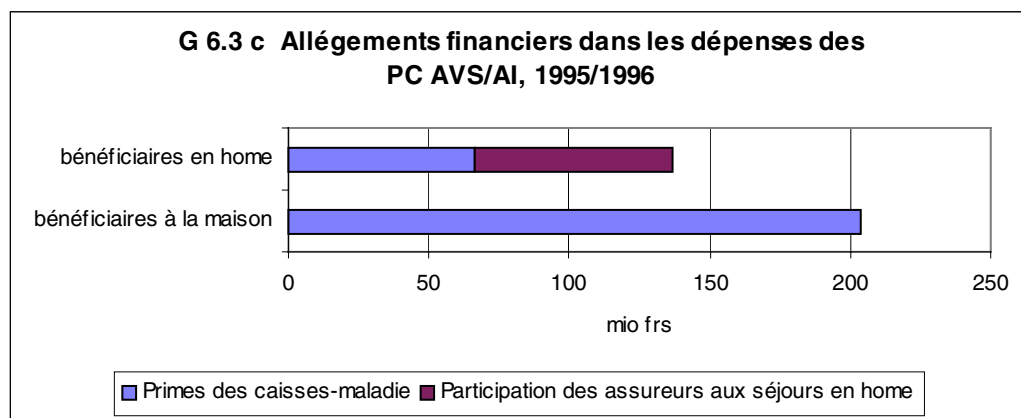




Pour compenser la suppression de la déduction des primes de caisses-maladie, il était initialement prévu de corriger le calcul des PC en relevant les limites de revenus (chez les résidents en home, les dépenses personnelles) en fonction du montant annuel net de la prime cantonale qui, après déduction de la réduction des primes, reste à la charge des bénéficiaires de PC. Tous les cantons, sauf Zurich et le Tessin, ont cependant renoncé à relever les limites de revenu et, dans le cadre des systèmes de réduction de primes, ont décidé de prendre en charge l'entier des primes des bénéficiaires de PC. C'est en raison de cela que la limite de revenu a augmenté en moyenne nationale 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).

On constate par ailleurs que l'effet conjoint de la diminution des dépenses reconnues et de la hausse des revenus déterminants a engendré une diminution du montant résiduel mensuel non pris en compte par les PC de 463 francs en 1995 à 339 francs en 1996 pour les personnes hébergées dans un home. En 1997, ce montant a encore reculé à 302 francs. Simultanément, le revenu déterminant a une nouvelle fois augmenté, en lien toutefois avec un accroissement des dépenses prises en compte. Tout porte à croire que la diminution des montants résiduels non couverts par les PC a allégé financièrement les cantons, car la couverture de ce solde est assurée essentiellement par des prestations octroyées sous condition de ressources (aide spécifique aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et/ou à l'aide sociale cantonale, notamment). Sur la base du 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 quelque 80 millions de francs pour 1996. Une grande partie de cette somme allège la facture de l'aide sociale, qui fait l'objet d'une analyse spécifique au chapitre suivant.

Les différentes statistiques internes de l'OFAS permettent des estimations spécifiques de dépenses transférées aux systèmes de réductions des primes et à l'assurance-maladie en 1996 (**tableau 6.3 c** en annexe et **graphique 6.3 c**). La réduction des primes a permis aux prestations complémentaires d'épargner 270 millions de francs, soit 204 millions auprès des bénéficiaires à la maison et 66 millions auprès de bénéficiaires en homes. Ces estimations résultent d'indications sur la charge moyenne des primes d'assurance-maladie et le nombre de bénéficiaires de prestations complémentaires en 1995.



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 pour cent (146 francs par mois) en 1996.

Pour les rentiers AVS et AI demeurant à la maison, les dépenses économisées en soins à domicile en 1996 sont plus difficiles à estimer. Cependant, le montant de 10 millions de francs peut être avancé en se fondant sur l'analyse des données récoltées par les 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.

Selon les analyses internes de l'OFAS, la somme totale des économies dans le domaine des prestations complémentaires atteint pour 1996 le montant de 351 millions de francs, soit nettement plus que les 250 millions obtenus en comparant les dépenses totales de 1995 et de 1996. Cette divergence s'explique partiellement par l'augmentation marquée des participations des assurés aux frais de l'assurance-maladie (franchises et quote-part de 10 pour cent), estimée à 28 millions de francs. La raison principale de ces économies réside dans le fait que le montant de 351 millions de francs se base sur une optique statique, fondée sur le nombre de bénéficiaires au mois de mars 1995 et le fait de ne plus comptabiliser depuis 1996 les primes d'assurance-maladie à titre de dépenses (comme nous l'avons vu précédemment, les limites de revenu n'ont été relevées que dans les cantons de Zurich et du Tessin, et ce, de 1'200 francs). L'aspect dynamique est négligé, car les autres composantes qui entrent dans le calcul des PC (loyer, taxes des homes, rentes, etc.) sont considérées constantes, alors qu'en 1996 ces éléments ont changé.

Conclusion 6.3:

Selon les calculs internes de l'OFAS, les réductions de primes ont permis d'économiser dans le domaine des PC une somme totale de 270 millions de francs, soit 204 millions de francs pour les bénéficiaires vivant chez eux et 66 millions de francs pour ceux vivant en home. Des économies de 71 millions de francs ont aussi été réalisées grâce à l'extension des prestations des assureurs-maladie dans le domaine des homes pour personnes âgées. Un allégement de quelque 10 millions de francs est enfin dû au fait que les caisses ont été contraintes de prendre en charge une partie des frais des soins à domicile. Le montant total des économies dans le domaine des PC atteint donc 351 millions. Il est supérieur de presque 100 millions de francs à l'économie indiquée pour la Confédération et les cantons. Cette économie supplémentaire est partiellement imputable à l'obligation faite aux assurés depuis 1996 de prendre en charge une plus grande part des frais d'assurance-maladie. Le fait saillant reste toutefois que ce calcul est basé sur une évolution constante des coûts entrant dans le calcul des PC, à savoir le loyer, les taxes des homes et les rentes.

7. Relation entre LAMal et aide sociale

7.1 Le cadre général

Question 7.1:

Comment l'aide sociale est-elle réglée et comment chiffrer les dépenses du secteur de l'aide sociale, et plus particulièrement les frais liés à la maladie?

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. On ne dispose pas encore de données adéquates pour étudier les effets de la LAMal, et le panorama présenté par les données de la statistique des finances publiques ne permet pas de tirer des conclusions fiables.

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 du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin 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 personne 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 (p. ex. le secours aux chômeurs en fin de droits). Il existe de fortes disparités cantonales en la matière: la même prestation est fournie, selon le canton, au moyen d'aides supplémentaires ou par 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. Toutefois, les dépenses relevant de la santé ne peuvent en général pas être chiffrées séparément.

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 7.1.2** 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, aide sociale et actions d'entraide.

T 7.1.2 Classification fonctionnelle dans le domaine de la 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, organisation de secours, organisations d'entraide de toute 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)

Nous fixons notre attention sur le groupe de tâches "Assistance". Il s'agit d'un groupe très hétérogène regroupant les tâches suivantes: assistance aux personnes âgées, aide aux indigents, office du travail, assistance aux Suisses de l'étranger et d'autres tâches d'assistance. 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), 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). Aussi, il y a lieu de rester prudent lors de l'analyse des données tirées de la statistique de l'AFF.

Conclusion 7.1:

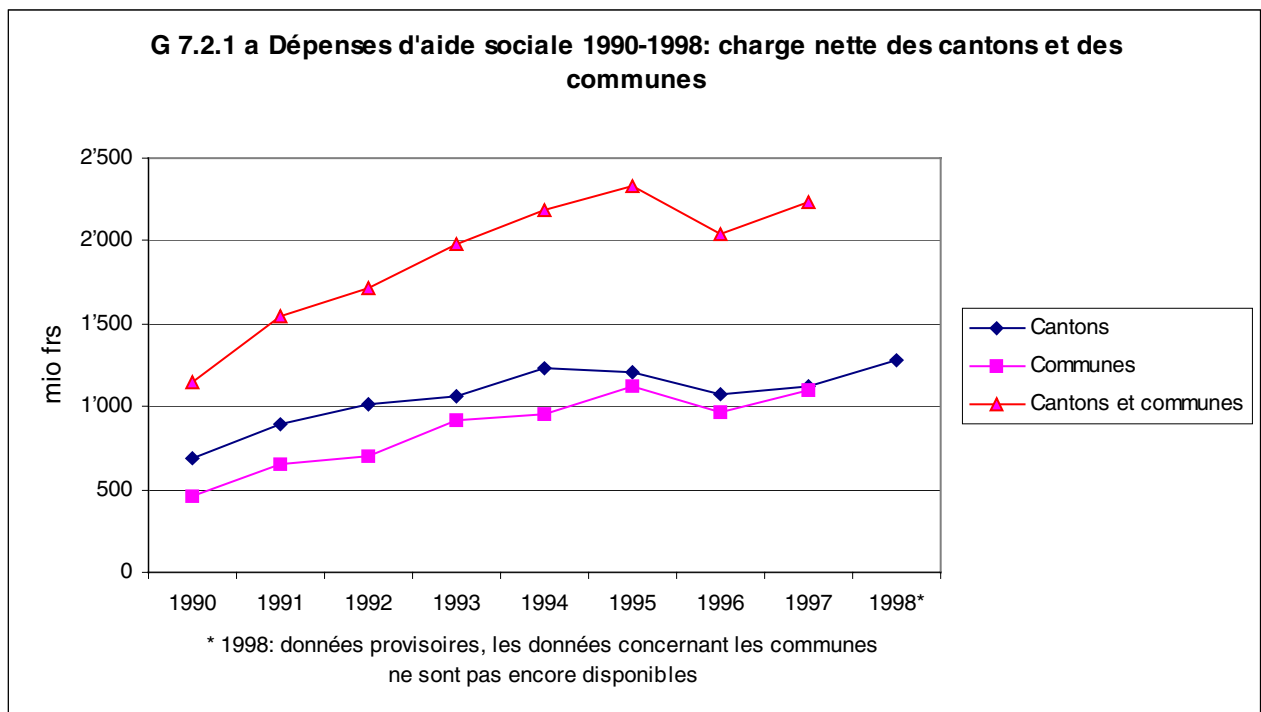
L'aide sociale des cantons et des communes est réglée selon 26 législations cantonales. Le montant des prestations de l'aide sociale est soumis à conditions de ressources; la CSIAS a édité des directives concernant les montants à verser. La statistique des finances publiques permet de suivre l'évolution des dépenses d'aide sociale; toutefois les données cantonales ne sont que partiellement comparables. Les coûts des soins ne peuvent malheureusement pas être chiffrés séparément.

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

Quel a été l'effet de la LAMal, et plus particulièrement celui du nouveau régime de réduction de primes, sur le montant des dépenses d'aide sociale selon la statistique des finances publiques?

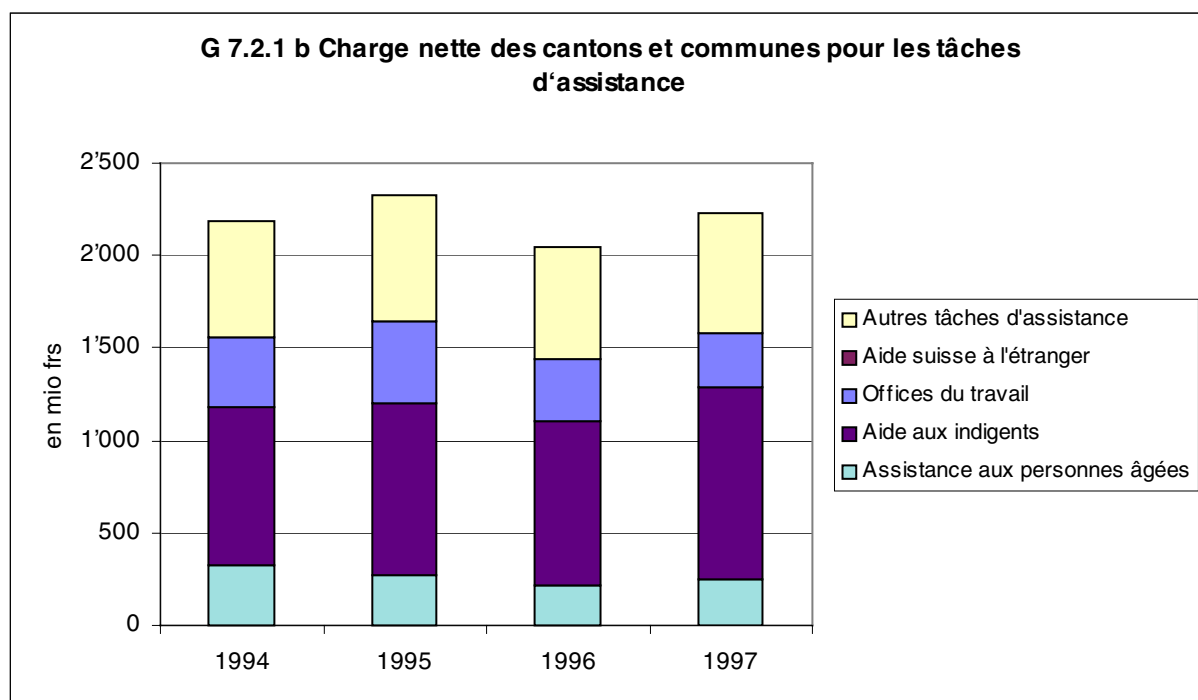
7.2.1. Analyse de la statistique des finances publiques

Les données de l'AFF dont nous disposons actuellement vont jusqu'en 1997 pour les cantons et les communes et jusqu'en 1998 pour les cantons. **Le graphique 7.2.1 a et le tableau 7.2.1 a** en annexe présentent l'évolution de la charge nette - différence entre dépenses et recettes du compte de fonctionnement et du compte d'investissement - de l'ensemble de l'assistance.

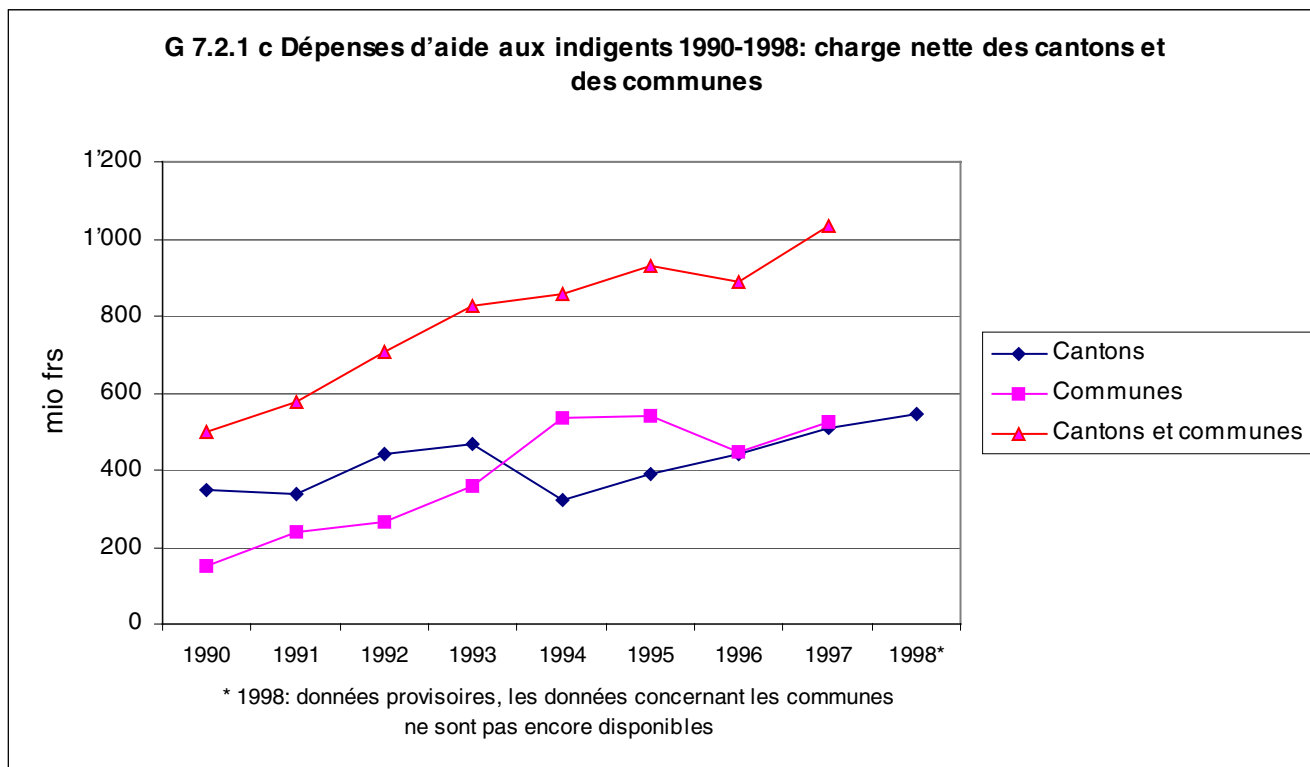


La courbe représentant l'évolution de la charge nette des cantons et des communes révèle une forte progression depuis 1990, puis une baisse abrupte en 1996, suivie d'une nouvelle hausse en 1997. Le profil des courbes des cantons et des communes est assez semblable; aussi peut-on supposer que l'augmentation importante que l'on a pu constater pour les cantons en 1998 est également perceptible dans les communes. De prime abord, il semble se confirmer qu'avec l'introduction du système de réduction de primes, qui ne prévoit en principe aucune participation des autorités d'aide sociale et où une partie des dépenses d'aide sociale pour les personnes vivant en établissement médico-social sont en outre transférées sur les assureurs, la LAMal a contribué, ne serait-ce que temporairement, à l'allègement de la charge financière des cantons et des communes. Une analyse approfondie des données financières montre toutefois que cette affirmation doit être relativisée.

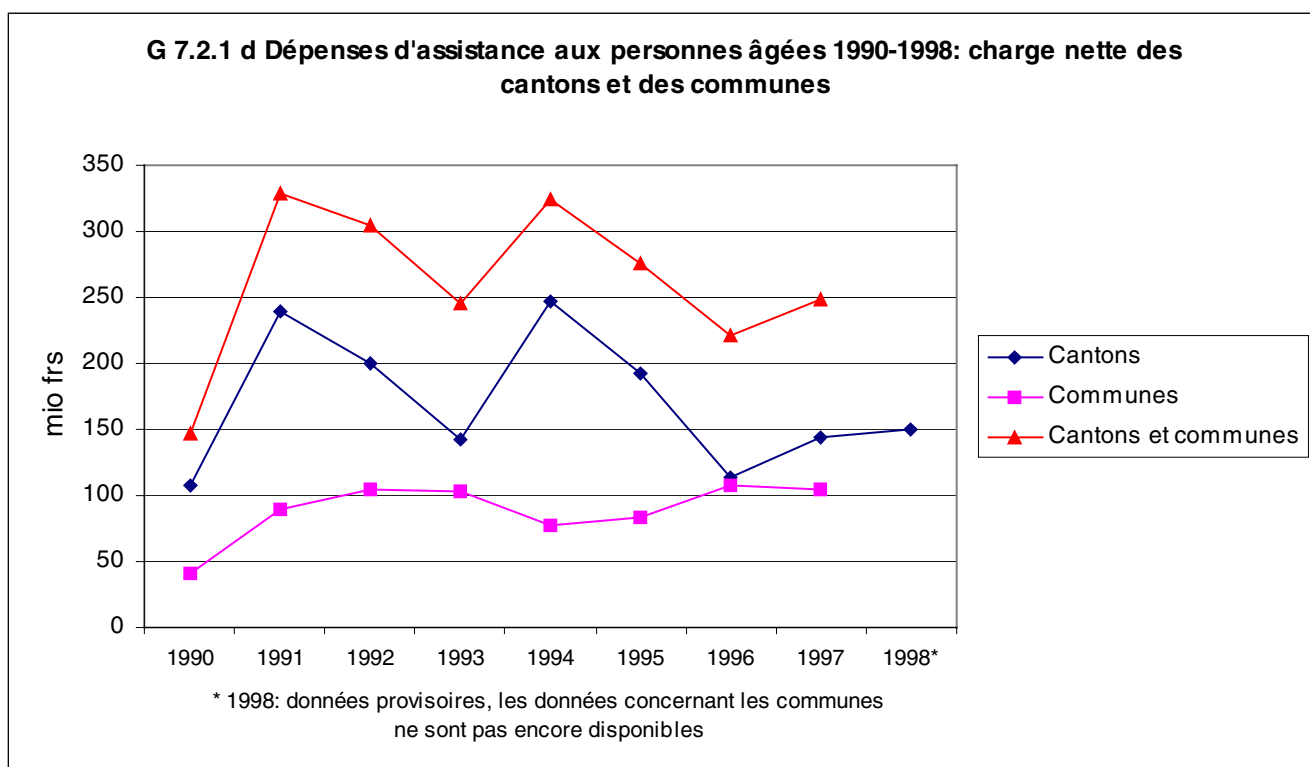
Le graphique 7.2.1 b et le tableau 7.2.1 b en annexe présentent l'évolution de la charge nette globale des cantons et des communes pour les différentes rubriques d'assistance de 1994 à 1997. Il apparaît clairement que le domaine le plus important de l'aide sociale, à savoir l'aide aux indigents, a plutôt eu tendance à augmenter au cours des dernières années - actuellement, cette rubrique représente pratiquement la moitié des dépenses d'assistance. En revanche, l'assistance aux personnes âgées a plutôt diminué au cours des années 90. En 1996, année de l'introduction de la LAMal, la charge nette a diminué dans toutes les rubriques du groupe de tâches 58, mais à des degrés divers, et ceci devra encore être démontré.



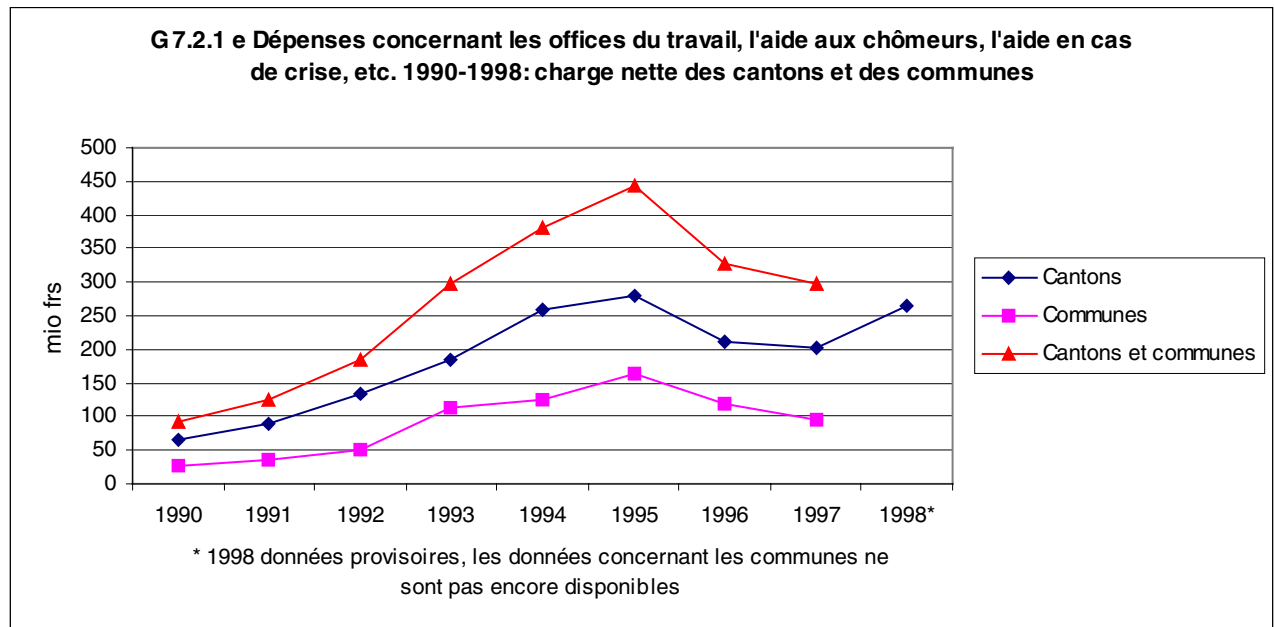
L'aide aux indigents, répétons-le, constitue de loin la rubrique la plus importante des dépenses sociales. On pourrait dès lors supposer que les dépenses d'assistance aux personnes dans le besoin ont diminué de manière disproportionnée après l'introduction du régime de réduction de primes. Cependant, il ressort du **graphique 7.2.1 c** et du **tableau 7.2.1 c** en annexe que, pour cette rubrique, la diminution de la charge nette est moins importante en 1996 que pour toutes les autres dépenses sociales. Il est en outre manifeste que seules les communes ont connu une baisse alors que la charge nette de l'aide cantonale aux indigents, qui avait enregistré un recul important en 1994 déjà, accuse depuis une progression constante et a pratiquement atteint le seuil des 550 millions de francs en 1998.



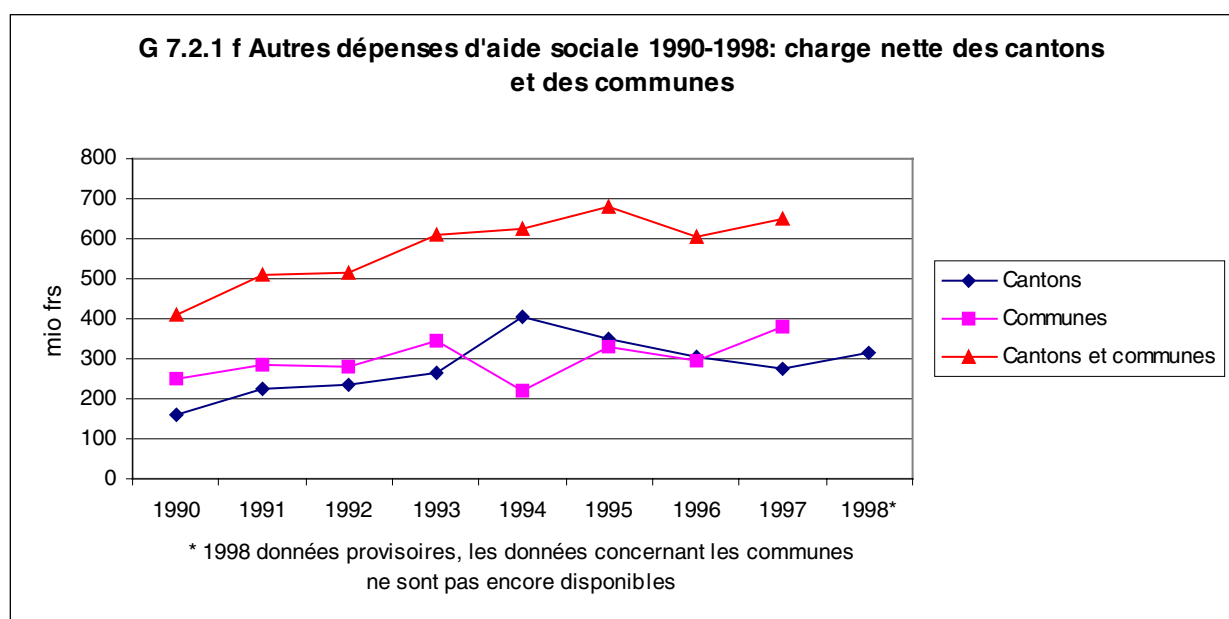
Une autre rubrique pour laquelle on s'attendrait à une incidence financière positive découlant de l'introduction du système de réduction de primes est l'assistance aux personnes âgées (**graphique 7.2.1 d** et **tableau 7.2.1 d** en annexe). En effet, la baisse de 1996 a été beaucoup plus marquée pour cette rubrique que pour les dépenses d'aide aux indigents. La situation reflétée par la statistique financière ne permet toutefois pas de confirmer de manière irréfutable la thèse selon laquelle le régime de réduction de primes a entraîné un allègement significatif de la charge nette de l'assistance aux personnes âgées, tout d'abord parce que cette baisse ne s'est manifestée que dans les cantons mais pas dans les communes et, d'autre part, parce qu'une baisse similaire des dépenses d'assistance aux personnes âgées était déjà intervenue en 1993.



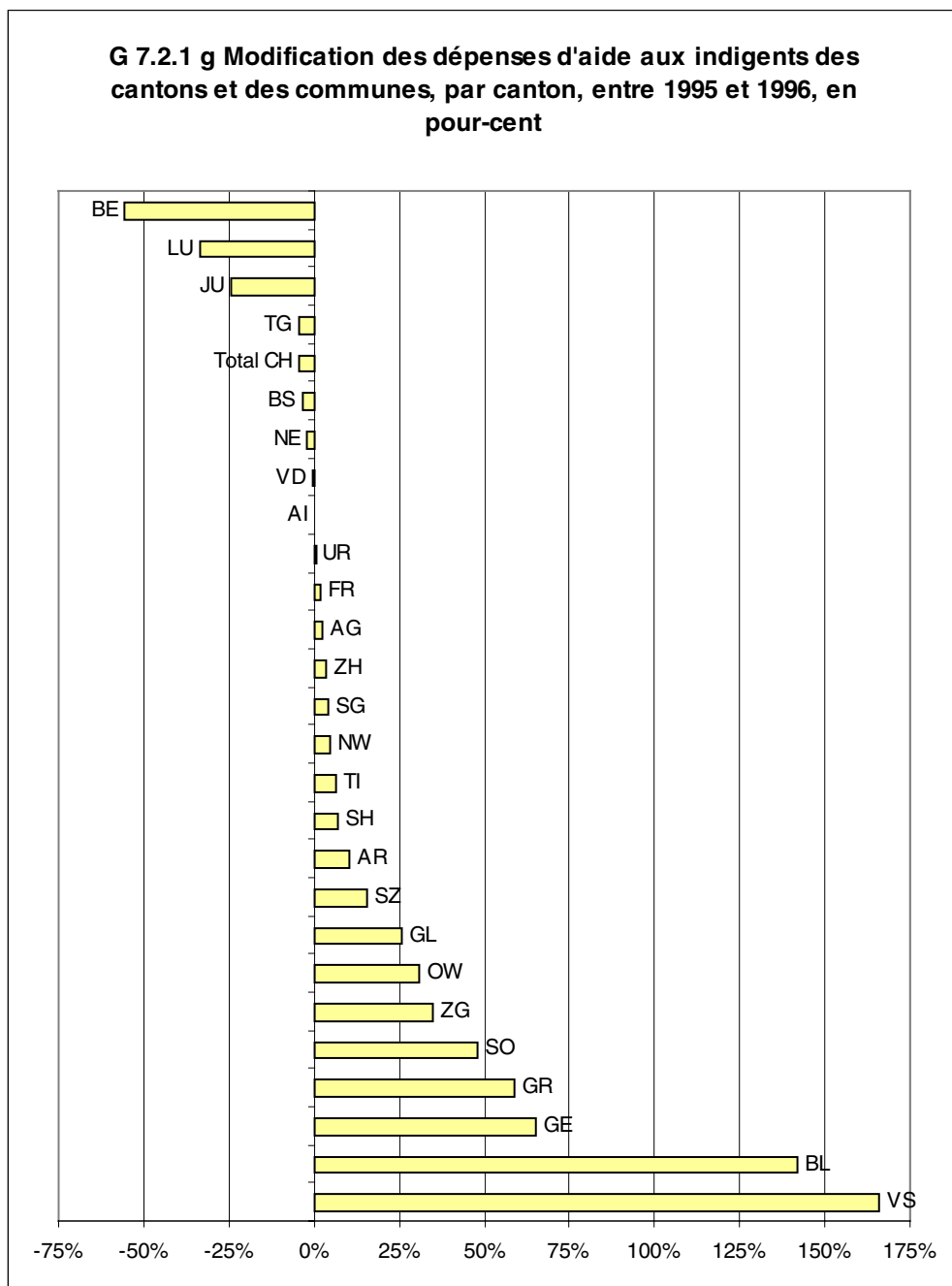
La rubrique représentée dans le **graphique 7.2.1 e** et dans le **tableau 7.2.1 e** en annexe rassemble différents types de dépenses sociales dont seules quelques-unes peuvent avoir été affectées par le système de réduction des primes. Aussi, il semble paradoxal que précisément cette rubrique enregistre une baisse massive des dépenses en 1996 tant pour les cantons que pour les communes, étant donné que ces dépenses ont augmenté de manière très importante au cours des cinq années antérieures. Ce recul s'est poursuivi l'année suivante, mais de manière moins prononcée; une nouvelle hausse significative a cependant été amorcée au niveau des cantons en 1998.



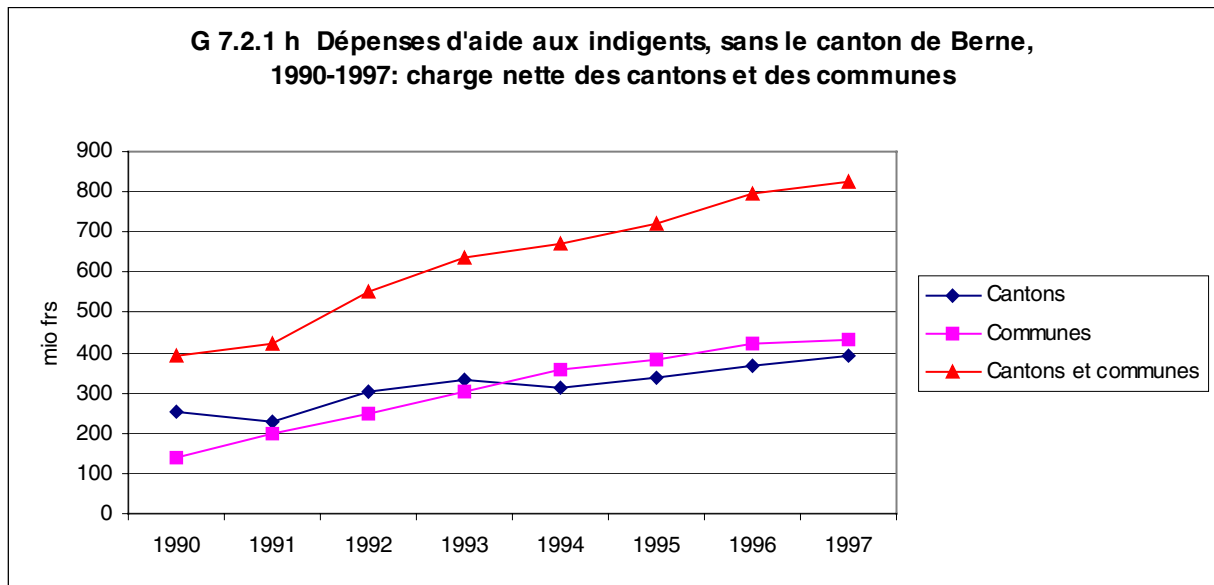
La dernière des rubriques d'assistance que la statistique financière distingue également couvre toute une série de postes dont les avances de pension alimentaire, l'aide aux montagnards, les conseils conjugaux et aux familles, l'aide en cas de catastrophe naturelle, les institutions fournissant des repas et la protection des détenus libérés (**graphique 7.2.1 f** et **tableau 7.2.1 f** en annexe). On ne sait pas précisément quels sont les postes dont les dépenses peuvent avoir été influencées par l'introduction du système de réduction de primes. On ne peut que constater qu'après une progression constante depuis 1990, les dépenses liées à cet ensemble de postes ont accusé un léger recul en 1996.



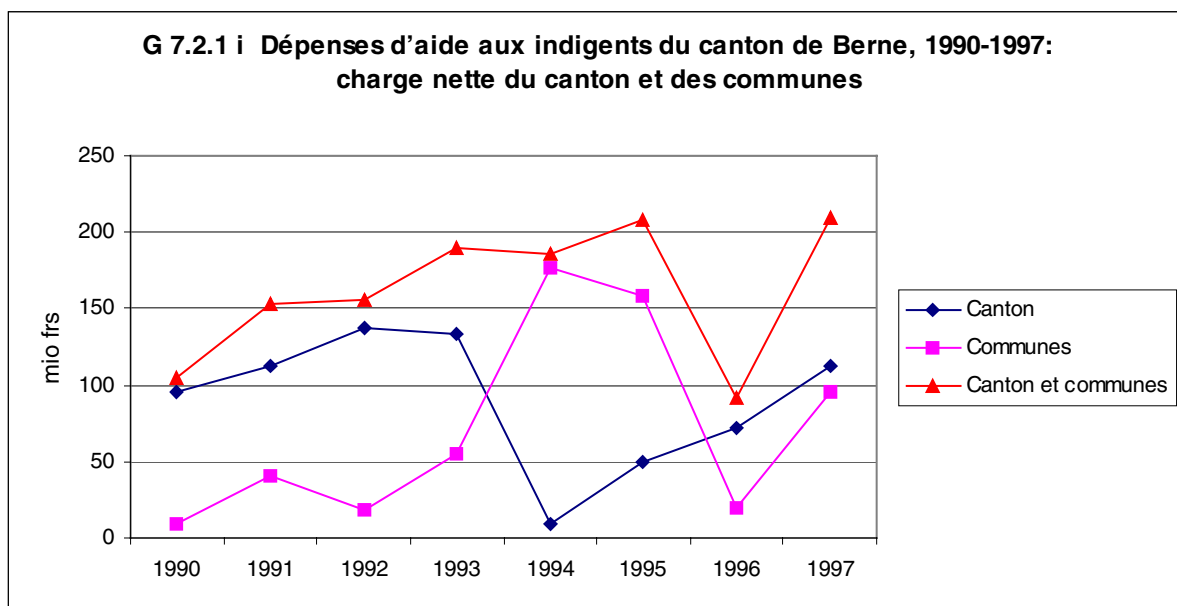
Le **graphique 7.2.1 g** et le **tableau 7.2.1 g** en annexe montrent la modification des dépenses nettes d'aide aux indigents des cantons et des communes, par canton, entre 1995 et 1996. L'effet d'allégement du système de réduction de primes n'est manifeste que dans quelques rares cas. La statistique révèle même une augmentation importante (en pour-cent) pour certains cantons, notamment le Valais et Bâle Campagne, et aussi, dans une moindre mesure, Genève, les Grisons et Soleure. Dans plus de la moitié des cantons, le changement est minime. Seuls les cantons du Jura, de Lucerne et de Berne présentent une baisse de plus de 5 %. S'agissant de ce dernier, en tout cas, la diminution de plus de 50 % des dépenses mérite une explication.



Si l'on ne tient pas compte du canton de Berne dans l'analyse des dépenses d'aide aux indigents, on obtient, pour la période de 1990 à 1997, une hausse constante de la charge nette globale des cantons et des communes (**graphique 7.2.1 h** et **tableau 7.2.1 h** en annexe). Une différenciation entre les dépenses cantonales et communales ne révèle aucune différence fondamentale, abstraction faite du léger recul enregistré pour les cantons en 1991 et en 1994. Il est intéressant d'observer que l'année 1996 n'accuse pas de baisse si l'on exclut le canton de Berne. On peut donc en déduire que le recul de l'ensemble des dépenses d'assistance enregistré en 1996 est imputable en premier lieu à l'évolution des dépenses dans le canton de Berne.

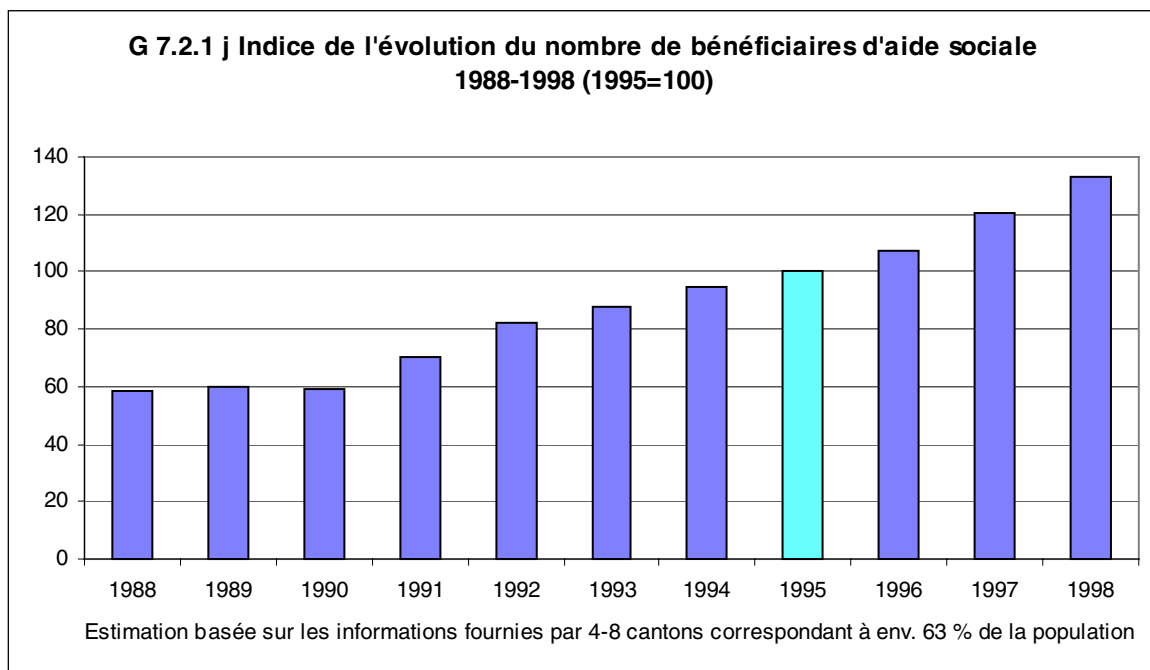


Si l'on regarde maintenant l'évolution des dépenses d'aide aux indigents du canton de Berne, on s'aperçoit que la baisse importante intervenue en 1996 reflète uniquement la situation des communes bernoises, où la charge nette est passée de plus de 150 mio francs en 1995 à moins de 25 mio francs, pour remonter de nouveau immédiatement, en 1997, jusqu'à près de 100 mio francs! Les dépenses du canton avaient déjà enregistré une baisse du même ordre de grandeur entre 1993 et 1994, suivie d'une tendance constante à la hausse qui s'est poursuivie malgré l'entrée en vigueur de LAMal en 1996 (**graphique 7.2.1 i** et **tableau 7.2.1 i** en annexe).



Pour résumer, on peut retenir qu'en ce qui concerne la rubrique la plus importante des dépenses d'aide sociale sur laquelle le système de réduction de prime était le plus susceptible d'induire un allègement, à savoir les dépenses d'aide aux indigents, la statistique financière des collectivités publiques ne révèle qu'un léger recul pour 1996 alors que les autres dépenses ont manifestement diminué de manière plus importante au cours de la même année. A cela s'ajoute le fait que le léger fléchissement des dépenses d'aide aux indigents reflète pratiquement exclusivement l'évolution des dépenses des communes bernoises. On peut donc dire que l'allègement effectif induit par le système de réduction de primes dans les cantons et les communes (qui ressort des informations données par les offices d'aide sociale de différents cantons) ne se reflète pas de manière visible dans la statistique financière des collectivités publiques.

Ce dernier phénomène pourrait aussi être lié au fait que le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale s'est également fortement accru au début des années 90 par la détérioration générale de la situation économique, comme le montrent le **graphique 7.2.1 j** et le **tableau 7.2.1 j** en annexe qui présentent une estimation pour les années 1988-1998, basée sur les informations données par 8 cantons d'une certaine importance. Si l'on définit l'année 1995 comme étant égale à 100, on obtient, pour les années 1988-1990, un indice inférieur à 60, alors que, pour 1998, l'indice est supérieur à 130. Le nombre de bénéficiaires d'aide sociale a aussi augmenté de manière significative entre 1995 et 1996, et cet accroissement pourrait peut-être expliquer en partie pourquoi la tendance vers une hausse continue des dépenses d'aide sociale – qui ressort également des statistiques des 8 cantons mentionnés - ne pouvait pas être vraiment infléchie par l'introduction du système de réduction de primes. Toutefois, il y a lieu de répéter ici que les données concernant l'aide sociale fournies par l'Administration fédérale des finances ne sont pas le reflet exact des conditions effectives; en effet, elles ne peuvent pas être désagrégées de manière suffisamment poussée et les données cantonales sur lesquelles elles se fondent ne sont pas entièrement comparables.



7.2.2 Les domaines concernés

Le système de l'aide sociale en Suisse, répétons-le, se caractérise par une très grande complexité. 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 refinanceur 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, toutes les personnes domiciliées en Suisse étant désormais assurées obligatoirement et l'assurance prenant ainsi en charge une partie des frais incombant précédemment aux autorités d'aide sociale; 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 ne 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, la réduction de prime s'effectue directement chez les ayants droit. Quel que soit le mode de règlement particulier, 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 la règle en vigueur pour les prestations complémentaires AVS/AI, les participations aux 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 remboursées par le système de subsides LAMal.

Assurances complémentaires

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 cependant 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; il apporte un allégement financier, quoique modeste, pour l'aide sociale et pour les cantons.

Etablissements médico-sociaux

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, prévoyance professionnelle), des prestations complémentaires et de la fortune personnelle, de même que par les prestations d'aide à la famille et d'autres formes de financement. L'aide sociale intervient lorsque toutes les autres formes de financement mentionnées ci-dessus 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, pour une personne seule, ce solde a diminué de quelque 124 francs par mois en moyenne 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, a donc bénéficié d'un allégement financier relativement important. En ce qui concerne la participation que les personnes au bénéfice de prestations de l'aide sociale doivent prendre à leur charge (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 des subsides LAMal. Cette pratique est en accord avec la règle en vigueur pour les prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI.

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 au chapitre 6, il y a lieu de mentionner les aides aux chômeurs en fin de droit ou encore les aides à l'hébergement des personnes âgées, là où elles existent (Vaud, par exemple).

Ces allégements financiers, qui correspondent à autant de changements de source de financement, interviennent dans une situation globale qui ne s'est guère améliorée pour les cantons (et les communes) (**tableau 7.2.2**).

T 7.2.2: Allégements financiers dans les cantons

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

7.2.3 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 envoyé un questionnaire aux services cantonaux d'aide sociale. Il en ressort une réalité très différenciée: il n'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 que pour quelques cantons. Dans la plupart des 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: l'introduction de la LAMal a entraîné un allègement des dépenses cantonales d'aide sociale qui n'est toutefois pratiquement pas perceptible dans la statistique financière des collectivités publiques. Quant à l'étendue de cet allègement, malgré des bases statistiques extrêmement restreintes en ce qui concerne les cantons, nous tenterons de l'estimer dans les paragraphes qui suivent.

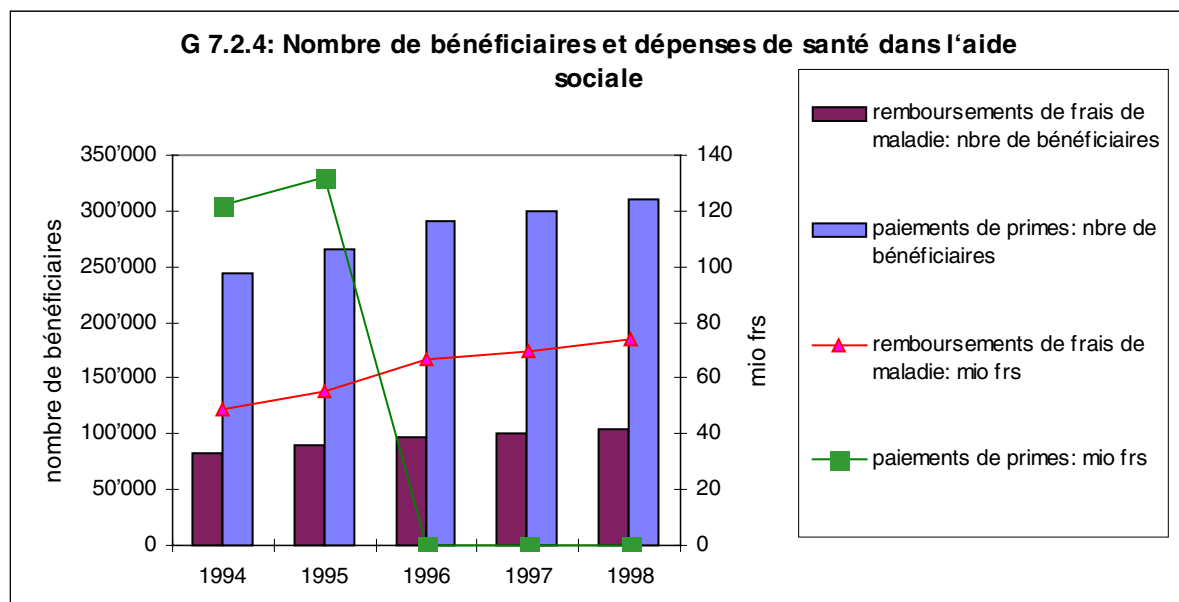
Dans le canton de Vaud, la LAMal a effectivement entraîné un allègement financier de l'ordre de 11.5 millions de francs dans l'aide sociale vaudoise (ASV), dans l'aide sociale à l'hospitalisation, et dans l'aide cantonale à l'hébergement (LAPRHEMS). La subvention cantonale au maintien à domicile (Organisme 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 de 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 découlant de l'introduction du système de réduction de 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. Dans ce canton, 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 établissements médico-sociaux. S'agissant des hospitalisations à l'extérieur du canton (hospitalisations par nécessité médicale, soit médecine universitaire ou de pointe et situations d'urgence), on assiste, en revanche, à un transfert de charges des caisses-maladie vers l'Etat. 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 million dans ces domaines (soins et aide à domicile, soins aux personnes âgées, hôpitaux, hospitalisations extérieures, prestations complémentaires).

7.2.4 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. Les grandeurs reportées dans le **graphique 7.2.4** (**tableau 7.2.4** en annexe) doivent toutefois être considérées avec prudence, les bases statistiques étant particulièrement lacunaires. Seules les estimations de la CSIAS et les renseignements chiffrés donnés par quelques cantons ont pu servir de base de calcul. Il s'agit donc de valeurs minima, calculées sur la base de chiffres fournis par quelques cantons et d'estimations de la CSIAS portant sur le nombre total de bénéficiaires de prestations d'aide sociale en Suisse. Selon les éléments fournis par les offices cantonaux d'aide sociale, 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 de primes prévu dans la LAMal. Les données de certains cantons indiquent qu'en 1996, ce transfert a entraîné un allègement global d'environ 120 millions de francs. Depuis lors, l'aide sociale ne prend en charge que les frais de maladie non couverts par les caisses-maladie; on peut donc affirmer qu'il s'agit là d'un allègement financier durable.



Conclusion 7.2:

La statistique des finances publiques indique, pour l'année 1996, une baisse des dépenses d'aide sociale; une nouvelle hausse s'est toutefois amorcée dès 1997. La diminution des coûts liés à l'aide aux indigents, rubrique où l'on aurait pu supposer que l'allègement serait le plus sensible, n'a pas été très marquée; de plus, il apparaît que, dans cette rubrique, le recul est pratiquement exclusivement dû à l'évolution des dépenses dans les communes bernoises. On peut supposer, en premier lieu, que l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'aide sociale a neutralisé l'effet d'allègement induit par le régime de réduction de primes. Cet allègement est toutefois estimé au total à 120 millions de francs au moins pour 1996. La majeure partie de ce montant est probablement imputable à l'adoption du système de réduction de primes.

8. Principaux effets mesurables de la LAMal

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) 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 des analyses chiffrées peuvent ainsi être présentées. Avec des chiffres pour les trois premières années d'application de la loi, les principaux effets mesurables qui peuvent être mis en évidence concernent d'une part les charges et les recettes de l'assurance-maladie de base, et d'autre part le financement du système de santé. L'influence de cette nouvelle loi est par ailleurs loin de s'arrêter et devrait continuer à produire ses effets sur le système de santé à moyen ou long terme.

La question centrale que l'opinion publique se pose est la suivante: la LAMal a-t-elle déployé ses effets sur les coûts du système de santé ? Avec les chiffres actuellement disponibles, il s'avère difficile d'éclairer scientifiquement la question, et ceci principalement pour deux raisons. Premièrement, les dispositions de la LAMal visant à la compression des coûts sont introduites de manière échelonnée et avec du retard : planification hospitalière dans les cantons, comptabilité analytique dans les établissements de santé, tarifs unifiés, etc... Deuxièmement, les données statistiques à la base des estimations des coûts du système de santé subissent des changements tels qu'ils risquent de diminuer sensiblement la comparabilité des chiffres de la série chronologique des années nonante.

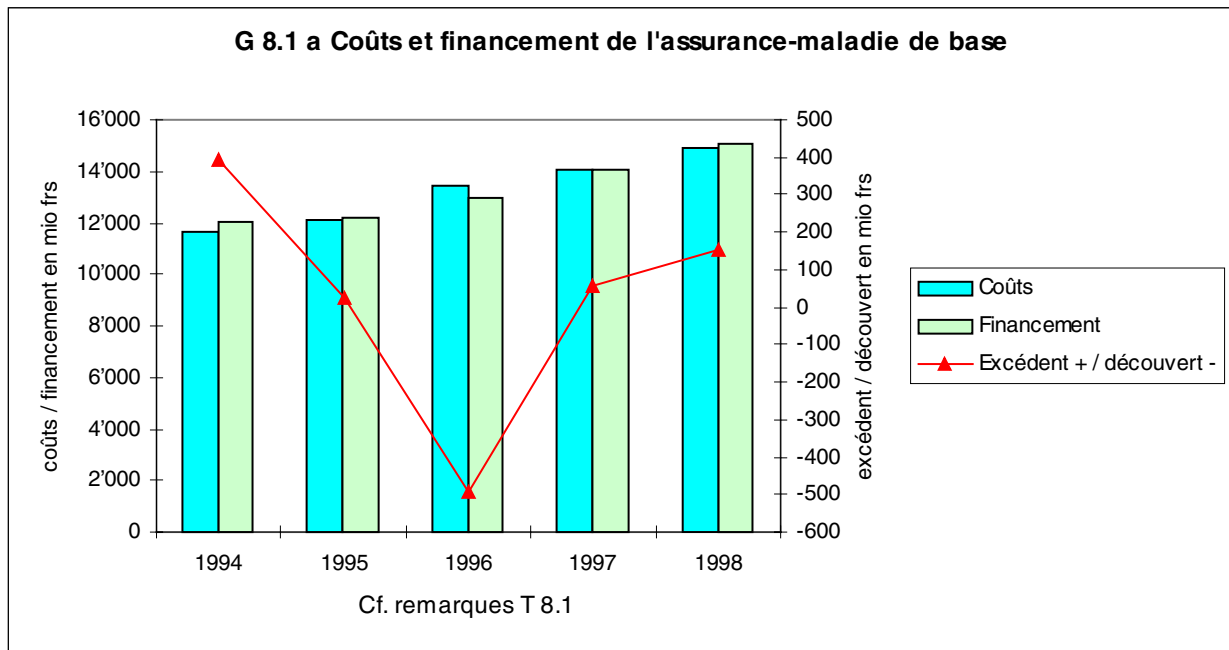
En l'état des chiffres et des connaissances, nous devons nous limiter à constater que la LAMal n'a pas occasionné d'augmentation des coûts du système de santé mais que ses effets positifs dans la compression des coûts ne sont pas encore mesurables.

8.1 Coût et financement de l'assurance-maladie de base

Pour l'analyse globale des effets sur le coût et le financement de l'assurance-maladie de base, les principaux chiffres ont été regroupés dans le **tableau 8.1** en annexe.

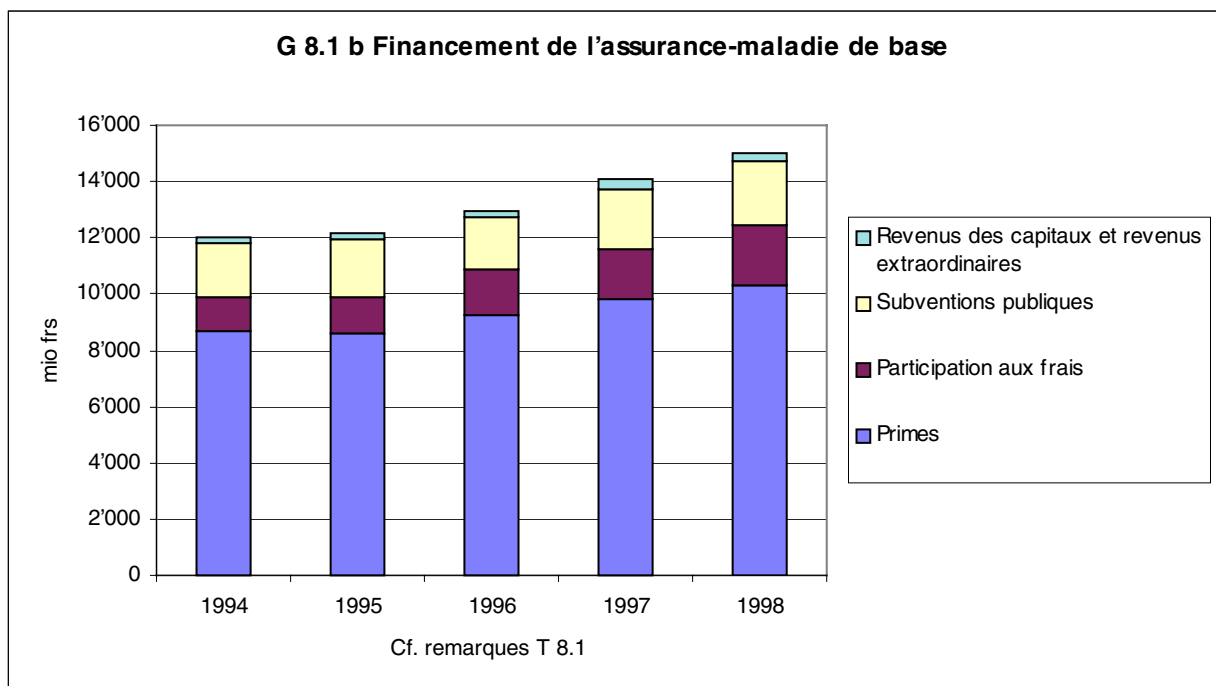
Les coûts (prestations payées et frais d'administration) constituent l'agrégat de base. Ils ont atteint 13.5 milliards de francs en 1996. Ils ont augmenté durant cette même année de 1.3 milliards de francs (+10.8%), soit nettement plus qu'en 1995, +520 millions de francs (+4.5%). Dans le détail, on notera en 1996 la progression relativement plus forte des frais administratifs. Ces effets ponctuels et marqués étaient liés à l'entrée en vigueur de la LAMal. En 1997 (+4.2%) et 1998 (+6.0%), les augmentations des coûts retrouvent des valeurs comparables et même inférieures à celles des années 1990 à 1995. Les frais administratifs montrent même une diminution au cours des deux dernières années.

Avant l'examen des flux de financement, 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 découvert de 491 millions de francs. L'assurance-maladie de base a donc enregistré en 1996 une diminution de réserves financières de l'ordre de 500 millions de francs. En 1997 et 1998, les assureurs LAMal sont parvenus globalement à enrayer la diminution de leurs réserves; les chiffres sont positifs mais les excédents demeurent à un faible niveau (**graphique 8.1 a**).



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 financés principalement par l'augmentation des primes (+650 millions), une participation accrue des assurés aux frais (+390 millions) et la diminution des réserves (500 millions) mentionnée plus haut. L' "onde de choc" de 1996 est absorbée dans les deux années suivantes principalement par des adaptations de primes, par des augmentations de la participation des assurés aux frais et par un certain rattrapage dans les subventions pour la réduction des primes. Les assureurs LAMal ne reconstituent pas toutefois leurs réserves qui restent nettement inférieures à leur niveau de 1994 et même de 1995.

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 ont une importance marginale (**graphique 8.1 b**).



La part des primes a tendance à diminuer au cours des deux dernières années (69.8% en 1997 et 68.8% en 1998), alors qu'elle avait augmenté en 1996 et atteignait 71.1%, consécutivement à la diminution globale des subsides publics pour la réduction des primes.

La part des participations aux frais a fortement augmenté en 1996 suite à l'extension aux traitements hospitaliers de la quote-part à la charge des assurés de 10%. En 1998, cette part a également progressé suite à l'augmentation du montant de la franchise annuelle de base. Elle se situe à 14.0% alors qu'elle n'était que de 10.6% en 1995.

La part des subventions publiques pour la réduction des primes avait nettement diminué en 1996 et s'était inscrite à 14.0% alors qu'elle se situait à 17.1% l'année précédente. Cette part est en légère augmentation en 1997 et 1998, atteignant respectivement 14.8% et 15.1%. Cette situation s'explique principalement par la pratique restrictive de certains cantons dans l'octroi des subsides pour la réduction des primes.

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, trois raisons évidentes 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 milliards de francs (+15%) et la hausse des coûts de l'année précédente (+5%). La statistique OFAS des assureurs LAMal de 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 peuvent expliquer cette différence:

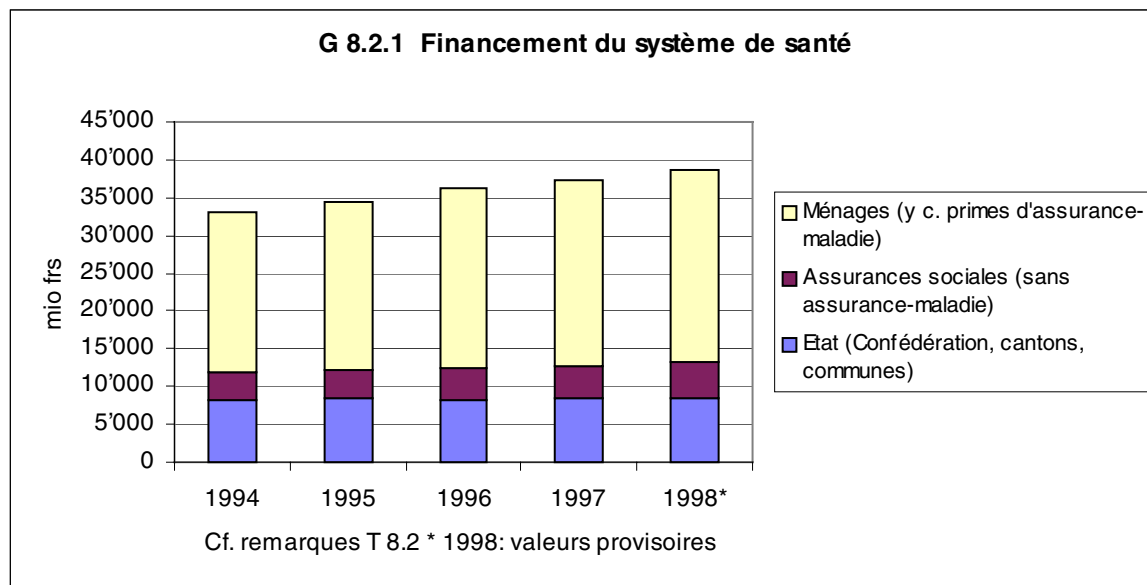
- l'augmentation des participations aux frais des assurés (surtout en cas d'hospitalisation) a occasionné en 1996 un saut de +30% ce qui correspond à environ 400 millions de francs;
- le coût des nouvelles prestations en 1996 est inférieur aux estimations avancées: les prestations de l'assurance de base, 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.

8.2 Financement du 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 protection 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 mesure des effets financiers de la LAMal, il convient donc d'analyser l'évolution de chacun des flux de financement du système de santé, y compris les trois régimes de protection sociale mentionnés ci-dessus, durant la période de référence (1994 à 1998), analyse propre à éclairer la prise de décision en matière de financement de la santé publique et de la sécurité sociale.

8.2.1 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. Le **graphique 8.2.1** et le **tableau 8.2** en annexe présentent dans l'ensemble et en détails le financement du système de santé.



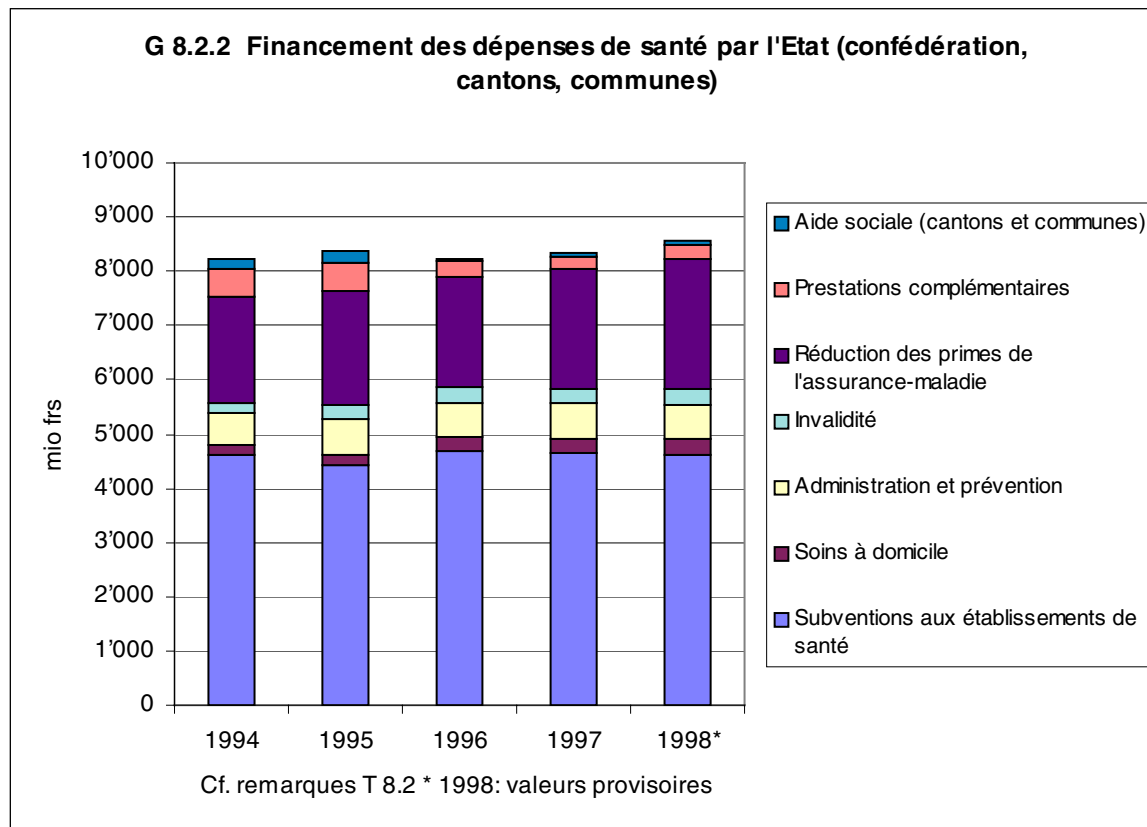
En 1996, la part de **l'Etat** diminue nettement passant de 24.3% (1995) à 22.7%. Cette diminution relative se poursuit, quoique faiblement, en 1997 (22.4%) et 1998 (22.2%). L'Etat intervient en tant qu'agent du financement à différents titres: en matière de santé publique par les subventions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux et aux organismes de soins à domicile, de même qu'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, sans oublier les tâches de santé publique générale, prévention et administration.

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 LAMal (caisses-maladie). L'évolution durant la période 1994 à 1998 est caractérisée par la stabilité.

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.). Durant la période 1994 à 1998, les ménages privés supportent une charge globale croissante, leur part de financement passant de 64.0% en 1994 à 66.1% en 1998 avec une augmentation très prononcée en 1996. 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.

8.2.2 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 ensemble atteignent en 1998 7.0 milliards de francs et représentent plus de 80% des contributions publiques (**graphique 8.2.2** et **tableau 8.2** en annexe).



Les subventions aux établissements de santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux) sont en 1998 au même niveau qu'en 1994 et les fluctuations durant la période sous revue sont peu importantes. Ce financement ne cesse cependant pas de diminuer proportionnellement; il représentait 13.9% des dépenses de santé en 1994 mais il est descendu à 11.9% en 1998.

Les flux de financement net des cantons (y compris des communes) et de la Confédération pour la réduction des primes présentent de grandes fluctuations liées principalement aux changements intervenus dans les modes de répartition des subventions fédérales. Les difficultés de l'approche statistique sont expliquées dans le chapitre 3 du présent rapport.

La part de financement de la Confédération et des cantons pour la réduction des primes dans l'assurance-maladie semble s'être stabilisée en 1998 à 6,2%, c'est-à-dire à peu près au niveau de 1995. 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. Bien qu'en augmentation depuis 1997, les charges pour la réduction des primes demeurent toutefois en 1998 d'environ 600 millions de francs inférieures à l'objectif plafonné de la loi. En effet, la contribution de la Confédération pour cette année ne peut être versée que si celle du canton atteint 45% des subsides fédéraux.

L'introduction des nouveaux systèmes cantonaux de réduction des primes d'assurance-maladie pour les assurés de conditions économiques modestes 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 ont diminué respectivement de quelque 250 millions de francs dans les prestations complémentaires et de 120

millions de francs dans l'aide sociale. Les chiffres de 1997 et 1998 semblent indiquer une stabilisation au niveau de 1996 pour ces deux régimes de protection sociale. Les estimations concernant l'aide sociale doivent être prises avec prudence car les bases statistiques sont particulièrement lacunaires (cf. chap. 7).

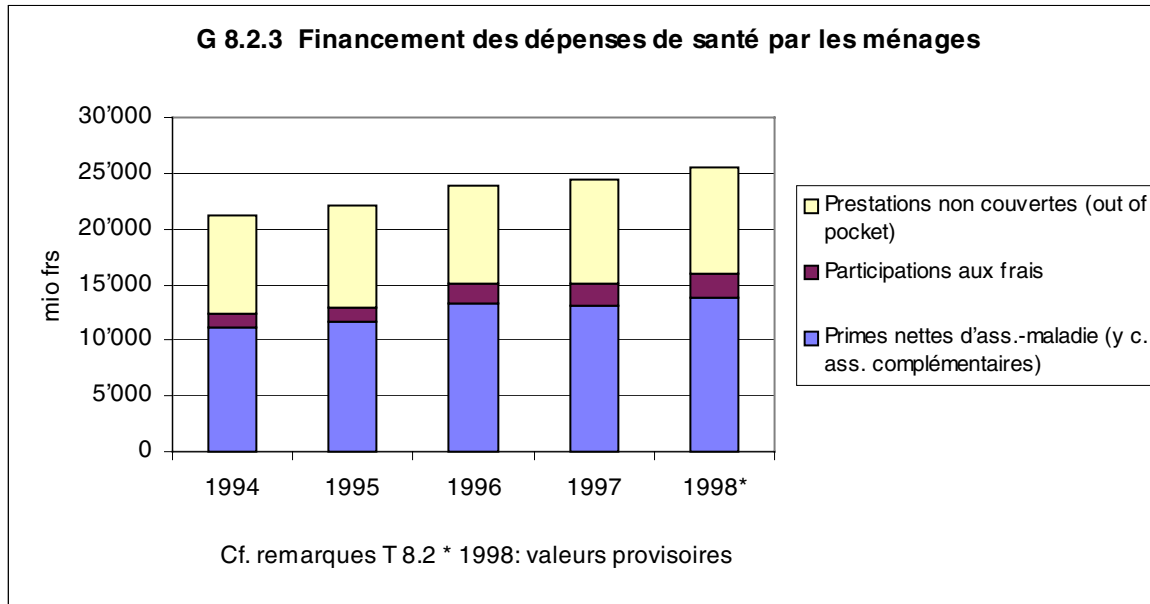
8.2.3 Le financement par les ménages

La structure du financement par les ménages privés enregistre la première "onde de choc" de la LAMal en 1996 (**graphique 8.2.3** et **tableau 8.2** en annexe).

Les primes nettes d'assurance-maladie 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 correspondant aux prestations non remboursées par les assurances sociales reculent de quelque 300 millions de francs.

En 1997, les fortes variations de l'année précédente sont quelque peu corrigées: les primes nettes diminuent (- 230 millions) et les prestations non couvertes (out of pocket) reprennent l'ascenseur. Les participations aux frais n'augmentent que modestement.

En 1998, on assiste vraisemblablement à une stabilisation des différentes composantes du financement par les ménages: les augmentations des primes nettes et des prestations non couvertes ne sont plus très éloignées de celle des dépenses de santé. Les participations aux frais progressent cependant sensiblement en conséquences des augmentations des montants de la franchise de base dans l'assurance-maladie obligatoires et du nombre croissant de franchises élevées à option.



Les effets de la LAMal sur l'évolution des parts de financement sont également intéressantes. La charge des primes nettes a passé de 33,8% en 1995 à 35,5% en 1998, après avoir culminé à 36,7% en 1996. Le recul dans les assurances-maladie complémentaires explique en partie la diminution par rapport à 1996. La charge pour les prestations non couvertes (out of pocket) recule de 26,4% en 1995 à 25,0% en 1998 après un niveau plancher de 24,2% en 1996. La part des participations aux frais progresse sans interruption depuis 1995 (4,0%) pour atteindre 5,6% en 1998.

Conclusion

Au moyen des statistiques disponibles pour la période sous revue (1994 à 1998) au moment de l'étude (2^e semestre 1999), les effets globaux de la LAMal sur les charges et les recettes des assureurs-maladie, ainsi que sur le financement 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) sont certes mesurables mais la comparabilité des chiffres de la série chronologique 1994-1998 est sujette à caution, les sources statistiques à la base des estimations ayant changé au cours des dernières années.

L'introduction des nouveaux systèmes cantonaux de réduction des primes d'assurance-maladie a produit depuis 1996 des allègements financiers 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. Les estimations dans le régime d'aide sociale doivent cependant être prises avec prudence, car les bases statistiques demeurent particulièrement lacunaires, au niveau des cantons tout comme au niveau national. Ce volet de la présente étude pourra encore être développé en profitant notamment de la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale en préparation à l'OFS.

Si l'introduction de franchises à option dans l'assurance-maladie obligatoire permet à des assurés d'effectuer de substantielles économies sur leurs primes, jusqu'à 40%, il conviendra de s'intéresser dans le futur aussi aux biais de solidarité qui peuvent en découler, à leur effet sur les primes avec franchise ordinaire et aux contributions financières globales des assurés.

Les éclairages apportés au plan cantonal sur les primes, les prestations, les participations aux coûts, les réductions de primes, le nombre de médecins et de pharmacies ont mis en lumière d'importantes disparités qui méritent de poursuivre des investigations pour en identifier les causes.

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.

Bibliographie

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

chapitre 1

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, 1998, *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.

chapitre 2

Office fédéral de la statistique, 1999, Neuchâtel, *Coûts du système de santé, résultats détaillés 1997 et évolution depuis 1960*.

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

Camenzind Paul, Statistique 1998 de l'assurance-maladie: premiers chiffres, dans: *Sécurité sociale*, 4/1999, 206-208.

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.

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

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

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

chapitre 3

Administration fédérale des finances, 1999, *Finances publiques en Suisse 1997*, AFF: Berne.

Office fédéral des assurances sociales, *Statistique de l'assurance-maladie 1994/1995*, 1996, 1997, 1998 OFAS: Berne.

chapitre 4

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

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

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

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

chapitre 5

Office fédéral de la statistique, 1993, Berne, *Coûts du système de santé, Conception et résultats*.

chapitre 6

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: Sécurité sociale, 1/1996, 29-31.

Kocher, Ralf, 1996, Effets de la réduction de primes dans l'assurance-maladie, dans: Sécurité 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, Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, OFAS: Berne, 1998.

Office fédéral des assurances sociales, 1999, Nichtperiodische Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 1995-98, EL-Aktuell, 1/1999.

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: Sécurité sociale, 4/1996, 195-198.

chapitre 7

Balthasar Andreas, 1998, Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons, OFAS, Berne, 1998.

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

chapitre 8

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

Annexes

Annexe A:

Indices de l'évolution des coûts des services des médecins, des médicaments et des hôpitaux

Annexe B:

Tableaux T et graphiques G

- T 3.1 Coûts et financement de l'assurance-maladie (assureurs LAMal, assurance de base)
- T 3.2 Compte d'exploitation analytique de l'assurance-maladie (assureurs LAMal)
- T 3.3 a b Coûts et financement dans l'assurance de base
- T 3.3 c Primes et prestations dans l'assurance de base
- T 3.4 Coûts et financement dans l'assurance indemnités journalières selon la LAMal
- T 3.5 Coûts et financement des assurances complémentaires (assureurs LAMal seulement)
- T 3.6 a Participation aux frais des assurés dans l'assurance de base
- T 3.7 a b Réserves selon le nombre d'assurés (assureurs LAMal)
- T 3.7 b Réserves pour les grands assureurs LAMal de plus de 5000 assurés (plus de 95% du volume des primes)
- T 3.7 c Réserves, fonds et provisions des assureurs LAMal (toutes branches d'assurances)
- T 3.8 c Ecart annuel en frs / en % par rapport à la contribution financière annuelle globale pour la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- en 1996-1997
- G 3.8 c1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1996-1997)
- G 3.8 c2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1996-1997)
- G 3.8 d1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1996-1997)
- G 3.8 d2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1996-1997)
- G 3.8 e1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1996-1997)
- G 3.8 e2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1996-1997)
- G 3.8 f1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1998-2000)

- G 3.8 f2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1998-2000)
- G 3.8 g1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1998-2000)
- G 3.8 g2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1998-2000)
- G 3.8 h1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1998-2000)
- G 3.8 h2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1998-2000)
- T 3.8 1 Contributions annuelles moyennes pour les adultes moyenne CH en frs
- G 3.8 11 Contribution annuelle moyenne 1996-2000 avec factures annuelles de 0.-, selon les franchises
- G 3.8 12 Contribution annuelle moyenne 1996-2000 avec factures annuelles de 1'000.-, selon les franchises
- G 3.8 13 Contribution annuelle moyenne 1996-2000 avec factures annuelles de 10'000.-, selon les franchises
- T 3.8 m Indices de l'évolution des contributions pour les adultes (base 1996=100)
- T 3.8 n Variations annuelles des contributions en % pour les adultes
- G 3.8 n1 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 0.- selon les franchises 1997-2000
- G 3.8 n2 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 1'000.- selon les franchises 1997-2000
- G 3.8 n3 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 10'000.- selon les franchises 1997-2000
- T 3.9 Nombre d'assurés selon la taille de l'assureur
- T 3.10 Effets des prix et des quantités sur les dépenses de santé

- T 4.1.1 a Primes mensuelles moyennes pour les enfants (en frs) 1996-2000
- G 4.1.1 a Primes mensuelles moyennes enfants (en frs)
- T 4.1.1 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les enfants (en frs)
- T 4.1.1 c Indices de l'évolution des primes pour les enfants (base 1996=100)
- T 4.1.1 d Variations annuelles des primes en % pour les enfants
- G 4.1.1 d Variation annuelle moyenne en % des primes enfants
- T 4.1.2 a Primes mensuelles moyennes pour les jeunes en formation (en frs) 1996-2000
- G 4.1.2 a Primes mensuelles moyennes jeunes en formation (en frs)
- T 4.1.2 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les jeunes en formation (en frs)
- T 4.1.2 c Indices de l'évolution des primes pour les jeunes en formation (base 1996=100)
- T 4.1.2 d Variations annuelles des primes en % pour les jeunes en formation
- G 4.1.2 d Variation annuelle moyenne en % des primes jeunes en formation
- T 4.1.3 a Primes mensuelles moyennes pour les adultes (en frs) 1996-2000
- T 4.1.3 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les adultes (en frs)
- T 4.1.3 c Indices de l'évolution des primes pour les adultes (base 1996=100)
- T 4.1.3 d Variations annuelles des primes en % pour les adultes
- T 4.1.4 a Primes mensuelles moyennes pour tous les assurés (en frs) 1996-2000
- G 4.1.4 a Primes mensuelles moyennes pour tous les assurés (en frs)
- T 4.1.4 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour tous les assurés (en frs)
- T 4.1.4 c Indices de l'évolution des primes pour tous les assurés (base 1996=100)
- T 4.1.4 d Variations annuelles des primes en % pour tous les assurés

- G 4.1.4 d Variation annuelle moyenne en % des primes pour tous les assurés
- T 4.2 a Participations aux coûts annuelles moyennes par assuré (en frs)
Assurance de base des soins - ensemble des assurés
- T 4.2 b Variation des participations aux coûts annuelles moyennes par assuré
Assurance de base des soins - ensemble des assurés
- T 4.3 a Prestations annuelles moyennes nettes par assuré (en frs)
Assurance de base des soins - ensemble des assurés
- T 4.3 b Variation des prestations annuelles moyennes nettes par assuré
Assurance de base des soins - ensemble des assurés
- T 4.4.1 Réductions des primes dans l'assurance obligatoire (en milliers de frs)
- T 4.4.2 Pourcentages des réductions des primes alloués par rapport au maximum allouable
- T 4.4.3 a Nombre de bénéficiaires de la réduction des primes (en milliers)
- T 4.4.3 b Nombre d'assurés dans l'assurance de base (en milliers)
- T 4.4.3 c Pourcentages de bénéficiaires de la réduction des primes par rapport au nombre d'assurés
- T 4.4.4 Réductions des primes dans l'assurance obligatoire. Moyenne mensuelle en frs par bénéficiaire
- T 4.5 a Nombre de médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes)
- T 4.5 b Nombre de médecins en pratique privée (spécialistes)
- T 4.5 c Nombre de médecins en pratique privée (généralistes)
- T 4.5 d Variation du nombre de médecins (généralistes et spécialistes)
- T 4.5 e Population résidante moyenne en milliers
- T 4.5 f Densité de médecins (généralistes et spécialistes)
- T 4.5 g Densité de médecins (spécialistes)
- T 4.5 h Densité de médecins (généralistes)
- T 4.5 i Variation de la densité de médecins (généralistes et spécialistes)
- T 4.5 j Corrélation entre primes et densité des médecins période 1996-98
- G 4.5 j1/2 Corrélation entre primes et densité de médecins - moyenne période 1996-98
- T 4.6 a Nombre de pharmacies
- T 4.6 b Variation du nombre de pharmacies
- T 4.6 c Densité de pharmacies
- T 4.6 d Variation de la densité de pharmacies
- T 4.6 e Corrélation entre primes et densité des pharmacies période 1996-98
- G 4.6 e1/2 Corrélation entre primes et densité de pharmacies - moyenne période 1996-98

- T 5.1 a Evolution des coûts du système de santé et du produit intérieur brut
- T 5.1 b Indice suisse des prix à la consommation: indice général et de la santé
- T 5.2.1 a Coûts par fournisseurs de soins (en mio frs)
- T 5.2.1 b Coûts par fournisseurs de soins (en %)
- T 5.2.2 a Dépenses selon les biens et services consommés (en mio frs)
- T 5.2.2 b Dépenses selon les biens et services consommés (en %)
- T 5.3.1 a Financement du système de santé selon l'agent payeur (en mio frs)
- T 5.3.1 b Financement du système de santé selon l'agent payeur (en %)
- T 5.3.2 a Financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique (en mio frs)
- T 5.3.2 b Financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique (en %)
- T 5.4.1 a Coûts et financement des hôpitaux (en mio frs)
- T 5.4.1 b Coûts et financement des hôpitaux (en%)
- T 5.4.2 a Coûts et financement des établissements médico-sociaux (en mio frs)
- T 5.4.2 b Coûts et financement des établissements médico-sociaux (en %)
- T 5.4.3 a Coûts et financement des soins à domicile (en mio frs)
- T 5.4.3 b Coûts et financement des soins à domicile (en %)

- T 6.2.3 a PC-AVS/AI, nombre de bénéficiaires et dépenses
- T 6.2.3 b PC AVS/AI Nombre de bénéficiaires, prestations (en mio frs), variations des prestations en % et financement par canton

- T 6.2.3 c Allégements financiers de la Confédération et des cantons dans le domaine des prestations complémentaires (en mio frs)
- T 6.2.3 d PC-AVS/AI, ventilation des dépenses (en mio frs)
- T 6.2.3 e Frais de maladie et d'invalidité non périodiques remboursés par les PC
- T 6.2.3 f Principaux types de frais remboursés en pour cent du total des frais de maladie et d'invalidité
- T 6.3 a b Composantes moyennes du calcul des prestations complémentaires, comparaisons pour une personne seule
- T 6.3 c Allégements financiers dans les dépenses des prestations complémentaires (PC), 1995/1996

- T 7.2.1 a Dépenses d'aide sociale 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 b Charge nette des cantons et des communes pour les tâches d'assistance (en mio frs)
- T 7.2.1 c Dépenses d'aide aux indigents 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 d Dépenses d'assistance aux personnes âgées 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 e Dépenses concernant les offices du travail, l'aide aux chômeurs, l'aide en cas de crise, etc. 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 f Autres dépenses d'aide sociale 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 g Dépenses d'aide aux indigents des cantons et des communes, charge nette par canton 1994-1997, en mio de frs
- T 7.2.1 h Dépenses d'aide aux indigents, sans le canton de Berne, 1990-1997: Charge nette des cantons et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 i Dépenses d'aide aux indigents du canton de Berne, 1990-1997: Charge nette du canton et des communes en mio de frs
- T 7.2.1 j Indice de l'évolution du nombre de bénéficiaires d'aide sociale 1988-1998 (1995=100)
- T 7.2.4 a Nombre de bénéficiaires dans l'aide sociale
- T 7.2.4 b Dépenses de santé dans l'aide sociale en mio frs

- T 8.1 Coûts et financement de l'assurance-maladie de base
- T 8.2 a Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur en mio frs
- T 8.2 b Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur en %

Indices de l'évolution des coûts des services des médecins, des médicaments et des hôpitaux

Hugo Huber, dipl. math. et actuaire ASA, patron de Huber Consulting AG, 1735 Giffers

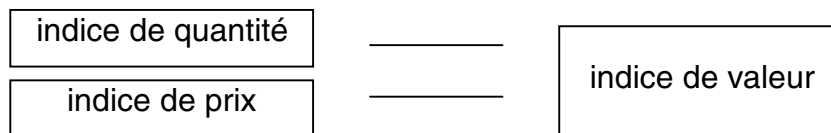
1. Introduction

L'indice (du latin index) permet de suivre l'évolution concernant certaines caractéristiques d'ordre temporel, spatial ou matériel. Il est intéressant de relever qu'en anglais et en français index désigne aussi le deuxième doigt de la main qui sert à indiquer, à montrer. Les indices se sont notamment révélés d'une très grande utilité pour représenter l'évolution démographique et surtout pour mesurer les fluctuations de prix.

Nous faisons une distinction entre l'indice de quantité, l'indice de prix et l'indice de valeur. La formule appliquée est la suivante:

indice de quantité x indice de prix = indice de valeur.

Ces éléments se décomposent schématiquement de la manière suivante:



Nous nous intéressons aux indices de groupes de biens et de services concernant les prestations médicales, dentaires et hospitalières ainsi que les médicaments. Dans le système de santé, l'indice de valeur donne une indication sur l'évolution des coûts; on parle de coûts et non de valeurs. L'Office fédéral de la statistique (OFS) calcule tous les mois des indices de prix pour des groupes de biens très divers: le mode de calcul de l'indice de prix dans le système de santé a déjà été décrit au chapitre 5 de la partie principale du présent rapport. Nous déterminons l'indice de quantité à partir de la relation indice de quantité x indice de prix = indice de valeur.

Il existe différents indices de prix et, partant, différents indices de quantité, ainsi que des relations et des liens internes entre les indices. Ainsi, par exemple, l'indice de quantité du coût des médicaments baisse lorsque la consommation globale de médicaments diminue sans qu'il y ait modification de la structure ou de la fréquence relative. A l'inverse, si la consommation globale de médicaments reste constante mais que l'on utilise plus souvent des médicaments plus chers, le coût des médicaments augmente.

Ces notions et ces relations sont expliquées dans la section 2. Les formules sont commentées de manière plus approfondie dans la section 3, et illustrées à l'aide d'exemples. Enfin, dans la section 4, ces indices sont appliqués à des situations qui concernent le système de santé, l'accent étant mis plus particulièrement sur l'interprétation des résultats. L'analyse considère l'évolution de 1985 à 1997; elle s'arrête en 1997, certains chiffres de 1998 n'étant plus comparables de par leur structure avec les valeurs des années précédentes. Ainsi, le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) n'a pas pu recenser tous les coûts des services des médecins pour 1998 et la statistique de l'OFAS a été modernisée.

S'agissant des prestations médicales, des médicaments et des prestations hospitalières, nous distinguons entre les valeurs globales (c'est-à-dire les coûts globaux de la santé) et les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS; abréviation non officielle). Dans le domaine de l'AOS, les conclusions importantes sont les suivantes:

- Le **coût des services des médecins** a subi la plus forte hausse. L'augmentation des coûts a principalement été induite par la modification des quantités et des structures (indice de quantité).
- La hausse du **coût des médicaments** est aussi imputable avant tout à l'indice de quantité (augmentation de la consommation de médicaments coûteux et augmentation des quantités).
- En revanche, le coût des **prestations hospitalières** a principalement été influencé par l'indice de prix.

2. Notions et relations

Question:

Qu'est-ce que des indices? Quels sont les indices utilisés? Comment sont-ils définis? Comment sont-ils liés?

Les indices sont des chiffres qui expriment un rapport; les prix et les quantités de certains biens dans une période d'observation sont rapportés à ceux des mêmes biens dans une période de base. Si l'on veut suivre l'indice de prix, les quantités ne doivent pas varier; en revanche, si l'on veut suivre les modifications de quantités, les prix doivent rester fixes. On appelle indices de prix les indices qui mettent en évidence l'évolution des prix et indices de quantité ceux qui permettent de suivre l'évolution des quantités.

Au cours du temps, une multitude d'indices de quantité et de prix ont été développés, voir Vogt (1997) page 9 ss. Les plus fréquemment utilisés sont ceux des deux économistes Laspeyres et Paasche. Ils sont particulièrement importants pour nous, car l'indice des prix à la consommation de l'OFS est un indice de Laspeyres et il est lié de manière particulière à l'indice de Paasche. De plus, ces deux indices constituent des **formules limites**, c.-à-d. que les valeurs des formules des autres indices dont il sera question ici se situent entre celles de Laspeyres et de Paasche.

Pour mieux comprendre les choses nous devons poser quelques **définitions**: le panier contient n biens en différentes quantités $q(i)$ et avec des prix $p(i)$, $i=1,2 \dots n$. Nous définissons les quantités et les prix dans la période de base par $q_0(i)$ et $p_0(i)$; par analogie avec des comparaisons temporelles, on parle aussi d'anciennes quantités et d'anciens prix. De même, $q_1(i)$ et $p_1(i)$ correspondent aux quantités et aux prix de la période d'observation; on parle ici de nouvelles quantités et de nouveaux prix.

Le n -tuple $(q_0(1), q_0(2), \dots, q_0(n))$ est un vecteur. Nous l'écrivons donc ci-après \mathbf{q}_0 (en gras!); de même, nous écrivons \mathbf{q}_1 , \mathbf{p}_0 et \mathbf{p}_1 . Le produit scalaire $\mathbf{q}_0\mathbf{p}_0$ correspond en général à la somme $q_0(1)p_0(1)+q_0(2)p_0(2)+\dots+q_0(n)p_0(n)$, soit à la valeur des biens dans la période de base (situation de référence). Par analogie, $\mathbf{q}_1\mathbf{p}_1$ correspond à la valeur des biens dans la période d'observation.

On peut maintenant définir l'**indice de valeur** V: il s'agit du rapport entre la valeur des biens dans la période d'observation et la valeur des biens dans la période de base; selon la formule:

$$V = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_0 p_0}.$$

V peut être décomposé en produit du **rapport des quantités** par le **rapport des prix moyens**. Pour la dérivation, nous devons encore poser d'autres définitions:

N_0 est la somme des biens dans la période de base: $N_0 = q_0(1)+q_0(2)+\dots+q_0(n)$.

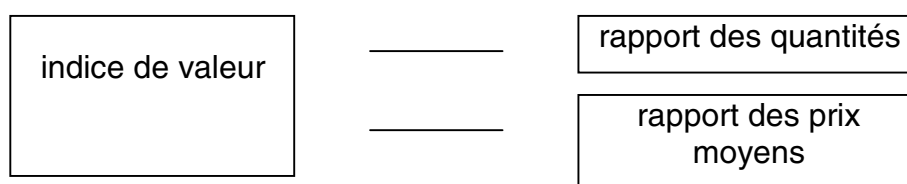
N_1 est la somme correspondante dans la période d'observation.

$D_0 = \mathbf{q_0 p_0} / N_0$ = prix moyen d'un bien dans la période de base.

$D_1 = \mathbf{q_1 p_1} / N_1$ = prix moyen d'un bien dans la période d'observation.

Ainsi, l'indice de valeur correspond à: $V = (N_1/N_0)(D_1/D_0)$.

Ces différents éléments se décomposent schématiquement de la manière suivante:



Laspeyres a proposé son **indice de prix** en 1864; il est défini par la formule:

$$P_L = \mathbf{q_0 p_1} / \mathbf{q_0 p_0}.$$

Il s'agit du rapport anciennes quantités \times nouveaux prix: anciennes quantités \times anciens prix.

A l'inverse, l'indice de prix développé par Paasche en 1874 est égal au rapport nouvelles quantités \times nouveaux prix: nouvelles quantités \times anciens prix, soit

$$P_P = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_1 p_0}.$$

Il existe, entre les indices de Laspeyres et de Paasche, toute une série d' "indices croisés": Edgeworth et Marshall ont proposé, en 1887, un indice utilisant la moyenne arithmétique des paniers de biens des périodes à comparer. En 1901, Walsh a utilisé les moyennes géométriques correspondantes.

Outre ces deux "croisements des pondérations", il existe aussi des "croisements des indices": En 1871, Drobisch a utilisé la moyenne arithmétique de P_L et de P_P et Fisher, en 1922, la moyenne géométrique de ceux deux grandeurs.

En permutant p et q on obtient l'**indice de quantité** Q correspondant à chaque indice de prix. Ainsi, l'indice de quantité de Laspeyres correspond à:

nouvelles quantités \times anciens prix: anciennes quantités \times anciens prix, soit

$$Q_L = \mathbf{q_1 p_0} / \mathbf{q_0 p_0},$$

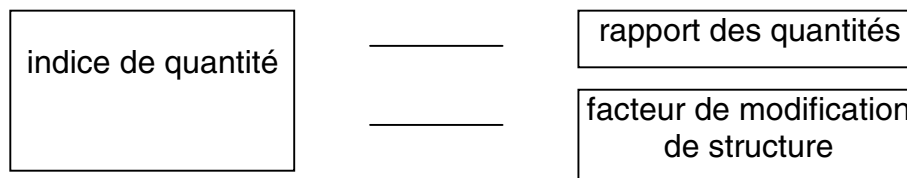
et l'indice de quantité de Paasche à:

nouvelles quantités \times nouveaux prix : anciennes quantités \times nouveaux prix, soit

$$Q_P = \mathbf{q_1 p_1} / \mathbf{q_0 p_1}.$$

L'indice de quantité peut être décomposé de la même manière que l'indice de valeur: si $g_0 = q_0(i)/N_0$ correspond à la part du bien i par rapport à la quantité totale de biens dans la période de base et $g_1 = q_1(i)/N_1$ à la pondération du bien i dans la période d'observation, $\mathbf{g_1 p_1}$ est le prix moyen d'un bien dans la période d'observation (D_1). L'expression $D = \mathbf{q_0 p_1}$ se distingue de D_1 par le fait que les biens de la période de base sont pondérés par les quantités de la période d'observation. Le rapport $S = D_1/D$ mesure donc la modification des structures de pondération entre la période d'observation et la période de base. Ici ce rapport est appelé **facteur de modification de structure**.

Si la pondération varie peu entre la période d'observation et celle de base, S est proche de 1. Il est aisé de comprendre que l'indice de quantité correspond à: $Q_P = S \times N_1/N_0$. L'indice de quantité Q_P peut donc être décomposé en produit du **rapport des quantités** par le **facteur de modification de structure**. Ceci peut être représenté schématiquement de la manière suivante:



L'indice de Fisher est aussi appelé formule idéale. Il satisfait à certaines conditions prescrites qu'on appelle tests. L'indice de valeur V peut notamment être représenté par le produit $P_F Q_F$ ($V = P_F Q_F$). Pour les indices de Laspeyres et de Paasche on a: $V = P_L Q_P = P_P Q_L$. Il y a lieu de mentionner que, dans la plupart des cas, les valeurs de P_L et de P_P tout comme celles de Q_L et de Q_P sont **très proches**, et que par conséquent celles des différents indices croisés le sont encore plus.

Conclusion 1:

Les indices sont des chiffres qui expriment un rapport. L'indice de valeur V est le rapport entre la valeur des biens dans la période d'observation et la valeur des biens dans la période de base. Parallèlement à l'indice de valeur, il existe toute une série d'indices de quantité et de prix, dont ceux de Laspeyres et de Paasche. La formule qui s'applique est: $V = P_L Q_P$.

Les indices des prix à la consommation sont calculés selon la formule de Laspeyres. L'indice de valeur peut aussi être décomposé en produit du rapport des quantités et du rapport des prix moyens.

L'indice de quantité correspond à: $Q_P = \text{rapport de quantité} \times \text{facteur de modification de structure}$.

3. Commentaires et exemples numériques

Question:

Quelles sont les effets de ces différents indices? Quand engendrent-ils des différences? Comment les indices peuvent-ils être interprétés de manière plus approfondie?

Nous allons maintenant illustrer ces notions par des chiffres et montrer les particularités des indices de prix de Laspeyres et de Paasche. Nous traiterons toutefois les situations indépendamment de l'exemple particulier. Le tableau 1 présente cinq exemples (A, B, C, D et E) de quantités et de prix pour des cas portant sur deux périodes; les valeurs des indices correspondants sont données dans le tableau 2. Ces exemples sont basés sur 5 biens. A titre de comparaison, la liste des nouveaux tarifs médicaux TarMed contient plus de 4000 unités de prestation.

Les exemples A et B sont fictifs; nous les traiterons en premier et de manière complète. Ils permettent d'interpréter plus avant les différences entre les indices de Laspeyres et de Paasche et d'établir des liens avec le comportement du consommateur. Nous montrerons également qu'en ce qui concerne les valeurs, les différences sont faibles.

C'est pourquoi, par la suite, nous ne considérerons plus que l'**indice de prix de Laspeyres** et l'**indice de quantité de Paasche** (par analogie avec l'indice suisse). Les exemples C, D et E sont tirés de la pratique de l'assurance-maladie. Dans ces 3 exemples, les instruments de la théorie des indices sont appliqués à des situations pour lesquelles les notions de quantité et de prix n'apparaissent pas explicitement. L'importance du facteur de modification de structure sera également mise en évidence et on considérera également le rapport des quantités N_1/N_0 en tant que facteur de standardisation.

Tableau 1: Quantités et prix dans des cas portant sur deux périodes

Exemple	Biens (i)	1	2	3	4	5
Période de base						
A	anc. quantités	20	30	40	50	60
A	anciens prix	10	9	8	7	6
B	anc. quantités	20	30	40	50	60
B	anciens prix	10	9	8	7	6
C	anc. quantités	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
C	anciens prix	637	1090	1364	2238	5363
D	anc. quantités	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
D	anciens prix	637	1090	1364	2238	5363
E	anc. quantités	1558375	1145450	1757652	1713623	1036444
E	anciens prix	637	1090	1364	2238	5363
Période d'observation						
A	nouv. quantités	30	40	50	60	70
A	nouveaux prix	11	10	9	8	7
B	nouv. quantités	70	60	50	40	30
B	nouveaux prix	11	10	9	8	7
C	nouv. quantités	1977779	1179199	1584175	1416853	1053536
C	nouveaux prix	372	658	806	1551	3380
D	nouv. quantités	1519787	1121391	1786997	1798946	984422
D	nouveaux prix	1030	1741	2263	3262	7894
E	nouv. quantités	1747110	1209237	1801038	1567302	886856
E	nouveaux prix	608	1128	1343	2327	5789

Dans les **exemples A et B**, les quantités et les prix sont identiques dans la période de base, et tous les prix sont augmentés d'une unité dans la période d'observation. Dans l'exemple A, toutes les quantités augmentent de 10 unités. Dans l'exemple B, elles sont en outre permutées de manière à obtenir la situation suivante: plus le produit est cher plus sa consommation est importante.

Examinons d'abord les **indices de prix**. Ceux de Laspeyres sont identiques dans A et B parce que les vecteurs \mathbf{p}_0 , \mathbf{p}_1 et \mathbf{q}_1 sont égaux. – Les indices de prix de Paasche sont plus faibles; toutefois, dans l'exemple A la différence est minime. Comment expliquer cela? Tout d'abord, on constate que s'il existe une proportionnalité des prix entre la période d'observation et la période de base, c'est-à-dire si $\mathbf{p}_1 = \lambda \mathbf{p}_0$, alors: $P_L = \lambda = P_P$.

Si le renchérissement des biens n'est pas proportionnel, on distingue deux cas: soit la consommation des biens présentant un renchérissement plus important diminue (ici le consommateur se rabat sur les biens dont le renchérissement est moindre), soit la demande pour les biens présentant un renchérissement plus important augmente. Dans le premier cas, P_L est supérieur à P_P , parce que, dans la formule de Paasche, les "nouvelles quantités" compensent une partie du renchérissement; dans le deuxième cas, le comportement des indices est inversé.

Dans les exemples A et B, le renchérissement des produits n'est pas proportionnel. L'augmentation d'une unité induit, pour le bien le plus onéreux ($i = 1$), une augmentation de prix de 10 % et, pour le produit le moins cher ($i = 5$), une augmentation de 17 %. Plus les prix sont bas, plus le renchérissement est important. Dans l'exemple A, les quantités augmentent de 10 unités, ce qui induit, pour les biens ayant subi l'augmentation de prix la plus faible ($i = 1$), une augmentation des quantités de 50 % et, pour les biens ayant subi l'augmentation de prix la plus importante, une augmentation des quantités d'environ 12 %. On est ici dans la situation du premier cas. L'indice de prix de Laspeyres n'est toutefois que très légèrement supérieur malgré le comportement clair du consommateur. La même situation s'applique à l'exemple B. Toutefois, ici le comportement du consommateur change complètement: les biens ayant subi la plus petite hausse de prix progressent d'un facteur 3.5, mais les différences entre les indices de Laspeyres et de Paasche – et à plus forte raison entre les autres indices de prix – demeurent faibles.

Analysons maintenant l'**indice de valeur**. Nous savons qu'il peut être représenté par le produit du rapport des quantités par le rapport des prix moyens. Dans l'exemple A, les quantités passent de 200 à 250 unités (rapport des quantités = 1.25). Les prix moyens sont de 7.5 dans la période de base et de 8.6 dans la période d'observation (facteur 1.1467). L'indice de valeur correspond à $1.43 = 1.25 \times 1.1467$.

Un calcul simple permet d'obtenir les facteurs de modification de structure pour les exemples A et B, soit 1.01 et 1.11. Comme on pouvait s'y attendre, la valeur est sensiblement plus élevée dans l'exemple B.

Tableau 2: Indices

Exemple	A	B	C	D	E
Indice de valeur (V)	1.4333	1.5667	0.6090	1.5109	0.9710
Indices de prix (P)					
Laspeyres	1.1333	1.1333	0.6350	1.5214	1.0395
Paasche	1.1316	1.1190	0.6318	1.5216	1.0360
Edgeworth + Marshall	1.1324	1.1250	0.6334	1.5215	1.0378
Walsh	1.1325	1.1259	0.6334	1.5215	1.0378
Drobisch	1.1325	1.1262	0.6334	1.5215	1.0378
Fisher	1.1325	1.1262	0.6334	1.5215	1.0378
Indices de quantité (Q)					
Laspeyres	1.2667	1.4000	0.9640	0.9930	0.9373
Paasche	1.2647	1.3824	0.9591	0.9931	0.9341
Edgeworth + Marshall	1.2656	1.3906	0.9621	0.9930	0.9356
Walsh	1.2657	1.3912	0.9616	0.9930	0.9357
Drobisch	1.2657	1.3912	0.9616	0.9930	0.9357
Fisher	1.2657	1.3911	0.9616	0.9930	0.9357

Les exemples C, D et E sont tirés de la pratique: les biens i correspondent aux services et aux produits du catalogue de prestations de l'assurance-maladie pour les classes d'âge 0-18, 19-30, 31-45, 46-65 et 66-, les prix aux coûts moyens et les quantités au nombre de personnes. La période de base est identique pour C, D et E et correspond à la situation au niveau suisse selon la statistique de compensation des risques de 1998. Les périodes d'observation reflètent les situations de trois cantons, AI, GE et FR, avec cependant un accroissement des effectifs d'un facteur N_0/N_1 . Les facteurs d'accroissement correspondent à 483.9 pour AI, 18.9 pour GE et 30.7 pour FR. Après cette conversion, **V** indique directement le **rapport des coûts moyens** et **Q** le **coefficient de modification de structure S**. La modification de structure a pour effet d'amortir les coûts dans les trois cantons, et ce plus particulièrement à Fribourg, où les coûts moyens sont inférieurs de 3 % à la moyenne suisse, alors que si la structure n'avait pas été modifiée, ils dépasseraient celle-ci de quelque 4 %. Examinons encore une fois les mécanismes de la modification de structure: FR présente des coûts moyens

de 1889.50 fr. alors que si l'on prenait pour base la structure de la population suisse, les coûts moyens seraient de 2022.80 fr.; 1889.50 divisé par 2022.80 est égal à 0.9341. Sans effectuer la division par le rapport de quantité N_1/N_0 , l'interprétation des valeurs correspondantes de V dans les exemples s'avérerait difficile. N_1/N_0 est un facteur de standardisation.

Conclusion 2:

Dans la pratique, les différences entre les divers indices de prix et de quantité sont généralement faibles.

Dans certains cas, il est utile de standardiser V à l'aide de N_1/N_0 .

4. Application à l'évolution des coûts des services des médecins, des médicaments et des hôpitaux

Question:

Comment ont évolué les indices de valeur, de prix et de quantité pour les coûts des services des médecins, des médicaments et des hôpitaux?

Existe-t-il des différences spécifiques entre l'évolution des coûts de l'AOS en particulier et celle des coûts de la santé en général?

Dans cette section, nous appliquerons la théorie au système de santé. L'indice de valeur reflète l'évolution des coûts. En le divisant par l'indice de prix correspondant de l'OFS, on obtient l'indice de quantité. - A partir de 1998, certaines données ne sont plus comparables, de par leur structure, avec les valeurs des années précédentes. C'est pourquoi nous analysons ici les composantes services des médecins, services des dentistes, prestations des hôpitaux et médicaments pour la période d'observation 1985-1997. Pour mettre en évidence **des différences spécifiques** entre l'évolution des coûts de l'AOS en particulier et de la santé en général, on compare des statistiques dont le contenu est similaire. Ainsi, pour l'analyse des **prestations des médecins**, on utilise les statistiques du CAMS (statistique des "factureurs"), de l'OFAS (statistique de l'assurance-maladie) et de l'OFS (statistique des coûts du système de santé). En 1995, les coûts des services des médecins étaient de 3,2 milliards de francs selon le CAMS, de 5,17 selon l'OFAS et de 5,37 selon l'OFS. Le CAMS ne prend en considération que les coûts directs des services des médecins; l'OFAS recense sous traitement médical les traitements ambulatoires de l'AOS sans les médicaments (donc y compris, p. ex., les laboratoires, la physiothérapie, etc.); l'OFS ne considère que les coûts des services des médecins (sans les laboratoires, etc.) dans tous les types d'assurance (y compris l'assurance militaire, la CNA, ...). Il est intéressant de constater que malgré ces différences dans le contenu, les indices de quantité évoluent pratiquement de la même manière pour l'AOS (voir les tableaux 3 et 4). S'agissant des coûts globaux du système de santé (tableau 7), la progression de l'indice de valeur a été moins forte.

Tableau 3: Analyse des coûts directs des services des médecins (AOS; CAMS)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Indice de valeur	100	109.0	121.0	125.9	139.6	150.8	165.3	182.5	190.6	196.4	205.0	210.3	225.6
Indice de prix	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9
Indice de quantité	100	105.2	114.3	118.3	127.8	135.3	142.8	150.5	157.1	161.8	168.3	171.8	183.6

L'indice de valeur de 100 pour l'année 1985 correspond à 1,55 milliard de francs. Il s'agit des coûts directs des services des médecins, extrapolés chaque fois à 100 % du taux de saisie. Dans la statistique des "factureurs" du CAMS, le taux effectif de saisie se situe au-dessus de 96 %. En 1995, l'indice de valeur est de 205 points, ce qui correspond à 3,19 milliards de francs.

L'indice de prix indiqué est l'indice suisse des prix à la consommation pour les prestations médicales, qui n'a pratiquement pas varié depuis 1992. Motif: arrêtés fédéraux urgents (AFU), gel des tarifs médicaux.

Comparativement à l'indice de prix, l'indice de quantité a subi une hausse beaucoup plus importante. L'indice de prix - ou l'augmentation des tarifs médicaux - n'a eu qu'une faible influence sur les coûts.

Tableau 4: Analyse des prestations liées aux traitements médicaux (AOS; OFAS)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Indice de valeur	100	108.5	118.0	125.7	139.0	147.1	163.7	180.5	190.8	201.6	204.9	219.7	220.8
Indice de prix	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9
Indice de quantité	100	104.7	111.4	118.1	127.2	132.0	141.3	148.8	157.2	166.1	168.3	179.5	179.7

En 1995, l'indice de valeur est de 204.9 points, ce qui correspond à 5,17 milliards de francs (voir le tableau B.09 - A de la statistique de l'assurance-maladie de l'OFAS). En 1985, les coûts se situaient à 2.52 milliards de francs, soit 391 francs par assuré. – Il ne s'agit ici pas seulement des coûts directs des services des médecins; toutes les prestations liées au traitement ambulatoire, telles que les examens radiographiques ou de laboratoire... sont comprises, excepté les médicaments. Malgré les différences dans la notion recouverte par les coûts, les indices sont tout à fait comparables à ceux du tableau 3.

La hausse importante de l'indice de quantité entre 1995 et 1996 peut s'expliquer par l'extension des prestations intervenue dans le cadre de l'introduction de la nouvelle LAMal.

Tableau 5: Analyse des coûts des médicaments (AOS; OFAS)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Indice de valeur	100	107.0	115.7	121.3	130.7	136.8	150.2	161.8	169.5	175.0	184.3	199.5	211.5
Indice de prix	100	102.4	104.7	106.4	108.3	110.5	114.9	118.2	120.5	122.1	125.3	125.7	125.2
Indice de quantité	100	104.5	110.4	114.1	120.7	123.8	130.7	136.9	140.7	143.3	147.1	158.7	168.9

En 1995 l'indice de valeur est de 184.3 points, ce qui correspond à 2,17 milliards de francs (tableau B.09 A). En 1985, les coûts se situaient à 1.18 milliard de francs, soit 182 francs par assuré. L'indice de prix indiqué est l'indice suisse des prix à la consommation pour les médicaments. Les indices sont dans l'ensemble comparables à ceux des tableaux 3 et 4, malgré quelques divergences pour certaines années.

Tableau 6: Analyse des prestations hospitalières (AOS; OFAS)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Indice de valeur	100	107.2	117.6	124.4	126.9	139.5	160.2	176.2	196.0	216.3	234.4	227.0	227.9
Indice de prix	100	102.9	108.0	115.0	118.7	126.1	139.8	153.9	165.1	171.1	175.7	181.7	184.3
Indice de quantité	100	104.1	108.9	108.2	106.9	110.6	114.6	114.5	118.7	126.4	133.4	124.9	123.6

En 1995, l'indice de valeur est de 234.4 points, ce qui correspond à 3.91 milliards de francs (toutes les prestations intra-muros de l'assurance obligatoire des soins; voir le tableau B.09-A). En 1985, les coûts se situaient à 1.67 milliard de francs, soit 259 francs par assuré.

L'indice de valeur a atteint un pic en 1995.

L'indice de prix indiqué est l'indice suisse des prix à la consommation pour les prestations hospitalières. Contrairement aux tarifs des médecins et des médicaments, les tarifs hospitaliers ont subi une hausse ces dernières années.

Dans le secteur hospitalier, la progression des prix est beaucoup plus marquée que celle des quantités. Motif: les calculs sont basés sur des forfaits journaliers et le nombre de jours d'hospitalisation est en baisse.

Tableau 7: Indices des prestations médicales, dentaires et hospitalières ainsi que du coût des médicaments de la statistique des coûts du système de santé

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Indices de valeur													
Prest. dentaires	100	107.6	115.5	121.3	130.3	136.8	148.6	159.8	162.9	169.2	177.8	191.9	203.3
Prest. médicales	100	104.7	120.0	123.2	131.5	137.7	150.8	162.2	162.1	172.4	182.5	190.2	196.5
Prest. hospitalières	100	107.2	115.9	125.2	135.8	145.7	165.6	174.3	179.0	181.3	182.6	190.1	193.0
Médicaments	100	111.0	102.8	113.0	118.6	130.3	141.0	144.6	154.5	160.3	169.8	177.4	184.9
Indices suisses des prix à la consommation													
Indice total	100	100.8	102.2	104.1	107.4	113.2	119.8	124.7	128.8	129.9	132.2	133.3	134.0
Prest. dentaires	100	100.0	101.9	107.6	107.6	113.5	120.3	125.1	130.7	132.5	133.5	134.4	135.1
Prest. médicales	100	103.6	105.9	106.4	109.2	111.5	115.8	121.3	121.4	121.4	121.8	122.4	122.9
Prest. hospitalières	100	102.9	108.0	115.0	118.7	126.1	139.8	153.9	165.1	171.1	175.7	181.7	184.3
Médicaments	100	102.4	104.7	106.4	108.3	110.5	114.9	118.2	120.5	122.1	125.3	125.7	125.2
Indices de quantité													
Prest. dentaires	100	107.6	113.4	112.7	121.1	120.5	123.6	127.7	124.7	127.7	133.1	142.8	150.4
Prest. médicales	100	101.1	113.3	115.8	120.4	123.5	130.2	133.7	133.6	142.0	149.9	155.4	159.9
Prest. hospitalières	100	104.1	107.3	108.9	114.4	115.5	118.4	113.3	108.4	106.0	103.9	104.6	104.7
Médicaments	100	108.5	98.1	106.2	109.5	117.9	122.7	122.4	128.2	131.2	135.5	141.1	147.7

Il s'agit ici du système de santé dans son ensemble. Contrairement à l'AOS, une partie des données relatives aux coûts doit ici être estimés. L'estimation des prestations hospitalières est principalement alignée sur la statistique de la Veska et de H⁺, et celle des médicaments sur les données de Pharma-Info.

Les indices de valeur des composantes dentistes, médecins, hôpitaux et médicaments correspondent aux montants suivants en milliards de francs pour 1985 (1995): 1,61 (2,87), 2,94 (5,37), 8,52 (15,55), 2,31 (3,92). Ces chiffres sont basés sur la statistique des coûts du système de santé, mais ils ont été adaptés de la manière suivante pour les nécessités de la présente analyse: pour les médecins, on a déduit les médicaments et, pour les hôpitaux, les traitements ambulatoires.

Les indices de valeur pour les prestations des médecins et des dentistes sont très proches. La progression des valeurs globales est plus faible que pour l'AOS.

Les **indices de prix** correspondants sont les mêmes que ceux de l'AOS. Par conséquent, la progression des **indices de quantité** est aussi moins importante que dans l'AOS.

Pour conclure, il y a lieu de retenir que la théorie des indices appliquée au domaine de la santé suscite de plus en plus d'intérêt. Ainsi, le chapitre 5 du rapport de l'OCDE intitulé Health Data commence de la manière suivante: "There is growing concern among policy makers and statisticians that the difficult task of price and volume measurement in medical services needs more attention and that a greater share of statistical resources has to be devoted to this task. The fact that a proper understanding of the constituents of medical care inflation is crucial to health policy is in sharp contrast to the weak empirical and methodological basis of price indices for medical services, in general. Reported time series on medical care prices are seriously deficient in many instances."

Conclusion 3:

Les coûts des services des médecins ont subi la plus forte hausse, l'augmentation étant principalement due à des modifications de quantités et de structure. Dans l'AOS, l'augmentation des coûts des services des médecins et des médicaments est avant tout liée aux quantités et le transfert du traitement intra-muros vers le traitement ambulatoire ne joue pas un rôle important. Si les tarifs n'ont qu'une faible incidence sur les coûts, il vaudrait la peine d'examiner si, d'une manière générale, une budgétisation globale pourrait constituer une mesure destinée à maîtriser les coûts.

S'agissant des prestations hospitalières, l'augmentation des coûts est principalement due à l'indice de prix (adaptation des tarifs hospitaliers).

Dans l'ensemble, la progression des quantités est plus forte dans les coûts des soins que dans les coûts globaux du système de santé. Ce constat s'applique également à la période précédant l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

5. Bibliographie

Billeter E, Vlach V.: Grundlagen der statistischen Methodenlehre; éd. Fischer 1982.

Office fédéral de la statistique, Coût du système de santé, différentes années.

Office fédéral des assurances sociales, Statistique de l'assurance-maladie, différentes années.

Office fédéral des assurances sociales, Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, Berne 1998.

Huber H.: Zu den dynamischen Methoden in der Versicherungsmathematik.- Neue Bedingungen, die das Bestehen relativer finanzieller Beharrungszustände gewährleisten | Anwendung in der Krankenversicherung; Bulletin de l'Association suisse des actuaires 1992.

OCDE: Health Data; DEELSA/ELSA/WP1(98)4/ANNI, octobre 1998.

Swoboda H.: Knaurs Buch der modernen Statistik; éd. Droemer 1971.

Vogt A., Barta J.: The Making of Tests for Index Numbers; éd. Physica 1997.

(Pour les questions portant sur ces sujets voir aussi la bibliographie étendue.)

Annexe B:

Tableaux T et graphiques G

T 3.1 Coûts et financement de l'assurance-maladie (assureurs LAMal, assurance de base)

Principaux agents du financement	Estimation pour référendum LAMal pour l'année 1996 3)		Chiffres effectifs selon les statistiques OFAS et AFF				
	ancien droit	nouveau droit	1994	1995	1996	1997	1998
en mio fr.							
Confédération et cantons 1)	2 030	2 470	1 932	2 085	1 816	2 087	2 263
Participation des assurés	1 850	2 590	1 259	1 290	1 678	1 778	2 097
Primes 2)	12 410	12 970	8 986	9 126	11 035	11 925	12 604
Total	16 290	18 030	12 177	12 501	14 529	15 790	16 965
en %							
Confédération et cantons 1)	12,5%	13,7%	15,9%	16,7%	12,5%	13,2%	13,3%
Participation des assurés	11,4%	14,4%	10,3%	10,3%	11,5%	11,3%	12,4%
Primes 2)	76,2%	71,9%	73,8%	73,0%	76,0%	75,5%	74,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Statistique des finances publiques, besoins financiers nets; dès 1996, selon décomptes OFAS, subventions budgétées

2) Primes brutes, voir T 3.3

3) Estimations avancées en 1994 pour une année fictive après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (1996)
lorsque cette dernière aurait déployé tous ses effets

Source: OFAS, AFF

T 3.2 Compte d'exploitation analytique de l'assurance-maladie (assureurs LAMal)

	1994	1995	1996	1997	1998	Variation 1997-98 en %
en mio fr.						
1 - Coûts						
<i>Prestations</i>						
Indemnités journalières	983,2	1 017,4	872,0	625,8	456,8	-27,0%
Assurance de base	10 834,3	11 332,0	12 528,7	13 157,5	14 050,4	6,8%
Assurances complémentaires	3 455,7	3 807,4	4 043,0	3 863,3	3 961,8	2,5%
Coûts des prestations	15 273,2	16 156,8	17 443,7	17 646,6	18 469,0	4,7%
Modifications des provisions et réserves	362,3	249,7	71,9	396,8	430,3	8,4%
Réassurance (net)	49,6	35,8	64,8	86,3	59,4	-31,2%
Compensations des risques	80,8	-8,1	-50,2	-25,0	66,5	366,0%
Bénéfice du compte d'exploitation	522,0	254,1	160,7	288,7	279,9	-3,0%
./. Perte du compte d'exploitation	-48,1	-135,7	-474,1	-95,7	-126,2	-31,9%
Autres coûts	966,6	395,8	-226,9	651,1	709,9	9,0%
Charges d'administration	1 213,9	1 278,8	1 515,0	1 488,0	1 535,2	3,2%
Amortissements	18,2	24,3	40,0	73,3	81,4	11,1%
Autres charges d'exploitation	8,3	17,2	3,8	20,4	20,0	-2,0%
Autres produits d'exploitation	-32,0	-32,3	-39,2	-18,7	-49,0	-162,0%
Coûts administratifs	1 208,4	1 288,0	1 519,6	1 563,0	1 587,6	1,6%
Total	17 448,2	17 840,6	18 736,4	19 860,7	20 766,5	4,6%
2 - Financement						
<i>Primes d'assurance (brutes)</i>						
Ass. d'une indemnité journalière	1 052,2	1 073,1	834,3	558,9	509,6	-8,8%
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	8 986,2	9 125,8	11 035,2	11 924,8	12 604,2	5,7%
Assurances complémentaires	4 150,9	4 331,2	4 550,1	4 872,3	5 017,6	3,0%
Primes	14 189,3	14 530,1	16 419,6	17 356,0	18 131,4	4,5%
<i>Participations des assurés aux frais</i>						
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	1 259,3	1 290,2	1 678,5	1 778,0	2 097,2	18,0%
Assurances complémentaires	87,2	104,8	99,0	109,2	61,5	-43,7%
Participations aux frais	1 346,5	1 395,0	1 777,5	1 887,2	2 158,7	14,4%
Subventions publiques (incl. Liechtenstein)	1 614,9	1 548,7	161,0	121,0	116,8	-3,5%
Revenus des capitaux et revenus extraord.	297,7	366,9	378,2	496,6	359,6	-27,6%
Total	17 448,4	17 840,7	18 736,3	19 860,8	20 766,5	4,6%

Source: OFAS

T 3.2 Compte d'exploitation analytique de l'assurance-maladie (assureurs LAMal)

	1994	1995	1996	1997	1998
<i>en %</i>					
1 - Coûts					
<i>Prestations</i>					
Indemnités journalières	5,6%	5,7%	4,7%	3,2%	2,2%
Assurance de base	62,1%	63,5%	66,9%	66,2%	67,7%
Assurances complémentaires	19,8%	21,3%	21,6%	19,5%	19,1%
Coûts des prestations	87,5%	90,6%	93,1%	88,9%	88,9%
Modifications des provisions et réserves	2,1%	1,4%	0,4%	2,0%	2,1%
Réassurance (net)	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%
Compensations des risques	0,5%	0,0%	-0,3%	-0,1%	0,3%
Bénéfice du compte d'exploitation	3,0%	1,4%	0,9%	1,5%	1,3%
./. Perte du compte d'exploitation	-0,3%	-0,8%	-2,5%	-0,5%	-0,6%
Autres coûts	5,5%	2,2%	-1,2%	3,3%	3,4%
Charges d'administration	7,0%	7,2%	8,1%	7,5%	7,4%
Amortissements	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%
Autres charges d'exploitation	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Autres produits d'exploitation	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,1%	-0,2%
Coûts administratifs	6,9%	7,2%	8,1%	7,9%	7,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2 - Financement					
<i>Primes d'assurance (brutes)</i>					
Ass. d'une indemnité journalière	6,0%	6,0%	4,5%	2,8%	2,5%
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	51,5%	51,2%	58,9%	60,0%	60,7%
Assurances complémentaires	23,8%	24,3%	24,3%	24,5%	24,2%
Primes	81,3%	81,4%	87,6%	87,4%	87,3%
<i>Participations des assurés aux frais</i>					
Ass. de base, soins médico-pharmaceutiques	7,2%	7,2%	9,0%	9,0%	10,1%
Assurances complémentaires	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%
Participations aux frais	7,7%	7,8%	9,5%	9,5%	10,4%
Subventions publiques (incl. Liechtenstein)	9,3%	8,7%	0,9%	0,6%	0,6%
Revenus des capitaux et revenus extraord.	1,7%	2,1%	2,0%	2,5%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFAS

T 3.3 Coûts et financement dans l'assurance de base

	1994	1995	1996	1997	1998	Variation 1997-98 en %
en mio fr.						
a - Coûts						
Coûts des prestations	10 834,3	11 332,0	12 528,7	13 157,1	14 046,9	6,8%
Autres coûts	393,7	26,9	-349,9	157,0	252,8	61,0%
Coûts administratifs	800,7	822,9	936,6	879,0	831,8	-5,4%
Total	12 028,7	12 181,8	13 115,4	14 193,1	15 131,5	6,6%
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	8 986,2	9 125,8	11 035,2	11 924,8	12 604,2	5,7%
Participations aux frais	1 259,3	1 290,2	1 678,5	1 778,0	2 097,2	18,0%
Subventions et contributions	1 594,7	1 535,4	141,0	102,0	99,0	-2,9%
Revenus des capitaux et revenus extraord.	188,5	230,4	260,7	388,3	331,1	-14,7%
Total	12 028,7	12 181,8	13 115,4	14 193,1	15 131,5	6,6%
en %						
a - Coûts						
Coûts des prestations	90,1%	93,0%	95,5%	92,7%	92,8%	
Autres coûts	3,3%	0,2%	-2,7%	1,1%	1,7%	
Coûts administratifs	6,7%	6,8%	7,1%	6,2%	5,5%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	74,7%	74,9%	84,1%	84,0%	83,3%	
Participations aux frais	10,5%	10,6%	12,8%	12,5%	13,9%	
Subventions et contributions	13,3%	12,6%	1,1%	0,7%	0,7%	
Revenus des capitaux et revenus extraord.	1,6%	1,9%	2,0%	2,7%	2,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Source: OFAS

T 3.3 c Primes et prestations dans l'assurance de base

Année	Primes, participations et subventions	Prestations	Marge brute	Coûts administratifs	Marge nette	
en mio frs						
1994	11 840,3	10 834,3	1 006,0	800,7	205,3	
1995	11 951,4	11 332,0	619,4	822,9	-203,5	
1996	12 854,7	12 528,7	326,0	936,6	-610,6	
1997	13 804,8	13 157,2	647,6	879,0	-231,4	
1998	14 800,4	14 046,9	753,5	831,8	-78,3	
en frs par assuré						
	Nombre d'assurés					
1994	7 131 653	1 660	1 519	141	112	29
1995	7 166 317	1 668	1 581	86	115	-28
1996	7 194 754	1 787	1 741	45	130	-85
1997	7 214 805	1 913	1 824	90	122	-32
1998	7 248 603	2 042	1 938	104	115	-11

Source: OFAS

T 3.4 Coûts et financement dans l'assurance indemnités journalières selon la LAMal

	1994	1995	1996	1997	1998	Variation 1997-98 en %
en mio fr.						
a - Coûts						
Coûts des prestations	985,0	1 019,0	872,5	622,0	456,8	-26,6%
Autres coûts	-1,2	-15,3	-96,5	-65,2	26,2	140,2%
Coûts administratifs	93,8	98,9	80,0	41,4	41,7	0,7%
Total	1 077,6	1 102,6	856,0	598,2	524,7	-12,3%
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	1 052,2	1 073,1	834,3	558,9	509,6	-8,8%
Participations aux frais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Subventions et contributions	3,3	2,4	2,5	1,5	0,3	-80,0%
Revenus des capitaux et revenus extraord.	22,1	27,1	19,2	37,8	14,8	-60,8%
Total	1 077,6	1 102,6	856,0	598,2	524,7	-12,3%
en %						
a - Coûts						
Coûts des prestations	91,4%	92,4%	101,9%	104,0%	87,1%	
Autres coûts	-0,1%	-1,4%	-11,3%	-10,9%	5,0%	
Coûts administratifs	8,7%	9,0%	9,3%	6,9%	7,9%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	97,6%	97,3%	97,5%	93,4%	97,1%	
Participations aux frais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Subventions et contributions	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	
Revenus des capitaux et revenus extraord.	2,0%	2,5%	2,2%	6,3%	2,8%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Source: OFAS

T 3.5 Coûts et financement des assurances complémentaires (assureurs LAMal seulement)

	1994	1995	1996	1997	1998	Variation 1997-98 en %
en mio fr.						
a - Coûts						
Coûts des prestations	3 455,7	3 807,4	4 043,0	3 857,4	3 964,7	2,8%
Autres coûts	572,3	382,3	205,7	556,0	427,6	-23,1%
Coûts administratifs	313,7	366,1	515,7	640,2	713,7	11,5%
Total	4 341,7	4 555,8	4 764,4	5 053,6	5 106,0	1,0%
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	4 150,9	4 331,1	4 550,1	4 855,9	5 016,6	3,3%
Participations aux frais	87,2	104,4	99,0	109,2	60,9	-44,2%
Subventions et contributions	16,5	10,9	17,5	15,1	17,5	15,9%
Revenus des capitaux et revenus extraord.	87,1	109,4	97,8	73,4	11,0	-85,0%
Total	4 341,7	4 555,8	4 764,4	5 053,6	5 106,0	1,0%
en %						
a - Coûts						
Coûts des prestations	79,6%	83,6%	84,9%	76,3%	77,6%	
Autres coûts	13,2%	8,4%	4,3%	11,0%	8,4%	
Coûts administratifs	7,2%	8,0%	10,8%	12,7%	14,0%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
b - Financement						
Primes d'assurance (brutes)	95,6%	95,1%	95,5%	96,1%	98,2%	
Participations aux frais	2,0%	2,3%	2,1%	2,2%	1,2%	
Subventions et contributions	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	
Revenus des capitaux et revenus extraord.	2,0%	2,4%	2,1%	1,5%	0,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

T 3.6 a Participation aux frais des assurés dans l'assurance de base

Année	Nombre d'assurés	Participations des assurés aux frais		Variation annuelle en %
		mio fr. Total	en frs par assuré	
1994	7 131 653	1 259	177	-
1995	7 166 317	1 290	180	2,0%
1996	7 194 754	1 679	233	29,6%
1997	7 214 805	1 778	246	5,6%
1998	7 248 603	2 097	289	17,4%

T 3.7 a Réserves selon le nombre d'assurés (assureurs LAMal)**1994 (toutes branches d'assurance)**

Nombre d'assurés par caisse	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes	Réserves minimales OAMal art. 10, en % des dépenses
0 - 100	0	0	0	–	–	160
101 - 200	1 867	1 635	3 936	240,7%	210,8%	120
201 - 300	1 612	1 797	2 784	154,9%	172,7%	96
301 - 400	2 094	2 136	4 500	210,6%	214,9%	80
401 - 500	2 440	2 421	2 973	122,8%	121,8%	68
501 - 1000	25 968	24 911	26 174	105,1%	100,8%	56
1001 - 2000	50 228	47 350	41 278	87,2%	82,2%	48
2001 - 3000	64 368	61 147	37 189	60,8%	57,8%	40
3001 - 4000	62 997	65 295	40 195	61,6%	63,8%	36
4001 - 5000	61 820	67 908	34 209	50,4%	55,3%	32
5001 - 20000	455 872	480 642	225 638	46,9%	49,5%	28
20001 - 40000	599 068	643 255	146 301	22,7%	24,4%	24
40001 et plus	12 961 199	14 049 098	3 405 760	24,2%	26,3%	20
Total	14 289 534	15 447 597	3 970 937	25,7%	27,8%	

1995 (toutes branches d'assurance)

Nombre d'assurés par caisse	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes	Réserves minimales OAMal art. 10, en % des dépenses
0 - 100	0	0	0	–	–	160
101 - 200	1 139	1 367	3 235	236,6%	284,0%	120
201 - 300	1 672	1 765	2 918	165,3%	174,5%	96
301 - 400	2 095	2 202	4 212	191,3%	201,1%	80
401 - 500	2 452	2 683	2 654	98,9%	108,2%	68
501 - 1000	22 686	22 706	22 049	97,1%	97,2%	56
1001 - 2000	45 930	48 471	32 343	66,7%	70,4%	48
2001 - 3000	44 646	43 618	26 789	61,4%	60,0%	40
3001 - 4000	43 915	48 017	20 219	42,1%	46,0%	36
4001 - 5000	69 652	76 644	50 231	65,5%	72,1%	32
5001 - 20000	454 297	487 144	218 226	44,8%	48,0%	28
20001 - 40000	518 119	575 280	126 852	22,1%	24,5%	24
40001 et plus	13 391 788	14 913 805	3 557 609	23,9%	26,6%	20
Total	14 598 391	16 223 703	4 067 338	25,1%	27,9%	

1996 (assurance de base)

Nombre d'assurés par caisse	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes	Réserves minimales OAMal art. 78, en % des primes
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	5 840	5 899	10 602	179,7%	181,5%	96
501 - 1000	16 849	17 814	17 310	97,2%	102,7%	73
1001 - 2500	64 538	63 801	58 940	92,4%	91,3%	52
2501 - 5000	87 149	86 191	45 933	53,3%	52,7%	42
5001 - 10000	148 448	151 696	79 188	52,2%	53,3%	34
10001 - 50000	775 914	785 766	238 671	30,4%	30,8%	24
50001 et plus	10 032 645	10 649 729	2 442 275	22,9%	24,3%	20
Total	11 131 384	11 760 896	2 892 918	24,6%	26,0%	

1997 (assurance de base)

Nombre d'assurés par caisse	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes	Réserves minimales OAMal art. 78, en % des primes
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	3 824	3 777	8 330	220,6%	217,8%	96
501 - 1000	16 262	15 879	17 185	108,2%	105,7%	73
1001 - 2500	58 990	58 528	55 752	95,3%	94,5%	52
2501 - 5000	69 791	67 545	36 324	53,8%	52,0%	42
5001 - 10000	148 733	149 697	79 182	52,9%	53,2%	34
10001 - 50000	924 121	942 260	251 867	26,7%	27,3%	24
50001 et plus	10 818 962	11 107 050	2 543 239	22,9%	23,5%	20
Total	12 040 684	12 344 736	2 991 880	24,2%	24,8%	

1998 (assurance de base)

Nombre d'assurés par caisse	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes	Réserves minimales OAMal art. 78, en % des primes
0 - 100	0	0	0	–	–	182
101 - 500	4 069	4 341	8 683	200,0%	213,4%	96
501 - 1000	15 773	15 440	17 565	113,8%	111,4%	73
1001 - 2500	52 637	51 318	50 755	98,9%	96,4%	52
2501 - 5000	48 436	43 917	21 883	49,8%	45,2%	42
5001 - 10000	138 836	139 294	81 646	58,6%	58,8%	34
10001 - 50000	926 115	939 761	250 406	26,6%	27,0%	24
50001 et plus	11 522 404	11 850 558	2 554 593	21,6%	22,2%	20
Total	12 708 270	13 044 627	2 985 531	22,9%	23,5%	

**T 3.7 b Réserves pour les grands assureurs LAMal de plus de 5000 assurés
(plus de 95% du volume des primes)**

Année	Primes en milliers frs	Dépenses en milliers frs	Réserves en milliers frs	Réserves en % des dépenses	Réserves en % des primes
1994	14 016 140	15 172 995	3 777 700	24,9%	27,0%
1995	14 364 204	15 976 229	3 902 687	24,4%	27,2%
1996	10 957 008	11 587 191	2 760 134	23,8%	25,2%
1997	11 891 816	12 199 007	2 874 289	23,6%	24,2%
1998	12 587 355	12 929 612	2 886 645	22,3%	22,9%

1994-95: toutes branches d'assurance - 1996-98: assurance de base

Source: OFAS

Noter le changement légal pour les réserves minimales intervenu en 1996 ainsi que le découpage du nombre d'assurés.

T 3.7 c Réserves, fonds et provisions des assureurs LAMal (toutes branches d'assurances)

Année	Coûts des prestations (selon T 3.2) mio fr	Réserves		Fonds		Provisions		Total des réserves, fonds et provisions	
		mio fr	en % des prestations	mio fr	en % des prestations	mio fr	en % des prestations	mio fr	en % des prestations
1994	15 273,2	3 996,0	26,2%	927,4	6,1%	4 846,4	31,7%	9 769,8	64,0%
1995	16 156,8	4 080,0	25,3%	1 166,8	7,2%	4 999,4	30,9%	10 246,2	63,4%
1996	17 443,7	4 007,8	23,0%	781,5	4,5%	5 113,0	29,3%	9 902,3	56,8%
1997	17 646,6	4 017,4	22,8%	661,8	3,8%	5 941,2	33,7%	10 620,4	60,2%
1998	18 469,0	4 117,7	22,3%	684,4	3,7%	6 614,7	35,8%	11 416,8	61,8%

T 3.8 c Ecart annuel en frs / en % par rapport à la contribution financière annuelle globale pour la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- en 1996-97 1)

Contribution financière

<u>Factures</u> <u>en frs</u>	<u>Franchises</u>				
	<i>150</i>	<i>300</i>	<i>600</i>	<i>1200</i>	<i>1500</i>
<i>0</i>	1 440	1 296	1 152	936	864
<i>150</i>	1 590	1 446	1 302	1 086	1 014
<i>230</i>	1 598	1 526	1 382	1 166	1 094
<i>300</i>	1 605	1 596	1 452	1 236	1 164
<i>400</i>	1 615	1 606	1 552	1 336	1 264
<i>500</i>	1 625	1 616	1 652	1 436	1 364
<i>600</i>	1 635	1 626	1 752	1 536	1 464
<i>900</i>	1 665	1 656	1 782	1 836	1 764
<i>1 000</i>	1 675	1 666	1 792	1 936	1 864
<i>1 200</i>	1 695	1 686	1 812	2 136	2 064
<i>1 300</i>	1 705	1 696	1 822	2 146	2 164
<i>1 400</i>	1 715	1 706	1 832	2 156	2 264
<i>1 500</i>	1 725	1 716	1 842	2 166	2 364
<i>2 000</i>	1 775	1 766	1 892	2 216	2 414
<i>3 000</i>	1 875	1 866	1 992	2 316	2 514
<i>5 000</i>	2 075	2 066	2 192	2 516	2 714
<i>10 000</i>	2 190	2 196	2 352	2 736	2 964
<i>20 000</i>	2 190	2 196	2 352	2 736	2 964

Ecart en Frs par rapport à F 150.-

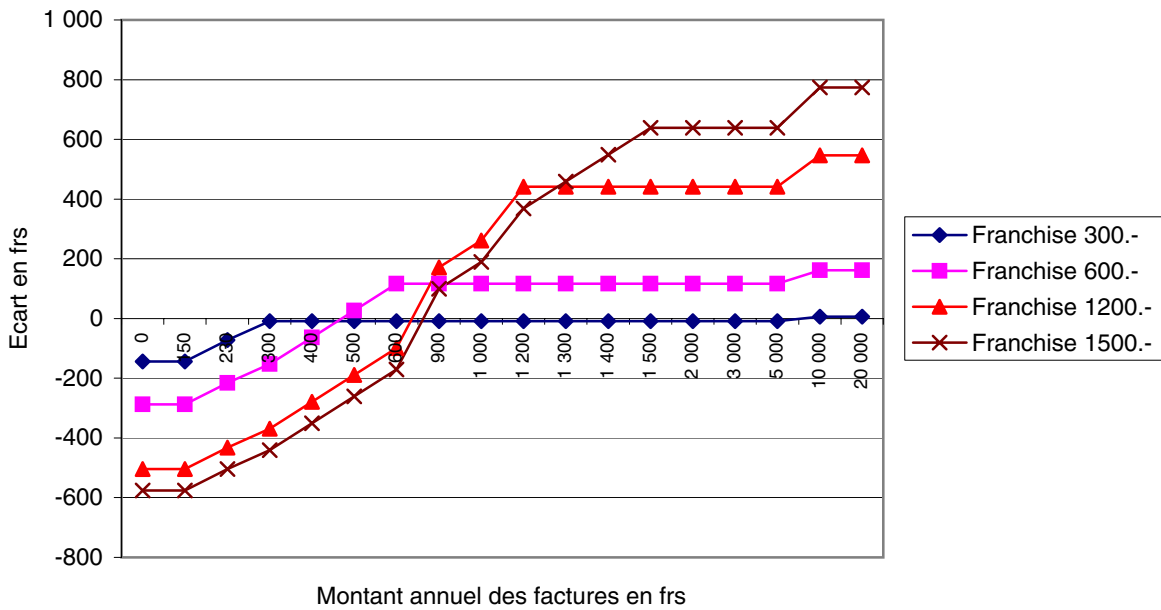
Ecart en % par rapport à F 150.-

<u>Factures</u> <u>en frs</u>	<u>Franchises</u>				<u>Franchises</u>			
	<i>300</i>	<i>600</i>	<i>1200</i>	<i>1500</i>	<i>300</i>	<i>600</i>	<i>1200</i>	<i>1500</i>
<i>0</i>	-144	-288	-504	-576	-10,0%	-20,0%	-35,0%	-40,0%
<i>150</i>	-144	-288	-504	-576	-9,1%	-18,1%	-31,7%	-36,2%
<i>230</i>	-72	-216	-432	-504	-4,5%	-13,5%	-27,0%	-31,5%
<i>300</i>	-9	-153	-369	-441	-0,6%	-9,5%	-23,0%	-27,5%
<i>400</i>	-9	-63	-279	-351	-0,6%	-3,9%	-17,3%	-21,7%
<i>500</i>	-9	27	-189	-261	-0,6%	1,7%	-11,6%	-16,1%
<i>600</i>	-9	117	-99	-171	-0,6%	7,2%	-6,1%	-10,5%
<i>900</i>	-9	117	171	99	-0,5%	7,0%	10,3%	5,9%
<i>1 000</i>	-9	117	261	189	-0,5%	7,0%	15,6%	11,3%
<i>1 200</i>	-9	117	441	369	-0,5%	6,9%	26,0%	21,8%
<i>1 300</i>	-9	117	441	459	-0,5%	6,9%	25,9%	26,9%
<i>1 400</i>	-9	117	441	549	-0,5%	6,8%	25,7%	32,0%
<i>1 500</i>	-9	117	441	639	-0,5%	6,8%	25,6%	37,0%
<i>2 000</i>	-9	117	441	639	-0,5%	6,6%	24,8%	36,0%
<i>3 000</i>	-9	117	441	639	-0,5%	6,2%	23,5%	34,1%
<i>5 000</i>	-9	117	441	639	-0,4%	5,6%	21,3%	30,8%
<i>10 000</i>	6	162	546	774	0,3%	7,4%	24,9%	35,3%
<i>20 000</i>	6	162	546	774	0,3%	7,4%	24,9%	35,3%

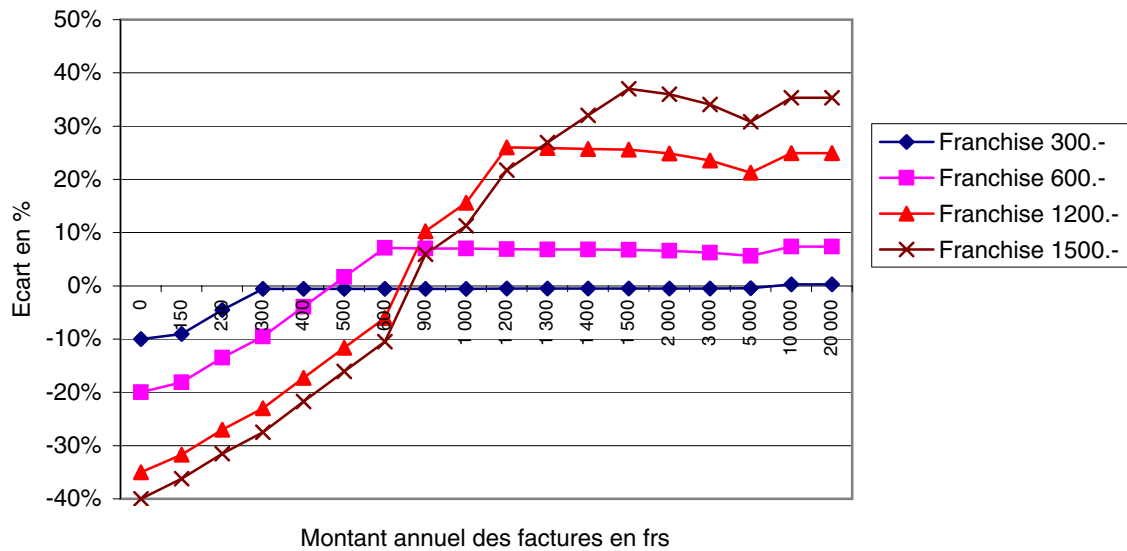
1) la contribution financière annuelle globale d'un assuré se compose de la primes, de la participation à la franchise et de la participation aux 10% excédant sa franchise, à concurrence de 600.-

Source: OFAS

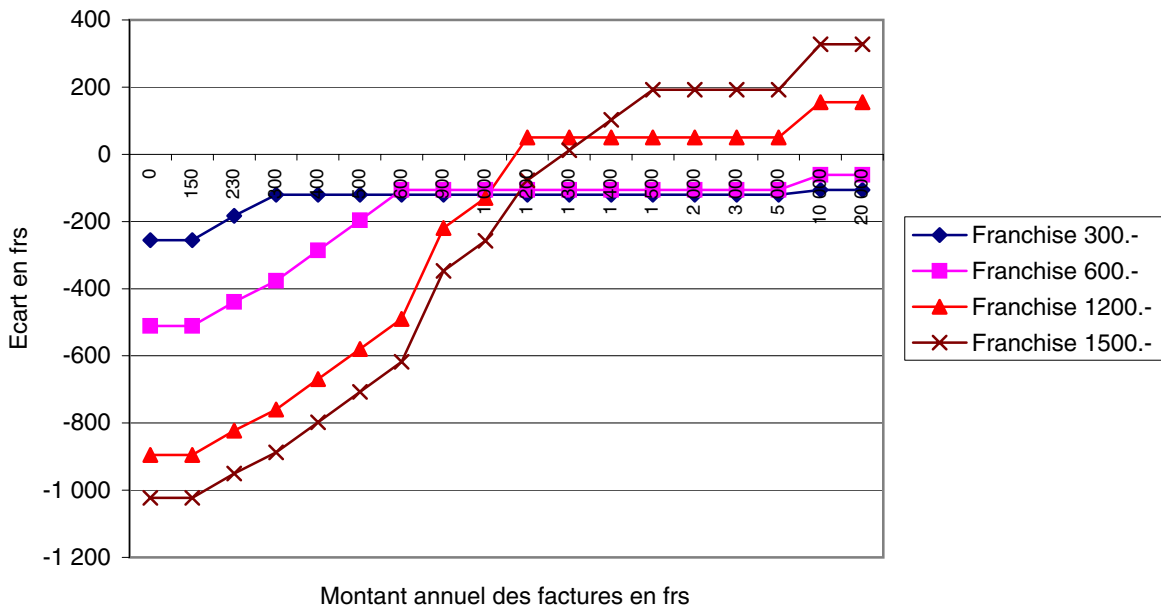
G 3.8 c1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1996-1997)



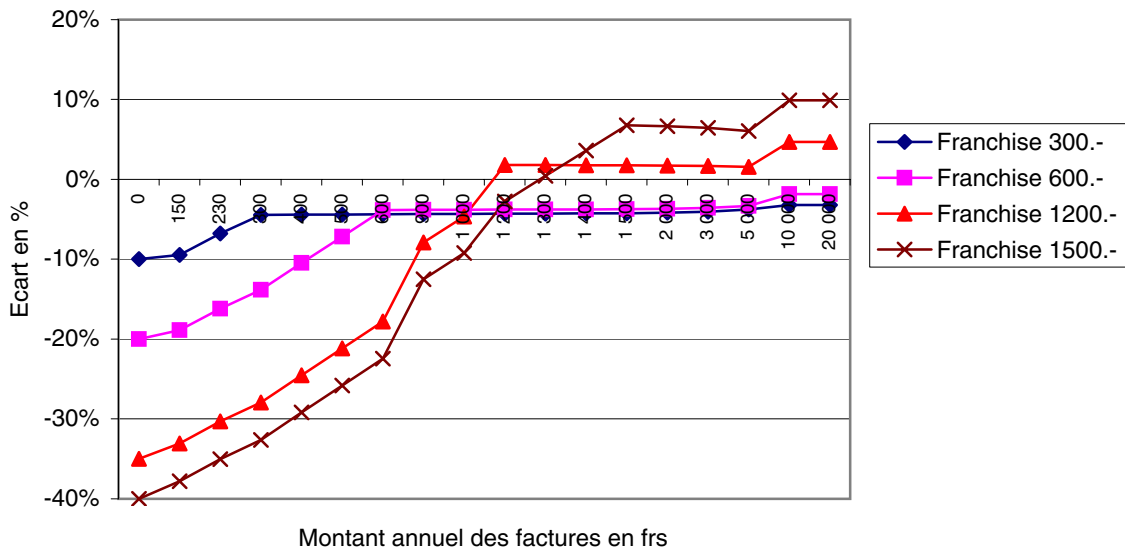
G 3.8 c2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1996-1997)



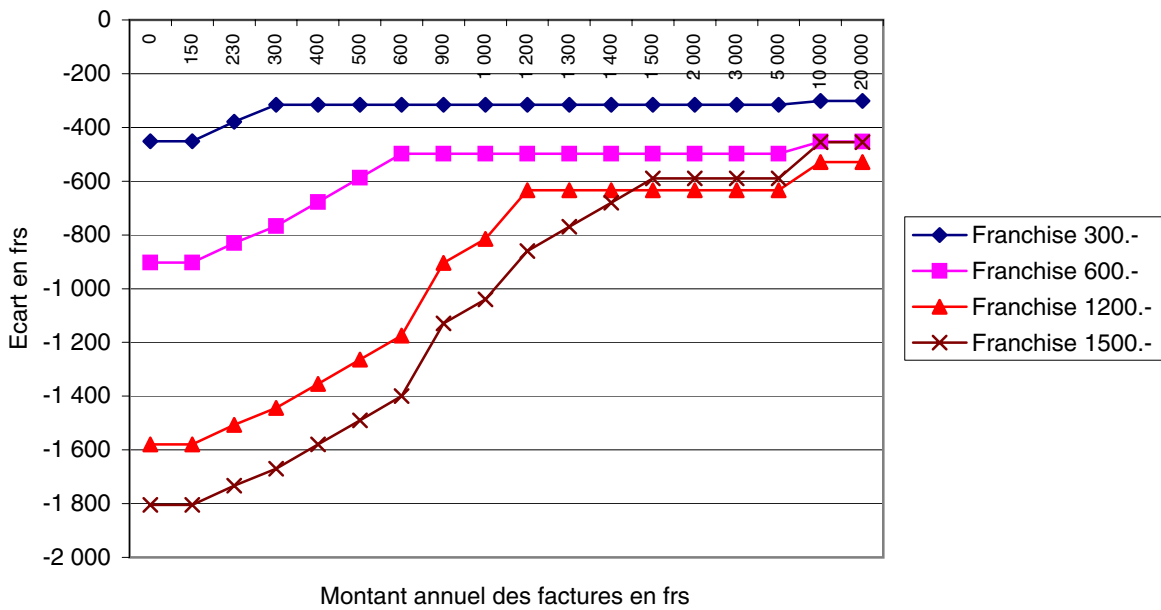
G 3.8 d1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1996-1997)



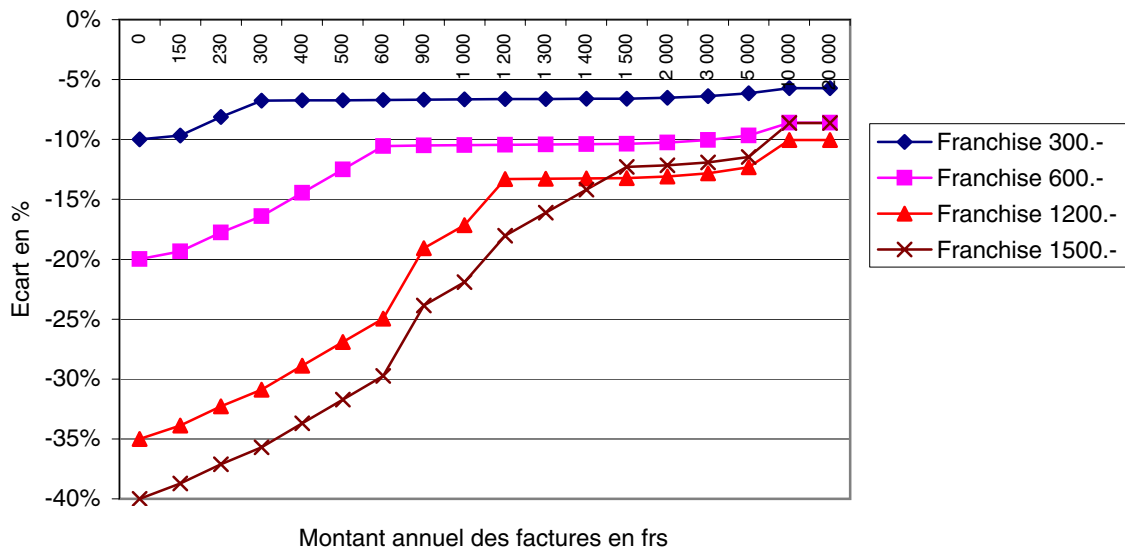
G 3.8 d2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1996-1997)



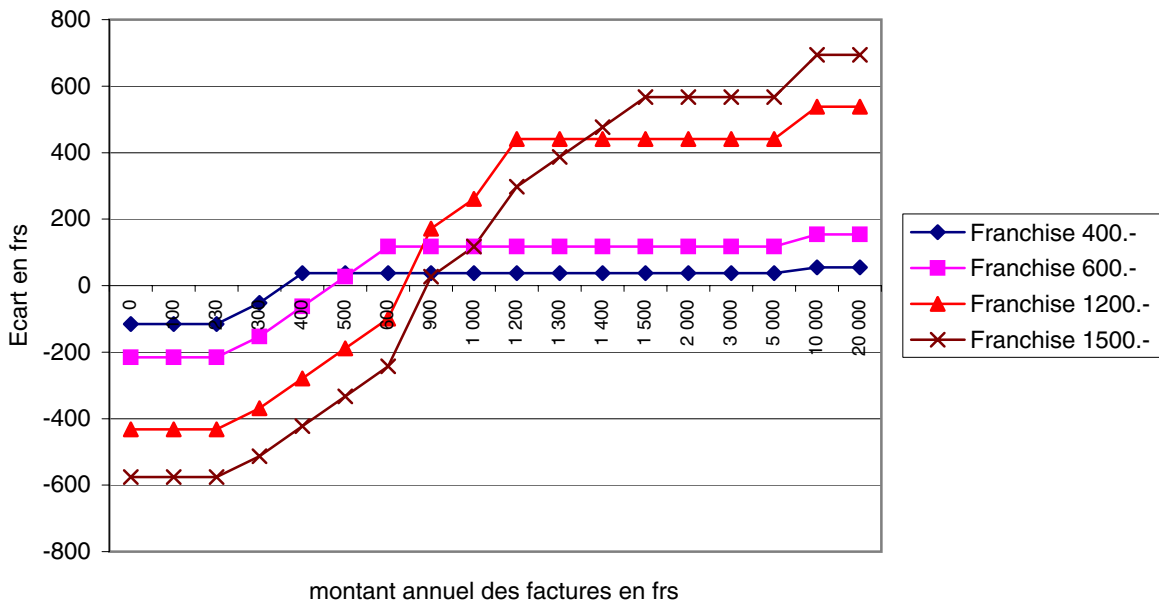
G 3.8 e1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1996-1997)



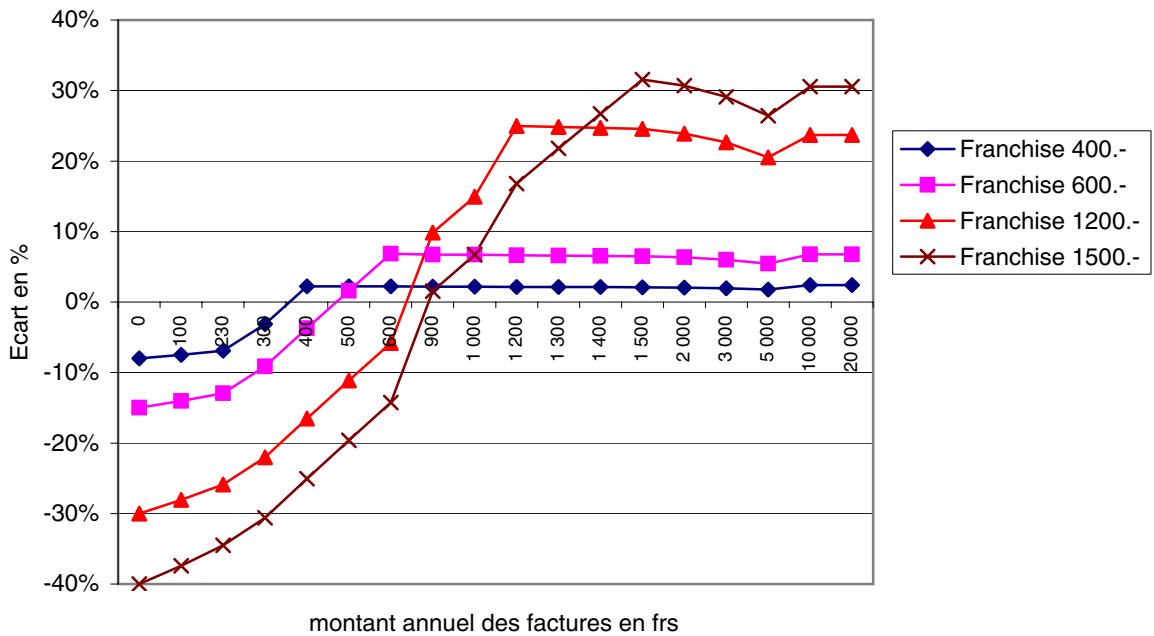
G 3.8 e2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 150.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1996-1997)



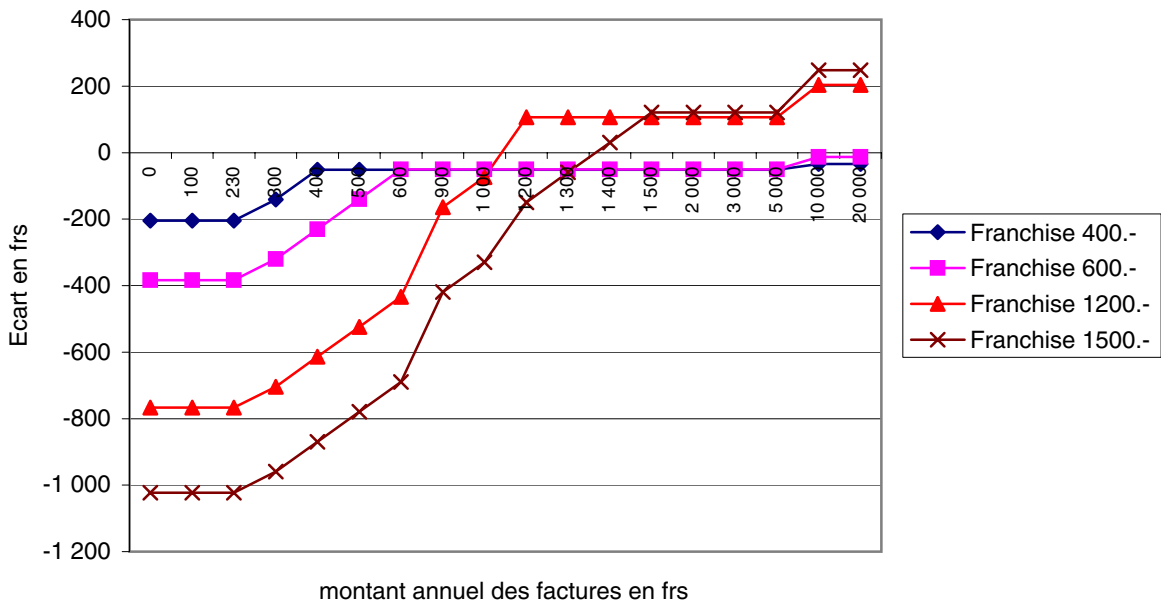
G 3.8 f1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1998-2000)



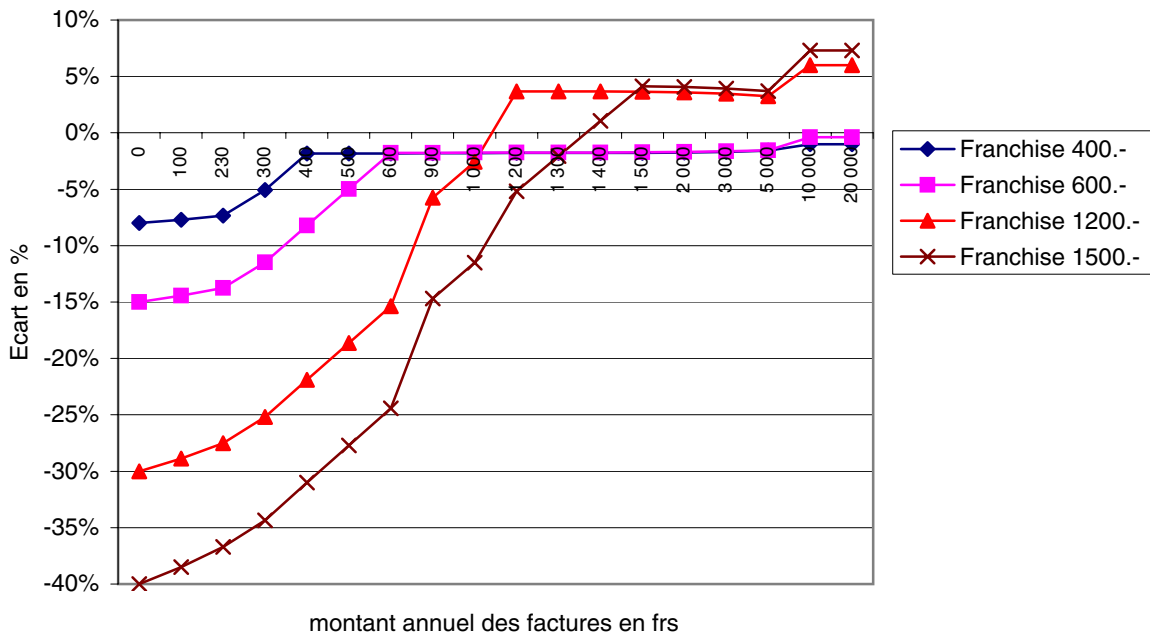
G 3.8 f2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 120.- (1998-2000)



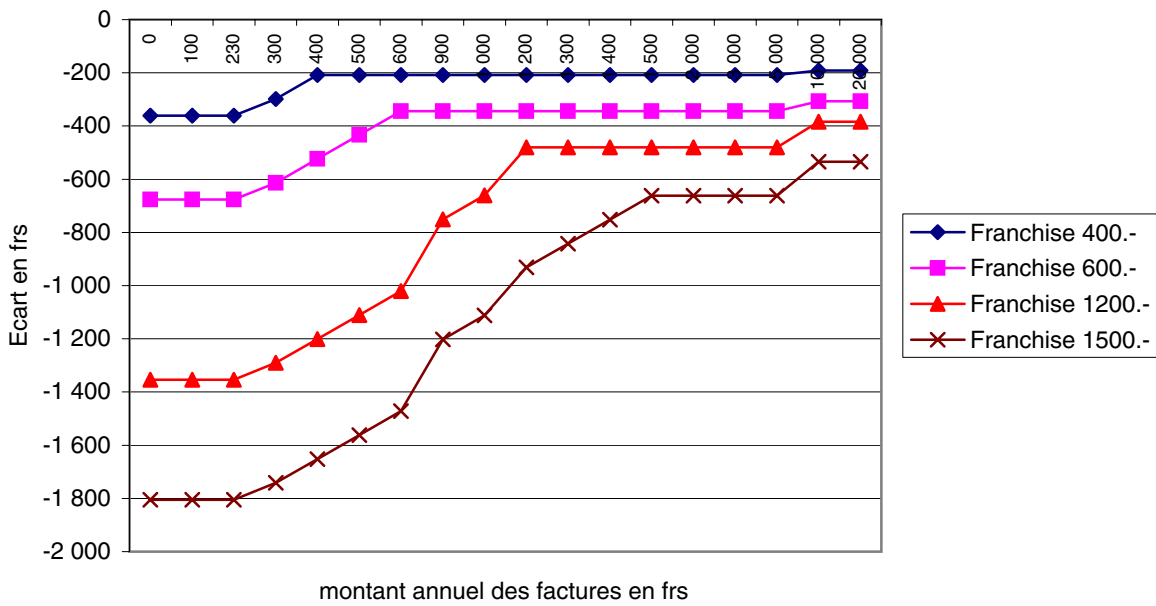
G 3.8 g1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1998-2000)



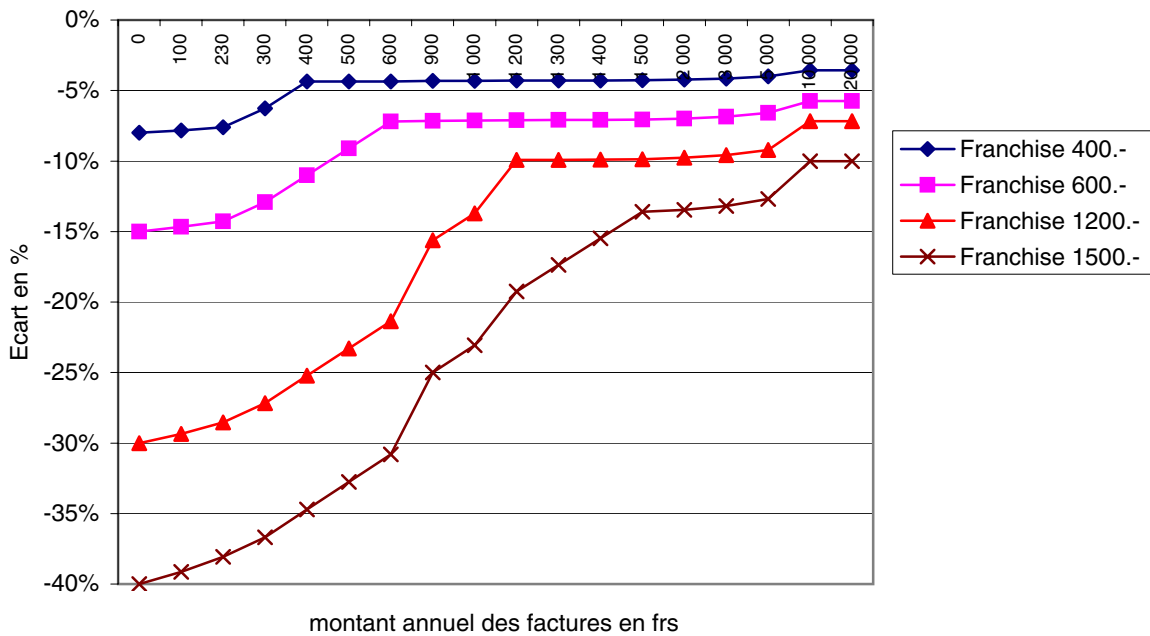
G 3.8 g2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 213.- (1998-2000)



G 3.8 h1 Ecart annuel à payer en frs par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1998-2000)



G 3.8 h2 Ecart annuel à payer en % par rapport à la franchise ordinaire de 230.- en fonction des factures annuelles et de la franchise à option choisie pour une prime mensuelle de 376.- (1998-2000)



T 3.8 I Contributions annuelles moyennes pour les adultes moyenne CH en frs 1)

	franchise rabais 96-97		franchise rabais 98-2000		factures annuelles	1996	1997	1998	1999	2000	Contribution moyenne 1996-2000	écart en % 1996-2000 2)
1	150	0%	230	0%	0	1 994	2 257	2 367	2 447	2 540	2 321	-
2	150	0%	230	0%	1000	2 229	2 492	2 674	2 754	2 847	2 599	-
3	150	0%	230	0%	10000	2 744	3 007	3 197	3 277	3 370	3 119	-
4	300	10%	400	8%	0	1 795	2 031	2 178	2 251	2 337	2 118	-8,7%
5	300	10%	400	8%	1000	2 165	2 401	2 638	2 711	2 797	2 542	-2,2%
6	300	10%	400	8%	10000	2 695	2 931	3 178	3 251	3 337	3 078	-1,3%
7	600	20%	600	15%	0	1 595	1 805	2 012	2 080	2 159	1 930	-16,8%
8	600	20%	600	15%	1000	2 235	2 445	2 652	2 720	2 799	2 570	-1,1%
9	600	20%	600	15%	10000	2 795	3 005	3 212	3 280	3 359	3 130	0,4%
10	1200	35%	1200	30%	0	1 296	1 467	1 657	1 713	1 778	1 582	-31,8%
11	1200	35%	1200	30%	1000	2 296	2 467	2 657	2 713	2 778	2 582	-0,7%
12	1200	35%	1200	30%	10000	3 096	3 267	3 457	3 513	3 578	3 382	8,4%
13	1500	40%	1500	40%	0	1 196	1 354	1 420	1 468	1 524	1 393	-40,0%
14	1500	40%	1500	40%	1000	2 196	2 354	2 420	2 468	2 524	2 393	-7,9%
15	1500	40%	1500	40%	10000	3 296	3 454	3 520	3 568	3 624	3 493	12,0%

1) contributions annuelles assurance de base obligatoire avec couverture accidents,
primes moyennes des régions tarifaires 1, 2 et 3

2) écart en % de la contribution pour la franchise ordinaire 150/230.- pour le même montant de factures annuelles

Source: OFAS

T 3.8 m Indices de l'évolution des contributions pour les adultes (base 1996=100) 1)

	franchise rabais 96-97		franchise rabais 98-2000		factures annuelles	1996	1997	1998	1999	2000	écart en % 2000 2)
1	150	0%	230	0%	0	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	-
2	150	0%	230	0%	1000	100,00	111,79	119,98	123,54	127,73	-
3	150	0%	230	0%	10000	100,00	109,57	116,52	119,41	122,82	-
4	300	10%	400	8%	0	100,00	113,17	121,36	125,43	130,22	2,2%
5	300	10%	400	8%	1000	100,00	110,92	121,87	125,24	129,21	1,2%
6	300	10%	400	8%	10000	100,00	108,77	117,94	120,65	123,84	0,8%
7	600	20%	600	15%	0	100,00	113,17	126,15	130,37	135,35	6,2%
8	600	20%	600	15%	1000	100,00	109,40	118,66	121,67	125,23	-2,0%
9	600	20%	600	15%	10000	100,00	107,52	114,92	117,33	120,17	-2,2%
10	1200	35%	1200	30%	0	100,00	113,17	127,86	132,14	137,18	7,7%
11	1200	35%	1200	30%	1000	100,00	107,44	115,73	118,14	120,99	-5,3%
12	1200	35%	1200	30%	10000	100,00	105,52	111,66	113,45	115,57	-5,9%
13	1500	40%	1500	40%	0	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	0,0%
14	1500	40%	1500	40%	1000	100,00	107,18	110,20	112,36	114,92	-10,0%
15	1500	40%	1500	40%	10000	100,00	104,78	106,80	108,24	109,94	-10,5%

1) contributions annuelles assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

2) écart en % de l'indice 2000 pour la franchise ordinaire 150/230.- pour le même montant de factures annuelles

Source: OFAS

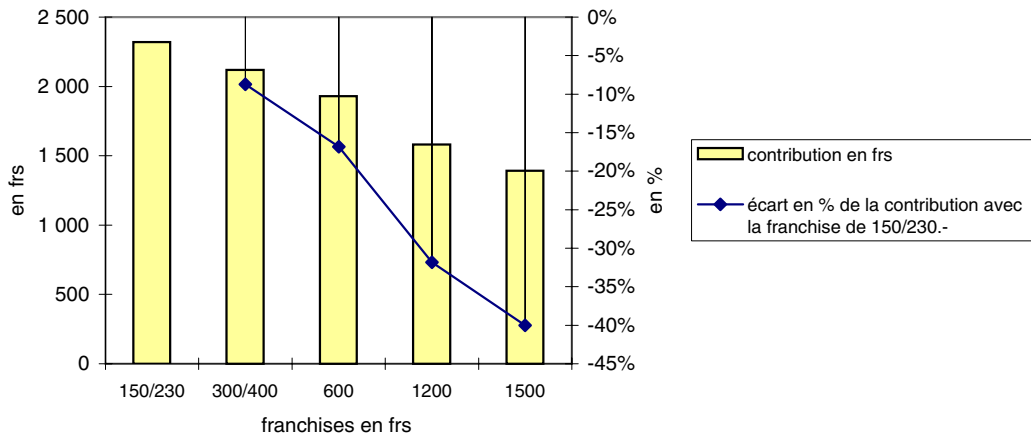
T 3.8 n Variations annuelles des contributions en % pour les adultes 1)

	franchise rabais		franchise rabais		factures annuelles	var				augmentation annuelle moyenne 97-2000
	96-97		98-2000			96-97	97-98	98-99	99-2000	
1	150	0%	230	0%	0	13,2%	4,9%	3,3%	3,8%	6,2%
2	150	0%	230	0%	1000	11,8%	7,3%	3,0%	3,4%	6,3%
3	150	0%	230	0%	10000	9,6%	6,3%	2,5%	2,9%	5,3%
4	300	10%	400	8%	0	13,2%	7,2%	3,3%	3,8%	6,8%
5	300	10%	400	8%	1000	10,9%	9,9%	2,8%	3,2%	6,6%
6	300	10%	400	8%	10000	8,8%	8,4%	2,3%	2,6%	5,5%
7	600	20%	600	15%	0	13,2%	11,5%	3,3%	3,8%	7,9%
8	600	20%	600	15%	1000	9,4%	8,5%	2,5%	2,9%	5,8%
9	600	20%	600	15%	10000	7,5%	6,9%	2,1%	2,4%	4,7%
10	1200	35%	1200	30%	0	13,2%	13,0%	3,3%	3,8%	8,2%
11	1200	35%	1200	30%	1000	7,4%	7,7%	2,1%	2,4%	4,9%
12	1200	35%	1200	30%	10000	5,5%	5,8%	1,6%	1,9%	3,7%
13	1500	40%	1500	40%	0	13,2%	4,9%	3,3%	3,8%	6,2%
14	1500	40%	1500	40%	1000	7,2%	2,8%	2,0%	2,3%	3,5%
15	1500	40%	1500	40%	10000	4,8%	1,9%	1,4%	1,6%	2,4%

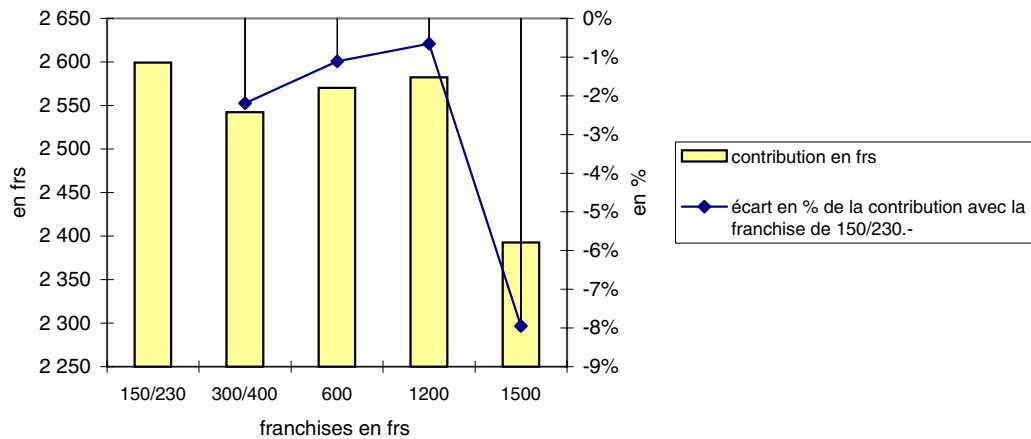
1) contributions annuelles assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

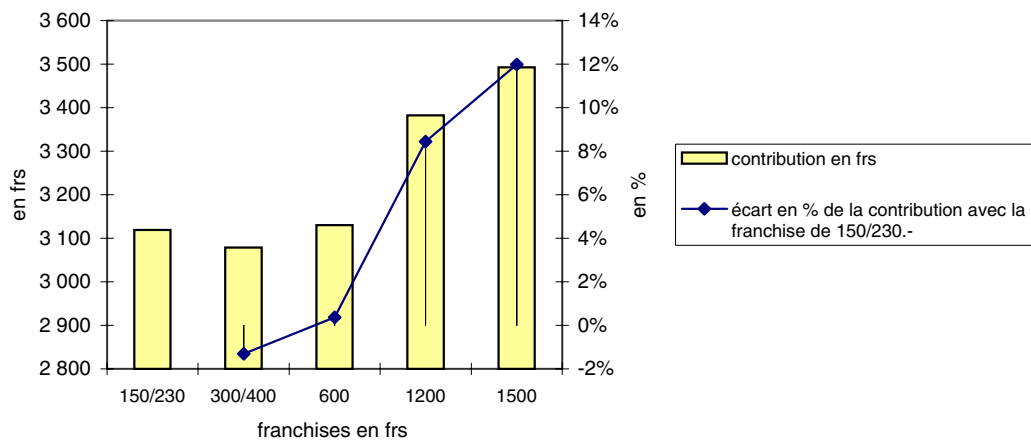
**G 3.8 I1 Contribution annuelle moyenne 1996-2000
avec factures annuelles de 0.-, selon les franchises**



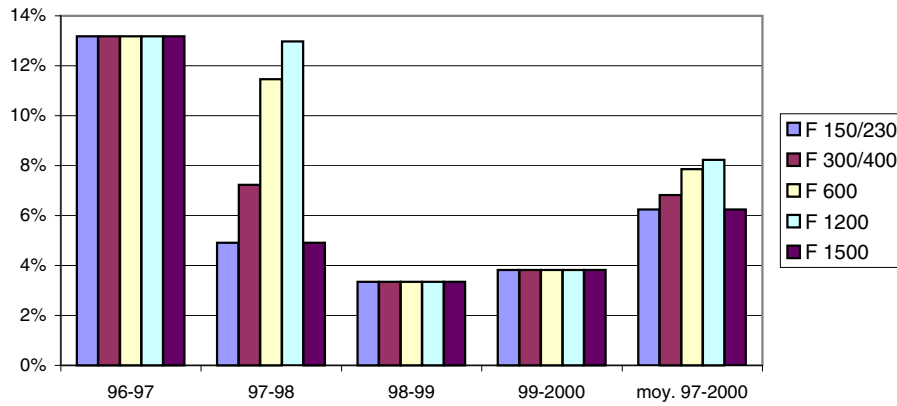
**G 3.8 I2 Contribution annuelle moyenne 1996-2000
avec factures annuelles de 1'000.-, selon les franchises**



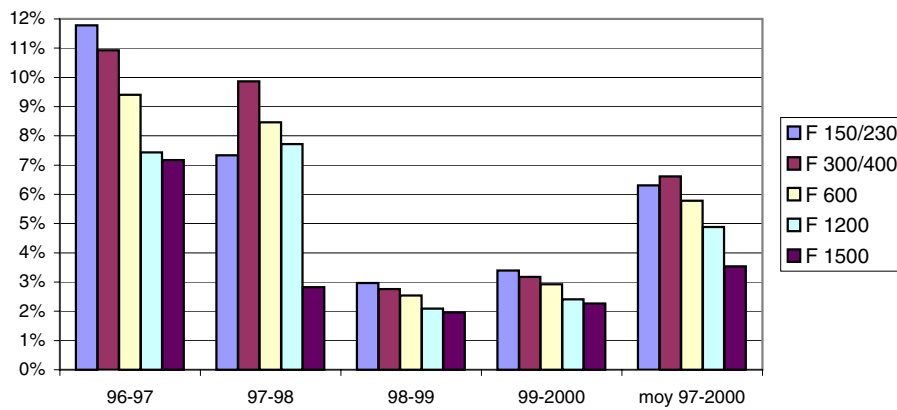
**G 3.8 I3 Contribution annuelle moyenne 1996-2000
avec factures annuelles de 10'000.-, selon les franchises**



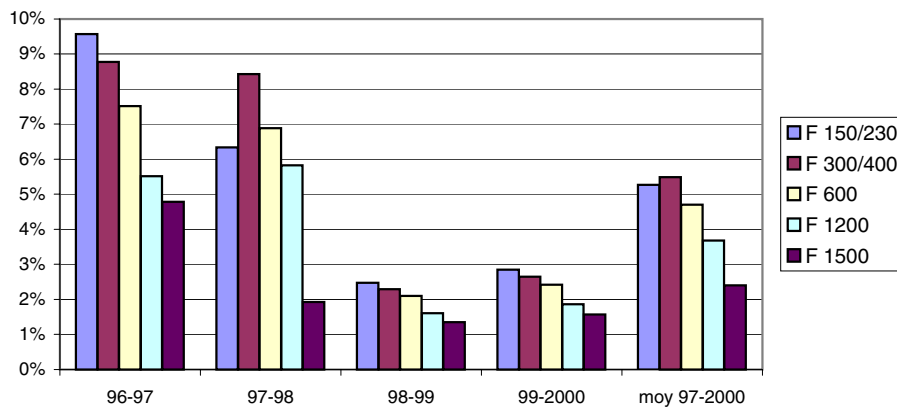
G 3.8 n1 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 0.- selon les franchises 1997-2000



G 3.8 n2 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 1'000.- selon les franchises 1997-2000



G 3.8 n3 Variation annuelle moyenne des contributions pour les adultes avec factures annuelles de 10'000.- selon les franchises 1997-2000



T 3.9 Nombre d'assurés selon la taille de l'assureur

1994

Nombre d'assurés par assureur	Nombre d'assureurs	en %	Nombre d'assurés	en %
0 - 500	23	12,9%	6 677	0,1%
501 - 1000	27	15,2%	19 607	0,3%
1001 - 5000	68	38,2%	166 921	2,3%
5001 et plus	60	33,7%	6 938 448	97,3%
Total	178		7 131 653	

1995

Nombre d'assurés par assureur	Nombre d'assureurs	en %	Nombre d'assurés	en %
0 - 500	22	13,3%	6 476	0,1%
501 - 1000	25	15,1%	18 140	0,3%
1001 - 5000	59	35,5%	146 346	2,0%
5001 et plus	60	36,1%	6 995 355	97,6%
Total	166		7 166 317	

1996

Nombre d'assurés par assureur	Nombre d'assureurs	en %	Nombre d'assurés	en %
0 - 500	18	12,4%	5 296	0,1%
501 - 1000	20	13,8%	14 621	0,2%
1001 - 5000	52	35,9%	127 374	1,8%
5001 et plus	55	37,9%	7 047 463	98,0%
Total	145		7 194 754	

1997

Nombre d'assurés par assureur	Nombre d'assureurs	en %	Nombre d'assurés	en %
0 - 500	12	9,3%	3 331	0,0%
501 - 1000	19	14,7%	13 332	0,2%
1001 - 5000	45	34,9%	104 609	1,4%
5001 et plus	53	41,1%	7 093 533	98,3%
Total	129		7 214 805	

1998

Nombre d'assurés par assureur	Nombre d'assureurs	en %	Nombre d'assurés	en %
0 - 500	12	10,2%	3 422	0,0%
501 - 1000	17	14,4%	12 528	0,2%
1001 - 5000	35	29,7%	77 262	1,1%
5001 et plus	54	45,8%	7 155 391	98,7%
Total	118		7 248 603	

Source: OFAS

Remarques: toutes les branches d'assurance sont considérées en 1994/95 alors que seule l'assurance de base obligatoire est considérée depuis 1996.

T 3.10 Effets des prix et des quantités sur les dépenses de santé

	1994	1995	1996	1997	1998*
a) Dépenses pour les services des médecins					
Evolution des coûts (en mio frs) 1)	5 073,7	5 371,1	5 597,6	5 782,9	5 966,2
Indice "valeur" Iv	100,00	105,86	110,33	113,98	117,59
Variation en % (par rapport à an préc.)		5,86%	4,22%	3,31%	3,17%
Sous-indice IPC pour prestations médicales					
Indice (base mai 1993=100)	100,0253	100,3410	100,8512	101,2345	101,1890
indice "prix" Ip recalculé (base 1994=100)	100,00	100,32	100,83	101,21	101,16
Variation en % (par rapport à an préc.)		0,32%	0,51%	0,38%	-0,04%
Indice "quantité" Iq calculé (Iq=Iv/Ip*100)	100,00	105,53	109,42	112,62	116,24
Variation en % (par rapport à an préc.)		5,53%	3,69%	2,92%	3,22%
b) Dépenses pour les services des dentistes					
Evolution des coûts (en mio frs)	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5
Indice "valeur" Iv	100,00	105,02	113,43	120,09	120,93
Variation en % (par rapport à an préc.)		5,02%	8,01%	5,87%	0,70%
Sous-indice IPC pour prestations médico-dentaires					
Indice (base mai 1993=100)	101,635	102,3995	103,0543	103,6191	104,3635
indice "prix" Ip recalculé (base 1994=100)	100,00	100,75	101,40	101,95	102,68
Variation en % (par rapport à an préc.)		0,75%	0,64%	0,55%	0,72%
Indice "quantité" Iq calculé (Iq=Iv/Ip*100)	100,00	104,24	111,86	117,79	117,77
Variation en % (par rapport à an préc.)		4,24%	7,32%	5,29%	-0,02%
c) Dépenses pour les médicaments					
Evolution des coûts (en mio frs)	3 704,0	3 923,0	4 099,0	4 274,0	4 495,8
Indice "valeur" Iv	100,00	105,91	110,66	115,39	121,38
Variation en % (par rapport à an préc.)		5,91%	4,49%	4,27%	5,19%
Sous-indice IPC pour médicaments					
Indice (base mai 1993=100)	101,4226	104,0641	104,4094	103,9956	101,2011
indice "prix" Ip recalculé (base 1994=100)	100,00	102,60	102,94	102,54	99,78
Variation en % (par rapport à an préc.)		2,60%	0,33%	-0,40%	-2,69%
Indice "quantité" Iq calculé (Iq=Iv/Ip*100)	100,00	103,22	107,50	112,53	121,64
Variation en % (par rapport à an préc.)		3,22%	4,14%	4,68%	8,09%
d) Dépenses pour les soins intra-muros					
Evolution des coûts (en mio frs) 2)	15 006,1	15 087,0	15 719,6	16 006,3	16 290,4
Indice "valeur" Iv	100,00	100,54	104,75	106,67	108,56
Variation en % (par rapport à an préc.)		0,54%	4,19%	1,82%	1,77%
Sous-indice IPC pour prestations hospitalières					
Indice (base mai 1993=100)	103,2072	105,991	109,6154	111,1806	112,8997
indice "prix" Ip recalculé (base 1994=100)	100,00	102,70	106,21	107,73	109,39
Variation en % (par rapport à an préc.)		2,70%	3,42%	1,43%	1,55%
Indice "quantité" Iq calculé (Iq=Iv/Ip*100)	100,00	97,90	98,63	99,02	99,24
Variation en % (par rapport à an préc.)		-2,10%	0,75%	0,39%	0,23%

Sources: T 5.1 b / T 5.2.2 a / Arthur Vogt "Index Numbers" § 6.1/6.2/6.3 "Additive and multiplicative causal analysis in Health insurance"

1) soins ambulatoires des medecins - médicaments

2) établissements de court et long séjour - soins ambulatoires - médicaments

* valeurs provisoires

Remarques

Pour les médecins, l'augmentation des dépenses en 1995 (+5.86%) est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la hausse des prix (+0.33%) et de la hausse des quantités (+5.53%) ($105.53 = 100.32 * 105.86$).

Pour la période 1994-1998, on constate que l'augmentation cumulée des dépenses (+17.59%) est liée à l'effet conjoint multiplicatif de la hausse des prix (+1.16%) et de la hausse des quantités (+16.24%) ($117.59 = 101.16 * 116.24$).

T 4.1.1 a Primes mensuelles moyennes pour les enfants (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	prime moyenne 1996-2000	écart en % de moy. CH 1996-2000	écart en % de moy. CH 2000
1 ZH	41,72	49,46	50,32	53,01	55,26	49,95	-3,2%	0,1%
2 BE	43,26	48,82	49,80	52,92	54,17	49,79	-3,5%	-1,8%
3 LU	35,43	37,77	39,02	39,21	41,57	38,60	-25,2%	-24,7%
4 UR	36,23	39,06	38,92	38,92	39,98	38,62	-25,1%	-27,5%
5 SZ	35,41	40,71	40,57	40,59	41,51	39,76	-22,9%	-24,8%
6 OW	36,65	40,09	39,10	39,41	40,64	39,18	-24,1%	-26,3%
7 NW	35,74	38,90	37,96	37,49	38,58	37,74	-26,9%	-30,1%
8 GL	34,66	38,62	38,55	40,19	41,09	38,62	-25,1%	-25,5%
9 ZG	36,64	41,23	39,58	39,82	41,29	39,71	-23,0%	-25,2%
10 FR	48,51	52,80	52,46	52,49	54,83	52,22	1,2%	-0,6%
11 SO	35,38	45,14	46,63	48,12	50,29	45,11	-12,6%	-8,8%
12 BS	49,80	59,16	62,93	68,48	71,80	62,43	21,0%	30,1%
13 BL	41,94	50,41	52,13	53,27	55,42	50,63	-1,9%	0,4%
14 SH	36,58	43,74	44,13	47,15	49,14	44,15	-14,4%	-10,9%
15 AR	33,41	38,21	37,50	37,49	38,28	36,98	-28,3%	-30,6%
16 AI	32,85	36,05	34,35	34,12	34,54	34,38	-33,4%	-37,4%
17 SG	35,00	40,24	40,31	40,99	42,32	39,77	-22,9%	-23,3%
18 GR	32,95	39,62	37,53	37,77	39,75	37,52	-27,3%	-28,0%
19 AG	28,59	40,00	40,87	43,10	45,49	39,61	-23,2%	-17,6%
20 TG	34,89	42,31	42,77	45,22	46,86	42,41	-17,8%	-15,1%
21 TI	60,98	69,24	65,76	66,36	67,27	65,92	27,8%	21,9%
22 VD	75,86	80,14	77,61	78,12	79,21	78,19	51,5%	43,6%
23 VS	48,56	50,36	47,25	47,20	47,40	48,16	-6,7%	-14,1%
24 NE	53,19	61,19	63,35	66,15	68,13	62,40	20,9%	23,5%
25 GE	73,01	82,12	81,82	81,41	85,54	80,78	56,6%	55,0%
26 JU	50,88	55,49	59,09	58,96	61,71	57,23	10,9%	11,8%
CH	45,82	51,85	51,80	53,35	55,17	51,60		

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.1 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les enfants (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart moyen 1996-2000
1 ZH	-4,10	-2,39	-1,48	-0,33	0,08	-1,64
2 BE	-2,56	-3,04	-2,00	-0,43	-1,01	-1,81
3 LU	-10,39	-14,08	-12,77	-14,14	-13,61	-13,00
4 UR	-9,59	-12,79	-12,88	-14,43	-15,19	-12,98
5 SZ	-10,41	-11,14	-11,23	-12,76	-13,66	-11,84
6 OW	-9,16	-11,77	-12,70	-13,94	-14,53	-12,42
7 NW	-10,08	-12,95	-13,84	-15,86	-16,59	-13,86
8 GL	-11,16	-13,23	-13,25	-13,16	-14,08	-12,98
9 ZG	-9,18	-10,62	-12,22	-13,52	-13,88	-11,89
10 FR	2,69	0,94	0,66	-0,86	-0,35	0,62
11 SO	-10,44	-6,72	-5,17	-5,23	-4,88	-6,49
12 BS	3,98	7,30	11,13	15,13	16,63	10,83
13 BL	-3,87	-1,45	0,33	-0,08	0,24	-0,96
14 SH	-9,24	-8,11	-7,67	-6,20	-6,03	-7,45
15 AR	-12,41	-13,65	-14,30	-15,86	-16,89	-14,62
16 AI	-12,96	-15,81	-17,45	-19,23	-20,64	-17,22
17 SG	-10,82	-11,61	-11,49	-12,36	-12,85	-11,83
18 GR	-12,87	-12,23	-14,27	-15,57	-15,42	-14,07
19 AG	-17,23	-11,85	-10,93	-10,25	-9,68	-11,99
20 TG	-10,93	-9,55	-9,03	-8,12	-8,31	-9,19
21 TI	15,16	17,38	13,96	13,02	12,10	14,32
22 VD	30,04	28,29	25,81	24,77	24,04	26,59
23 VS	2,74	-1,50	-4,55	-6,15	-7,77	-3,44
24 NE	7,37	9,34	11,55	12,80	12,96	10,80
25 GE	27,19	30,27	30,02	28,06	30,37	29,18
26 JU	5,06	3,64	7,29	5,61	6,54	5,63

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.1 c Indices de l'évolution des primes pour les enfants (base 1996=100) 1)

cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart en % de indice CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	120,61	127,07	132,45	10,0%
2 BE	100,00	112,84	115,11	122,32	125,21	4,0%
3 LU	100,00	106,61	110,14	110,65	117,32	-2,6%
4 UR	100,00	107,82	107,45	107,43	110,37	-8,3%
5 SZ	100,00	114,97	114,58	114,62	117,24	-2,6%
6 OW	100,00	109,37	106,68	107,52	110,89	-7,9%
7 NW	100,00	108,85	106,21	104,89	107,95	-10,4%
8 GL	100,00	111,45	111,24	115,97	118,58	-1,5%
9 ZG	100,00	112,54	108,02	108,69	112,69	-6,4%
10 FR	100,00	108,84	108,14	108,20	113,02	-6,1%
11 SO	100,00	127,59	131,79	136,02	142,15	18,1%
12 BS	100,00	118,78	126,36	137,49	144,17	19,7%
13 BL	100,00	120,18	124,29	127,00	132,12	9,7%
14 SH	100,00	119,60	120,65	128,91	134,35	11,6%
15 AR	100,00	114,37	112,26	112,21	114,60	-4,8%
16 AI	100,00	109,72	104,55	103,84	105,13	-12,7%
17 SG	100,00	114,98	115,18	117,11	120,92	0,4%
18 GR	100,00	120,24	113,88	114,63	120,63	0,2%
19 AG	100,00	139,93	142,97	150,77	159,13	32,2%
20 TG	100,00	121,27	122,60	129,63	134,31	11,5%
21 TI	100,00	113,55	107,85	108,84	110,33	-8,4%
22 VD	100,00	105,65	102,31	102,99	104,42	-13,3%
23 VS	100,00	103,70	97,31	97,20	97,61	-18,9%
24 NE	100,00	115,05	119,11	124,37	128,10	6,4%
25 GE	100,00	112,49	112,07	111,51	117,17	-2,7%
26 JU	100,00	109,06	116,14	115,88	121,29	0,7%
CH	100,00	113,17	113,06	116,43	120,42	

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.1 d Variations annuelles des primes en % pour les enfants 1)

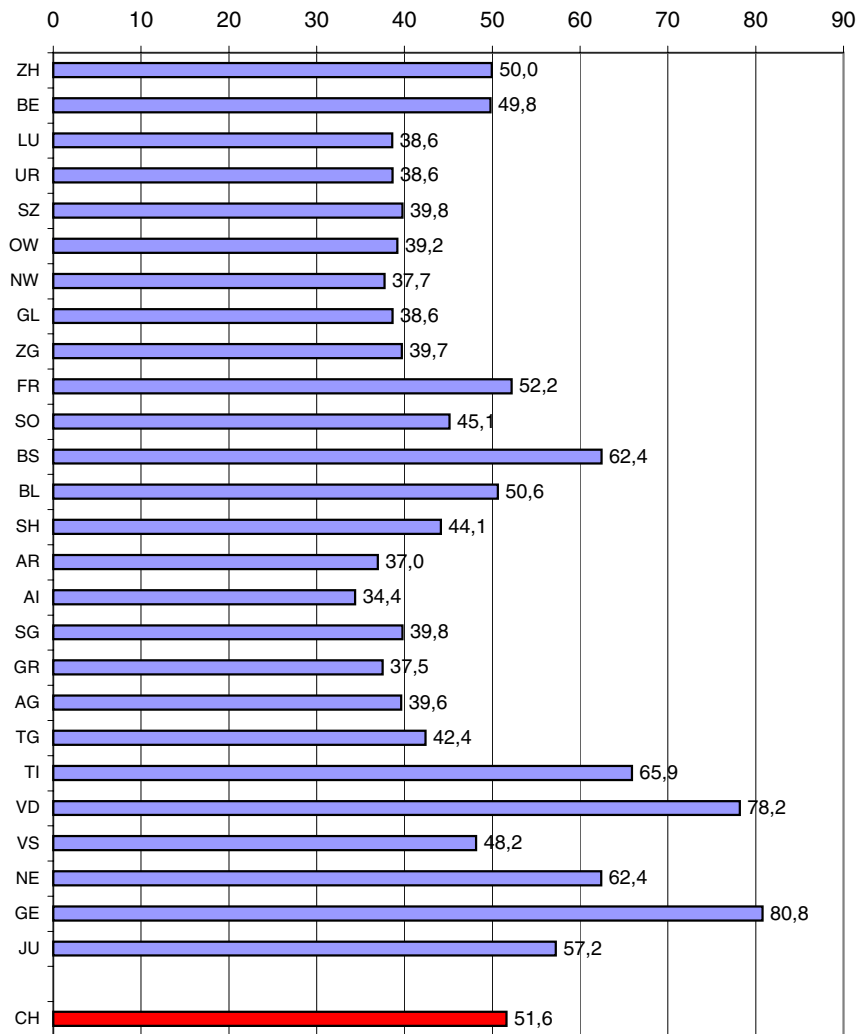
cantons	var 96-97	var 97-98	var 98-99	var 99-2000	augmentation
					annuelle moyenne 97-2000
1 ZH	18,6%	1,7%	5,4%	4,2%	7,3%
2 BE	12,8%	2,0%	6,3%	2,4%	5,8%
3 LU	6,6%	3,3%	0,5%	6,0%	4,1%
4 UR	7,8%	-0,3%	0,0%	2,7%	2,5%
5 SZ	15,0%	-0,3%	0,0%	2,3%	4,1%
6 OW	9,4%	-2,5%	0,8%	3,1%	2,6%
7 NW	8,8%	-2,4%	-1,2%	2,9%	1,9%
8 GL	11,4%	-0,2%	4,3%	2,2%	4,4%
9 ZG	12,5%	-4,0%	0,6%	3,7%	3,0%
10 FR	8,8%	-0,6%	0,1%	4,5%	3,1%
11 SO	27,6%	3,3%	3,2%	4,5%	9,2%
12 BS	18,8%	6,4%	8,8%	4,9%	9,6%
13 BL	20,2%	3,4%	2,2%	4,0%	7,2%
14 SH	19,6%	0,9%	6,8%	4,2%	7,7%
15 AR	14,4%	-1,8%	0,0%	2,1%	3,5%
16 AI	9,7%	-4,7%	-0,7%	1,2%	1,3%
17 SG	15,0%	0,2%	1,7%	3,2%	4,9%
18 GR	20,2%	-5,3%	0,7%	5,2%	4,8%
19 AG	39,9%	2,2%	5,5%	5,5%	12,3%
20 TG	21,3%	1,1%	5,7%	3,6%	7,7%
21 TI	13,5%	-5,0%	0,9%	1,4%	2,5%
22 VD	5,7%	-3,2%	0,7%	1,4%	1,1%
23 VS	3,7%	-6,2%	-0,1%	0,4%	-0,6%
24 NE	15,0%	3,5%	4,4%	3,0%	6,4%
25 GE	12,5%	-0,4%	-0,5%	5,1%	4,0%
26 JU	9,1%	6,5%	-0,2%	4,7%	4,9%
CH	13,17%	-0,11%	2,99%	3,4%	4,8%

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

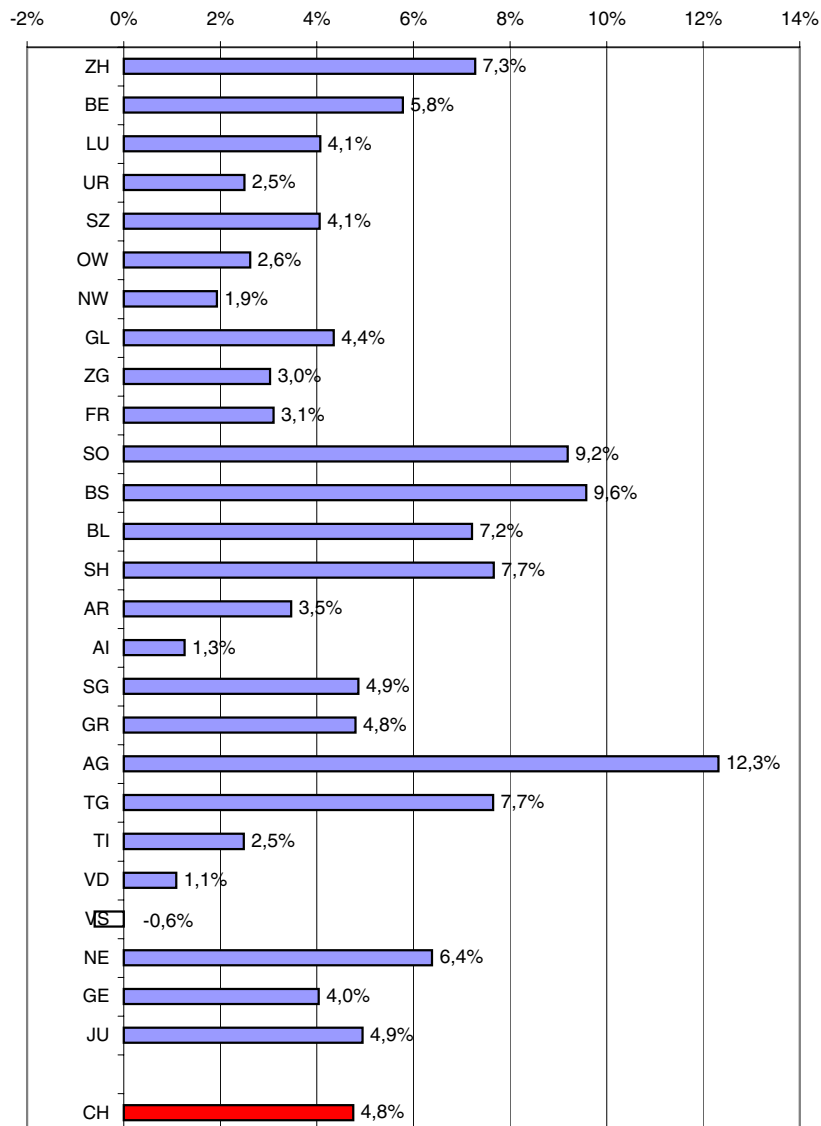
**G 4.1.1 a Primes mensuelles moyennes enfants (en frs)
assurance de base obligatoire 1996-2000**

primes avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3



G 4.1.1 d Variation annuelle moyenne en % des primes enfants assurance de base obligatoire 1997-2000

primes avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3



T 4.1.2 a Primes mensuelles moyennes pour les jeunes en formation (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	prime moyenne 1996-2000	écart en % de moy. CH 1996-2000	écart en % de moy. CH 2000
1 ZH	103,49	122,71	125,60	132,65	138,98	124,69	-0,3%	3,2%
2 BE	103,62	116,92	121,77	130,77	132,37	121,09	-3,1%	-1,7%
3 LU	94,75	101,01	99,27	99,31	103,31	99,53	-20,4%	-23,3%
4 UR	96,06	103,57	99,81	100,50	101,53	100,30	-19,8%	-24,6%
5 SZ	95,29	109,55	101,37	101,42	102,67	102,06	-18,4%	-23,8%
6 OW	97,76	106,92	98,29	99,13	101,34	100,69	-19,5%	-24,8%
7 NW	91,94	100,07	94,47	93,08	94,93	94,90	-24,1%	-29,5%
8 GL	89,16	99,36	97,94	101,96	103,97	98,48	-21,2%	-22,8%
9 ZG	96,42	108,52	100,14	100,38	103,36	101,76	-18,6%	-23,3%
10 FR	121,94	132,72	124,35	126,03	134,55	127,92	2,3%	-0,1%
11 SO	94,55	120,63	122,27	125,58	130,66	118,74	-5,0%	-3,0%
12 BS	126,82	150,63	160,38	174,91	183,16	159,18	27,3%	36,0%
13 BL	108,66	130,59	131,77	134,35	138,34	128,74	3,0%	2,7%
14 SH	94,89	113,49	117,13	125,58	128,54	115,93	-7,3%	-4,6%
15 AR	84,64	96,81	93,60	92,43	94,49	92,39	-26,1%	-29,9%
16 AI	84,70	92,93	84,13	83,65	84,50	85,98	-31,2%	-37,3%
17 SG	88,22	101,44	98,80	101,20	104,44	98,82	-20,9%	-22,5%
18 GR	83,60	100,53	94,05	92,06	97,18	93,49	-25,2%	-27,9%
19 AG	74,57	104,34	104,32	108,49	114,05	101,16	-19,1%	-15,3%
20 TG	88,15	106,90	106,38	112,75	116,22	106,08	-15,1%	-13,7%
21 TI	121,08	137,49	154,14	156,30	157,89	145,38	16,3%	17,2%
22 VD	160,87	169,97	170,85	173,84	178,54	170,81	36,6%	32,5%
23 VS	118,66	123,06	110,05	111,69	113,30	115,35	-7,7%	-15,9%
24 NE	130,32	149,93	147,83	158,87	165,96	150,58	20,5%	23,2%
25 GE	174,82	196,65	191,59	200,04	211,48	194,92	55,9%	57,0%
26 JU	132,03	144,00	142,08	141,41	149,08	141,72	13,4%	10,7%
CH	110,15	124,66	125,30	130,22	134,72	125,01		

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.2 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les jeunes en formation (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart moyen 1996-2000
1 ZH	-6,66	-1,96	0,30	2,43	4,26	-0,32
2 BE	-6,53	-7,74	-3,52	0,55	-2,35	-3,92
3 LU	-15,40	-23,65	-26,02	-30,90	-31,41	-25,48
4 UR	-14,09	-21,09	-25,48	-29,72	-33,18	-24,71
5 SZ	-14,86	-15,11	-23,93	-28,80	-32,05	-22,95
6 OW	-12,39	-17,74	-27,00	-31,09	-33,38	-24,32
7 NW	-18,21	-24,59	-30,82	-37,14	-39,79	-30,11
8 GL	-20,99	-25,30	-27,36	-28,26	-30,75	-26,53
9 ZG	-13,73	-16,14	-25,16	-29,84	-31,36	-23,25
10 FR	11,79	8,05	-0,94	-4,19	-0,17	2,91
11 SO	-15,60	-4,03	-3,02	-4,64	-4,06	-6,27
12 BS	16,67	25,97	35,09	44,69	48,44	34,17
13 BL	-1,49	5,93	6,48	4,13	3,62	3,73
14 SH	-15,26	-11,17	-8,16	-4,64	-6,18	-9,08
15 AR	-25,51	-27,86	-31,69	-37,79	-40,22	-32,61
16 AI	-25,45	-31,73	-41,16	-46,57	-50,22	-39,03
17 SG	-21,93	-23,22	-26,49	-29,02	-30,28	-26,19
18 GR	-26,55	-24,14	-31,24	-38,16	-37,53	-31,52
19 AG	-35,58	-20,32	-20,97	-21,73	-20,67	-23,85
20 TG	-22,00	-17,77	-18,92	-17,47	-18,50	-18,93
21 TI	10,93	12,83	28,85	26,08	23,17	20,37
22 VD	50,72	45,31	45,56	43,62	43,82	45,81
23 VS	8,52	-1,60	-15,25	-18,53	-21,42	-9,66
24 NE	20,17	25,26	22,54	28,65	31,24	25,57
25 GE	64,67	71,99	66,30	69,83	76,76	69,91
26 JU	21,88	19,34	16,78	11,20	14,36	16,71

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.2 c Indices de l'évolution des primes pour les jeunes en formation (base 1996=100) 1)

cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart en % de indice CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	121,36	128,17	134,29	9,8%
2 BE	100,00	112,84	117,52	126,21	127,75	4,4%
3 LU	100,00	106,61	104,78	104,82	109,04	-10,8%
4 UR	100,00	107,82	103,91	104,62	105,70	-13,6%
5 SZ	100,00	114,97	106,38	106,44	107,75	-11,9%
6 OW	100,00	109,37	100,55	101,41	103,66	-15,2%
7 NW	100,00	108,85	102,76	101,25	103,26	-15,6%
8 GL	100,00	111,45	109,85	114,36	116,62	-4,7%
9 ZG	100,00	112,54	103,85	104,10	107,19	-12,4%
10 FR	100,00	108,84	101,98	103,36	110,34	-9,8%
11 SO	100,00	127,59	129,32	132,81	138,19	13,0%
12 BS	100,00	118,78	126,47	137,92	144,43	18,1%
13 BL	100,00	120,18	121,27	123,64	127,32	4,1%
14 SH	100,00	119,60	123,44	132,33	135,45	10,8%
15 AR	100,00	114,37	110,59	109,20	111,64	-8,7%
16 AI	100,00	109,72	99,33	98,76	99,76	-18,4%
17 SG	100,00	114,98	111,99	114,71	118,38	-3,2%
18 GR	100,00	120,24	112,50	110,11	116,24	-5,0%
19 AG	100,00	139,93	139,91	145,49	152,95	25,1%
20 TG	100,00	121,27	120,68	127,90	131,84	7,8%
21 TI	100,00	113,55	127,30	129,09	130,39	6,6%
22 VD	100,00	105,65	106,20	108,06	110,98	-9,3%
23 VS	100,00	103,70	92,74	94,12	95,48	-21,9%
24 NE	100,00	115,05	113,44	121,91	127,35	4,1%
25 GE	100,00	112,49	109,59	114,43	120,97	-1,1%
26 JU	100,00	109,06	107,61	107,11	112,91	-7,7%
CH	100,00	113,17	113,75	118,22	122,31	

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.2 d Variations annuelles des primes en % pour les jeunes en formation 1)

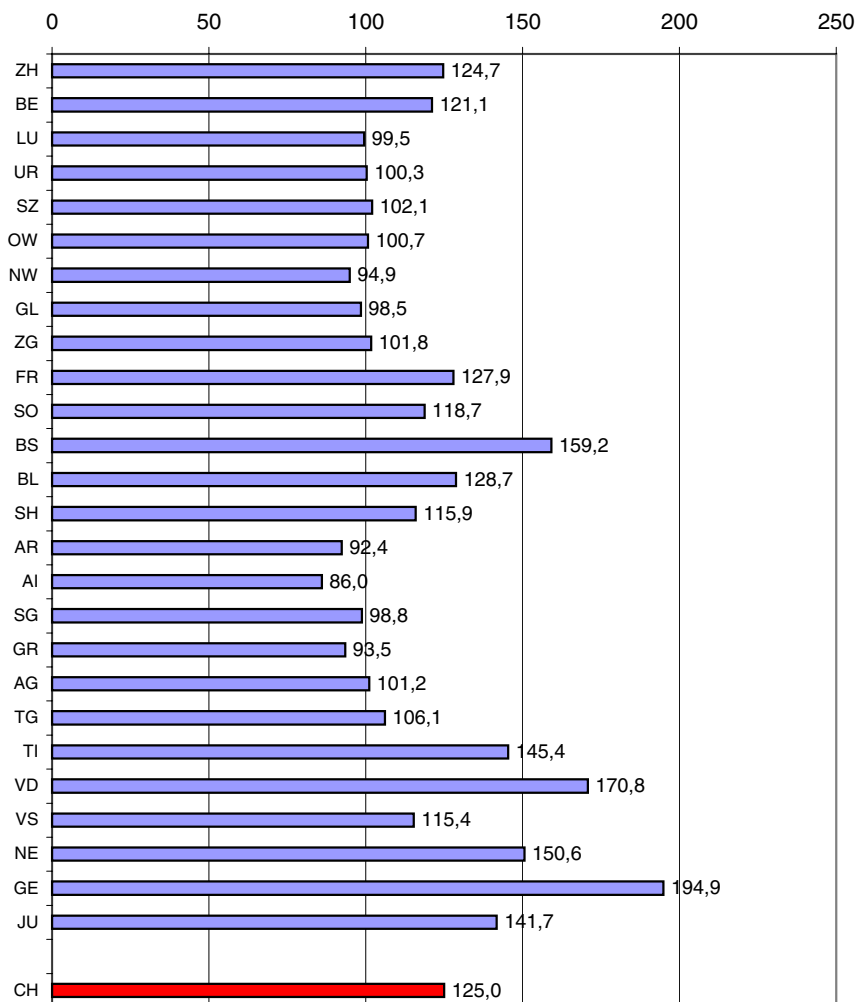
cantons	var 96-97	var 97-98	var 98-99	var 99-2000	augmentation
					annuelle moyenne 97-2000
1 ZH	18,6%	2,4%	5,6%	4,8%	7,6%
2 BE	12,8%	4,2%	7,4%	1,2%	6,3%
3 LU	6,6%	-1,7%	0,0%	4,0%	2,2%
4 UR	7,8%	-3,6%	0,7%	1,0%	1,4%
5 SZ	15,0%	-7,5%	0,1%	1,2%	1,9%
6 OW	9,4%	-8,1%	0,9%	2,2%	0,9%
7 NW	8,8%	-5,6%	-1,5%	2,0%	0,8%
8 GL	11,4%	-1,4%	4,1%	2,0%	3,9%
9 ZG	12,5%	-7,7%	0,2%	3,0%	1,8%
10 FR	8,8%	-6,3%	1,4%	6,8%	2,5%
11 SO	27,6%	1,4%	2,7%	4,1%	8,4%
12 BS	18,8%	6,5%	9,1%	4,7%	9,6%
13 BL	20,2%	0,9%	2,0%	3,0%	6,2%
14 SH	19,6%	3,2%	7,2%	2,4%	7,9%
15 AR	14,4%	-3,3%	-1,3%	2,2%	2,8%
16 AI	9,7%	-9,5%	-0,6%	1,0%	-0,1%
17 SG	15,0%	-2,6%	2,4%	3,2%	4,3%
18 GR	20,2%	-6,4%	-2,1%	5,6%	3,8%
19 AG	39,9%	0,0%	4,0%	5,1%	11,2%
20 TG	21,3%	-0,5%	6,0%	3,1%	7,2%
21 TI	13,5%	12,1%	1,4%	1,0%	6,9%
22 VD	5,7%	0,5%	1,7%	2,7%	2,6%
23 VS	3,7%	-10,6%	1,5%	1,4%	-1,1%
24 NE	15,0%	-1,4%	7,5%	4,5%	6,2%
25 GE	12,5%	-2,6%	4,4%	5,7%	4,9%
26 JU	9,1%	-1,3%	-0,5%	5,4%	3,1%
CH	13,17%	0,51%	3,93%	3,5%	5,2%

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

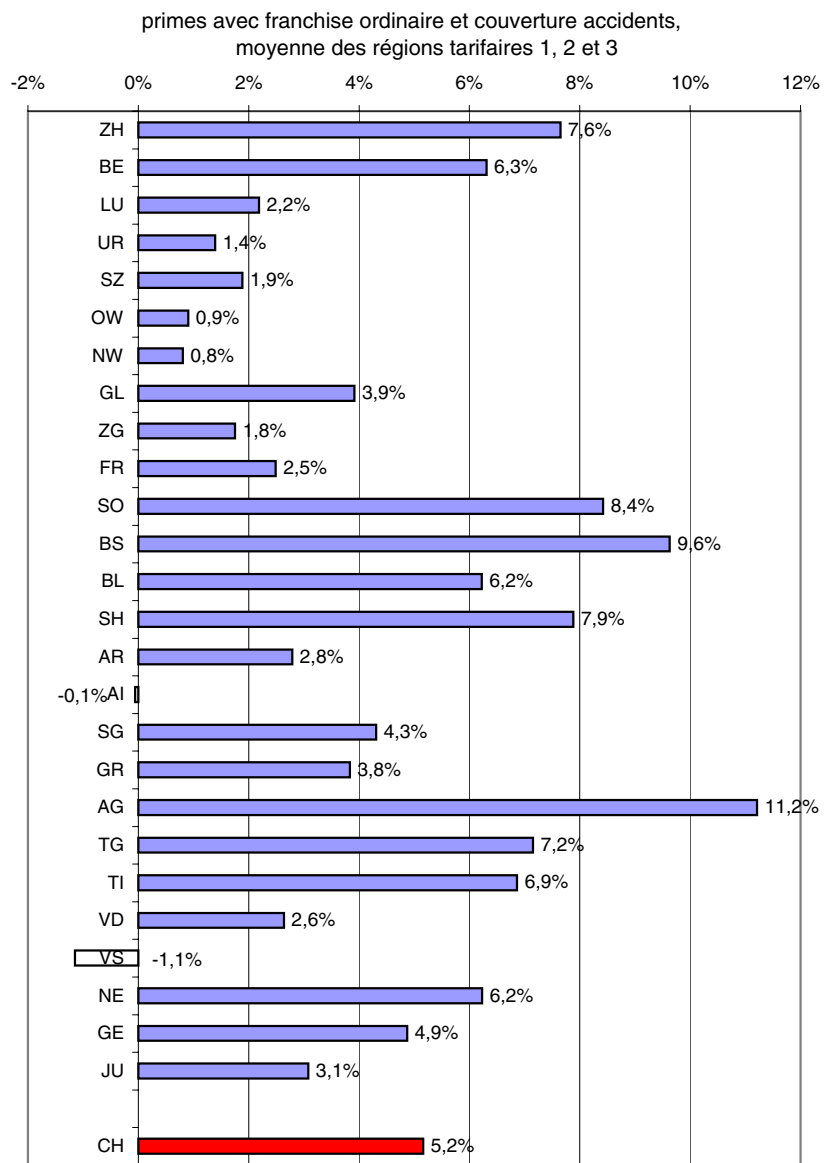
Source: OFAS

**G 4.1.2 a Primes mensuelles moyennes
jeunes en formation (en frs)
assurance de base obligatoire 1996-2000**

primes avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3



**G 4.1.2 d Variation annuelle moyenne en % des primes
jeunes en formation assurance de base obligatoire 1997-
2000**



T 4.1.3 a Primes mensuelles moyennes pour les adultes (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	prime moyenne 1996-2000	écart en % de moy. CH 1996-2000	écart en % de moy. CH 2000
1 ZH	153,29	181,75	196,00	204,56	214,61	190,04	-1,7%	1,4%
2 BE	158,55	178,90	188,61	201,26	206,27	186,72	-3,5%	-2,6%
3 LU	134,68	143,58	153,24	153,09	162,59	149,43	-22,7%	-23,2%
4 UR	134,96	145,51	152,97	151,86	155,98	148,26	-23,3%	-26,3%
5 SZ	134,46	154,59	160,07	157,53	161,03	153,54	-20,6%	-23,9%
6 OW	137,58	150,48	151,75	150,65	155,43	149,18	-22,9%	-26,6%
7 NW	130,85	142,42	144,82	143,09	147,03	141,64	-26,8%	-30,5%
8 GL	128,29	142,98	151,98	154,09	157,45	146,96	-24,0%	-25,6%
9 ZG	136,60	153,73	153,40	151,62	156,98	150,47	-22,2%	-25,8%
10 FR	175,04	190,51	191,14	194,51	204,75	191,19	-1,2%	-3,3%
11 SO	136,69	174,40	189,82	194,80	203,29	179,80	-7,0%	-4,0%
12 BS	191,44	227,39	249,09	269,96	283,16	244,21	26,3%	33,8%
13 BL	160,88	193,34	205,77	207,25	214,55	196,36	1,5%	1,4%
14 SH	139,69	167,07	175,44	185,06	192,32	171,92	-11,1%	-9,1%
15 AR	117,66	134,57	146,50	146,59	149,68	139,00	-28,1%	-29,3%
16 AI	114,23	125,33	133,15	131,35	132,90	127,39	-34,1%	-37,2%
17 SG	125,57	144,38	157,70	160,06	164,68	150,48	-22,2%	-22,2%
18 GR	119,86	144,12	144,78	147,11	155,13	142,20	-26,5%	-26,7%
19 AG	106,69	149,29	160,04	165,55	174,78	151,27	-21,8%	-17,4%
20 TG	125,90	152,67	166,13	173,91	180,22	159,77	-17,4%	-14,9%
21 TI	195,20	221,65	239,65	242,63	247,60	229,35	18,6%	17,0%
22 VD	250,86	265,04	263,09	270,68	274,84	264,90	37,0%	29,8%
23 VS	166,26	172,42	167,17	168,77	170,78	169,08	-12,6%	-19,3%
24 NE	182,20	209,61	231,06	247,32	254,10	224,86	16,3%	20,0%
25 GE	249,79	280,98	292,53	298,45	320,43	288,43	49,1%	51,4%
26 JU	185,56	202,38	221,92	226,50	237,61	214,79	11,1%	12,3%
CH	166,17	188,06	197,29	203,89	211,68	193,42		

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.3 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour les adultes (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart moyen 1996-2000
1 ZH	-12,88	-6,31	-1,28	0,68	2,93	-3,37
2 BE	-7,62	-9,16	-8,67	-2,63	-5,40	-6,70
3 LU	-31,49	-44,48	-44,05	-50,80	-49,08	-43,98
4 UR	-31,21	-42,55	-44,32	-52,03	-55,70	-45,16
5 SZ	-31,71	-33,47	-37,22	-46,36	-50,64	-39,88
6 OW	-28,59	-37,58	-45,54	-53,24	-56,25	-44,24
7 NW	-35,32	-45,64	-52,46	-60,80	-64,64	-51,77
8 GL	-37,88	-45,08	-45,30	-49,80	-54,22	-46,46
9 ZG	-29,57	-34,33	-43,88	-52,27	-54,70	-42,95
10 FR	8,87	2,45	-6,15	-9,38	-6,93	-2,23
11 SO	-29,48	-13,66	-7,47	-9,09	-8,39	-13,62
12 BS	25,27	39,33	51,80	66,07	71,48	50,79
13 BL	-5,29	5,28	8,48	3,36	2,88	2,94
14 SH	-26,48	-20,99	-21,84	-18,83	-19,36	-21,50
15 AR	-48,51	-53,49	-50,79	-57,30	-61,99	-54,41
16 AI	-51,94	-62,73	-64,14	-72,54	-78,78	-66,03
17 SG	-40,60	-43,68	-39,58	-43,83	-47,00	-42,94
18 GR	-46,31	-43,94	-52,51	-56,78	-56,55	-51,22
19 AG	-59,48	-38,77	-37,24	-38,34	-36,89	-42,15
20 TG	-40,27	-35,39	-31,15	-29,98	-31,45	-33,65
21 TI	29,03	33,59	42,36	38,74	35,93	35,93
22 VD	84,69	76,98	65,80	66,79	63,16	71,48
23 VS	0,09	-15,64	-30,12	-35,12	-40,90	-24,34
24 NE	16,03	21,55	33,78	43,43	42,42	31,44
25 GE	83,62	92,91	95,24	94,56	108,76	95,02
26 JU	19,39	14,31	24,64	22,61	25,94	21,38

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.3 c Indices de l'évolution des primes pour les adultes (base 1996=100) 1)

cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart en % de indice CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	127,86	133,45	140,00	9,9%
2 BE	100,00	112,84	118,96	126,94	130,10	2,1%
3 LU	100,00	106,61	113,78	113,67	120,73	-5,2%
4 UR	100,00	107,82	113,35	112,52	115,58	-9,3%
5 SZ	100,00	114,97	119,05	117,16	119,77	-6,0%
6 OW	100,00	109,37	110,30	109,50	112,97	-11,3%
7 NW	100,00	108,85	110,68	109,35	112,37	-11,8%
8 GL	100,00	111,45	118,47	120,10	122,73	-3,7%
9 ZG	100,00	112,54	112,30	111,00	114,92	-9,8%
10 FR	100,00	108,84	109,19	111,12	116,97	-8,2%
11 SO	100,00	127,59	138,87	142,51	148,72	16,7%
12 BS	100,00	118,78	130,11	141,02	147,91	16,1%
13 BL	100,00	120,18	127,90	128,82	133,36	4,7%
14 SH	100,00	119,60	125,60	132,48	137,68	8,1%
15 AR	100,00	114,37	124,51	124,59	127,22	-0,1%
16 AI	100,00	109,72	116,56	114,99	116,34	-8,7%
17 SG	100,00	114,98	125,59	127,47	131,15	3,0%
18 GR	100,00	120,24	120,79	122,74	129,43	1,6%
19 AG	100,00	139,93	150,01	155,17	163,83	28,6%
20 TG	100,00	121,27	131,96	138,13	143,15	12,4%
21 TI	100,00	113,55	122,77	124,30	126,85	-0,4%
22 VD	100,00	105,65	104,87	107,90	109,56	-14,0%
23 VS	100,00	103,70	100,54	101,51	102,72	-19,4%
24 NE	100,00	115,05	126,82	135,74	139,47	9,5%
25 GE	100,00	112,49	117,11	119,48	128,28	0,7%
26 JU	100,00	109,06	119,60	122,06	128,05	0,5%
CH	100,00	113,17	118,73	122,70	127,39	

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.3 d Variations annuelles des primes en % pour les adultes 1)

cantons	var 96-97	var 97-98	var 98-99	var 99-2000	augmentation
					annuelle moyenne 97-2000
1 ZH	18,6%	7,8%	4,4%	4,9%	8,8%
2 BE	12,8%	5,4%	6,7%	2,5%	6,8%
3 LU	6,6%	6,7%	-0,1%	6,2%	4,8%
4 UR	7,8%	5,1%	-0,7%	2,7%	3,7%
5 SZ	15,0%	3,5%	-1,6%	2,2%	4,6%
6 OW	9,4%	0,8%	-0,7%	3,2%	3,1%
7 NW	8,8%	1,7%	-1,2%	2,8%	3,0%
8 GL	11,4%	6,3%	1,4%	2,2%	5,3%
9 ZG	12,5%	-0,2%	-1,2%	3,5%	3,5%
10 FR	8,8%	0,3%	1,8%	5,3%	4,0%
11 SO	27,6%	8,8%	2,6%	4,4%	10,4%
12 BS	18,8%	9,5%	8,4%	4,9%	10,3%
13 BL	20,2%	6,4%	0,7%	3,5%	7,5%
14 SH	19,6%	5,0%	5,5%	3,9%	8,3%
15 AR	14,4%	8,9%	0,1%	2,1%	6,2%
16 AI	9,7%	6,2%	-1,4%	1,2%	3,9%
17 SG	15,0%	9,2%	1,5%	2,9%	7,0%
18 GR	20,2%	0,5%	1,6%	5,5%	6,7%
19 AG	39,9%	7,2%	3,4%	5,6%	13,1%
20 TG	21,3%	8,8%	4,7%	3,6%	9,4%
21 TI	13,5%	8,1%	1,2%	2,0%	6,1%
22 VD	5,7%	-0,7%	2,9%	1,5%	2,3%
23 VS	3,7%	-3,0%	1,0%	1,2%	0,7%
24 NE	15,0%	10,2%	7,0%	2,7%	8,7%
25 GE	12,5%	4,1%	2,0%	7,4%	6,4%
26 JU	9,1%	9,7%	2,1%	4,9%	6,4%
CH	13,17%	4,91%	3,35%	3,8%	6,2%

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.4 a Primes mensuelles moyennes pour tous les assurés (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	prime moyenne 1996-2000	écart en % de moy. CH 1996-2000	écart en % de moy. CH 2000
1 ZH	128,71	152,61	162,81	170,11	178,37	158,52	0,2%	3,4%
2 BE	130,26	146,98	154,67	165,05	168,83	153,16	-3,2%	-2,2%
3 LU	107,57	114,67	121,58	121,52	128,88	118,84	-24,9%	-25,3%
4 UR	107,47	115,88	121,42	120,74	123,85	117,87	-25,5%	-28,2%
5 SZ	106,49	122,43	126,37	124,65	127,37	121,46	-23,2%	-26,2%
6 OW	109,32	119,57	119,34	118,75	122,45	117,89	-25,5%	-29,0%
7 NW	105,65	114,99	115,95	114,53	117,66	113,76	-28,1%	-31,8%
8 GL	102,62	114,37	121,35	122,24	124,92	117,10	-26,0%	-27,6%
9 ZG	111,42	125,40	124,67	123,48	127,82	122,56	-22,6%	-25,9%
10 FR	143,68	156,37	153,12	155,57	163,82	154,51	-2,4%	-5,1%
11 SO	112,10	143,03	153,82	157,98	164,90	146,36	-7,5%	-4,4%
12 BS	164,20	195,04	212,46	230,38	241,63	208,74	31,9%	40,0%
13 BL	133,18	160,05	169,88	171,37	177,45	162,39	2,6%	2,8%
14 SH	115,14	137,71	143,71	151,84	157,72	141,22	-10,8%	-8,6%
15 AR	95,73	109,49	116,94	115,82	118,32	111,26	-29,7%	-31,4%
16 AI	90,72	99,54	103,42	102,04	103,26	99,79	-36,9%	-40,2%
17 SG	102,14	117,45	125,20	127,15	130,98	120,58	-23,8%	-24,1%
18 GR	98,09	117,95	119,37	120,74	127,32	116,69	-26,3%	-26,2%
19 AG	86,87	121,56	128,78	133,44	140,86	122,30	-22,7%	-18,4%
20 TG	101,36	122,92	131,36	137,08	142,96	127,14	-19,7%	-17,1%
21 TI	165,61	188,05	201,98	204,47	208,48	193,72	22,4%	20,8%
22 VD	207,71	219,45	216,94	222,71	226,23	218,61	38,1%	31,1%
23 VS	136,28	141,33	135,48	136,70	138,27	137,61	-13,0%	-19,9%
24 NE	150,20	172,80	189,50	201,45	207,19	184,23	16,4%	20,1%
25 GE	208,60	234,65	242,39	246,01	263,54	239,04	51,1%	52,7%
26 JU	149,48	163,03	177,59	179,96	188,84	171,78	8,6%	9,4%
CH	136,71	154,72	160,96	166,27	172,55	158,24		

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.4 b Ecart entre primes cantonales et prime moyenne CH pour tous les assurés (en frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart moyen 1996-2000
1 ZH	-8,00	-2,12	1,85	3,85	5,82	0,28
2 BE	-6,45	-7,74	-6,29	-1,21	-3,72	-5,08
3 LU	-29,15	-40,05	-39,38	-44,75	-43,67	-39,40
4 UR	-29,24	-38,85	-39,54	-45,53	-48,70	-40,37
5 SZ	-30,23	-32,29	-34,59	-41,61	-45,18	-36,78
6 OW	-27,39	-35,16	-41,61	-47,51	-50,10	-40,35
7 NW	-31,07	-39,73	-45,01	-51,73	-54,89	-44,49
8 GL	-34,09	-40,36	-39,61	-44,02	-47,63	-41,14
9 ZG	-25,29	-29,33	-36,29	-42,79	-44,73	-35,68
10 FR	6,96	1,65	-7,84	-10,69	-8,73	-3,73
11 SO	-24,61	-11,70	-7,14	-8,29	-7,65	-11,88
12 BS	27,49	40,31	51,50	64,11	69,08	50,50
13 BL	-3,53	5,33	8,92	5,10	4,90	4,14
14 SH	-21,58	-17,02	-17,25	-14,43	-14,83	-17,02
15 AR	-40,98	-45,24	-44,02	-50,45	-54,23	-46,98
16 AI	-45,99	-55,19	-57,54	-64,23	-69,29	-58,45
17 SG	-34,57	-37,28	-35,76	-39,11	-41,57	-37,66
18 GR	-38,62	-36,78	-41,59	-45,53	-45,23	-41,55
19 AG	-49,84	-33,16	-32,18	-32,83	-31,69	-35,94
20 TG	-35,35	-31,81	-29,59	-29,18	-29,59	-31,11
21 TI	28,90	33,33	41,02	38,21	35,93	35,48
22 VD	70,99	64,72	55,98	56,44	53,68	60,37
23 VS	-0,43	-13,40	-25,47	-29,56	-34,28	-20,63
24 NE	13,49	18,08	28,54	35,18	34,64	25,98
25 GE	71,89	79,93	81,44	79,74	90,99	80,80
26 JU	12,77	8,31	16,63	13,69	16,29	13,54

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.4 c Indices de l'évolution des primes pour tous les assurés (base 1996=100) 1)

cantons	1996	1997	1998	1999	2000	écart en % de indice CH 2000
1 ZH	100,00	118,56	126,49	132,16	138,58	9,8%
2 BE	100,00	112,84	118,74	126,71	129,61	2,7%
3 LU	100,00	106,61	113,03	112,97	119,81	-5,1%
4 UR	100,00	107,82	112,98	112,34	115,24	-8,7%
5 SZ	100,00	114,97	118,67	117,06	119,61	-5,2%
6 OW	100,00	109,37	109,17	108,63	112,01	-11,3%
7 NW	100,00	108,85	109,75	108,41	111,37	-11,8%
8 GL	100,00	111,45	118,25	119,12	121,73	-3,6%
9 ZG	100,00	112,54	111,89	110,82	114,72	-9,1%
10 FR	100,00	108,84	106,57	108,28	114,02	-9,7%
11 SO	100,00	127,59	137,21	140,92	147,09	16,5%
12 BS	100,00	118,78	129,39	140,30	147,16	16,6%
13 BL	100,00	120,18	127,56	128,67	133,24	5,6%
14 SH	100,00	119,60	124,82	131,87	136,98	8,5%
15 AR	100,00	114,37	122,16	120,98	123,60	-2,1%
16 AI	100,00	109,72	113,99	112,47	113,83	-9,8%
17 SG	100,00	114,98	122,58	124,49	128,23	1,6%
18 GR	100,00	120,24	121,69	123,09	129,80	2,8%
19 AG	100,00	139,93	148,24	153,60	162,14	28,5%
20 TG	100,00	121,27	129,60	135,24	141,04	11,7%
21 TI	100,00	113,55	121,96	123,46	125,88	-0,3%
22 VD	100,00	105,65	104,45	107,22	108,92	-13,7%
23 VS	100,00	103,70	99,42	100,31	101,46	-19,6%
24 NE	100,00	115,05	126,16	134,12	137,94	9,3%
25 GE	100,00	112,49	116,20	117,93	126,33	0,1%
26 JU	100,00	109,06	118,80	120,39	126,33	0,1%
CH	100,00	113,17	117,73	121,62	126,21	

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

T 4.1.4 d Variations annuelles des primes en % pour tous les assurés 1)

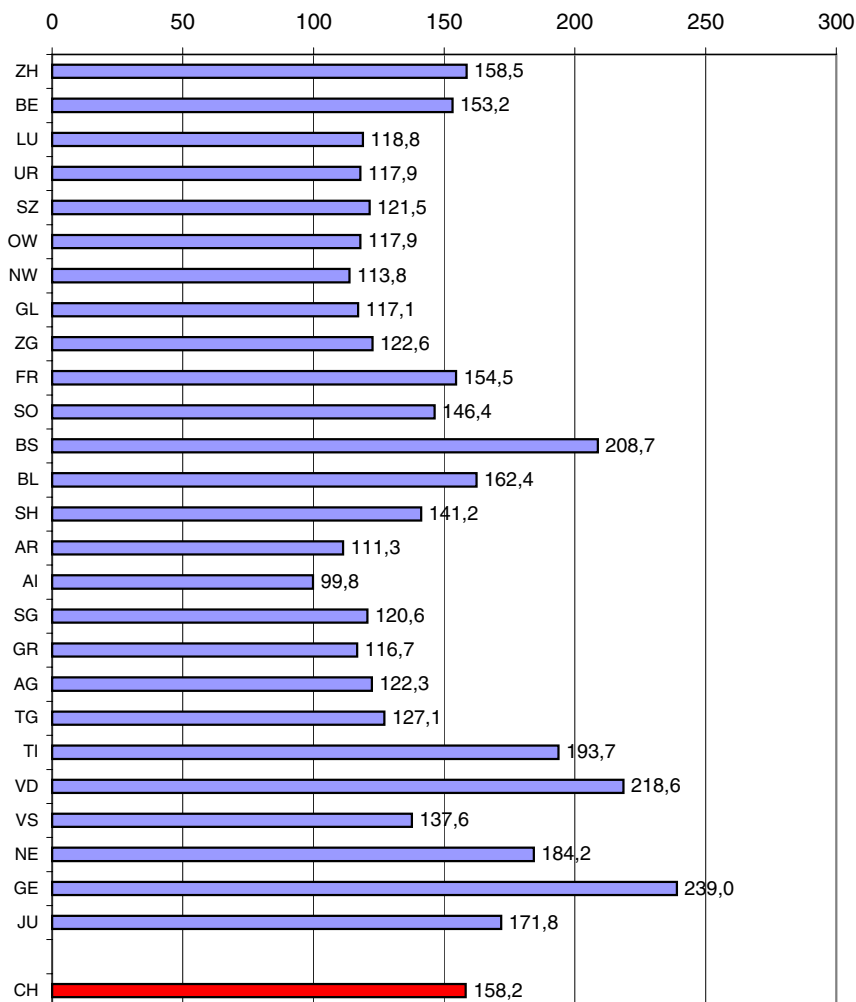
cantons	var 96-97	var 97-98	var 98-99	var 99-2000	augmentation
					annuelle moyenne 97-2000
1 ZH	18,6%	6,7%	4,5%	4,9%	8,5%
2 BE	12,8%	5,2%	6,7%	2,3%	6,7%
3 LU	6,6%	6,0%	0,0%	6,1%	4,6%
4 UR	7,8%	4,8%	-0,6%	2,6%	3,6%
5 SZ	15,0%	3,2%	-1,4%	2,2%	4,6%
6 OW	9,4%	-0,2%	-0,5%	3,1%	2,9%
7 NW	8,8%	0,8%	-1,2%	2,7%	2,7%
8 GL	11,4%	6,1%	0,7%	2,2%	5,0%
9 ZG	12,5%	-0,6%	-1,0%	3,5%	3,5%
10 FR	8,8%	-2,1%	1,6%	5,3%	3,3%
11 SO	27,6%	7,5%	2,7%	4,4%	10,1%
12 BS	18,8%	8,9%	8,4%	4,9%	10,1%
13 BL	20,2%	6,1%	0,9%	3,5%	7,4%
14 SH	19,6%	4,4%	5,7%	3,9%	8,2%
15 AR	14,4%	6,8%	-1,0%	2,2%	5,4%
16 AI	9,7%	3,9%	-1,3%	1,2%	3,3%
17 SG	15,0%	6,6%	1,6%	3,0%	6,4%
18 GR	20,2%	1,2%	1,1%	5,5%	6,7%
19 AG	39,9%	5,9%	3,6%	5,6%	12,8%
20 TG	21,3%	6,9%	4,4%	4,3%	9,0%
21 TI	13,5%	7,4%	1,2%	2,0%	5,9%
22 VD	5,7%	-1,1%	2,7%	1,6%	2,2%
23 VS	3,7%	-4,1%	0,9%	1,1%	0,4%
24 NE	15,0%	9,7%	6,3%	2,8%	8,4%
25 GE	12,5%	3,3%	1,5%	7,1%	6,0%
26 JU	9,1%	8,9%	1,3%	4,9%	6,0%
CH	13,17%	4,03%	3,30%	3,8%	6,0%

1) primes assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3

Source: OFAS

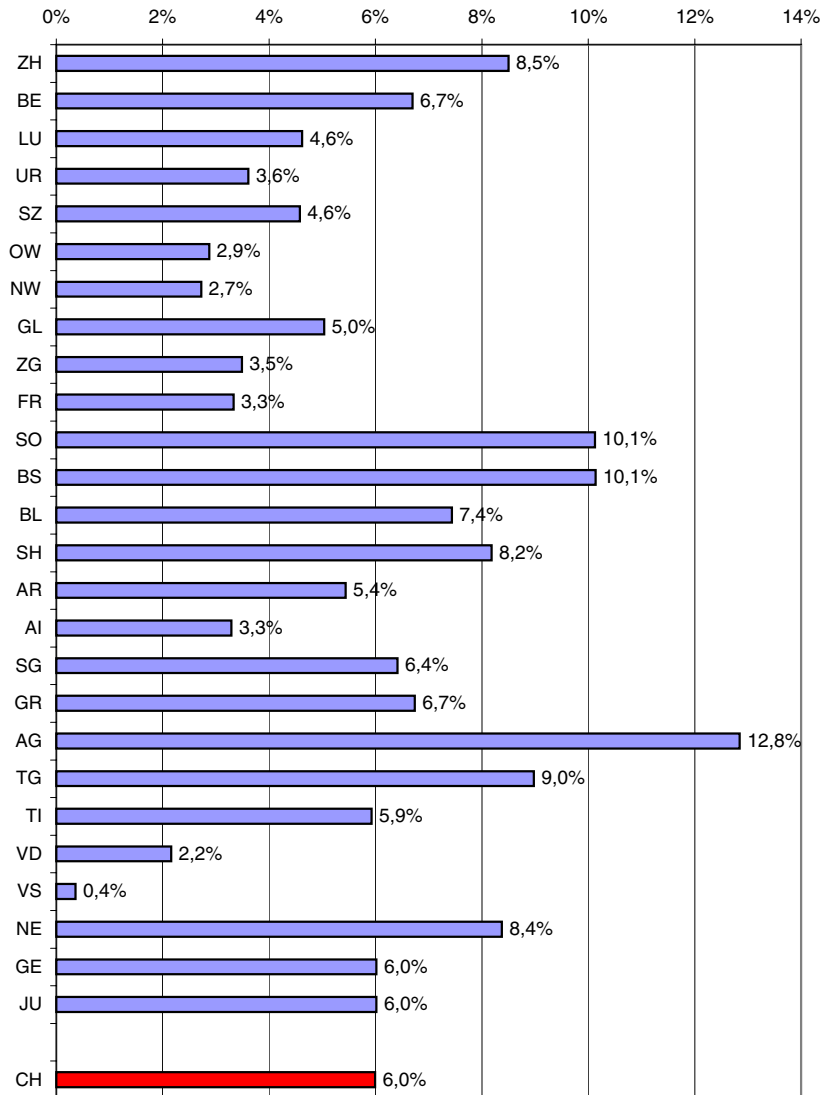
**G 4.1.4 a Primes mensuelles moyennes pour
l'ensemble des assurés (en frs)
assurance de base obligatoire 1996-2000**

primes avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3



**G 4.1.4 d Variation annuelle moyenne en %
des primes pour l'ensemble des assurés
assurance de base obligatoire 1997-2000**

primes avec franchise ordinaire et couverture accidents,
moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3



T 4.2 a Participation aux coûts annuelle moyenne par assuré (en frs)**Assurance de base des soins - ensemble des assurés**

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	176,0	178,4	225,3	246,6	293,3
2 BE	168,0	172,0	230,6	258,7	293,6
3 LU	142,5	144,9	175,2	190,1	226,0
4 UR	136,9	142,4	180,8	204,2	235,1
5 SZ	142,2	145,5	181,4	200,7	235,4
6 OW	137,8	139,5	173,2	193,0	230,9
7 NW	134,6	140,0	174,6	188,6	217,1
8 GL	149,1	150,8	194,8	216,4	247,4
9 ZG	147,5	148,0	191,3	212,3	248,2
10 FR	177,0	181,0	232,3	253,2	294,0
11 SO	166,1	166,6	217,9	238,1	275,7
12 BS	220,3	231,3	264,2	302,5	363,3
13 BL	194,1	197,4	240,7	268,2	308,7
14 SH	167,6	167,9	213,3	239,0	274,1
15 AR	138,3	141,4	176,9	196,2	224,1
16 AI	118,2	124,6	145,0	157,2	185,6
17 SG	146,1	150,5	184,5	205,6	238,1
18 GR	147,8	148,6	177,3	197,0	230,3
19 AG	154,9	158,3	194,8	211,7	250,2
20 TG	142,0	148,6	180,5	207,5	239,2
21 TI	201,5	205,9	269,0	298,2	352,3
22 VD	232,4	239,1	294,0	320,8	361,1
23 VS	163,6	166,3	217,1	238,3	272,3
24 NE	186,9	190,5	252,8	287,4	332,1
25 GE	267,1	267,2	309,9	336,6	396,3
26 JU	174,7	175,2	235,1	262,6	305,8
CH	177,9	181,4	227,5	251,1	291,9

Source: Institution commune LAMal, statistique de la compensation des risques

T 4.2 b Variation de la participation aux coûts annuelle moyenne par assuré

Assurance de base des soins - ensemble des assurés

Cantons	var 94-95	var 95-96	var 96-97	var 97-98	var. annuelle moyenne 94-98
1 ZH	1,4%	26,3%	9,4%	19,0%	13,6%
2 BE	2,3%	34,1%	12,2%	13,5%	15,0%
3 LU	1,7%	20,9%	8,5%	18,9%	12,2%
4 UR	4,0%	27,0%	12,9%	15,2%	14,5%
5 SZ	2,3%	24,7%	10,6%	17,3%	13,4%
6 OW	1,3%	24,2%	11,4%	19,6%	13,8%
7 NW	4,0%	24,7%	8,0%	15,1%	12,7%
8 GL	1,2%	29,2%	11,1%	14,3%	13,5%
9 ZG	0,3%	29,3%	11,0%	16,9%	13,9%
10 FR	2,3%	28,3%	9,0%	16,1%	13,5%
11 SO	0,3%	30,8%	9,3%	15,8%	13,5%
12 BS	5,0%	14,2%	14,5%	20,1%	13,3%
13 BL	1,7%	22,0%	11,4%	15,1%	12,3%
14 SH	0,2%	27,1%	12,0%	14,7%	13,1%
15 AR	2,3%	25,1%	10,9%	14,3%	12,8%
16 AI	5,4%	16,4%	8,4%	18,1%	11,9%
17 SG	3,0%	22,7%	11,4%	15,8%	13,0%
18 GR	0,5%	19,4%	11,1%	16,9%	11,7%
19 AG	2,2%	23,0%	8,7%	18,2%	12,7%
20 TG	4,7%	21,5%	14,9%	15,3%	13,9%
21 TI	2,2%	30,7%	10,8%	18,2%	15,0%
22 VD	2,9%	23,0%	9,1%	12,6%	11,7%
23 VS	1,6%	30,6%	9,8%	14,3%	13,6%
24 NE	1,9%	32,7%	13,7%	15,6%	15,5%
25 GE	0,0%	16,0%	8,6%	17,7%	10,4%
26 JU	0,2%	34,2%	11,7%	16,4%	15,0%
CH	2,0%	25,4%	10,4%	16,2%	13,2%

Source: Institution commune LAMal, statistique de la compensation des risques

T 4.3 a Prestations annuelles moyennes nettes par assuré (en frs) 1)**Assurance de base des soins - ensemble des assurés**

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 309,5	1 350,7	1 551,1	1 592,2	1 728,0
2 BE	1 210,6	1 274,7	1 421,6	1 560,0	1 562,4
3 LU	966,7	1 001,3	1 132,8	1 171,4	1 256,1
4 UR	1 015,2	1 073,0	1 143,7	1 191,0	1 201,7
5 SZ	1 082,8	1 124,2	1 184,2	1 190,3	1 230,3
6 OW	1 083,8	1 084,8	1 136,8	1 141,8	1 221,4
7 NW	919,1	957,5	1 093,6	1 065,1	1 114,3
8 GL	1 047,6	1 102,9	1 229,8	1 285,2	1 313,8
9 ZG	1 025,1	1 053,9	1 146,6	1 165,7	1 256,4
10 FR	1 297,8	1 342,9	1 416,1	1 449,4	1 595,5
11 SO	1 203,7	1 239,7	1 432,3	1 470,4	1 529,3
12 BS	1 906,3	2 049,8	2 137,7	2 262,8	2 420,8
13 BL	1 373,3	1 469,3	1 579,7	1 631,3	1 674,6
14 SH	1 161,8	1 209,6	1 364,2	1 468,6	1 502,7
15 AR	972,3	994,7	1 097,2	1 164,8	1 172,5
16 AI	868,6	891,8	938,2	964,8	999,6
17 SG	964,3	1 020,1	1 142,8	1 217,1	1 262,5
18 GR	975,0	1 016,5	1 100,5	1 207,6	1 257,7
19 AG	1 016,9	1 072,9	1 238,2	1 292,3	1 396,4
20 TG	988,5	1 133,8	1 212,3	1 399,9	1 439,6
21 TI	1 654,2	1 743,4	1 908,4	1 909,0	1 987,7
22 VD	1 714,4	1 750,3	1 897,6	1 994,6	2 029,6
23 VS	1 205,2	1 235,5	1 301,5	1 371,6	1 388,0
24 NE	1 550,8	1 647,5	1 813,1	1 968,2	2 036,6
25 GE	2 028,0	2 092,0	2 224,5	2 266,5	2 543,8
26 JU	1 463,4	1 483,9	1 686,4	1 866,1	1 892,6
CH	1 303,6	1 360,5	1 502,5	1 575,1	1 654,0

1) prestations nettes = prestations brutes - participation aux coûts

Source: Institution commune LAMal, statistique de la compensation des risques

T 4.3 b Variation des prestations annuelles moyennes nettes par assuré

Assurance de base des soins - ensemble des assurés

Cantons	var 94-95	var 95-96	var 96-97	var 97-98	var. annuelle moyenne 94-98
1 ZH	3,1%	14,8%	2,7%	8,5%	7,2%
2 BE	5,3%	11,5%	9,7%	0,2%	6,6%
3 LU	3,6%	13,1%	3,4%	7,2%	6,8%
4 UR	5,7%	6,6%	4,1%	0,9%	4,3%
5 SZ	3,8%	5,3%	0,5%	3,4%	3,2%
6 OW	0,1%	4,8%	0,4%	7,0%	3,0%
7 NW	4,2%	14,2%	-2,6%	4,6%	4,9%
8 GL	5,3%	11,5%	4,5%	2,2%	5,8%
9 ZG	2,8%	8,8%	1,7%	7,8%	5,2%
10 FR	3,5%	5,4%	2,4%	10,1%	5,3%
11 SO	3,0%	15,5%	2,7%	4,0%	6,2%
12 BS	7,5%	4,3%	5,9%	7,0%	6,2%
13 BL	7,0%	7,5%	3,3%	2,7%	5,1%
14 SH	4,1%	12,8%	7,7%	2,3%	6,6%
15 AR	2,3%	10,3%	6,2%	0,7%	4,8%
16 AI	2,7%	5,2%	2,8%	3,6%	3,6%
17 SG	5,8%	12,0%	6,5%	3,7%	7,0%
18 GR	4,3%	8,3%	9,7%	4,2%	6,6%
19 AG	5,5%	15,4%	4,4%	8,1%	8,3%
20 TG	14,7%	6,9%	15,5%	2,8%	9,9%
21 TI	5,4%	9,5%	0,0%	4,1%	4,7%
22 VD	2,1%	8,4%	5,1%	1,8%	4,3%
23 VS	2,5%	5,3%	5,4%	1,2%	3,6%
24 NE	6,2%	10,1%	8,6%	3,5%	7,0%
25 GE	3,2%	6,3%	1,9%	12,2%	5,8%
26 JU	1,4%	13,6%	10,7%	1,4%	6,6%
CH	4,4%	10,4%	4,8%	5,0%	6,1%

Source: Institution commune LAMal, statistique de la compensation des risques

T 4.4.1 Réductions des primes dans l'assurance obligatoire (en milliers de frs) 1)

Cantons	1996	1997	1998	1999	moyenne 1996-1999
1 ZH	208 028,3	229 525,5	252 184,9	278 320,1	242 014,7
2 BE	302 455,9	366 411,0	401 072,9	440 728,5	377 667,1
3 LU	59 121,1	62 993,0	68 386,0	75 359,2	66 464,8
4 UR	12 372,1	13 022,0	10 546,9	9 482,2	11 355,8
5 SZ	20 749,8	22 084,5	24 426,4	26 996,7	23 564,4
6 OW	5 443,7	5 723,0	6 239,5	8 216,3	6 405,6
7 NW	6 080,0	6 410,5	8 552,9	7 760,3	7 200,9
8 GL	6 875,4	7 133,5	11 703,7	10 225,1	8 984,4
9 ZG	15 588,9	16 642,0	18 408,6	20 402,7	17 760,6
10 FR	77 661,6	88 614,0	94 908,4	104 299,9	91 371,0
11 SO	41 428,9	47 377,8	48 877,6	54 281,2	47 991,4
12 BS	71 016,0	79 185,0	86 502,6	94 720,5	82 856,0
13 BL	49 969,2	75 200,0	69 000,0	68 000,0	65 542,3
14 SH	13 023,4	16 504,0	19 610,0	21 480,0	17 654,4
15 AR	12 338,5	15 352,1	11 720,8	19 864,8	14 819,1
16 AI	5 054,9	5 172,0	4 490,2	4 318,1	4 758,8
17 SG	77 060,6	81 011,0	88 668,4	97 827,5	86 141,9
18 GR	32 733,1	44 806,5	49 330,2	50 118,4	44 247,1
19 AG	91 058,8	95 264,0	104 949,4	116 237,3	101 877,4
20 TG	76 282,9	79 949,0	89 029,6	99 167,4	86 107,2
21 TI	104 031,8	117 878,0	129 505,0	142 829,2	123 561,0
22 VD	214 673,9	253 944,0	273 515,5	298 117,8	260 062,8
23 VS	93 321,1	102 413,0	11 830,5	120 494,7	82 014,8
24 NE	58 042,9	63 843,0	70 720,5	78 427,2	67 758,4
25 GE	137 436,6	166 338,0	181 594,4	197 518,3	170 721,8
26 JU	23 719,1	26 375,0	28 527,7	31 454,3	27 519,0
CH	1 815 568,6	2 087 171,5	2 263 292,5	2 476 647,7	2 160 670,1

1) total annuel alloué après diminution par les cantons

Source: OFAS, statistique de la réduction des primes

**T 4.4.2 Pourcentages des réductions des primes alloués
par rapport au maximum allouable 1)**

Cantons	1996	1997	1998	1999	moyenne 1996-1999
1 ZH	50%	50%	50%	50%	50,0%
2 BE	90%	100%	100%	100%	97,5%
3 LU	50%	50%	50%	50%	50,0%
4 UR	100%	100%	75%	62%	84,3%
5 SZ	50%	50%	50%	50%	50,0%
6 OW	50%	50%	50%	60%	52,5%
7 NW	50%	50%	61%	50%	52,7%
8 GL	50%	50%	75%	60%	58,8%
9 ZG	50%	50%	75%	50%	56,3%
10 FR	100%	100%	50%	100%	87,5%
11 SO	50%	53%	100%	50%	63,3%
12 BS	100%	100%	50%	100%	87,5%
13 BL	57%	78%	100%	59%	73,5%
14 SH	50%	60%	65%	65%	60,1%
15 AR	65%	79%	65%	85%	73,6%
16 AI	100%	100%	55%	70%	81,3%
17 SG	50%	50%	80%	50%	57,5%
18 GR	50%	65%	50%	60%	56,3%
19 AG	50%	50%	65%	50%	53,8%
20 TG	100%	100%	50%	100%	87,5%
21 TI	100%	100%	100%	100%	100,0%
22 VD	100%	100%	100%	100%	100,0%
23 VS	100%	100%	100%	100%	100,0%
24 NE	100%	100%	100%	100%	100,0%
25 GE	100%	100%	100%	100%	100,0%
26 JU	100%	100%	100%	100%	100,0%
CH	73,5%	76,8%	76,1%	75,7%	75,6%

1) équivalent à 100% - facteur de diminution appliqué par les cantons

Source: OFAS, statistique de la réduction des primes

T 4.4.3 a Nombre de bénéficiaires de la réduction des primes (en milliers)

Cantons	1996	1997	1998
1 ZH	223,7	267,7	357,4
2 BE	299,8	315,8	327,7
3 LU	38,2	77,9	100,0
4 UR	18,8	19,0	18,7
5 SZ	27,6	33,2	31,0
6 OW	6,1	7,8	8,5
7 NW	12,3	12,0	10,1
8 GL	8,1	10,1	10,0
9 ZG	21,9	16,8	27,1
10 FR	51,3	67,7	75,1
11 SO	19,6	50,2	82,7
12 BS	38,7	42,7	52,7
13 BL	87,9	88,4	97,2
14 SH	19,4	21,8	27,3
15 AR	15,7	17,5	17,7
16 AI	9,1	11,5	7,4
17 SG	120,0	143,9	155,1
18 GR	55,4	65,4	69,7
19 AG	68,4	74,9	91,5
20 TG	107,2	116,5	106,6
21 TI	68,7	85,0	85,9
22 VD	91,1	129,5	145,5
23 VS	68,7	77,0	85,1
24 NE	54,5	61,3	60,2
25 GE	101,4	114,8	162,9
26 JU	22,7	27,6	27,3
CH	1 656,4	1 956,0	2 240,5

Source: OFAS

T 4.4.3 b Nombre d'assurés dans l'assurance de base (en milliers) 1)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 173,8	1 182,0	1 199,2	1 199,4	1 207,1
2 BE	939,5	943,0	954,4	955,7	956,2
3 LU	349,0	350,2	355,2	348,9	350,1
4 UR	36,3	36,3	36,4	36,2	36,1
5 SZ	118,3	120,3	123,1	125,7	126,9
6 OW	30,0	30,2	31,3	32,6	32,8
7 NW	36,9	36,9	35,4	36,6	37,1
8 GL	39,7	39,9	40,0	39,7	39,4
9 ZG	89,7	91,6	93,4	94,8	96,4
10 FR	225,2	228,0	230,8	232,3	234,7
11 SO	238,7	241,1	243,1	246,2	247,5
12 BS	199,0	196,8	202,7	197,0	191,5
13 BL	246,8	250,9	253,1	257,2	259,2
14 SH	74,5	75,3	75,6	75,4	75,1
15 AR	54,9	54,9	54,7	55,2	55,0
16 AI	14,7	14,7	15,0	14,9	14,9
17 SG	442,4	445,4	449,5	450,7	451,9
18 GR	198,7	198,8	195,8	196,3	196,6
19 AG	523,1	531,4	540,0	542,1	550,5
20 TG	220,1	222,9	225,3	228,7	228,9
21 TI	298,8	301,6	306,3	306,7	307,8
22 VD	599,8	604,1	609,4	611,9	614,4
23 VS	277,4	277,8	280,2	280,0	281,1
24 NE	166,7	167,1	169,1	168,6	168,6
25 GE	378,2	381,9	380,9	379,1	381,6
26 JU	69,8	69,9	70,4	70,3	70,3
CH	7 042,1	7 093,2	7 170,5	7 182,5	7 211,6

1) assurance de base obligatoire dès 1996, auparavant assurance des soins

Source: statistique de la compensation des risques

**T 4.4.3 c Pourcentages de bénéficiaires de la réduction des primes
par rapport au nombre d'assurés**

Cantons	1996	1997	1998	moyenne 1996-98
1 ZH	18,7%	22,3%	29,6%	23,5%
2 BE	31,4%	33,0%	34,3%	32,9%
3 LU	10,8%	22,3%	28,6%	20,5%
4 UR	51,6%	52,4%	51,7%	51,9%
5 SZ	22,5%	26,4%	24,4%	24,4%
6 OW	19,5%	24,0%	25,8%	23,1%
7 NW	34,8%	32,7%	27,2%	31,6%
8 GL	20,3%	25,3%	25,4%	23,7%
9 ZG	23,4%	17,7%	28,1%	23,1%
10 FR	22,2%	29,2%	32,0%	27,8%
11 SO	8,1%	20,4%	33,4%	20,6%
12 BS	19,1%	21,7%	27,5%	22,8%
13 BL	34,7%	34,4%	37,5%	35,5%
14 SH	25,6%	28,9%	36,3%	30,3%
15 AR	28,7%	31,8%	32,2%	30,9%
16 AI	60,7%	77,4%	50,0%	62,7%
17 SG	26,7%	31,9%	34,3%	31,0%
18 GR	28,3%	33,3%	35,5%	32,4%
19 AG	12,7%	13,8%	16,6%	14,4%
20 TG	47,6%	51,0%	46,6%	48,4%
21 TI	22,4%	27,7%	27,9%	26,0%
22 VD	14,9%	21,2%	23,7%	19,9%
23 VS	24,5%	27,5%	30,3%	27,4%
24 NE	32,2%	36,4%	35,7%	34,8%
25 GE	26,6%	30,3%	42,7%	33,2%
26 JU	32,3%	39,3%	38,9%	36,8%
CH	23,1%	27,2%	31,1%	27,1%

Source: OFAS et statistique de la compensation des risques

T 4.4.4 Réductions des primes dans l'assurance obligatoire

Moyenne mensuelle en frs par bénéficiaire

Cantons	1996	1997	1998	moyenne 1996-1998	écart en % de moyenne CH 1996-1998
1 ZH	77,49	71,46	58,79	69,25	-21,4%
2 BE	84,08	96,69	102,00	94,26	6,9%
3 LU	128,95	67,40	56,97	84,44	-4,2%
4 UR	54,87	57,23	47,07	53,06	-39,8%
5 SZ	62,54	55,38	65,70	61,21	-30,6%
6 OW	74,39	60,94	61,40	65,58	-25,6%
7 NW	41,11	44,57	70,60	52,09	-40,9%
8 GL	70,62	59,14	97,37	75,71	-14,1%
9 ZG	59,43	82,71	56,65	66,26	-24,8%
10 FR	126,07	109,03	105,34	113,48	28,7%
11 SO	176,37	78,69	49,26	101,44	15,1%
12 BS	153,04	154,47	136,88	148,13	68,0%
13 BL	47,35	70,87	59,16	59,12	-32,9%
14 SH	56,07	63,17	59,95	59,73	-32,2%
15 AR	65,57	72,93	55,17	64,56	-26,8%
16 AI	46,28	37,35	50,25	44,63	-49,4%
17 SG	53,52	46,90	47,63	49,35	-44,0%
18 GR	49,23	57,12	58,94	55,10	-37,5%
19 AG	110,86	106,06	95,55	104,16	18,2%
20 TG	59,28	57,16	69,61	62,02	-29,6%
21 TI	126,11	115,54	125,62	122,42	38,9%
22 VD	196,42	163,40	156,61	172,14	95,3%
23 VS	113,15	110,89	11,59	78,54	-10,9%
24 NE	88,81	86,81	97,86	91,16	3,4%
25 GE	112,92	120,73	92,87	108,84	23,5%
26 JU	86,99	79,64	86,98	84,54	-4,1%
CH	91,34	88,92	84,18	88,15	

Source: OFAS, statistique de la réduction des primes et compensation des risques

T 4.5 a Nombre de médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	2 227	2 361	2 428	2 493	2 549
2 BE	1 618	1 676	1 730	1 757	1 789
3 LU	443	452	464	470	474
4 UR	40	40	40	40	42
5 SZ	105	116	122	129	134
6 OW	29	29	30	30	32
7 NW	31	32	33	33	37
8 GL	45	43	43	45	47
9 ZG	129	132	142	148	155
10 FR	303	315	320	325	331
11 SO	322	322	326	340	355
12 BS	614	631	657	671	669
13 BL	413	429	449	448	455
14 SH	120	123	127	127	132
15 AR	70	67	71	71	76
16 AI	9	11	11	12	13
17 SG	582	598	617	637	662
18 GR	288	292	298	308	316
19 AG	661	679	697	702	712
20 TG	242	252	255	260	271
21 TI	457	498	522	549	556
22 VD	1 247	1 307	1 362	1 413	1 453
23 VS	399	426	428	431	440
24 NE	279	290	302	311	317
25 GE	1 054	1 115	1 149	1 196	1 242
26 JU	87	91	88	92	98
CH	11 814	12 327	12 711	13 038	13 357

Source: OFAS

T 4.5 b Nombre de médecins en pratique privée (spécialistes)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 456	1 541	1 596	1 638	1 737
2 BE	1 078	1 125	1 168	1 199	1 235
3 LU	255	258	266	271	278
4 UR	18	19	19	20	22
5 SZ	45	53	58	62	67
6 OW	11	11	12	12	14
7 NW	13	15	16	16	20
8 GL	21	20	20	21	22
9 ZG	82	84	90	97	101
10 FR	201	210	213	214	222
11 SO	166	169	172	189	206
12 BS	510	520	544	558	556
13 BL	257	268	282	287	296
14 SH	67	69	72	72	79
15 AR	31	31	33	37	41
16 AI	5	5	5	5	6
17 SG	325	333	344	357	393
18 GR	153	157	157	164	176
19 AG	386	401	422	432	447
20 TG	114	121	126	129	139
21 TI	289	317	335	356	367
22 VD	802	852	905	945	1 003
23 VS	243	254	258	265	272
24 NE	168	176	188	193	202
25 GE	859	907	929	968	1 018
26 JU	48	49	48	50	59
CH	7 603	7 965	8 278	8 557	8 978

Source: OFAS

T 4.5 c Nombre de médecins en pratique privée (généralistes)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	771	820	832	855	812
2 BE	540	551	562	558	554
3 LU	188	194	198	199	196
4 UR	22	21	21	20	20
5 SZ	60	63	64	67	67
6 OW	18	18	18	18	18
7 NW	18	17	17	17	17
8 GL	24	23	23	24	25
9 ZG	47	48	52	51	54
10 FR	102	105	107	111	109
11 SO	156	153	154	151	149
12 BS	104	111	113	113	113
13 BL	156	161	167	161	159
14 SH	53	54	55	55	53
15 AR	39	36	38	34	35
16 AI	4	6	6	7	7
17 SG	257	265	273	280	269
18 GR	135	135	141	144	140
19 AG	275	278	275	270	265
20 TG	128	131	129	131	132
21 TI	168	181	187	193	189
22 VD	445	455	457	468	450
23 VS	156	172	170	166	168
24 NE	111	114	114	118	115
25 GE	195	208	220	228	224
26 JU	39	42	40	42	39
CH	4 211	4 362	4 433	4 481	4 379

Source: OFAS

T 4.5 d Variation du nombre de médecins (généralistes et spécialistes)

Cantons	var 94-95	var 95-96	var 96-97	var 97-98	var. annuelle moyenne 94-98
1 ZH	6,0%	2,8%	2,7%	2,2%	3,4%
2 BE	3,6%	3,2%	1,6%	1,8%	2,5%
3 LU	2,0%	2,7%	1,3%	0,9%	1,7%
4 UR	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	1,2%
5 SZ	10,5%	5,2%	5,7%	3,9%	6,3%
6 OW	0,0%	3,4%	0,0%	6,7%	2,5%
7 NW	3,2%	3,1%	0,0%	12,1%	4,5%
8 GL	-4,4%	0,0%	4,7%	4,4%	1,1%
9 ZG	2,3%	7,6%	4,2%	4,7%	4,7%
10 FR	4,0%	1,6%	1,6%	1,8%	2,2%
11 SO	0,0%	1,2%	4,3%	4,4%	2,5%
12 BS	2,8%	4,1%	2,1%	-0,3%	2,2%
13 BL	3,9%	4,7%	-0,2%	1,6%	2,5%
14 SH	2,5%	3,3%	0,0%	3,9%	2,4%
15 AR	-4,3%	6,0%	0,0%	7,0%	2,1%
16 AI	22,2%	0,0%	9,1%	8,3%	9,6%
17 SG	2,7%	3,2%	3,2%	3,9%	3,3%
18 GR	1,4%	2,1%	3,4%	2,6%	2,3%
19 AG	2,7%	2,7%	0,7%	1,4%	1,9%
20 TG	4,1%	1,2%	2,0%	4,2%	2,9%
21 TI	9,0%	4,8%	5,2%	1,3%	5,0%
22 VD	4,8%	4,2%	3,7%	2,8%	3,9%
23 VS	6,8%	0,5%	0,7%	2,1%	2,5%
24 NE	3,9%	4,1%	3,0%	1,9%	3,2%
25 GE	5,8%	3,0%	4,1%	3,8%	4,2%
26 JU	4,6%	-3,3%	4,5%	6,5%	3,0%
CH	4,3%	3,1%	2,6%	2,4%	3,1%

T 4.5 e Population résidante moyenne en milliers

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	1 181,3	1 187,9	1 194,1	1 197,4	1 201,2
2 BE	951,7	951,8	950,7	947,6	947,4
3 LU	337,3	339,6	340,9	341,3	341,9
4 UR	35,2	35,2	35,1	34,9	34,7
5 SZ	119,4	121,3	122,6	123,8	125,1
6 OW	31,0	31,3	31,4	31,6	31,8
7 NW	35,0	35,5	35,8	36,1	36,3
8 GL	39,1	39,3	39,0	38,5	38,3
9 ZG	89,8	91,6	93,2	94,5	95,7
10 FR	223,3	226,1	228,8	231,0	232,9
11 SO	235,7	237,0	238,6	239,3	240,7
12 BS	200,8	200,0	198,8	196,8	194,8
13 BL	249,4	250,2	251,5	252,6	253,9
14 SH	73,5	73,7	73,6	73,3	73,2
15 AR	54,0	54,0	53,8	53,7	53,5
16 AI	14,4	14,4	14,4	14,5	14,5
17 SG	439,7	442,1	443,4	443,3	443,8
18 GR	187,8	189,2	189,3	187,8	187,3
19 AG	520,1	525,4	528,9	530,9	533,2
20 TG	219,1	222,4	224,3	225,0	225,7
21 TI	297,3	300,4	301,4	301,1	301,8
22 VD	610,6	614,8	616,8	617,3	619,9
23 VS	266,5	268,7	269,4	269,4	270,3
24 NE	164,9	165,6	166,1	165,9	166,0
25 GE	392,5	395,9	396,0	398,2	400,6
26 JU	67,5	67,7	67,6	67,6	67,4
CH	7 036,9	7 080,9	7 105,4	7 113,6	7 131,9

Source: OFS

T 4.5 f Densité de médecins (généralistes et spécialistes) 1)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998	Moyenne 94-98
1 ZH	1,89	1,99	2,03	2,08	2,12	2,02
2 BE	1,70	1,76	1,82	1,85	1,89	1,80
3 LU	1,31	1,33	1,36	1,38	1,39	1,35
4 UR	1,14	1,14	1,14	1,15	1,21	1,15
5 SZ	0,88	0,96	0,99	1,04	1,07	0,99
6 OW	0,93	0,93	0,95	0,95	1,01	0,95
7 NW	0,89	0,90	0,92	0,91	1,02	0,93
8 GL	1,15	1,10	1,10	1,17	1,23	1,15
9 ZG	1,44	1,44	1,52	1,57	1,62	1,52
10 FR	1,36	1,39	1,40	1,41	1,42	1,40
11 SO	1,37	1,36	1,37	1,42	1,48	1,40
12 BS	3,06	3,16	3,30	3,41	3,43	3,27
13 BL	1,66	1,71	1,79	1,77	1,79	1,74
14 SH	1,63	1,67	1,73	1,73	1,80	1,71
15 AR	1,30	1,24	1,32	1,32	1,42	1,32
16 AI	0,63	0,76	0,76	0,83	0,90	0,78
17 SG	1,32	1,35	1,39	1,44	1,49	1,40
18 GR	1,53	1,54	1,57	1,64	1,69	1,60
19 AG	1,27	1,29	1,32	1,32	1,34	1,31
20 TG	1,10	1,13	1,14	1,16	1,20	1,15
21 TI	1,54	1,66	1,73	1,82	1,84	1,72
22 VD	2,04	2,13	2,21	2,29	2,34	2,20
23 VS	1,50	1,59	1,59	1,60	1,63	1,58
24 NE	1,69	1,75	1,82	1,87	1,91	1,81
25 GE	2,69	2,82	2,90	3,00	3,10	2,90
26 JU	1,29	1,34	1,30	1,36	1,45	1,35
CH	1,68	1,74	1,79	1,83	1,87	1,78

1) nombre de médecins pour 1'000 habitants

T 4.5 g Densité de médecins spécialistes 1)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998	Moyenne 94-98
1 ZH	1,23	1,30	1,34	1,37	1,45	1,34
2 BE	1,13	1,18	1,23	1,27	1,30	1,22
3 LU	0,76	0,76	0,78	0,79	0,81	0,78
4 UR	0,51	0,54	0,54	0,57	0,63	0,56
5 SZ	0,38	0,44	0,47	0,50	0,54	0,46
6 OW	0,35	0,35	0,38	0,38	0,44	0,38
7 NW	0,37	0,42	0,45	0,44	0,55	0,45
8 GL	0,54	0,51	0,51	0,54	0,57	0,54
9 ZG	0,91	0,92	0,97	1,03	1,05	0,98
10 FR	0,90	0,93	0,93	0,93	0,95	0,93
11 SO	0,70	0,71	0,72	0,79	0,86	0,76
12 BS	2,54	2,60	2,74	2,83	2,85	2,71
13 BL	1,03	1,07	1,12	1,14	1,17	1,10
14 SH	0,91	0,94	0,98	0,98	1,08	0,98
15 AR	0,57	0,57	0,61	0,69	0,77	0,64
16 AI	0,35	0,35	0,35	0,35	0,41	0,36
17 SG	0,74	0,75	0,78	0,81	0,89	0,79
18 GR	0,81	0,83	0,83	0,87	0,94	0,86
19 AG	0,74	0,76	0,80	0,81	0,84	0,79
20 TG	0,52	0,54	0,56	0,57	0,62	0,56
21 TI	0,97	1,06	1,11	1,18	1,22	1,11
22 VD	1,31	1,39	1,47	1,53	1,62	1,46
23 VS	0,91	0,95	0,96	0,98	1,01	0,96
24 NE	1,02	1,06	1,13	1,16	1,22	1,12
25 GE	2,19	2,29	2,35	2,43	2,54	2,36
26 JU	0,71	0,72	0,71	0,74	0,88	0,75
CH	1,08	1,12	1,17	1,20	1,26	1,17

1) nombre de médecins pour 1'000 habitants

T 4.5 h Densité de médecins généralistes 1)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998	Moyenne 94-98
1 ZH	0,65	0,69	0,70	0,71	0,68	0,69
2 BE	0,57	0,58	0,59	0,59	0,58	0,58
3 LU	0,56	0,57	0,58	0,58	0,57	0,57
4 UR	0,63	0,60	0,60	0,57	0,58	0,59
5 SZ	0,50	0,52	0,52	0,54	0,54	0,52
6 OW	0,58	0,57	0,57	0,57	0,57	0,57
7 NW	0,51	0,48	0,47	0,47	0,47	0,48
8 GL	0,61	0,59	0,59	0,62	0,65	0,61
9 ZG	0,52	0,52	0,56	0,54	0,56	0,54
10 FR	0,46	0,46	0,47	0,48	0,47	0,47
11 SO	0,66	0,65	0,65	0,63	0,62	0,64
12 BS	0,52	0,56	0,57	0,57	0,58	0,56
13 BL	0,63	0,64	0,66	0,64	0,63	0,64
14 SH	0,72	0,73	0,75	0,75	0,72	0,74
15 AR	0,72	0,67	0,71	0,63	0,65	0,68
16 AI	0,28	0,42	0,42	0,48	0,48	0,42
17 SG	0,58	0,60	0,62	0,63	0,61	0,61
18 GR	0,72	0,71	0,74	0,77	0,75	0,74
19 AG	0,53	0,53	0,52	0,51	0,50	0,52
20 TG	0,58	0,59	0,58	0,58	0,58	0,58
21 TI	0,57	0,60	0,62	0,64	0,63	0,61
22 VD	0,73	0,74	0,74	0,76	0,73	0,74
23 VS	0,59	0,64	0,63	0,62	0,62	0,62
24 NE	0,67	0,69	0,69	0,71	0,69	0,69
25 GE	0,50	0,53	0,56	0,57	0,56	0,54
26 JU	0,58	0,62	0,59	0,62	0,58	0,60
CH	0,60	0,62	0,62	0,63	0,61	0,62

1) nombre de médecins pour 1'000 habitants

T 4.5 i Variation de la densité de médecins (généralistes et spécialistes)

Cantons	var				var. annuelle
	94-95	95-96	96-97	97-98	moyenne 94-98
1 ZH	5,4%	2,3%	2,4%	1,9%	3,0%
2 BE	3,6%	3,3%	1,9%	1,8%	2,7%
3 LU	1,3%	2,3%	1,2%	0,7%	1,4%
4 UR	0,0%	0,3%	0,5%	5,5%	1,6%
5 SZ	8,8%	4,0%	4,7%	2,8%	5,1%
6 OW	-0,9%	3,1%	-0,4%	5,9%	1,9%
7 NW	1,7%	2,1%	-0,8%	11,6%	3,5%
8 GL	-4,7%	0,6%	6,0%	5,1%	1,7%
9 ZG	0,3%	5,7%	2,9%	3,3%	3,0%
10 FR	2,7%	0,4%	0,6%	1,0%	1,2%
11 SO	-0,6%	0,6%	4,0%	3,8%	1,9%
12 BS	3,2%	4,7%	3,2%	0,7%	2,9%
13 BL	3,5%	4,1%	-0,6%	1,1%	2,0%
14 SH	2,3%	3,4%	0,3%	4,1%	2,5%
15 AR	-4,3%	6,3%	0,3%	7,4%	2,3%
16 AI	22,1%	-0,4%	8,9%	8,1%	9,4%
17 SG	2,2%	2,9%	3,3%	3,8%	3,0%
18 GR	0,6%	2,0%	4,2%	2,9%	2,4%
19 AG	1,7%	2,0%	0,3%	1,0%	1,2%
20 TG	2,6%	0,3%	1,6%	3,9%	2,1%
21 TI	7,8%	4,5%	5,3%	1,1%	4,6%
22 VD	4,1%	3,9%	3,7%	2,4%	3,5%
23 VS	5,9%	0,2%	0,7%	1,7%	2,1%
24 NE	3,5%	3,9%	3,1%	1,9%	3,1%
25 GE	4,9%	3,0%	3,5%	3,2%	3,7%
26 JU	4,2%	-3,1%	4,6%	6,8%	3,1%
CH	3,7%	2,8%	2,5%	2,2%	2,8%

T 4.5 j Corrélation entre densité des médecins et primes

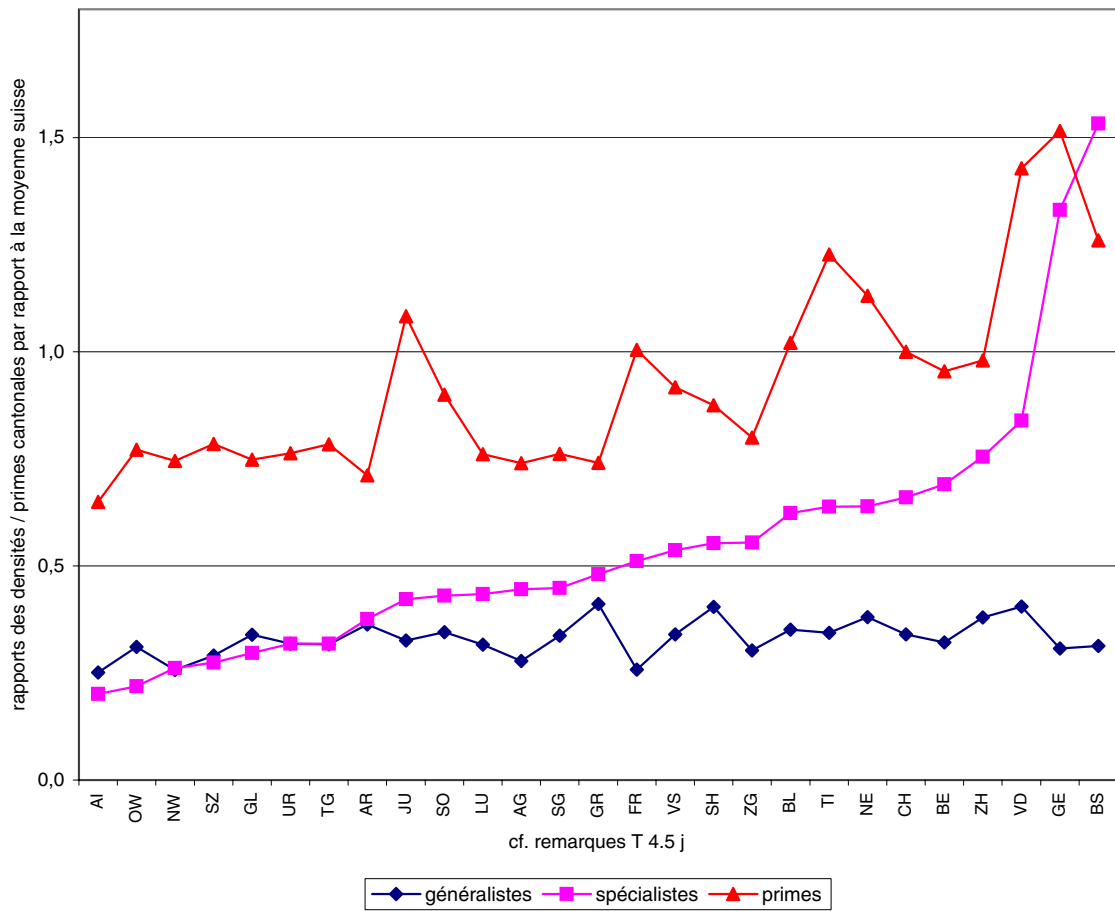
Cantons	<u>Médecins généralistes 1)</u>				<u>Médecins spécialistes 1)</u>			
	1996	1997	1998	Moyenne 96-98	1996	1997	1998	Moyenne 96-98
1 ZH	0,39	0,39	0,36	0,38	0,75	0,75	0,77	0,76
2 BE	0,33	0,32	0,31	0,32	0,69	0,69	0,70	0,69
3 LU	0,32	0,32	0,31	0,32	0,44	0,43	0,43	0,43
4 UR	0,33	0,31	0,31	0,32	0,30	0,31	0,34	0,32
5 SZ	0,29	0,30	0,29	0,29	0,26	0,27	0,29	0,27
6 OW	0,32	0,31	0,30	0,31	0,21	0,21	0,24	0,22
7 NW	0,27	0,26	0,25	0,26	0,25	0,24	0,29	0,26
8 GL	0,33	0,34	0,35	0,34	0,29	0,30	0,31	0,30
9 ZG	0,31	0,29	0,30	0,30	0,54	0,56	0,56	0,55
10 FR	0,26	0,26	0,25	0,26	0,52	0,51	0,51	0,51
11 SO	0,36	0,34	0,33	0,35	0,40	0,43	0,46	0,43
12 BS	0,32	0,31	0,31	0,31	1,53	1,55	1,52	1,53
13 BL	0,37	0,35	0,33	0,35	0,63	0,62	0,62	0,62
14 SH	0,42	0,41	0,39	0,40	0,55	0,54	0,58	0,55
15 AR	0,39	0,35	0,35	0,36	0,34	0,38	0,41	0,38
16 AI	0,23	0,26	0,26	0,25	0,19	0,19	0,22	0,20
17 SG	0,34	0,34	0,32	0,34	0,43	0,44	0,47	0,45
18 GR	0,42	0,42	0,40	0,41	0,46	0,48	0,50	0,48
19 AG	0,29	0,28	0,27	0,28	0,45	0,44	0,45	0,45
20 TG	0,32	0,32	0,31	0,32	0,31	0,31	0,33	0,32
21 TI	0,35	0,35	0,33	0,34	0,62	0,64	0,65	0,64
22 VD	0,41	0,41	0,39	0,41	0,82	0,84	0,86	0,84
23 VS	0,35	0,34	0,33	0,34	0,54	0,54	0,54	0,54
24 NE	0,38	0,39	0,37	0,38	0,63	0,63	0,65	0,64
25 GE	0,31	0,31	0,30	0,31	1,31	1,33	1,36	1,33
26 JU	0,33	0,34	0,31	0,33	0,40	0,40	0,47	0,42
CH	0,35	0,34	0,33	0,34	0,65	0,66	0,67	0,66

Cantons	<u>Médecins généralistes et spécialistes 1)</u>				<u>Primes LAMal 2)</u>			
	1996	1997	1998	Moyenne 96-98	1996	1997	1998	Moyenne 96-98
1 ZH	1,14	1,14	1,13	1,14	0,94	0,99	1,01	0,98
2 BE	1,02	1,01	1,01	1,01	0,95	0,95	0,96	0,95
3 LU	0,76	0,75	0,74	0,75	0,79	0,74	0,76	0,76
4 UR	0,64	0,63	0,65	0,64	0,79	0,75	0,75	0,76
5 SZ	0,56	0,57	0,57	0,57	0,78	0,79	0,79	0,79
6 OW	0,53	0,52	0,54	0,53	0,80	0,77	0,74	0,77
7 NW	0,51	0,50	0,54	0,52	0,77	0,74	0,72	0,75
8 GL	0,62	0,64	0,66	0,64	0,75	0,74	0,75	0,75
9 ZG	0,85	0,85	0,86	0,86	0,82	0,81	0,77	0,80
10 FR	0,78	0,77	0,76	0,77	1,05	1,01	0,95	1,00
11 SO	0,76	0,78	0,79	0,78	0,82	0,92	0,96	0,90
12 BS	1,85	1,86	1,83	1,85	1,20	1,26	1,32	1,26
13 BL	1,00	0,97	0,96	0,97	0,97	1,03	1,06	1,02
14 SH	0,97	0,94	0,96	0,96	0,84	0,89	0,89	0,88
15 AR	0,74	0,72	0,76	0,74	0,70	0,71	0,73	0,71
16 AI	0,43	0,45	0,48	0,45	0,66	0,64	0,64	0,65
17 SG	0,78	0,78	0,80	0,79	0,75	0,76	0,78	0,76
18 GR	0,88	0,89	0,90	0,89	0,72	0,76	0,74	0,74
19 AG	0,74	0,72	0,71	0,72	0,64	0,79	0,80	0,74
20 TG	0,64	0,63	0,64	0,64	0,74	0,79	0,82	0,78
21 TI	0,97	0,99	0,98	0,98	1,21	1,22	1,25	1,23
22 VD	1,23	1,25	1,25	1,24	1,52	1,42	1,35	1,43
23 VS	0,89	0,87	0,87	0,88	1,00	0,91	0,84	0,92
24 NE	1,02	1,02	1,02	1,02	1,10	1,12	1,18	1,13
25 GE	1,62	1,64	1,66	1,64	1,53	1,52	1,51	1,52
26 JU	0,73	0,74	0,78	0,75	1,09	1,05	1,10	1,08
CH	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

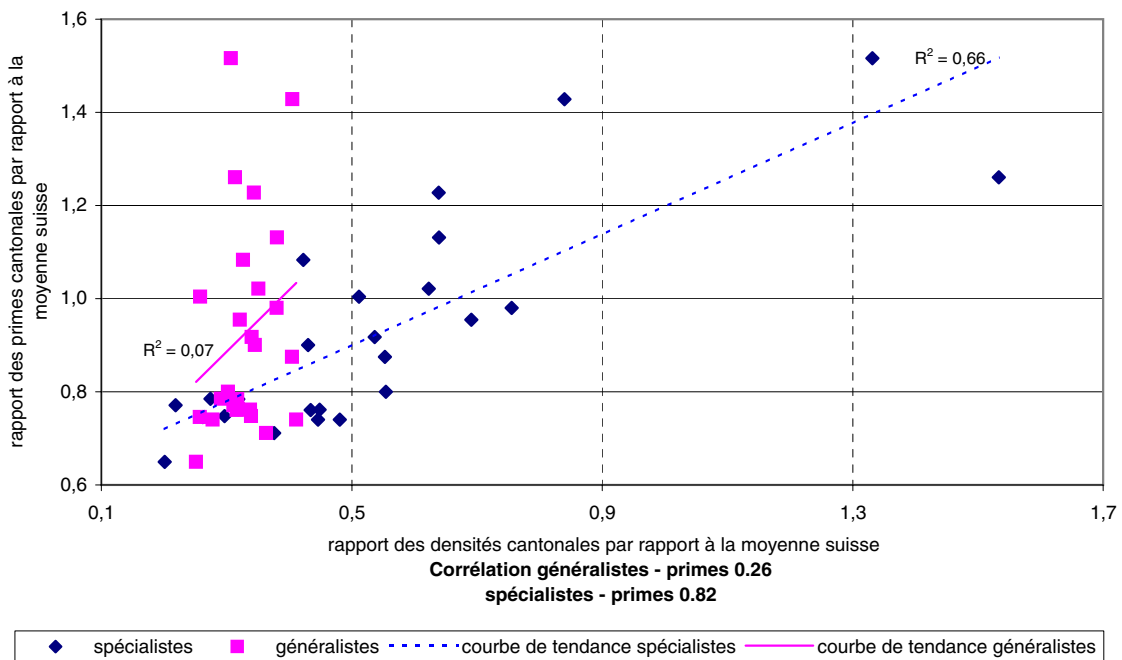
1) rapport nombre cantonal de médecins pour mille habitants / nombre moyen CH généralistes et spécialistes

2) rapport prime cantonale assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3, ensemble des assurés / prime moyenne CH

**G 4.5 j1 Corrélation entre densité de médecins et primes
moyenne période 1996-98**



**G 4.5 j2 Corrélation entre densité de médecins et primes
moyenne période 1996-98**



T 4.6 a Nombre de pharmacies

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998
1 ZH	218	226	224	222	224
2 BE	170	175	176	176	172
3 LU	32	32	32	32	33
4 UR	3	3	3	3	3
5 SZ	11	11	11	11	11
6 OW	2	2	2	2	2
7 NW	2	2	2	2	2
8 GL	3	3	3	3	3
9 ZG	14	14	14	14	14
10 FR	70	69	69	70	71
11 SO	28	27	29	28	28
12 BS	67	69	69	69	71
13 BL	34	35	35	36	36
14 SH	13	14	14	14	14
15 AR	4	4	4	4	4
16 AI	1	1	1	1	1
17 SG	47	49	49	50	48
18 GR	34	36	36	36	36
19 AG	101	104	105	106	106
20 TG	24	24	24	23	22
21 TI	171	169	170	169	171
22 VD	230	233	235	236	235
23 VS	101	103	104	105	103
24 NE	51	52	53	55	55
25 GE	167	168	168	167	170
26 JU	16	16	17	17	18
CH	1 614	1 641	1 649	1 651	1 653

Source: OFAS

T 4.6 b Variation du nombre de pharmacies

Cantons	var				var. annuelle
	94-95	95-96	96-97	97-98	moyenne 94-98
1 ZH	3,7%	-0,9%	-0,9%	0,9%	0,7%
2 BE	2,9%	0,6%	0,0%	-2,3%	0,3%
3 LU	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,8%
4 UR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5 SZ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6 OW	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7 NW	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8 GL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9 ZG	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 FR	-1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	0,4%
11 SO	-3,6%	7,4%	-3,4%	0,0%	0,0%
12 BS	3,0%	0,0%	0,0%	2,9%	1,5%
13 BL	2,9%	0,0%	2,9%	0,0%	1,4%
14 SH	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
15 AR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16 AI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17 SG	4,3%	0,0%	2,0%	-4,0%	0,5%
18 GR	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
19 AG	3,0%	1,0%	1,0%	0,0%	1,2%
20 TG	0,0%	0,0%	-4,2%	-4,3%	-2,2%
21 TI	-1,2%	0,6%	-0,6%	1,2%	0,0%
22 VD	1,3%	0,9%	0,4%	-0,4%	0,5%
23 VS	2,0%	1,0%	1,0%	-1,9%	0,5%
24 NE	2,0%	1,9%	3,8%	0,0%	1,9%
25 GE	0,6%	0,0%	-0,6%	1,8%	0,4%
26 JU	0,0%	6,3%	0,0%	5,9%	3,0%
CH	1,7%	0,5%	0,1%	0,1%	0,6%

T 4.6 c Densité de pharmacies 1)

Cantons	1994	1995	1996	1997	1998	Moyenne 94-98
1 ZH	1,85	1,90	1,88	1,85	1,86	1,87
2 BE	1,79	1,84	1,85	1,86	1,82	1,83
3 LU	0,95	0,94	0,94	0,94	0,97	0,95
4 UR	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86
5 SZ	0,92	0,91	0,90	0,89	0,88	0,90
6 OW	0,64	0,64	0,64	0,63	0,63	0,64
7 NW	0,57	0,56	0,56	0,55	0,55	0,56
8 GL	0,77	0,76	0,77	0,78	0,78	0,77
9 ZG	1,56	1,53	1,50	1,48	1,46	1,51
10 FR	3,14	3,05	3,02	3,03	3,05	3,06
11 SO	1,19	1,14	1,22	1,17	1,16	1,18
12 BS	3,34	3,45	3,47	3,51	3,64	3,48
13 BL	1,36	1,40	1,39	1,43	1,42	1,40
14 SH	1,77	1,90	1,90	1,91	1,91	1,88
15 AR	0,74	0,74	0,74	0,75	0,75	0,74
16 AI	0,70	0,70	0,69	0,69	0,69	0,69
17 SG	1,07	1,11	1,11	1,13	1,08	1,10
18 GR	1,81	1,90	1,90	1,92	1,92	1,89
19 AG	1,94	1,98	1,99	2,00	1,99	1,98
20 TG	1,10	1,08	1,07	1,02	0,97	1,05
21 TI	5,75	5,62	5,64	5,61	5,67	5,66
22 VD	3,77	3,79	3,81	3,82	3,79	3,80
23 VS	3,79	3,83	3,86	3,90	3,81	3,84
24 NE	3,09	3,14	3,19	3,32	3,31	3,21
25 GE	4,25	4,24	4,24	4,19	4,24	4,24
26 JU	2,37	2,36	2,51	2,52	2,67	2,49
CH	2,29	2,32	2,32	2,32	2,32	2,31

1) nombre de pharmacies pour 10'000 habitants

T 4.6 d Variation de la densité de pharmacies

Cantons	var	var	var	var	var. annuelle
	94-95	95-96	96-97	97-98	moyenne 94-98
1 ZH	3,1%	-1,4%	-1,2%	0,6%	0,3%
2 BE	2,9%	0,7%	0,3%	-2,2%	0,4%
3 LU	-0,7%	-0,4%	-0,1%	3,0%	0,4%
4 UR	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,3%
5 SZ	-1,5%	-1,1%	-1,0%	-1,0%	-1,2%
6 OW	-0,9%	-0,3%	-0,4%	-0,7%	-0,6%
7 NW	-1,5%	-1,0%	-0,8%	-0,4%	-0,9%
8 GL	-0,3%	0,6%	1,3%	0,7%	0,6%
9 ZG	-2,0%	-1,7%	-1,3%	-1,4%	-1,6%
10 FR	-2,7%	-1,2%	0,5%	0,6%	-0,7%
11 SO	-4,1%	6,7%	-3,8%	-0,5%	-0,5%
12 BS	3,4%	0,6%	1,0%	4,0%	2,2%
13 BL	2,6%	-0,5%	2,4%	-0,5%	1,0%
14 SH	7,5%	0,1%	0,3%	0,2%	2,0%
15 AR	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
16 AI	-0,1%	-0,4%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
17 SG	3,7%	-0,3%	2,1%	-4,1%	0,3%
18 GR	5,1%	0,0%	0,8%	0,3%	1,5%
19 AG	1,9%	0,3%	0,6%	-0,4%	0,6%
20 TG	-1,5%	-0,8%	-4,5%	-4,7%	-2,9%
21 TI	-2,2%	0,3%	-0,5%	1,0%	-0,4%
22 VD	0,6%	0,5%	0,3%	-0,8%	0,2%
23 VS	1,2%	0,7%	0,9%	-2,2%	0,1%
24 NE	1,5%	1,7%	3,9%	0,0%	1,7%
25 GE	-0,3%	0,0%	-1,2%	1,2%	-0,1%
26 JU	-0,4%	6,4%	0,1%	6,2%	3,0%
CH	1,0%	0,1%	0,0%	-0,1%	0,3%

T 4.6 e Corrélation entre densité des pharmacies et primes

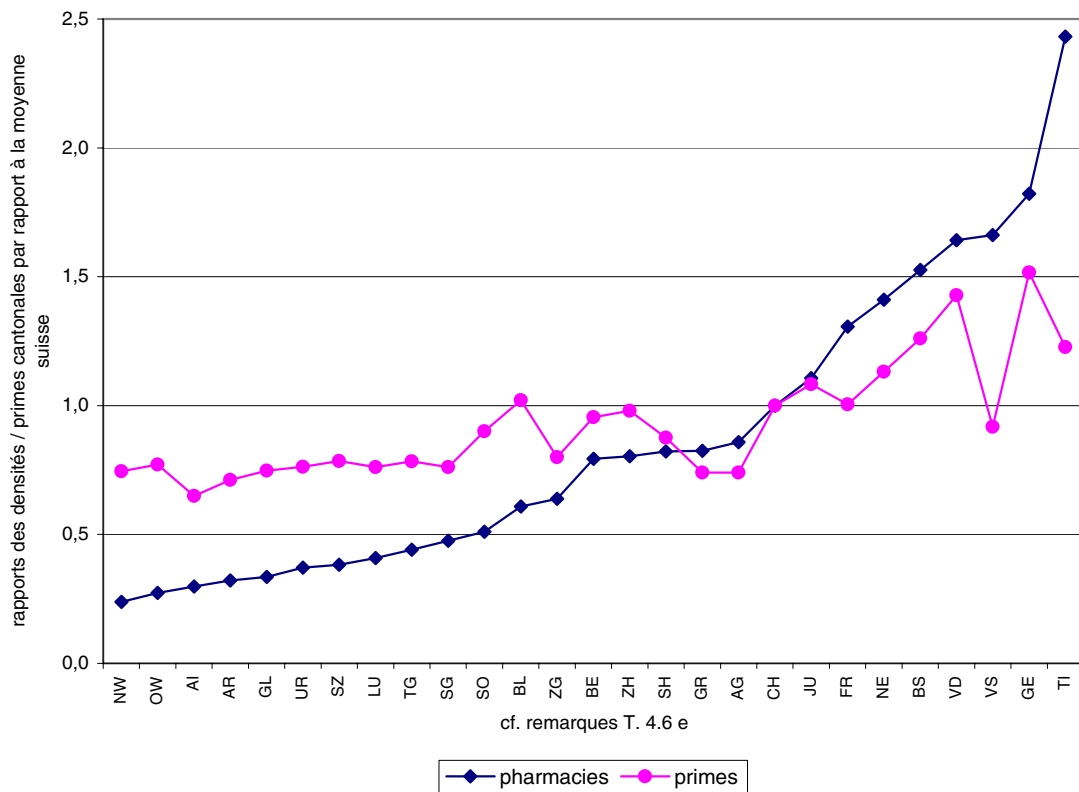
Cantons	Densité des pharmacies 1)				Primes LAMal 2)			
	1996	1997	1998	Moyenne 96-98	1996	1997	1998	Moyenne 96-98
1 ZH	0,81	0,80	0,80	0,80	0,94	0,99	1,01	0,98
2 BE	0,80	0,80	0,78	0,79	0,95	0,95	0,96	0,95
3 LU	0,40	0,40	0,42	0,41	0,79	0,74	0,76	0,76
4 UR	0,37	0,37	0,37	0,37	0,79	0,75	0,75	0,76
5 SZ	0,39	0,38	0,38	0,38	0,78	0,79	0,79	0,79
6 OW	0,27	0,27	0,27	0,27	0,80	0,77	0,74	0,77
7 NW	0,24	0,24	0,24	0,24	0,77	0,74	0,72	0,75
8 GL	0,33	0,34	0,34	0,33	0,75	0,74	0,75	0,75
9 ZG	0,65	0,64	0,63	0,64	0,82	0,81	0,77	0,80
10 FR	1,30	1,31	1,32	1,31	1,05	1,01	0,95	1,00
11 SO	0,52	0,50	0,50	0,51	0,82	0,92	0,96	0,90
12 BS	1,50	1,51	1,57	1,53	1,20	1,26	1,32	1,26
13 BL	0,60	0,61	0,61	0,61	0,97	1,03	1,06	1,02
14 SH	0,82	0,82	0,82	0,82	0,84	0,89	0,89	0,88
15 AR	0,32	0,32	0,32	0,32	0,70	0,71	0,73	0,71
16 AI	0,30	0,30	0,30	0,30	0,66	0,64	0,64	0,65
17 SG	0,48	0,49	0,47	0,48	0,75	0,76	0,78	0,76
18 GR	0,82	0,83	0,83	0,82	0,72	0,76	0,74	0,74
19 AG	0,86	0,86	0,86	0,86	0,64	0,79	0,80	0,74
20 TG	0,46	0,44	0,42	0,44	0,74	0,79	0,82	0,78
21 TI	2,43	2,42	2,44	2,43	1,21	1,22	1,25	1,23
22 VD	1,64	1,65	1,64	1,64	1,52	1,42	1,35	1,43
23 VS	1,66	1,68	1,64	1,66	1,00	0,91	0,84	0,92
24 NE	1,38	1,43	1,43	1,41	1,10	1,12	1,18	1,13
25 GE	1,83	1,81	1,83	1,82	1,53	1,52	1,51	1,52
26 JU	1,08	1,08	1,15	1,11	1,09	1,05	1,10	1,08
CH	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

1) rapport nombre cantonal de pharmacies pour 10'000 habitants / nombre moyen CH

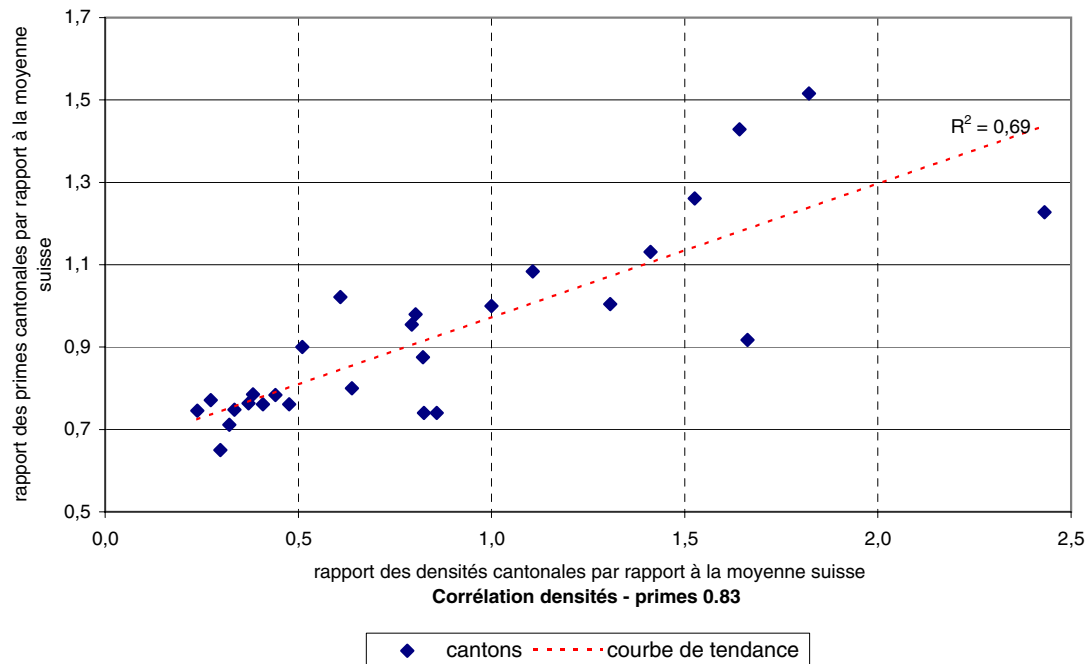
2) rapport prime cantonale assurance de base obligatoire avec franchise ordinaire et couverture accidents, moyenne des régions tarifaires 1, 2 et 3, ensemble des assurés / prime moyenne CH

Source: T 4.6 c et T 4.5 e

**G 4.6 e1 Corrélation entre primes et densité de pharmacies
moyenne période 1996-98**



**G 4.6 e2 Corrélation entre primes et densité de pharmacies
moyenne période 1996-98**



T 5.1 a 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 du 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	357 463	9,5	150,7	184,0
1995	35 050,4	3,6	363 329	9,6	153,2	190,7
1996	36 959,5	5,4	365 833	10,1	154,2	201,0
1997	38 044,4	2,9	371 590	10,2	156,7	206,9
1998	39 526,8	3,9	380 011	10,4	160,2	215,0

Source: OFS

T 5.1 b Indice suisse des prix à la consommation: indice général et de la santé

Moyennes annuelles (base mai 93 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Indice général	100,7609	102,5744	103,4069	103,9448	103,9635
Santé	101,9435	103,7915	105,7467	106,5513	107,0666
Prestations médicales	100,0253	100,3410	100,8512	101,2345	101,1890
Prestations médico-dentaire	101,6350	102,3995	103,0543	103,6191	104,3635
Prestations hospitalières	103,2072	105,9910	109,6154	111,1806	112,8997
Médicaments	101,4226	104,0641	104,4094	103,9956	101,2011
Prestations paramédicales	100,0000	100,0000	99,9504	99,5724	100,3978
Appareils médicaux	101,5847	102,1910	102,3444	101,5860	100,7607

Moyennes annuelles (base recalculée: 1994 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Indice général	100,0000	101,7998	102,6260	103,1599	103,1784
Santé	100,0000	101,8128	103,7307	104,5200	105,0254
Prestations médicales	100,0000	100,3156	100,8257	101,2089	101,1634
Prestations médico-dentaire	100,0000	100,7522	101,3965	101,9522	102,6846
Prestations hospitalières	100,0000	102,6973	106,2091	107,7256	109,3913
Médicaments	100,0000	102,6044	102,9449	102,5369	99,7816
Prestations paramédicales	100,0000	100,0000	99,9504	99,5724	100,3978
Appareils médicaux	100,0000	100,5968	100,7478	100,0013	99,1889

Variations annuelles (base mai 93 = 100)

	1994	1995	1996	1997	1998
Indice général	-	1,80%	0,81%	0,52%	0,02%
Santé	-	1,81%	1,88%	0,76%	0,48%
Prestations médicales	-	0,32%	0,51%	0,38%	-0,04%
Prestations médico-dentaire	-	0,75%	0,64%	0,55%	0,72%
Prestations hospitalières	-	2,70%	3,42%	1,43%	1,55%
Médicaments	-	2,60%	0,33%	-0,40%	-2,69%
Prestations paramédicales	-	0,00%	-0,05%	-0,38%	0,83%
Appareils médicaux	-	0,60%	0,15%	-0,74%	-0,81%

Source: OFS

Méthode de calcul des indices "Santé":

- Santé: agrégation par pondération des 6 indices partiels suivants:
 - Prestations médicales: agrégation par pondération de 26 indices cantonaux pour chaque canton, on retient les 30 positions tarifaires présentant le plus fort chiffre d'affaires
 - Prestations médico-dentaires: les prix de 11 prestations "types" sont relevés dans 24 communes auprès de 50 dentistes
 - Prestations hospitalières: agrégation par pondération de 26 indices cantonaux prenant en compte tarif stationnaire et ambulatoire
 - 4 catégories d'établissements considérés: soins aigus et soins psychiatriques: hôpitaux publics et cliniques privées
 - Médicaments: suivi des prix des 200 médicaments dans 10 classes thérapeutiques représentant le plus gros chiffre d'affaires
 - Prestations paramédicales: suivi des prix des prestations "types" pour la physiothérapie et les frais de laboratoire
 - Appareils médicaux: suivi des prix des prestations "types" pour les opticiens (lunettes et lentilles de contact dans 24 communes) et les appareils auditifs (suivi des prix des 6 appareils les plus vendus selon tarif de l'OFAS)

T 5.2.1 a Coûts par fournisseurs de soins (en mio frs)

Agents de production	1994	1995	1996	1997	1998*	Variation 1997-98* en %
Etablissements de santé						
(soins intra-muros)	18 541,8	18 898,1	19 835,5	20 325,6	20 970,0	3,2%
Etablissements de court et de long séjour	16 788,8	17 026,0	17 786,6	18 182,4	18 749,8	3,1%
Institutions pour handicapés	1 753,0	1 872,1	2 048,9	2 143,2	2 220,2	3,6%
Services ambulatoires de santé	12 969,2	13 694,2	14 440,9	15 096,4	15 777,7	4,5%
Médecins	5 790,7	6 123,1	6 408,6	6 645,9	6 900,0	3,8%
Dentistes	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5	0,7%
Physiothérapeutes	428,0	447,5	450,2	456,6	551,4	20,8%
Soins à domicile	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Autres services ambulatoires	551,3	547,1	576,9	689,0	740,6	7,5%
Laboratoires d'analyse	281,4	295,6	319,2	338,0	441,7	30,7%
Pharmacies	2 278,0	2 440,0	2 546,0	2 646,0	2 757,0	4,2%
Drogueries	267,0	267,0	266,0	269,0	266,0	-1,1%
	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Assurances sociales et Etat	2 306,1	2 458,1	2 683,1	2 622,4	2 779,2	6,0%
Assurances sociales	1 502,3	1 597,9	1 814,0	1 802,4	1 941,8	7,7%
Etat	803,8	860,2	869,1	820,0	837,4	2,1%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

T 5.2.1 b Coûts par fournisseurs de soins (en %)

Agents de production	1994	1995	1996	1997	1998*
Etablissements de santé					
(soins intra-muros)	54,8%	53,9%	53,7%	53,4%	53,1%
Etablissements de court et de long séjour	49,6%	48,6%	48,1%	47,8%	47,4%
Institutions pour handicapés	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%
Services ambulatoires de santé	38,4%	39,1%	39,1%	39,7%	39,9%
Médecins	17,1%	17,5%	17,3%	17,5%	17,5%
Dentistes	8,1%	8,2%	8,4%	8,6%	8,4%
Physiothérapeutes	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,4%
Soins à domicile	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Autres services ambulatoires	1,6%	1,6%	1,6%	1,8%	1,9%
Laboratoires d'analyse	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,1%
Pharmacies	6,7%	7,0%	6,9%	7,0%	7,0%
Drogueries	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Assurances sociales et Etat	6,8%	7,0%	7,3%	6,9%	7,0%
Assurances sociales	4,4%	4,6%	4,9%	4,7%	4,9%
Etat	2,4%	2,5%	2,4%	2,2%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.2.2 a Dépenses selon les biens et services consommés (en mio frs)

Nature des prestations	1994	1995	1996	1997	1998*	Variation 1997-98* en %
Soins intra-muros	16 759,1	16 959,1	17 768,5	18 149,5	18 510,6	2,0%
Etablissements de court et de long séjour	16 788,8	17 026,0	17 786,6	18 182,4	18 749,8	3,1%
dont soins ambulatoires	-1 340,7	-1 475,0	-1 591,0	-1 680,1	-1 920,3	-14,3%
dont médicaments	-442,0	-464,0	-476,0	-496,0	-539,0	-8,7%
Institutions pour handicapés	1 753,0	1 872,1	2 048,9	2 143,2	2 220,2	3,6%
Soins ambulatoires	11 047,9	11 710,2	12 408,9	12 998,5	13 741,2	5,7%
Etablissements de court et de long séjour	1 340,7	1 475,0	1 591,0	1 680,1	1 920,3	14,3%
Médecins	5 790,7	6 123,1	6 408,6	6 645,9	6 900,0	3,8%
dont médicaments	-717,0	-752,0	-811,0	-863,0	-933,8	-8,2%
Dentistes	2 734,3	2 871,6	3 101,4	3 283,5	3 306,5	0,7%
Physiothérapeutes	428,0	447,5	450,2	456,6	551,4	20,8%
Soins à domicile	638,4	702,3	772,5	768,4	814,5	6,0%
Autres services ambulatoires	551,3	547,1	576,9	689,0	740,6	7,5%
Laboratoires d'analyse	281,4	295,6	319,2	338,0	441,7	30,7%
Médicaments	3 704,0	3 923,0	4 099,0	4 274,0	4 495,8	5,2%
Pharmacies	2 278,0	2 440,0	2 546,0	2 646,0	2 757,0	4,2%
Médecins	717,0	752,0	811,0	863,0	933,8	8,2%
Etablissements de court et de long séjour	442,0	464,0	476,0	496,0	539,0	8,7%
Drogueries	267,0	267,0	266,0	269,0	266,0	-1,1%
Prévention	589,5	657,3	672,3	627,4	646,8	3,1%
Assurance-accidents LAA	99,4	106,4	106,8	107,5	109,5	1,9%
Fonds de sécurité routière	17,9	22,8	21,9	13,3	15,1	13,5%
Maladies infectieuses	62,3	61,4	78,4	73,4	71,8	-2,2%
Alcoolisme et toxicomanie	128,8	158,9	161,3	155,8	164,2	5,4%
Contrôle des denrées alimentaires	127,9	137,4	129,2	107,4	113,3	5,5%
Service médical des écoles	153,2	170,4	174,7	170,0	172,9	1,7%
Administration	1 716,6	1 800,8	2 010,8	1 995,0	2 132,4	6,9%
Caisses-maladie	1 154,8	1 230,6	1 431,7	1 430,0	1 545,5	8,1%
Assurance-accidents LAA	137,9	138,3	139,3	141,9	159,4	12,3%
AI-AVS	92,3	99,8	114,3	109,7	112,3	2,4%
Santé publique	331,6	332,1	325,5	313,4	315,2	0,6%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.2.2 b Dépenses selon les biens et services consommés (en %)

Nature des prestations	1994	1995	1996	1997	1998*
Soins intra-muros	49,6%	48,4%	48,1%	47,7%	46,8%
Etablissements de court et de long séjour	49,6%	48,6%	48,1%	47,8%	47,4%
dont soins ambulatoires	-4,0%	-4,2%	-4,3%	-4,4%	-4,9%
dont médicaments	-1,3%	-1,3%	-1,3%	-1,3%	-1,4%
Institutions pour handicapés	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%
Soins ambulatoires	32,7%	33,4%	33,6%	34,2%	34,8%
Etablissements de court et de long séjour	4,0%	4,2%	4,3%	4,4%	4,9%
Médecins	17,1%	17,5%	17,3%	17,5%	17,5%
dont médicaments	-2,1%	-2,1%	-2,2%	-2,3%	-2,4%
Dentistes	8,1%	8,2%	8,4%	8,6%	8,4%
Physiothérapeutes	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,4%
Soins à domicile	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Autres services ambulatoires	1,6%	1,6%	1,6%	1,8%	1,9%
Laboratoires d'analyse	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,1%
Médicaments	11,0%	11,2%	11,1%	11,2%	11,4%
Pharmacies	6,7%	7,0%	6,9%	7,0%	7,0%
Médecins	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	2,4%
Etablissements de court et de long séjour	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%
Drogueries	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Prévention	1,7%	1,9%	1,8%	1,6%	1,6%
Assurance-accidents LAA	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Fonds de sécurité routière	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Maladies infectieuses	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Alcoolisme et toxicomanie	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
Contrôle des denrées alimentaires	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Service médical des écoles	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
Administration	5,1%	5,1%	5,4%	5,2%	5,4%
Caisses-maladie	3,4%	3,5%	3,9%	3,8%	3,9%
Assurance-accidents LAA	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
AI-AVS	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Santé publique	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.3.1 a Financement du système de santé selon l'agent payeur (en mio frs)

Agents payeurs	1994	1995	1996	1997	1998*	Variation 1997-98* en %
Ménages	8 840,0	9 065,1	8 791,5	9 386,5	9 663,7	3,0%
Dont remboursements des assureurs privés	439,3	351,4	351,4	452,2	459,9	1,7%
Caisses-maladie	15 351,8	16 218,3	17 891,5	18 033,0	19 013,9	5,4%
Assurance-accidents LAA	1 147,8	1 146,7	1 156,7	1 174,8	1 309,2	11,4%
AI-AVS 1)	2 230,7	2 375,0	2 584,7	2 748,6	2 828,1	2,9%
Assurance militaire	51,5	46,5	44,1	45,1	43,7	-3,1%
Confédération	132,7	150,7	141,7	140,0	140,0	0,0%
Services généraux	115,4	131,9	128,0	116,1	116,1	0,0%
Etablissements de court et de long séjour	0,0	0,0	1,2	1,4	1,4	0,0%
Dîme de l'alcool 2)	17,3	18,8	12,5	22,5	22,5	0,0%
Cantons	4 646,1	4 677,5	4 858,2	4 780,9	4 769,8	-0,2%
Services généraux	290,3	325,9	333,8	337,1	341,4	1,3%
Etablissements de court et de long séjour	4 117,3	4 039,8	4 180,9	4 092,9	4 056,4	-0,9%
Soins à domicile	67,7	72,8	133,7	138,9	157,0	13,0%
Institutions pour handicapés	170,8	239,0	209,8	212,0	215,0	1,4%
Communes	805,6	712,8	856,1	918,5	918,5	0,0%
Services généraux	183,5	176,3	180,4	169,3	169,3	0,0%
Etablissements de court et de long séjour	483,8	398,2	502,5	562,4	562,4	0,0%
Soins à domicile	115,3	118,7	115,0	119,7	119,7	0,0%
Institutions pour handicapés	23,0	19,6	58,2	67,1	67,1	0,0%
Etranger 3)	610,9	657,7	635,0	817,0	840,0	2,8%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

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: valeurs provisoires

T 5.3.1 b Financement du système de santé selon l'agent payeur (en %)

Agents payeurs	1994	1995	1996	1997	1998*
Ménages	26,1%	25,9%	23,8%	24,7%	24,4%
Dont remboursements des assureurs privés	1,3%	1,0%	1,0%	1,2%	1,2%
Caisses-maladie	45,4%	46,3%	48,4%	47,4%	48,1%
Assurance-accidents LAA	3,4%	3,3%	3,1%	3,1%	3,3%
AI-AVS	6,6%	6,8%	7,0%	7,2%	7,2%
Assurance militaire	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Confédération	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Services généraux	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Etablissements de court et de long séjour	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dîme de l'alcool	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Cantons	13,7%	13,3%	13,1%	12,6%	12,1%
Services généraux	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
Etablissements de court et de long séjour	12,2%	11,5%	11,3%	10,8%	10,3%
Soins à domicile	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%
Institutions pour handicapés	0,5%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%
Communes	2,4%	2,0%	2,3%	2,4%	2,3%
Services généraux	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
Etablissements de court et de long séjour	1,4%	1,1%	1,4%	1,5%	1,4%
Soins à domicile	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Institutions pour handicapés	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Etranger	1,8%	1,9%	1,7%	2,1%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.3.2 a Financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique (en mio frs)

Agents supportant la charge économique	1994	1995	1996	1997	1998*	Variation 1997-98* en %
Ménages	21 961,5	22 831,3	24 275,6	24 700,5	25 936,8	5,0%
Paiements directs	8 840,0	9 065,1	8 791,5	9 386,5	9 663,7	3,0%
Versements aux caisses-maladie 1)	13 121,5	13 766,2	15 484,1	15 314,0	16 273,1	6,3%
dont participation des assurés aux frais	1 348,4	1 397,2	1 781,9	1 887,2	2 158,7	14,4%
Assurances sociales 2)	297,7	366,9	378,2	496,6	359,6	-27,6%
Entreprises	2 279,0	2 351,4	2 466,7	2 566,7	2 751,1	7,2%
Assurance-accidents LAA	1 147,8	1 146,7	1 156,7	1 174,8	1 309,2	11,4%
AVS - AI	1 131,2	1 204,6	1 310,0	1 391,9	1 442,0	3,6%
Confédération	2 420,1	2 885,7	2 506,6	2 753,2	2 822,3	2,5%
Caisses-maladie	1 411,3	1 810,7	1 364,8	1 550,6	1 601,2	3,3%
AVS - AI	824,6	877,8	956,0	1 017,5	1 037,4	2,0%
Assurance militaire	51,5	46,5	44,1	45,1	43,7	-3,1%
Santé publique	132,7	150,7	141,7	140,0	140,0	0,0%
Cantons	5 350,9	5 171,2	5 762,2	5 678,6	5 785,3	1,9%
Assurance-maladie	429,9	201,1	585,3	558,5	666,7	19,4%
AVS - AI	274,9	292,6	318,7	339,2	348,8	2,8%
Santé publique (y compris établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	4 646,1	4 677,5	4 858,2	4 780,9	4 769,8	-0,2%
Communes	897,0	786,2	935,2	1 031,8	1 031,8	0,0%
Assurance-maladie	91,4	73,4	79,1	113,3	113,3	0,0%
Santé publique (y compris établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	805,6	712,8	856,1	918,5	918,5	0,0%
Etranger 3)	610,9	657,7	635,0	817,0	840,0	2,8%
Total	33 817,1	35 050,4	36 959,5	38 044,4	39 526,8	3,9%

1) Primes nettes, après déduction des subsides et des participations aux frais

2) Financement propre des caisses-maladie

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

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.3.2 b Financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique (en %)

Agents supportant la charge économique	1994	1995	1996	1997	1998*
Ménages	64,9%	65,1%	65,7%	64,9%	65,6%
Paiements directs	26,1%	25,9%	23,8%	24,7%	24,4%
Versements aux caisses-maladie dont participation des assurés aux frais	38,8%	39,3%	41,9%	40,3%	41,2%
Assurances sociales	0,9%	1,0%	1,0%	1,3%	0,9%
Entreprises	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,0%
Assurance-accidents LAA	3,4%	3,3%	3,1%	3,1%	3,3%
AVS - AI	3,3%	3,4%	3,5%	3,7%	3,6%
Confédération	7,2%	8,2%	6,8%	7,2%	7,1%
Caisses-maladie	4,2%	5,2%	3,7%	4,1%	4,1%
AVS - AI	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	2,6%
Assurance militaire	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Santé publique	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Cantons	15,8%	14,8%	15,6%	14,9%	14,6%
Assurance-maladie	1,3%	0,6%	1,6%	1,5%	1,7%
AVS - AI	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
Santé publique (y compris établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	13,7%	13,3%	13,1%	12,6%	12,1%
Communes	2,7%	2,2%	2,5%	2,7%	2,6%
Assurance-maladie	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Santé publique (y compris établissements hospitaliers, soins à domicile et invalidité)	2,4%	2,0%	2,3%	2,4%	2,3%
Etranger	1,8%	1,9%	1,7%	2,1%	2,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFS

* 1998: valeurs provisoires

T 5.4.1 a Coûts et financement des hôpitaux (en mio frs)

Année	Ménages	Assurances sociale					Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc Accidents	AI-AVS	Assuranc militaire	En tout	Confé- dération	Cantons	Commu- nes	En tout		
1991	1 188	5 271	420	156	29,6	5 876	0,6	3 888	387	4 276	693	12 033
1992	947	5 894	490	175	28,0	6 587	0,7	3 911	446	4 357	715	12 606
1993	576	6 835	509	210	29,4	7 583	0,0	3 768	357	4 126	565	12 850
1994	902	6 825	483	220	23,1	7 551	0,0	3 812	301	4 113	611	13 177
1995	666	7 319	485	232	21,6	8 058	0,0	3 690	290	3 980	658	13 361
1996	330	7 981	485	237	19,5	8 723	1,2	3 882	356	4 240	635	13 928
1997 *	533	7 726	501	251	20,3	8 498	1,4	3 883	451	4 335	817	14 183
1998 **	811	7 755	553	252	20,1	8 580	1,4	3 876	451	4 328	840	14 559

T 5.4.1 b Coûts et financement des hôpitaux (en %)

Année	Ménages	Assurances sociale					Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc Accidents	AI-AVS	Assuranc militaire	En tout	Confé- dération	Cantons	Commu- nes	En tout		
1991	9,9%	43,8%	3,5%	1,3%	0,25%	48,8%	0,005%	32,3%	3,2%	35,5%	5,8%	100%
1992	7,5%	46,8%	3,9%	1,4%	0,22%	52,2%	0,006%	31,0%	3,5%	34,6%	5,7%	100%
1993	4,5%	53,2%	4,0%	1,6%	0,23%	59,0%	0,000%	29,3%	2,8%	32,1%	4,4%	100%
1994	6,8%	51,8%	3,7%	1,7%	0,18%	57,3%	0,000%	28,9%	2,3%	31,2%	4,6%	100%
1995	5,0%	54,8%	3,6%	1,7%	0,16%	60,3%	0,000%	27,6%	2,2%	29,8%	4,9%	100%
1996	2,4%	57,3%	3,5%	1,7%	0,14%	62,6%	0,009%	27,9%	2,6%	30,4%	4,6%	100%
1997*	3,8%	54,5%	3,5%	1,8%	0,14%	59,9%	0,010%	27,4%	3,2%	30,6%	5,8%	100%
1998**	5,6%	53,3%	3,8%	1,7%	0,14%	58,9%	0,010%	26,6%	3,1%	29,7%	5,8%	100%

Source: OFS

* 1997: la diminution marquée de la part des assureurs LAMal, de même que l'augmentation de celle des ménages, est consécutive à une correction dans l'estimation concernant les assurances complémentaires, sur la base des nouvelles données statistiques de l'OFAP

(correction par rapport aux chiffres OFAS)

** 1998: valeurs provisoires

T 5.4.2 a Coûts et financement des établissements médico-sociaux (en mio frs)

Année	Ménages	Assurances-sociale			Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc accidents	AI-AVS	Assuranc militaire	Confé- dération	Cantons	Commu- nes			En tout
		1)	2)		2)					
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	2 754	660		0	660	0	299	146	445	3 859
1997	2 821	889		0	889	0	210	112	322	4 031
1998*	2 807	1 092		0	1 092	0	180	112	292	4 191

T 5.4.2 b Coûts et financement des établissements médico-sociaux (en %)

Année	Ménages	Assurances sociale:			Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc accidents	AI-AVS	Assuranc militaire	Confé- dération	Cantons	Commu- nes			En tout
		1)	2)		2)					
1991	84,5%			0%		0%	9,8%	5,7%	15,5%	100%
1992	84,8%			0%		0%	7,8%	7,4%	15,2%	100%
1993	86,4%			0%		0%	7,7%	5,9%	13,6%	100%
1994	73,8%	12,6%		0%	12,6%	0%	8,5%	5,1%	13,6%	100%
1995	74,4%	13,1%		0%	13,1%	0%	9,5%	3,0%	12,5%	100%
1996	71,4%	17,1%		0%	17,1%	0%	7,7%	3,8%	11,5%	100%
1997	70,0%	22,0%		0%	22,0%	0%	5,2%	2,8%	8,0%	100%
1998*	67,0%	26,0%		0%	26,0%	0%	4,3%	2,7%	7,0%	100%

Source: OFS

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

1996-1997, chiffres du CAMS; dès 1998, chiffres OFAS, stat. de l'assurance-maladie, uniquement assurance de base

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

* 1998: valeurs provisoires

T 5.4.3 a Coûts et financement des soins à domicile (en mio frs)

Année	Ménages	Assurances sociale:				Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc accidents	AI-AVS 3)	Assuranc militaire	En tout 2)	Confé- dération	Cantons	Commu- nes			En tout
		1)	2)	3)	2)					2)	
1991	153	98		67		165	0	57	114	171	488
1992	147	104		82		186	0	68	119	187	519
1993	168	116		99		215	0	79	119	198	580
1994	217	141		98		238	0	68	115	183	638
1995	234	165		112		276	0	73	119	192	702
1996	241	160		119		279	0	134	119	252	773
1997	167	193		150		343	0	139	120	259	768
1998*	162	224		152		376	0	157	120	277	815

T 5.4.3 b Coûts et financement des soins à domicile (en %)

Année	Ménages	Assurances sociale:				Etat				Etranger	Total
		Caisses- maladie LAA	Assuranc Accidents	AI-AVS 3)	Assuranc militaire	En tout 2)	Confé- dération	Cantons	Commu- nes			En tout
		1)	2)	3)	2)					2)	
1991	31,3%	20,0%		13,8%		33,8%	0%	11,6%	23,3%	34,9%	100%
1992	28,3%	20,0%		15,8%		35,8%	0%	13,1%	22,9%	35,9%	100%
1993	28,9%	20,0%		17,0%		37,0%	0%	13,5%	20,6%	34,1%	100%
1994	34,0%	22,0%		15,3%		37,4%	0%	10,6%	18,1%	28,7%	100%
1995	33,4%	23,4%		15,9%		39,3%	0%	10,4%	16,9%	27,3%	100%
1996	31,2%	20,7%		15,4%		36,1%	0%	17,3%	15,4%	32,7%	100%
1997	21,7%	25,1%		19,5%		44,6%	0%	18,1%	15,6%	33,7%	100%
1998*	19,9%	27,5%		18,7%		46,2%	0%	19,3%	14,7%	34,0%	100%

Source: OFS

1) Estimation OFS sur la base de diverses sources chiffrées (OFAS, CAMS) et d'informations non chiffrées; de 1996 à 1997, chiffres CAMS; dès 1998, chiffres OFAS, prestations de l'assurance de base.

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

* 1998: valeurs provisoires

T 6.2.3 a PC-AVS/AI, nombre de bénéficiaires et dépenses

Année	Nombre de bénéficiaires		Dépenses par année*	
	au 31.12	1987=100	en mio de fr.	1987=100
1987	140 897	100,0	1 057,6	100,0
1988	142 099	100,9	1 153,0	109,0
1989	146 210	103,8	1 243,4	117,6
1990	151 379	107,4	1 433,6	135,6
1991	161 535	114,6	1 637,8	154,9
1992	161 306	114,5	1 894,4	179,1
1993	161 438	114,6	2 035,7	192,5
1994	162 261	115,2	2 112,4	199,7
1995	165 445	117,4	2 157,6	204,0
1996	154 490	109,6	1 904,5	180,1
1997	166 938	118,0	2 029,6	192,0
1998	176 461	125,0	2 142,9	203,0

* En 1991, sans les allocations du jubilé

source: OFAS

**T 6.2.3 b PC AVS/AI Nombre de bénéficiaires, prestations (en mio frs),
variations des prestations en % et financement par canton**

Canton	1995				1996			
	Bénéficiaires	Prestations	var 94-95 en %	Conf. *	Bénéficiaires	Prestations	var 95-96 en %	Conf. *
ZH	23 687	337,9	-	10%	24 487	336,9	-0,3%	10%
BE	21 827	318,4	-	30%	19 858	278,3	-12,6%	33%
LU	8 665	95,9	-	31%	7 637	92,4	-3,6%	28%
UR	655	6,3	-	35%	586	6	-4,8%	35%
SZ	1 667	23,4	-	28%	1 562	19	-18,8%	25%
OW	591	5,5	-	35%	591	5,6	1,8%	35%
NW	430	4,3	-	21%	399	4,2	-2,3%	16%
GL	709	10	-	28%	658	8,6	-14,0%	30%
ZG	976	10,4	-	10%	993	9,9	-4,8%	10%
FR	6 556	88,8	-	34%	5 685	74,6	-16,0%	35%
SO	4 278	61,9	-	25%	3 722	49	-20,8%	27%
BS	7 928	110,3	-	10%	7 358	102,3	-7,3%	10%
BL	3 719	54,9	-	16%	3 549	50,2	-8,6%	10%
SH	1 355	13,9	-	24%	1 214	12,3	-11,5%	19%
AR	950	11,8	-	33%	880	10,4	-11,9%	35%
AI	207	2,6	-	35%	189	2,1	-19,2%	35%
SG	8 811	112,5	-	24%	8 274	105,3	-6,4%	23%
GR	2 650	24,8	-	33%	2 466	24,8	-0,1%	31%
AG	5 920	73,5	-	20%	5 171	55,6	-24,4%	19%
TG	3 286	45,5	-	26%	2 951	37,1	-18,5%	22%
TI	12 587	128,7	-	31%	12 670	120,8	-6,1%	28%
VD	20 561	278,2	-	22%	16 992	221,2	-20,5%	21%
VS	3 994	43	-	35%	3 477	29,5	-31,4%	35%
NE	5 128	84,2	-	35%	4 659	68,2	-19,0%	35%
GE	12 828	184,9	-	10%	16 529	158,5	-14,3%	10%
JU	2 274	26	-	35%	1 933	21,6	-16,9%	35%
CH	162 239	2 157,6	-	22%	154 490	1 904,5	-11,7%	22%

Canton	1997				1998			
	Bénéficiaires	Prestations	var 96-97 en %	Conf. *	Bénéficiaires	Prestations	var 97-98 en %	Conf. *
ZH	24 129	349,4	3,7%	10%	25 011	346,4	-0,9%	10%
BE	22 551	284,2	2,1%	33%	23 416	294,7	3,7%	32%
LU	8 513	99,3	7,5%	28%	9 057	107	7,8%	29%
UR	618	6,2	3,3%	35%	639	6,6	6,5%	34%
SZ	1 816	20,9	10,0%	25%	2 166	24,2	15,8%	23%
OW	566	5,7	1,8%	35%	610	6,4	12,3%	35%
NW	451	4,5	7,1%	16%	492	4,9	8,9%	16%
GL	718	9	4,7%	30%	761	9,5	5,6%	30%
ZG	1 078	10,8	9,1%	10%	1 193	12,3	13,9%	10%
FR	6 152	77,3	3,6%	35%	6 388	82,9	7,2%	35%
SO	4 141	51,2	4,5%	27%	4 471	52,2	2,0%	24%
BS	7 441	107,6	5,2%	10%	7 428	110,7	2,9%	10%
BL	3 475	53,5	6,6%	10%	3 700	56,7	6,0%	11%
SH	1 394	13,6	10,6%	19%	1 526	15	10,3%	18%
AR	958	11,1	6,7%	35%	1 010	12,3	10,8%	35%
AI	198	2,3	9,5%	35%	216	2,4	4,3%	35%
SG	9 065	112,4	6,7%	23%	9 867	120,6	7,3%	23%
GR	2 855	26,9	8,6%	31%	3 119	31,4	16,7%	32%
AG	6 119	72,8	30,9%	19%	6 803	82,4	13,2%	18%
TG	3 255	40,1	8,1%	22%	3 614	43,4	8,2%	22%
TI	13 022	125,8	4,1%	28%	13 791	141,2	12,2%	25%
VD	20 812	243,7	10,2%	21%	21 638	254,4	4,4%	21%
VS	3 525	33,1	12,2%	35%	3 800	36,8	11,2%	35%
NE	4 688	71,4	4,7%	35%	5 335	75,6	5,9%	35%
GE	17 275	173,3	9,3%	10%	17 603	188	8,5%	10%
JU	2 123	23,5	8,8%	35%	2 807	24,9	6,0%	35%
CH	166 938	2 029,6	6,6%	22%	176 461	2 142,9	5,6%	21%

* Part des subventions fédérales, en % des prestations totales

**T 6.2.3 c: Allégements financiers de la Confédération et des cantons
dans le domaine des prestations complémentaires (en mio frs)**

	1995	1996	Variation 95-96	Variation 95-96 en %
Confédération	482,9	414,3	-68,6	-14,2%
Cantons	1674,7	1490,2	-184,5	-11,0%
Total	2157,6	1904,5	-253,1	-11,7%

Source: estimations sur la base des tableaux précédents

T 6.2.3 d PC-AVS/AI, ventilation des dépenses (en mio frs)

Année	Prestations complémentaires périodiques			Frais de maladie*	Dépenses
	En appartement	En home	Total		Total
1987	433,2	474,1	907,2	150,4	1 057,6
1988	479,4	551,1	1 030,5	122,5	1 153,0
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	1 894,4
1993	684,6	1 070,4	1 755,0	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
1997	711,5	1 080,6	1 792,1	237,5	2 029,6
1998**	754,2	1 101,5	1 855,7	287,3	2 142,9

* non pris en charge par LAMal

** valeurs provisoires

source: OFAS

T 6.2.3 e Frais de maladie et d'invalidité non périodiques remboursés par les PC

canton	En mio frs			
	1995	1996	1997	1998
BE	15,25	14,53	17,55	19,49
LU	7,6	6,07	7,76	7,22
ZG	0,89	..*	...	...
BS	...	...	...	10,56
AG	4,11	3,51	3,68	4,25
NE	6,02	4,82	5,88	6,35

* : valeur non disponible

Source : BSV, EL-Aktuell, 1/99.

T 6.2.3 f Principaux types de frais remboursés en pour cent du total des frais de maladie et d'invalidité

canton	Caisses-maladie (Quote-part et franchise)				Homes			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
BE	16%	23%	36%	42%	10%	10%	8%	7%
LU	19%	24%	30%	42%	30%	30%	30%	14%
AG	25%	35%	44%	51%	18%	17%	15%	8%
NE	20%	28%	24%	35%	26%	23%	24%	31%
BS	..*	...	...	34%	...	...	...	17%
Moyenne	20%	28%	34%	41%	21%	20%	19%	15%

canton	Frais dentaires				Soins et aide à domicile			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
BE	16%	19%	18%	19%	23%	28%	25%	26%
LU	22%	27%	27%	31%	6%	7%	5%	6%
AG	22%	21%	27%	27%	12%	9%	6%	5%
NE	19%	26%	18%	23%	26%	15%	27%	6%
BS	...	...	...	26%	...	...	...	7%
Moyenne	20%	23%	23%	25%	17%	15%	16%	10%

canton	Hôpitaux			
	1995	1996	1997	1998
BE	23%	10%	2%	0%
LU	5%	3%	1%	0%
AG	9%	4%	1%	0%
NE	2%	2%	0%	0%
BS	...	...	...	9%
Moyenne	10%	5%	1%	2%

*: valeur non disponible

**T 6.3 a/b Composantes moyennes du calcul des prestations complémentaires,
comparaisons pour une personne seule**

Composantes	a - Bénéficiaire à la maison			b - Bénéficiaire en home		
	Moyenne mensuelle en frs			Moyenne mensuelle en frs		
	mars 95	mars 96	mars 97	mars 95	mars 96	mars 97
<i>Dépenses</i>						
Besoins vitaux	1 388	1 409	1 446	...	...	...
+ Loyer reconnu	507	542	557	...	...	2
+ Taxes de home	***	...	...	3 942	4 005	4 146
+ Dépenses personnelles	...	...	...	311	328	333
+ Prime de caisse-maladie	180	0	0	169	0	0
+ Autres dépenses	34	36	40	36	36	42
= Dépenses reconnues	2 109	1 987	2 043	4 458	4 369	4 523
<i>Revenus</i>						
Rente /AVS/AI	1 392	1 362	1 356	1 430	1 436	1 470
+ Autres rentes	54	48	54	152	150	152
+ Allocation pour impotent	...	...	...	168	169	195
+ Contributions de caisse-maladie*	...	...	...	188	334	460
+ Autres revenus	128	109	108	326	278	254
= Revenu déterminant	1 574	1 519	1 518	2 264	2 367	2 531
<i>Montant de la PC</i>						
Dépenses reconnues	2 109	1 987	2 043	4 458	4 369	4 523
- Revenu déterminant	1 574	1 519	1 518	2 264	2 367	2 531
- Reste**	2	2	2	463	339	302
= Montant de la PC	533	466	523	1 731	1 663	1 690
Nombre de personnes seules	89 360	79 870	82 545	50 280	49 080	49 261

Composantes	a - Bénéficiaire à la maison				b - Bénéficiaire en home			
	Variation mars 95-96		Variation mars 96-97		Variation mars 95-96		Variation mars 96-97	
	en frs	en %	en frs	en %	en frs	en %	en frs	en %
<i>Dépenses</i>								
Besoins vitaux	21	1,5%	37	2,6%	...	...	...	...
+ Loyer reconnu	35	6,9%	15	2,8%	...	...	...	...
+ Taxes de home	...	...	...	...	63	1,6%	141	3,5%
+ Dépenses personnelles	...	...	...	...	17	5,5%	5	1,5%
+ Prime de caisse-maladie	-180	-100,0%	0	-	-169	-100,0%	0	-
+ Autres dépenses	2	5,9%	4	11,1%	0	0,0%	6	16,7%
= Dépenses reconnues	-122	-5,8%	56	2,8%	-89	-2,0%	154	3,5%
<i>Revenus</i>								
Rente /AVS/AI	-30	-2,2%	-6	-0,4%	6	0,4%	34	2,4%
+ Autres rentes	-6	-11,1%	6	12,5%	-2	-1,3%	2	1,3%
+ Allocation pour impotent	...	...	...	...	1	0,6%	26	15,4%
+ Contributions de caisse-maladie*	...	...	...	...	146	77,7%	126	37,7%
+ Autres revenus	-19	-14,8%	-1	-0,9%	-48	-14,7%	-24	-8,6%
= Revenu déterminant	-55	-3,5%	-1	-0,1%	103	4,5%	164	6,9%
<i>Montant de la PC</i>								
Dépenses reconnues	-122	-5,8%	56	2,8%	-89	-2,0%	154	3,5%
- Revenu déterminant	-55	-3,5%	-1	-0,1%	103	4,5%	164	6,9%
- Reste**	0	0,0%	0	0,0%	-124	-26,8%	-37	-10,9%
= Montant de la PC	-67	-12,6%	57	12,2%	-68	-3,9%	27	1,6%
Nombre de personnes seules	-9 490	-10,6%	2 675	3,3%	-1 200	-2,4%	181	0,4%

* Séjours en home

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

*** valeur non disponible

Sources: OFAS, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in EL-Aktuell 2/1996; Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 1997, Bern 1998.

**T 6.3 c Allégements financiers dans les dépenses
des prestations complémentaires, 1995/1996 ***

mio frs	Bénéficiaires à la maison	Bénéficiaires en home	Total
Primes des caisse-maladie**	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)

T 7.2.1 a Dépenses d'aide sociale 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	682,8	464,5	1 147,2
1991	892,6	649,5	1 542,1
1992	1 011,5	701,2	1 712,7
1993	1 059,1	917,1	1 976,2
1994	1 231,5	957,1	2 188,7
1995	1 210,7	1 120,1	2 330,8
1996	1 072,4	968,1	2 040,5
1997	1 125,9	1 104,8	2 230,7
1998*	1 276,0		

* 1998: données provisoires, les données concernant les communes ne sont pas encore disponibles

Source: AFF

T 7.2.1 b Charge nette des cantons et des communes pour les tâches d'assistance (en mio frs)

	1994	1995	1996	1997	1998*
<i>Cantons (sans communes)</i>					
Assistance	1 231,5	1 210,7	1 072,4	1 125,9	1 276,0
Assistance aux personnes âgées	247,4	192,6	113,3	144,5	149,9
Aide aux indigents	321,1	388,0	441,9	507,2	545,5
Offices du travail	257,8	279,8	210,4	201,3	265,0
Aide suisse à l'étranger	0,326	0,326	0,325	0,105	1,343
Autres tâches d'assistance	404,9	350,0	306,5	272,8	314,3
<i>Communes</i>					
Assistance	957,1	1 120,1	968,1	1 104,8	
Assistance aux personnes âgées	77,6	83,3	108,1	104,4	
Aide aux indigents	534,4	540,2	444,4	526,3	
Offices du travail	123,7	164,8	118,5	95,3	
Aide suisse à l'étranger	0,0	0,1	0,0	0,0	
Autres tâches d'assistance	221,5	331,7	297,2	378,8	
<i>Cantons et communes</i>					
Assistance	2 188,7	2 330,8	2 040,5	2 230,7	
Assistance aux personnes âgées	325,0	275,8	221,4	249,0	
Aide aux indigents	855,4	928,2	886,2	1 033,6	
Offices du travail	381,5	444,6	328,9	296,6	
Aide suisse à l'étranger	0,330	0,383	0,327	0,093	
Autres tâches d'assistance	626,5	681,7	603,7	651,5	

*Données provisoires pour les cantons, pas encore disponibles pour les communes.

Source: AFF

T 7.2.1 c Dépenses d'aide aux indigents 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	347,8	148,4	496,2
1991	339,1	238,6	577,7
1992	441,8	265,8	707,6
1993	467,4	357,2	824,6
1994	321,1	534,4	855,4
1995	388,0	540,2	928,2
1996	441,9	444,4	886,2
1997	507,2	526,3	1 033,6
1998*	545,5		

* 1998: données provisoires, les données concernant les communes ne sont pas encore disponibles

Source: AFF

T 7.2.1 d Dépenses d'assistance aux personnes âgées 1990-1998:
charge nette des cantons et des communes en mio de frs

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	107,0	40,2	147,2
1991	239,6	88,9	328,5
1992	199,5	105,1	304,6
1993	141,9	103,7	245,6
1994	247,4	77,6	325,0
1995	192,6	83,3	275,8
1996	113,3	108,1	221,4
1997	144,5	104,4	249,0
1998*	149,9		

* 1998: données provisoires, les données concernant les communes ne sont pas encore disponibles

Source: AFF

**T 7.2.1 e Dépenses concernant les offices du travail, l'aide aux chômeurs, l'aide en cas de crise, etc.
1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs**

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	65,6	27,9	93,6
1991	88,7	35,9	124,7
1992	133,8	51,3	185,1
1993	184,7	112,6	297,3
1994	257,8	123,7	381,5
1995	279,8	164,8	444,6
1996	210,4	118,5	328,9
1997	201,3	95,3	296,6
1998*	265,0		

* 1998: données provisoires, les données concernant les communes ne sont pas encore disponibles

Source: AFF

T 7.2.1 f Autres dépenses d'aide sociale 1990-1998: charge nette des cantons et des communes en mio de frs

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	162,3	248,0	410,3
1991	225,2	286,0	511,2
1992	236,4	279,0	515,4
1993	265,1	343,6	608,7
1994	405,3	221,5	626,8
1995	350,4	331,7	682,1
1996	306,8	297,2	604,0
1997	272,9	378,8	651,6
1998*	315,7		

* 1998: données provisoires, les données concernant les communes ne sont pas encore disponibles

Source: AFF

**T 7.2.1 g Dépenses d'aide aux indigents des cantons et des communes,
charge nette par canton 1994-1997, en mio de frs**

	<u>Charge nette</u>				<u>Variation en %</u>		
	1994	1995	1996	1997	var 94/95	var 95/96	var 96/97
ZH	139,5	150,9	156,0	181,1	8,2%	3,4%	16,1%
BE	185,8	208,0	91,8	209,0	12,0%	-55,9%	127,7%
LU	42,5	54,8	36,4	39,1	29,1%	-33,6%	7,5%
UR	0,8	1,4	1,4	1,9	82,1%	0,8%	35,2%
SZ	7,0	9,5	11,0	11,9	36,3%	15,7%	8,1%
OW	1,2	1,5	2,0	1,2	21,4%	30,9%	-41,2%
NW	2,1	1,2	1,3	1,3	-42,3%	4,7%	3,6%
GL	4,5	4,6	5,8	5,3	1,1%	26,0%	-8,8%
ZG	6,1	5,9	8,0	10,0	-3,0%	35,1%	23,9%
FR	5,6	8,8	9,0	10,1	57,4%	2,2%	13,0%
SO	15,3	18,5	27,4	26,2	21,3%	47,7%	-4,2%
BS	126,3	113,0	109,6	112,4	-10,6%	-3,0%	2,6%
BL	16,3	13,0	31,6	29,9	-20,0%	141,9%	-5,4%
SH	8,1	9,3	9,9	10,1	14,0%	6,8%	2,4%
AR	4,4	4,4	4,8	4,3	0,4%	10,6%	-10,3%
AI	0,7	0,8	0,8	0,9	15,9%	-0,1%	5,0%
SG	42,5	47,5	49,3	49,9	11,6%	3,9%	1,2%
GR	1,3	6,2	9,8	11,3	375,2%	58,8%	15,9%
AG	43,1	43,0	44,1	50,0	-0,2%	2,6%	13,4%
TG	21,9	22,3	21,3	18,6	2,0%	-4,6%	-12,7%
TI	38,3	47,2	50,3	46,6	23,2%	6,6%	-7,4%
VD	53,6	62,4	62,2	69,1	16,4%	-0,2%	11,1%
VS	13,8	8,3	22,2	10,9	-39,4%	165,9%	-51,0%
NE	14,5	18,5	18,1	20,4	27,8%	-2,0%	12,9%
GE	52,9	57,2	94,6	94,4	8,1%	65,2%	-0,2%
JU	7,3	9,9	7,5	7,5	35,1%	-24,2%	0,8%
Total CH	855,4	928,2	886,2	1 033,6	8,5%	-4,5%	16,6%

Source: AFF

T 7.2.1 h Dépenses d'aide aux indigents, sans le canton de Berne, 1990-1997:
Charge nette des cantons et des communes en mio de frs

Année	Cantons	Communes	Cantons et communes
1990	252,3	138,7	390,9
1991	227,0	197,5	424,5
1992	304,7	247,0	551,6
1993	333,4	301,9	635,3
1994	312,1	357,6	669,6
1995	338,8	381,4	720,2
1996	369,7	424,7	794,5
1997	394,1	430,5	824,6

Source: AFF

T 7.2.1 i Dépenses d'aide aux indigents du canton de Berne, 1990-1997:
Charge nette du canton et des communes en mio de frs

Année	Canton	Communes	Canton et communes
1990	95,5	9,7	105,2
1991	112,1	41,1	153,2
1992	137,1	18,8	156,0
1993	134,1	55,3	189,3
1994	9,0	176,8	185,8
1995	49,2	158,8	208,0
1996	72,2	19,6	91,8
1997	113,1	95,9	209,0

Source: AFF

T 7.2.1 j Indice de l'évolution du nombre de bénéficiaires d'aide sociale 1988-1998 (1995=100)

	ZH	BE	LU	SG	TG	TI	VD	GE	CH *
1988	62,7	59,4			56,8			62,3	58,5
1989	65,4	60,0			61,4			59,1	59,8
1990	73,7	55,0	60,4	50,7	62,5		45,5	60,5	59,3
1991	87,7	62,7	83,8	65,4	80,3	77,8	52,1	66,5	70,6
1992	90,1	78,3	108,7	79,8	94,0	88,7	69,8	71,0	81,9
1993	92,7	86,2	146,1	86,5	87,7	88,1	82,0	76,8	87,6
1994	96,6	93,2	119,9	92,6	101,0	93,2	95,2	90,2	94,7
1995	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1996	109,2	106,6	105,6	107,4	98,7	110,6	113,6	101,9	107,5
1997	119,1	121,5	114,5	115,1	119,1	116,0	130,7	120,7	120,4
1998	118,6	152,4	121,6	127,7	125,7	115,8	127,4	134,0	132,9

* CH: estimation basée sur les informations fournies par 4-8 cantons correspondant à env. 63 % de la population

Source: autorités cantonales des affaires sociales

T 7.2.4 a: Nombre de bénéficiaires dans l'aide sociale

	1994	1995	1996	1997	1998
Remboursements					
de frais de maladie	82 000	90 000	97 000	100 000	104 000
Paiements de primes	245 000	265 000	291 000	300 000	310 000

T 7.2.4 b: Dépenses de santé dans l'aide sociale en mio frs

	1994	1995	1996	1997	1998
Remboursements					
de frais de maladie	49	55	67	70	74
Paiements de primes	122	132	-	-	-
Dépenses totales	171	187	67	70	74

Source: CSIAS, autres données provenant de quelques cantons

T 8.1 Coûts et financement de l'assurance-maladie de base

	1994	1995	1996	1997	1998	Variation 1997-98 en %
en mio frs						
Coûts						
Prestations payées	10 834	11 332	12 529	13 157	14 047	6,8%
Administration	801	823	937	879	832	-5,4%
Total	11 635	12 155	13 466	14 036	14 879	6,0%
Financement						
Primes 1)	8 650	8 576	9 219	9 838	10 341	5,1%
Participation aux frais	1 259	1 290	1 679	1 778	2 097	18,0%
Subventions publiques 2)	1 931	2 085	1 816	2 087	2 263	8,4%
- Confédération	1 411	1 810	1 365	1 526	1 601	4,9%
- Cantons (y c. communes)	520	275	451	561	662	18,0%
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	189	230	261	388	331	-14,7%
Total	12 029	12 181	12 975	14 091	15 032	6,7%
Excédent / découvert	394	26	-491	55	154	179,3%
en %						
Coûts						
Prestations payées	93,1%	93,2%	93,0%	93,7%	94,4%	
Administration	6,9%	6,8%	7,0%	6,3%	5,6%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Financement						
Primes 1)	71,9%	70,4%	71,1%	69,8%	68,8%	
Participation aux frais	10,5%	10,6%	12,9%	12,6%	14,0%	
Subventions publiques 2)	16,1%	17,1%	14,0%	14,8%	15,1%	
- Confédération	11,7%	14,9%	10,5%	10,8%	10,7%	
- Cantons (y c. communes)	4,3%	2,3%	3,5%	4,0%	4,4%	
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	1,6%	1,9%	2,0%	2,8%	2,2%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Excédent / découvert	3,4%	0,2%	-3,6%	0,4%	1,0%	

Source: OFAS

1) Primes nettes de toutes subventions publiques

2) Selon statistique des finances publiques pour 1994 et 1995; dès 1996, selon décompte des subsides fédéraux pour l'abaissement des primes (OFAS)

T 8.2 a Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur en mio frs

Agents financeurs	1994	1995	1996	1997	1998*	Variation 1997-98* en %
Etat	8 217	8 359	8 245	8 345	8 572	2,7%
cantons (y c. communes)	6 557	6 278	6 675	6 627	6 768	
Confédération	1 660	2 081	1 571	1 718	1 804	
Subventions aux établissements de santé	4 601	4 438	4 685	4 656	4 620	-0,8%
cantons (y c. communes)	4 601	4 438	4 683	4 655	4 619	
Confédération	0,0	0,0	1,2	1,4	1,1	
Soins à domicile	183	192	249	259	277	7,0%
cantons (y c. communes)	183	192	249	259	277	
Confédération	0	0	0	0	0	
Administration et prévention	607	653	655	645	651	1,0%
cantons (y c. communes)	474	502	514	506	511	
Confédération	133	151	141	139	141	
Invalidité	194	259	268	279	282	1,1%
cantons (y c. communes)	194	259	268	279	282	
Confédération	0	0	0	0	0	
Réduction des primes de l'assurance-maladie	1 933	2 085	2 029	2 198	2 381	8,3%
cantons (y c. communes)	521	275	664	672	780	
Confédération 2)	1 411	1 811	1 365	1 526	1 601	
Prestations complémentaires	529	546	293	238	287	21,0%
cantons (y c. communes)	413	426	229	186	226	
Confédération	116	120	64	52	62	
Aide sociale (cantons et communes)	171	187	67	70	74	5,7%
Assurances sociales	3 728	3 935	4 164	4 465	4 541	1,7%
Caisses-maladie 3)	298	367	378	497	360	-27,6%
Assurance-accidents LAA	1 148	1 147	1 157	1 175	1 309	11,4%
AVS / AI 4)	2 231	2 375	2 585	2 749	2 828	2,9%
Assurance militaire	52	47	44	45	44	-3,1%
Ménages 5)	21 262	22 099	23 915	24 418	25 574	4,7%
primes nettes d'ass.-maladie (y c. complémentaires)	11 073	11 636	13 348	13 120	13 753	4,8%
participations aux frais	1 348	1 387	1 778	1 887	2 159	14,4%
prestations non couvertes (out of pocket) 6)	8 840	9 076	8 790	9 411	9 663	2,7%
Total 1)	33 206	34 393	36 324	37 227	38 687	3,9%

Source: OFAS

1) Coûts du système de santé après déduction des prestations aux résidents à l'étranger

2) Selon décomptes OFAS dès 1996

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

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

5) Les dépenses des ménages résultent de la différence entre les dépenses totales et celles de l'Etat et des assurances sociales

6) 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

* 1998: valeurs provisoires

T 8.2 b Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur en %

Agents financeurs	1994	1995	1996	1997	1998*
Etat	24,7%	24,3%	22,7%	22,4%	22,2%
cantons (y c. communes)	19,7%	18,3%	18,4%	17,8%	17,5%
Confédération	5,0%	6,1%	4,3%	4,6%	4,7%
Subventions aux établissements de santé	13,9%	12,9%	12,9%	12,5%	11,9%
cantons (y c. communes)	13,9%	12,9%	12,9%	12,5%	11,9%
Confédération	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Soins à domicile	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
cantons (y c. communes)	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
Confédération	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Administration et prévention	1,8%	1,9%	1,8%	1,7%	1,7%
cantons (y c. communes)	1,4%	1,5%	1,4%	1,4%	1,3%
Confédération	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Invalidité	0,6%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
cantons (y c. communes)	0,6%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Confédération	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Réduction des primes de l'assurance-maladie	5,8%	6,1%	5,6%	5,9%	6,2%
cantons (y c. communes)	1,6%	0,8%	1,8%	1,8%	2,0%
Confédération 2)	4,3%	5,3%	3,8%	4,1%	4,1%
Prestations complémentaires	1,6%	1,6%	0,8%	0,6%	0,7%
cantons (y c. communes)	1,2%	1,2%	0,6%	0,5%	0,6%
Confédération	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Aide sociale (cantons et communes)	0,5%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%
Assurances sociales	11,2%	11,4%	11,5%	12,0%	11,7%
Caisses-maladie 3)	0,9%	1,1%	1,0%	1,3%	0,9%
Assurance-accidents LAA	3,5%	3,3%	3,2%	3,2%	3,4%
AVS / AI 4)	6,7%	6,9%	7,1%	7,4%	7,3%
Assurance militaire	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Ménages 5)	64,0%	64,3%	65,8%	65,6%	66,1%
primes nettes d'ass.-maladie (y c. complémentaires)	33,3%	33,8%	36,7%	35,2%	35,5%
participations aux frais	4,1%	4,0%	4,9%	5,1%	5,6%
prestations non couvertes (out of pocket) 6)	26,6%	26,4%	24,2%	25,3%	25,0%
Total 1)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source: OFAS

- 1) Coûts du système de santé après déduction des prestations aux résidents à l'étranger
- 2) Selon décomptes OFAS dès 1996
- 3) Financement propre des caisses-maladie (revenus des capitaux et revenus extraordinaires)
- 4) Prestations individuelles en nature et subventions aux institutions de l'AI; moyens auxiliaires payés par l'AVS
- 5) Les dépenses des ménages résultent de la différence entre les dépenses totales et celles de l'Etat et des assurances sociales
- 6) 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

* 1998: valeurs provisoires