



*Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

# ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

*Analyse des effets de la LAMal :  
Rapport de synthèse*

**Rapport de recherche n° 16/01**

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série « Aspects de la sécurité sociale » des articles de fond et des rapports de recherches sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et encourager la discussion. Les analyses présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

**Auteur:** Office fédéral des assurances sociales  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern

**Renseignements:** Martin Wicki  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
Tel. 031/322 90 25  
Fax 031/322 24 25  
E-mail: [martin.wicki@bsv.admin.ch](mailto:martin.wicki@bsv.admin.ch)

**ISBN:** 3-905340-43-7

**Copyright:** Office fédéral des assurances sociales  
CH-3003 Berne  
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source ; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.

**Diffusion:** OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Bern  
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

**Numéro de commande:** [318.010.16/01f](#) 1.02 800

# **Analyse des effets de l'assurance-maladie**

## **Rapport de synthèse**

*Office fédéral des assurances sociales*

**Berne, décembre 2001**

## **Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales**

L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie charge l'Office fédéral des assurances sociales d'évaluer les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Depuis 1997, des experts scientifiques indépendants ont réalisé environ 25 études portant sur les mesures les plus importantes, le comportement des principaux acteurs et l'atteinte des objectifs que s'était fixés la LAMal. Le présent rapport de l'Office fédéral des assurances sociales met un terme à l'évaluation de la phase d'introduction de la loi.

L'introduction de la LAMal a entraîné un véritable changement de système, dont le but est de garantir à l'ensemble de la population l'accès, au sein de l'assurance obligatoire de base, à des soins médicaux financièrement supportables, de grande qualité et complets. Bien que la complexité du système de santé publique, le grand nombre de mesures et la diversité des objectifs de la LAMal aient contraint l'analyse des effets à se limiter à un certain nombre de points essentiels, on peut, de manière générale, conclure qu'elle est parvenue à traiter l'ensemble de la question. Toutefois, le manque de données solides et suffisamment précises n'a pas toujours permis de confirmer empiriquement les tendances signalées par les différents acteurs sur le terrain. En outre, la LAMal a déclenché, dans de nombreux domaines, des processus de changements qui ne sont pas encore achevés à l'heure actuelle. Enfin, certaines questions n'ont pas pu être abordées et différents sujets nécessitent des études plus approfondies.

Les résultats des études montrent que la LAMal a atteint ses objectifs dans deux domaines: le renforcement de la solidarité et la fourniture de soins appropriée dans l'assurance-maladie de base. En revanche, son introduction n'a pratiquement pas influé sur l'augmentation des coûts. Selon les études, même si les impulsions en matière de maîtrise des coûts se sont avérées positives, elles n'ont pas été suffisantes et elles ont été compensées par des réactions de contournement chez différents acteurs.

Les experts ont formulé diverses recommandations visant à optimiser la LAMal, qui constitue une précieuse base de décision pour son développement futur. L'Office fédéral des assurances sociales a analysé ces recommandations et évalué leur pertinence par rapport aux différents objectifs de la loi. Quelques-unes d'entre elles ont déjà été intégrées aux deux premières révisions partielles de la LAMal; de nombreuses autres sont reprises et doivent être appliquées. Enfin, pour certaines recommandations, l'Office aboutit à des conclusions différentes de celles des experts; il n'en tiendra donc pas compte.

L'Office fédéral des assurances sociales a l'intention de réaliser des études sur l'évolution du système de santé publique en général et de l'assurance-maladie en particulier. Ces études porteront en priorité sur l'évolution des prix et les divers facteurs qui l'influencent.

O. Piller

Directeur de l'Office fédéral des assurances sociales

## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung**

Mit Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung wurde das Bundesamt für Sozialversicherung beauftragt, die Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu evaluieren. Seit 1997 sind rund 25 Studien von unabhängigen wissenschaftlichen Expertinnen und Experten zur Wirkung der wichtigsten Massnahmen, zum Verhalten der zentralen Akteure und zur Erreichung der mit dem KVG gesteckten Ziele durchgeführt worden. Mit dem vorliegenden Synthesebericht schliesst das Bundesamt für Sozialversicherung die Evaluation der Einführungsphase des KVG ab.

Mit der Einführung des KVG ist ein grundsätzlicher Systemwechsel vollzogen worden, mit welchem der ganzen Bevölkerung der Zugang zu einer für alle wirtschaftlich tragbaren, qualitativ hochstehenden und umfassenden medizinischen Versorgung innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung garantiert werden soll. Angesichts der Komplexität des Gesundheitswesens, der zahlreichen unterschiedlichen Massnahmen sowie der verschiedenen Zielsetzungen des KVG musste sich die Wirkungsanalyse auf bestimmte wesentliche Punkte beschränken. Insgesamt darf festgestellt werden, dass es gelungen ist, die grossen Zusammenhänge zu erfassen. Es ist allerdings anzumerken, dass es der Mangel an soliden und genügend differenzierten Daten manchmal nicht erlaubt hat, die von den Akteuren im Feld berichteten Trends empirisch zu belegen. Zudem hat das KVG in vielen Bereichen Veränderungsprozesse ausgelöst, welche heute noch nicht abgeschlossen sind. Schliesslich konnten bestimmte Bereiche nicht untersucht werden, und in verschiedenen Themenbereichen sind Vertiefungsstudien wünschbar.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen auf, dass die Ziele der Stärkung der Solidarität und einer angemessenen Leistungsversorgung in der sozialen Krankenversicherung mit dem KVG erreicht werden konnten. Hingegen liegen die Kostensteigerungen in der selben Grössenordnung wie vor Einführung des KVG. Die Studien stellen zwar fest, dass das KVG auch im Bereich der Kostendämpfung positive Impulse gegeben habe, dass diese jedoch nicht genügten und durch Ausweichreaktionen der verschiedenen Akteure kompensiert würden.

Die Expertinnen und Experten haben verschiedene Empfehlungen zur Optimierung des KVG formuliert, welche eine wertvolle Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung des KVG darstellen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat diese analysiert und im Hinblick auf die verschiedenen Zielsetzungen des KVG auf ihre Tauglichkeit geprüft. Teilweise sind sie bereits in die Arbeiten zur ersten und zweiten Teilrevision des KVG eingeflossen. Zahlreiche weitere werden aufgenommen und sollen umgesetzt werden. Bei einigen kommt das Bundesamt zu anderen Einschätzungen als die Experten und Expertinnen, weshalb sie nicht weiterverfolgt werden.

Das Bundesamt für Sozialversicherung will auch in Zukunft Studien zur Entwicklung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Krankenversicherung im Speziellen durchführen. In nächster Zeit soll dabei die Untersuchung der Kostenentwicklung und ihrer Determinanten im Vordergrund stehen.

O. Piller

Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung

## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

L'articolo 32 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie incarica l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali di valutare gli effetti della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dal 1997 ad oggi specialisti indipendenti hanno eseguito circa 25 studi scientifici relativi agli effetti dei provvedimenti più importanti, al comportamento dei principali interessati ed al raggiungimento degli obiettivi perseguiti dalla nuova legge. Con il presente rapporto di sintesi l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali conclude la valutazione della fase introduttiva della LAMal.

Con l'introduzione della LAMal il sistema è stato riformato nelle sue fondamenta nell'intenzione di garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria completa, di qualità e finanziariamente accessibile a tutti nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Considerati la complessità della sanità pubblica ed il numero e la specificità dei provvedimenti previsti dalla LAMal e degli obiettivi ad essa sottesi, l'analisi degli effetti ha dovuto essere limitata ad alcuni punti essenziali. Nel complesso la contestualizzazione dei fatti analizzati può dirsi riuscita. Bisogna tuttavia osservare che la carenza di dati certi e sufficientemente differenziati talvolta non ha consentito di documentare empiricamente le tendenze rilevate dagli interessati. Inoltre, in molti settori la LAMal ha avviato trasformazioni tuttora in corso. Infine non si sono potuti esaminare alcuni settori, mentre per diversi altri sono auspicabili approfondimenti.

I risultati degli studi dimostrano che grazie alla LAMal nel quadro dell'assicurazione sociale malattie è stato possibile rafforzare la solidarietà e garantire un'assistenza sanitaria adeguata. Per contro, i costi hanno continuato a crescere allo stesso ritmo che caratterizzava il diritto previgente. Secondo gli studi, la LAMal avrebbe dato impulsi positivi anche in relazione al contenimento dei costi. Questi tuttavia, già di per sé insufficienti, verrebbero del tutto resi vani dalle reazioni delle parti interessate, che tenderebbero ad ignorarli.

Le diverse raccomandazioni formulate dagli specialisti rappresentano una preziosa base decisionale per il perfezionamento della LAMal. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali le ha analizzate e ne ha esaminato la praticabilità in considerazione dei diversi obiettivi della LAMal. Alcune sono già confluite nei lavori relativi alla prima e alla seconda revisione parziale della LAMal, numerose altre sono state approvate e dovranno essere realizzate. Alcune, infine, non verranno approfondite, in quanto l'Ufficio federale giunge a conclusioni diverse da quelle degli specialisti.

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali intende svolgere anche in futuro studi in merito all'evoluzione della sanità pubblica in generale e dell'assicurazione malattie in particolare. Prossimamente sarà prioritaria l'analisi dell'evoluzione dei costi e dei fattori che la determinano.

O. Piller

Direttore dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

## **Foreword by the Federal Office for Social Insurance**

Article 32 of the Sickness Insurance Ordinance mandates the Federal Office for Social Insurance to evaluate the impact of the Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG). Since 1997, approximately 25 studies conducted by independent experts have investigated the KVG's principal measures, the reactions and attitudes of the main players, and the extent to which the targeted goals have been reached. This summary report concludes the evaluation of the KVG's introductory phase by the Federal Office for Social Insurance.

The introduction of the KVG operated a fundamental systemic change in Swiss health care. The law aims to provide the entire population with economically viable, top quality, comprehensive health care services covered by mandatory health insurance. Owing to the complexity of the health care system, and the profusion of measures and objectives defined by the KVG, an assessment of its impact has to focus on the most essential issues. The present report successfully pinpoints them, and the ways in which they inter-relate. Unfortunately, a lack of reliable and precise data thwarted empirical confirmation of some trends reported by players in the field. Also, the KVG has set off a process of change that is ongoing and therefore impossible to analyse in definitive terms for the time being. Some issues were not investigated at all, and others require more in-depth studies.

The results show that the KVG has indeed boosted solidarity, and that it ensures adequate health services within the basic insurance system. On the down side, health costs continue to rise at the same rate as prior to the introduction of the new law. According to the studies, the KVG indeed has a cost damping effect, although this effect is not strong enough, and is often foiled by evasive moves made by concerned parties.

The experts have formulated a number of recommendations aiming to improve the KVG. These should provide a sound decision-making basis for further developments relative to the law. The Federal Office for Social Insurance has examined them closely, with a view to both their feasibility and the targeted aims. Some have already been incorporated into the first and second partial revisions of the KVG. Others will be dealt with and implemented in the future. In some cases the Federal Office for Social Insurance arrives at different conclusions than the experts, and therefore does not follow their recommendations.

The Federal Office for Social Insurance intends to continue monitoring developments in the health care system in general, and health insurance in particular. In the near future, the studies will focus on the evolution of costs and the factors that determine it.

O. Piller

Director of the Federal Office for Social Insurance

## Résumé

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, a eu pour effet de réformer globalement le système suisse de l'assurance-maladie. Au vu de l'importance sociale des nouveautés introduites et des nombreuses incertitudes liées à l'évolution à venir, l'obligation d'un contrôle scientifique des effets de la nouvelle loi a été inscrite dans l'ordonnance correspondante. Le présent rapport reprend les résultats des travaux réalisés dans le cadre de la LAMal par des experts indépendants entre 1997 et 2001 et en fait la synthèse. Se fondant sur ces travaux, l'Office fédéral des assurances sociales procède à une évaluation des recommandations des experts et esquisse les développements à venir.

### ***Les objectifs ont-ils été atteints ?***

La LAMal et, dans son sillage, l'assurance obligatoire des soins visent trois objectifs. Premièrement, il y va de renforcer la solidarité entre les assurés. Deuxièmement, il s'agit d'assurer une offre de soins de haute qualité. Le troisième but visé est de freiner l'évolution des coûts.

S'agissant du premier objectif, à savoir une *solidarité accrue* entre les assurés jeunes et âgés, en bonne santé et malades, riches et pauvres, les évaluations effectuées par des experts indépendants mettent en évidence que l'introduction de la LAMal a permis de remédier à un certain nombre de carences inhérentes à l'ancienne loi. Le mouvement de désolidarisation, perceptible sous l'ancienne loi, a pu être jugulé. Différents éléments ont contribué à ce succès: le caractère obligatoire de l'assurance, le libre passage intégral, l'uniformité de la prime au sein d'une même compagnie d'assurance et d'une région, le mécanisme de compensation des risques et, enfin, le système des réductions de primes au bénéfice de personnes de condition modeste. Bien que la loi ne précise pas autrement l'objectif à atteindre, l'analyse des effets de la LAMal conclut que la solidarité est en grande partie réalisée. Plusieurs problèmes qu'il s'agira de résoudre par la suite ont cependant été relevés. Pour exemples: si la compensation des risques a permis de diminuer la sélection des risques par les assureurs, elle n'a toutefois pas réussi à écarter totalement cette pratique. La réduction individuelle de primes contribue certes à alléger efficacement la charge d'assurance des ménages de condition économique modeste, mais elle reste insuffisante dans les cantons où les primes sont élevées. Dans certains cantons, l'application de la LAMal suscite par ailleurs des critiques. Les experts estiment en particulier que l'information des assurés quant à leur droit de bénéficier d'une réduction de primes est parfois insuffisante. Les mesures destinées à garantir la solidarité posent également un problème, car certaines d'entre elles modifient nécessairement les incitations économiques visant les assurés, les assureurs et les fournisseurs de prestations. A cet égard, la question se pose de savoir si l'extension de la compensation des risques ne contribue pas à réduire la concurrence entre les assureurs et si cette mesure ne présage pas, à plus long terme, de l'institution d'une caisse unique. Il n'est pas exclu non plus que le système de réduction de primes ait un impact sur la motivation des assurés à opter pour un assureur plus avantageux ou un modèle d'assurance moins onéreux. Les évaluations soulignent l'importance de veiller, en cas de propositions de modification, à ce que soient respectés l'objectif de solidarité et la dimension de concurrence propres à la LAMal.

En ce qui concerne le deuxième objectif, à savoir une *offre de soins médicaux de qualité* pour l'ensemble de la population, les experts relèvent que la LAMal a permis de combler d'importantes lacunes. Ils mentionnent en particulier les soins prodigués à domicile et dans

les établissements médico-sociaux, ainsi que le remboursement illimité des prestations en cas d'hospitalisation. Même en comparaison internationale, l'étendue des prestations peut aujourd'hui être considérée comme complète et les assurés ont la garantie de pouvoir y accéder. L'évaluation a cependant relevé qu'en règle générale, la Commission fédérale des prestations (CFP) accordait trop peu d'importance aux incidences de ses décisions sur les coûts. Les experts ont constaté que les coûts découlant des prestations auxquelles la CFP avait donné son feu vert ne peuvent pas être évalués de manière détaillée. Mais leurs enquêtes mettent en évidence le fait que de toute manière, la part des prestations acceptées par la CFP à l'évolution annuelle des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire ne se monte qu'à quelques petits pour-cent. Il est donc hors de propos d'évoquer à ce sujet une influence décisive sur la progression des coûts. Les spécialistes recommandent toutefois de procéder dorénavant à une estimation plus systématique des coûts engendrés par les décisions du Département fédéral de l'intérieur et de suivre leur progression. Les études ont par ailleurs démontré qu'en matière de santé publique, la garantie de la qualité est encore peu développée. Enfin, on a pu observer que l'intégration de prestations de médecine préventive dans l'assurance obligatoire des soins a amené certains cantons à ne plus financer de campagnes, ce qui n'a pas été sans conséquence sur la diffusion des mesures préventives.

Le troisième objectif de la LAMal vise à maîtriser l'évolution des coûts. A cet égard, les experts estiment que la loi n'a pas eu les effets escomptés. En effet, l'augmentation des dépenses a été particulièrement marquée dans le domaine des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex. Les analyses à disposition n'ont pas véritablement permis d'établir de lien de cause à effet entre la loi sur l'assurance-maladie et l'évolution globale des coûts de santé. Le taux de l'augmentation a été légèrement en deçà de la moyenne des quatre années précédentes, mais nettement au-delà de la hausse annuelle moyenne du coût de la vie (0,8 %) ou de celle des salaires réels.

Des comparaisons internationales mettent en évidence que dans tous les pays développés, la hausse des coûts de la santé engendre des réformes du système de santé. Force est donc de constater que ni les systèmes déréglementés, comme aux États-Unis par exemple, ni les systèmes centralisés, comme en France, n'ont réussi à freiner durablement la hausse des coûts. L'évolution observée en Suisse ne se démarque donc pas des tendances enregistrées dans d'autres pays. Les études mettent toutefois en relief, toujours par comparaison internationale, que le système suisse de l'assurance obligatoire des soins se distingue par la qualité élevée des prestations, la facilité d'accès aux prestations pour toutes les couches de la population et une grande liberté de choix pour les assurés et les patients. Pour ces raisons, les experts attendent de la loi sur l'assurance-maladie qu'elle contribue à rendre le système de santé suisse nettement plus performant dans les cinq à dix années à venir.

### **Les concepts de base ont-ils fait leurs preuves ?**

La LAMal a misé sur un changement de comportement des différents acteurs dans le domaine de la santé. Mais il apparaît, à la lumière des études, que ces derniers n'ont pas tout à fait achevé leur reconversion, se contentant souvent de camper sur leurs positions. Les fournisseurs de prestations n'ont eu à subir que des pressions négligeables de la part de la concurrence. Leur sort est également intimement lié à la politique menée par les cantons qui, de par leur double fonction d'exploitant d'établissements hospitaliers et d'autorité chargée d'approuver les tarifs, ne sont pas à l'abri des conflits d'intérêts. Pour ce qui est des assureurs et des assurés, ceux-ci n'ont guère été intéressés par les nouvelles formes d'assurances. Les assurés disposent certes d'un vaste choix de possibilités, mais leur

assurance semble leur donner satisfaction et, dans l'ensemble, ils ne voient donc pas les avantages d'un changement. Jusqu'ici, les autres modèles d'assurances n'ont pas contribué à une meilleure maîtrise des coûts. La LAMal enjoint les assureurs d'être plus compétitifs et les invite à abandonner leur rôle d'*administrateurs* au profit de celui d'*entrepreneurs*. Si cette évolution est effectivement en cours, il faut néanmoins reconnaître que ce principe, comme celui d'une véritable garantie de la qualité de la part des assureurs et des fournisseurs de prestations, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Enfin, les modifications apportées aux conditions-cadres de la LAMal en matière de tarifs n'ont encore eu que peu d'incidence sur une réduction des coûts de la santé.

En dépit de toutes ces réserves, la majorité des analyses disponibles concluent que les concepts de base ont permis d'amorcer des développements positifs et qu'à ce titre, ils ont fait la preuve de leur efficacité. Ces mêmes études relèvent néanmoins aussi l'existence, dans la LAMal, d'un certain nombre d'incitations peu compatibles avec le principe de l'économie de marché et les considèrent comme autant d'obstacles à une véritable maîtrise de l'évolution des coûts. Pour les experts, les neuf domaines suivants se prêtent à des améliorations décisives.

### **Managed care**

Les évaluations relèvent que des mesures particulières devraient être mises en place afin d'inciter les assurés à se tourner davantage vers des *organisations de type managed care*. Certaines dispositions en vigueur actuellement vont toutefois à l'encontre d'une plus grande acceptation de ce type de structures. Les assureurs ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à se lancer dans une voie où la participation à la compensation des risques dépasse parfois les rentrées de primes. Par ailleurs, le fait que la formule HMO<sup>1</sup> permette, pendant les cinq premières années, de ne répercuter que 20 % des économies réalisées sous la forme de primes plus avantageuses ne favorise pas sa diffusion. A cela s'ajoute l'obligation de contracter, un élément qui dissuade les médecins de s'intéresser à ces modèles d'assurances. Enfin, les experts estiment qu'une étude rigoureuse de l'évolution des nouvelles formes d'assurances suppose l'introduction d'un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques.

*Position de l'OFAS: Dans son message relatif à la 1<sup>ère</sup> révision partielle de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral avait déjà précisé qu'à ses yeux, les formes particulières d'assurances (telles l'assurance comportant un choix limité de fournisseurs de prestations ou l'assurance assortie de franchises annuelles à option) constituaient des instruments efficaces pour réduire les coûts de l'assurance-maladie. La deuxième révision partielle de la LAMal prévoit de contraindre les assureurs à offrir de telles formes d'assurances sur l'ensemble du territoire suisse. La proposition d'adapter la compensation des risques doit être considérée en relation avec la question fondamentale des bases de calcul applicables.*

*L'OFAS partage l'avis des experts. Il est d'avis que des mesures s'imposent pour encourager la diffusion des formes particulières d'assurances, ce qui se traduira par des adaptations des dispositions légales. Il conviendra toutefois de veiller à ce que ces mesures ne portent pas atteinte au principe de la solidarité entre assurés au sein de l'assurance obligatoire des soins. C'est pourquoi l'OFAS envisage au premier chef de renforcer les incitations visant les assureurs et les fournisseurs de prestations. Il accorde aussi une grande importance à l'amélioration de la politique d'information s'adressant aux assurés, à l'intensification de la recherche dans ce domaine et il soutient la*

---

<sup>1</sup> HMO: organisations Health-Maintenance

*proposition d'introduire un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques.*

### **Financement des hôpitaux**

Certains experts estiment que le *financement des hôpitaux* doit faire l'objet d'une nouvelle réglementation. D'après eux, les subventions cantonales ne bénéficient qu'à une partie du système de santé, ce qui débouche fatalement sur des distorsions et la création d'incitations inopportunes. Pour ces raisons, ils préconisent de préparer le passage à un système moniste. L'objectif visé serait que les hôpitaux n'aient qu'un seul interlocuteur financier. Les cantons verseraient leur participation directement aux assureurs, ce qui aurait pour effet d'aplanir quelque peu le conflit d'intérêts résultant de leur double fonction d'autorité de surveillance et de fournisseur de prestations. Les experts sont d'avis que sur ce point, la deuxième révision partielle de la LAMal va dans la bonne direction, mais qu'elle ne résout pas le problème de fond.

*Position de l'OFAS: Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil des États invite le Conseil fédéral à présenter cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi révisée un projet prévoyant un financement des hôpitaux selon un système moniste. Les travaux en question nécessiteront un examen approfondi de différentes variantes de systèmes monistes afin d'établir quels types de flux financiers peuvent déboucher sur des incitations favorables pour les assureurs et les hôpitaux, et de quelle manière les cantons pourront jouer à l'avenir, auprès de la population, leur rôle de garants des soins médicaux. Il faudra également réexaminer le concept de la compensation des risques.*

### **Obligation de contracter**

Plusieurs évaluations recommandent de supprimer *l'obligation de contracter*. L'obligation faite aux assureurs de conclure des conventions tarifaires avec les fournisseurs agréés de prestations – principe connu sous le nom d'obligation de contracter – n'incite guère ces derniers à prendre des risques. Si l'on supprimait cette réglementation, les assureurs réduiraient nettement le nombre des fournisseurs de prestations qui travaillent à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cette mesure signifierait toutefois pour les assurés une limitation de la liberté de choix du fournisseur de prestations. De plus, la suppression de l'obligation de contracter pourrait avoir des incidences négatives, en particulier pour les malades chroniques, car dans ces cas, le lien avec le thérapeute joue un rôle important.

*Position de l'OFAS: Dans son message sur la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral s'est opposé à une suppression générale de l'obligation de contracter. Il retient cependant le principe d'une suppression partielle, qui serait exclusivement applicable aux fournisseurs de prestations de soins ambulatoires âgés de plus de 65 ans. Dans le cadre des délibérations portant sur la 2<sup>e</sup> révision partielle, le Conseil des États s'est prononcé en faveur d'une suppression générale de l'obligation de contracter et a formulé des propositions dans ce sens. Pour sa part, l'administration continue à douter que, sans obligation de contracter, il soit possible de garantir la sécurité des soins et d'éviter l'apparition d'une médecine à deux vitesses.*

### **Compensation des risques**

Les analyses consacrées à la *compensation des risques* relèvent que la prime unique suppose que cette mesure s'applique pour une période illimitée. Les experts recommandent toutefois une forme de compensation différente de celle en vigueur aujourd'hui et précisent que les dispositions actuelles incitent les assureurs à pratiquer assez

massivement la sélection des risques, ce qui, à terme, pourrait saper l'objectif de solidarité. Ils demandent également d'étudier la possibilité de financer un pool de gros risques au moyen des rentrées fiscales. Ce pool pourrait s'avérer efficace là où les incitations financières ne modifient pas le comportement des patients.

*Position de l'OFAS: Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose de supprimer la limitation dans le temps applicable à la compensation des risques. Une amélioration de la formule de la compensation est souhaitable, mais la solution optimale n'a pas encore été trouvée, estime l'OFAS. Des études sont en cours, qui devraient s'achever début 2002. Les études citées portent également sur la question de savoir comment réaliser un pool de gros risques ou un pool de coûts élevés. Ces questions doivent aussi, nous l'avons dit, être examinées en lien avec l'éventuelle introduction d'un système moniste de financement des hôpitaux.*

### **Réduction des primes**

Les experts recommandent le maintien de la réduction de primes, mais demandent d'une part une plus grande uniformisation des systèmes cantonaux d'exécution et, d'autre part, la définition d'un objectif social dont le respect peut et doit être systématiquement contrôlé. En outre, il y a lieu de créer des incitations permettant de garantir que les assurés de condition économique modeste choisissent véritablement des assurances avantageuses.

*Position de l'OFAS: Pour ce qui est d'uniformiser l'exécution de la réduction de primes, un certain nombre de modifications ont déjà été introduites lors de la première révision partielle de la LAMal. Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil des États propose l'introduction d'un objectif social ainsi qu'une augmentation des ressources fédérales destinées à la réduction de primes. L'OFAS appuie cette proposition. En même temps, l'office estime que des recommandations adressées aux cantons seraient à même d'uniformiser l'exécution de la réduction des primes.*

### **Prestations**

Dans le domaine des prestations, les experts demandent d'une part différentes adaptations de la procédure d'examen par la Commission fédérale des prestations: il serait notamment souhaitable de renforcer l'influence exercée par les patients, d'accélérer les procédures et d'effectuer systématiquement un examen du caractère économique des prestations. D'autre part, ils relèvent un certain nombre d'effets pervers en matière de prévention et invitent la Confédération à fixer des priorités claires et précises tenant compte aussi des problèmes liés à l'exécution.

*Position de l'OFAS: L'office a déjà traduit dans les faits les recommandations des experts relatives à la procédure d'examen des prestations: ainsi, diverses modifications ont été mises sur rail afin de mieux tenir compte désormais des incidences financières de nouvelles prestations. Par contre des réserves subsistent face aux demandes des organisations de patients qui souhaitent obtenir davantage d'influence sur le processus de décision. Pour ce qui touche à l'étendue des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins, l'OFAS élabore actuellement, de concert avec la Commission fédérale des prestations, des principes réglementant plus adéquatement la répartition des coûts de prestations de prévention entre l'assurance-maladie et les pouvoirs publics. S'agissant des prestations de la médecine dentaire et de SPITEX (soins à domicile), l'office est par contre d'avis qu'on ne peut pas les intégrer davantage dans le système de la prime par tête.*

### **Garantie de la qualité**

Les experts invitent la Confédération à être nettement plus active en matière de garantie de la qualité et à y consacrer des moyens financiers. Il est souhaitable que la Confédération et les fournisseurs de prestations adoptent ensemble une position claire et qu'ils la rendent publique. Enfin, les experts recommandent davantage de transparence en ce qui concerne les mesures envisagées ou déjà prises en matière de garantie et de promotion de la qualité, par exemple par la publication de rapports annuels à ce sujet.

*Position de l'OFAS: L'office est d'avis que l'évaluation doit porter sur les résultats plutôt que sur la méthode employée de les obtenir. Cette approche suppose la possibilité de quantifier et de mesurer de manière uniforme les résultats obtenus par les prestations médicales. L'OFAS entend laisser les partenaires contractuels définir quelles mesures de garantie de la qualité ils estiment appropriées et les introduire. L'OFAS est cependant habilité à intervenir, dans le cadre de la compétence du Conseil fédéral, quand les parties ne parviennent pas à un accord ou que le contenu des contrats de qualité ne satisfait pas à ses exigences.*

### **Information des assurés**

Les études dénoncent une carence en ce qui concerne l'information des assurés. Souvent, estiment les experts, il manque des informations essentielles comme la possibilité de changer de caisse, l'existence d'autres formes d'assurances ou encore le choix entre différentes franchises. En outre, l'étude portant sur l'information des assurés établit qu'il n'existe guère d'informations relatives à la qualité et aux performances des assureurs-maladie. Les experts proposent la création d'un "guide des produits" en vue d'améliorer la transparence du marché et de faciliter un changement de caisse obéissant aux lois économiques. Ils préconisent de mettre à la disposition des organisations de patients et d'assurés les ressources humaines et matérielles qui leur permettraient d'assumer elles-mêmes ces tâches.

*Position de l'OFAS: L'office suivra les recommandations des experts et développera encore sa politique d'information. Il mettra en particulier l'accent sur les formes particulières d'assurances et les possibilités de changer de caisse et approfondira la collaboration déjà existante avec les organisations de patients. Il prévoit en outre la création en son sein d'une nouvelle unité chargée de traiter les questions des assurés.*

### **Planification hospitalière**

Différentes évaluations demandent que la planification hospitalière soit améliorée et accélérée. Le rapport traitant spécifiquement de cette question recommande d'étendre à l'ensemble de la Suisse la pratique des rapports de santé qui existe dans certains cantons. De tels rapports fourniraient de précieuses informations sur les besoins à venir en matière de capacités hospitalières. Les experts relèvent également que les relations et dépendances mutuelles entre les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont tellement marquées qu'une planification sectorielle ne tenant pas compte des autres secteurs ne présenterait guère d'intérêt. Ils demandent une extension de la planification hospitalière allant dans le sens d'une offre de soins intégrée. Enfin, ils estiment souhaitable que la médecine spécialisée et la médecine de pointe fassent l'objet d'une planification hospitalière à l'échelle suisse.

*Position de l'OFAS: Le souhait d'une planification hospitalière à l'échelle suisse a déjà été formulé à plusieurs reprises. Une solution applicable à la médecine spécialisée et à la médecine de pointe, élaborée conjointement par les cantons, est à l'étude dans le cadre du*

projet "Nouvelle péréquation financière", la Confédération exerçant une influence dans ces deux domaines également du fait de sa compétence en matière de catalogue des prestations. Cette problématique constitue au demeurant l'un des sujets de la "Politique nationale de la santé", un projet de la Confédération et des cantons qui a pour objectif d'une part d'introduire un observatoire de la santé dont la tâche consistera notamment à diffuser les rapports de santé élaborés par les cantons et à les institutionnaliser à l'échelle fédérale et, d'autre part, de répertorier l'offre de soins sous un angle thématique.

## Zusammenfassung

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde die schweizerische Krankenversicherung umfassend reformiert. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Neuerungen und der zahlreichen Unsicherheiten betreffend die zu erwartenden Entwicklungen wurde in der Verordnung zum Gesetz die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen festgehalten. Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang von 1997 bis 2001 durchgeführten Arbeiten von verwaltungs-externen Expertinnen und Experten dargestellt und synthetisiert. Darauf aufbauend prüft das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die Tauglichkeit der vorgeschlagenen Empfehlungen und skizziert die möglichen weiteren Entwicklungsschritte.

### **Wurden die Ziele erreicht?**

Das KVG und damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt drei Zielsetzungen: Erstens ist eine Stärkung der Solidarität unter den Versicherten beabsichtigt. Zweitens soll eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sichergestellt werden. Und drittens soll die Kostenentwicklung gedämpft werden.

Hinsichtlich der *Stärkung der Solidarität* zwischen Jung und Alt, Gesund und Krank sowie Arm und Reich weisen die verfügbaren Evaluationen von aussenstehenden Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit der Einführung des KVG verschiedene Mängel der vorangegangenen gesetzlichen Regelung behoben werden konnten. Die unter dem alten Gesetz zu beobachtende Entsolidarisierung konnte wirkungsvoll verringert werden. Dazu beigetragen haben das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Versicherung und einer Region, der Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Obwohl im Gesetz keine verbindliche Zielgrösse definiert ist, kommt die Wirkungsanalyse zum Schluss, dass das Solidaritätsziel im Wesentlichen erreicht wurde. Allerdings wurden auch verschiedene Defizite konstatiert, die es bei der Weiterentwicklung zu beheben gilt. So hat der Risikoausgleich zwar die Risikoselektion durch die Versicherer vermindert, er konnte sie aber nicht vollständig unterbinden. Die individuelle Prämienverbilligung entlastet die unteren Einkommensschichten zwar wirksam, in Kantonen mit hohen Prämien aber ungenügend. Zudem wurde der Vollzug in einzelnen Kantonen bemängelt. Insbesondere wird die Information der Bevölkerung über ihr Recht auf Prämienverbilligung als zum Teil ungenügend erachtet. Ein Problem besteht auch darin, dass verschiedene Massnahmen, welche die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung sicherstellen, notwendigerweise die ökonomischen Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer verändern. So stellt sich etwa die Frage, ob eine Erweiterung des Risikoausgleichs nicht den Wettbewerb zwischen den Versicherern einschränkt und die Entwicklung einer Einheitskasse einleitet. Auch ist zu vermuten, dass die Ausgestaltung der Prämienverbilligung die Motivation der Versicherten, sich für einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu entscheiden, beeinflussen kann. Die Evaluationen unterstreichen, dass bei Änderungsvorschlägen auf eine ausgewogene Berücksichtigung des Solidaritätsziels und der wettbewerblichen Ausrichtung des KVG zu achten sei.

Auch im Hinblick auf die *Bereitstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung* für die ganze Bevölkerung weisen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass mit dem Krankenversicherungsgesetz wichtige Lücken geschlossen werden konnten.

Zu erwähnen sind insbesondere die Pflege zu Hause und in Pflegeheimen sowie die unbeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten. Der Leistungsumfang kann heute – auch im internationalen Vergleich – als umfassend beurteilt werden, und der Zugang der Versicherten zu den Leistungen ist gewährleistet. Die Evaluation zeigte jedoch, dass die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen in der Regel zu wenig Beachtung schenkt. Die Expertinnen und Experten stellten fest, dass die Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergeben, nur grob geschätzt werden können. In ihrer Untersuchung weisen sie aber weiter darauf hin, dass der Anteil der von der Kommission angenommenen Leistungen an den jährlichen Veränderungen der Krankenversicherungsausgaben in jedem Fall nur wenigen Prozenten entspricht, sodass in diesem Zusammenhang nicht von einem massgeblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung gesprochen werden kann. Dennoch empfehlen die Fachleute, die Kostenfolgen der Entscheidungen des Eidgenössischen Departements des Innern in Zukunft systematischer zu schätzen und zu überwachen. Zudem haben die Untersuchungen gezeigt, dass die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen noch wenig entwickelt ist. Schliesslich wurde ermittelt, dass die Integration von präventiven Leistungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung teilweise dazu geführt hat, dass sich Kantone aus der Finanzierung von Kampagnen zurückgezogen haben. Dies hat die Verbreitung der Prävention beeinträchtigt.

Das dritte Hauptziel des KVG ist darauf ausgerichtet, die *Kostenentwicklung* zu bremsen. Diesbezüglich hat das Gesetz in den Augen der Expertinnen und Experten die Erwartungen nicht erfüllt. Es wurde festgestellt, dass das Ausgabenwachstum in den Bereichen Medikamente, ambulante Spitalbehandlung, Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen besonders gross war. Einen relevanten Einfluss des KVG auf die Entwicklung der globalen Gesundheitskosten konnten die verfügbaren Wirkungsanalysen nicht feststellen. Die Steigerungsrate lag zwar leicht unter dem Mittel der vier vorangegangenen Jahre, aber deutlich über der durchschnittlichen Jahreststeuerung von 0,8 Prozent beziehungsweise der Entwicklung der Reallöhne.

Internationale Vergleiche weisen darauf hin, dass die steigenden Gesundheitskosten in allen entwickelten Staaten Anlass für Reformen des Gesundheitswesens bilden. Dabei zeigt sich, dass weder deregulierte Systeme, wie sie die Vereinigten Staaten kennen, noch staatliche Systeme, wie das in Frankreich praktizierte Modell, die Steigerungsraten längerfristig haben senken können. Die Entwicklung der schweizerischen Gesundheitskosten weicht nicht von den international festzustellenden Trends ab. Dagegen zeigen die Untersuchungen, dass sich das schweizerische System im internationalen Vergleich durch einen hohen Leistungsstandard, eine gute Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsschichten zu den Leistungen und eine hohe Wahlfreiheit der Versicherten, Patientinnen und Patienten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszeichnet. Expertinnen und Experten erwarten vom KVG daher in den nächsten fünf bis zehn Jahren relevante Beiträge zur Erhöhung der Effizienz des schweizerischen Gesundheitssystems.

### ***Haben sich die konzeptionellen Grundlagen bewährt?***

Das KVG setzt Erwartungen in das Verhalten der Akteure. Wie die verfügbaren Untersuchungen von Expertinnen und Experten zeigen, haben diese ihre Rollen aber nur zum Teil wahrgenommen. Oft haben sie ihre angestammte Position verteidigt. Die Leistungserbringer blieben dem Wettbewerb wenig ausgesetzt. Auch ist deren Entwicklung stark von den Kantonen beeinflusst, welche in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer Funktion als Spitalbetreiber und als Tarifgenehmigungsbehörde stehen. Die Krankenversicherer und die Versicherten ihrerseits machten von den neuen Versicherungs-

modellen wenig Gebrauch. Die Versicherten haben zwar umfangreiche Wahlmöglichkeiten, scheinen aber mit ihren Versicherungslösungen zufrieden zu sein und sehen daher keine Veranlassung zu Veränderungen. Von den alternativen Versicherungsmodellen ist zurzeit kein Beitrag zur Kosteneindämmung festzustellen. Mit dem KVG wurden die Versicherer aufgefordert, sich verstärkt wettbewerblich zu verhalten und sich von „Verwaltern“ zu „Unternehmern“ zu entwickeln. Diese Veränderungen sind zwar in Gang gekommen, aber noch wenig weit entwickelt. Erst am Anfang steht auch die strukturierte Qualitätssicherung durch Versicherer und Leistungserbringer. Und auch die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt.

Trotz diesen Vorbehalten kommen die vorliegenden Untersuchungen mehrheitlich zum Schluss, dass sich die konzeptionellen Grundlagen des KVG bewährt haben, da verschiedene positive Entwicklungen in Gang gekommen sind. Die verfügbaren Studien machen aber auch deutlich, dass das KVG verschiedene problematische Anreize setzt, die dazu führen, dass die marktwirtschaftliche Steuerung nicht ausreichend funktioniert, um die Kostenentwicklung wirksam einzudämmen. Die Expertinnen und Experten orten entscheidende Verbesserungsmöglichkeiten in folgenden neun Bereichen:

### **Managed Care**

Erstens streichen die Evaluationen heraus, dass alles unternommen werden sollte, was zu einem vermehrten Einsatz von *Managed-Care-Organisationen* führt. Verschiedene heute geltende Bestimmungen beeinträchtigen jedoch deren Verbreitung. So wird unterstrichen, dass die Versicherer gegenwärtig kaum daran interessiert sind, weil die Abgaben an den Risikoausgleich zum Teil höher sind als die Prämieinnahmen. Zudem wirkt sich die Vorschrift, dass HMO<sup>2</sup> in den ersten fünf Jahren nur 20 Prozent der Kosteneinsparungen in Form tieferer Prämien weitergeben dürfen, hemmend auf die Verbreitung aus. Auch schmälert der Kontrahierungszwang das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an diesen Versicherungsmodellen. Schliesslich wird ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen notwendig, um die Entwicklung neuer Versicherungsformen zuverlässig verfolgen zu können.

*Stellungnahme des BSV: Der Bundesrat hat bereits in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision des KVG festgehalten, dass er besondere Versicherungsformen (wie die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise) als wirksame Instrumente betrachtet, um zu einer Verringerung der Kostensteigerung in der Krankenversicherung beizutragen. Die zweite Teilrevision des KVG sieht vor, dass die Versicherer verpflichtet werden, solche Modelle flächendeckend in der ganzen Schweiz anzubieten. Die Forderung nach einer Anpassung des Risikoausgleichs ist im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Diskussion zu dessen Berechnungsgrundlagen zu sehen.*

*Das BSV teilt die Ansicht der Expertinnen und Experten, dass Massnahmen zur Förderung der Verbreitung derartiger Modelle ergriffen werden müssen, welche auch Anpassungen der gesetzlichen Bestimmungen verlangen werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Solidarität der Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhalten bleibt. Das BSV beabsichtigt daher, in erster Linie die Anreize zur Entwicklung solcher Modelle für die Versicherer und die Leistungserbringer zu verstärken. Zudem wird die bessere Information der Versicherten als sehr wichtig erachtet.*

---

<sup>2</sup> HMO: Health-Maintenance-Organisationen

Schliesslich betrachtet es das BSV als notwendig, die Forschung in diesem Bereich zu intensivieren. Auch hat es keine Einwände gegen ein kontinuierliches Monitoring mit jährlicher Berichterstattung und statistischen Erhebungen, wie dies vorgeschlagen wurde.

### **Spitalfinanzierung**

Zweitens vertreten verschiedene Expertinnen und Experten die Ansicht, dass die *Spitalfinanzierung* neu geregelt werden muss. Das heutige System führt in ihren Augen dazu, dass die kantonalen Subventionen nur einem Teilbereich des Gesundheitswesens zufließen, was zu Verzerrungen und Fehlanreizen führt. Aus diesem Grund verlangen sie, den Übergang zu einem monistischen System vorzubereiten. Ziel ist es, den Spitälern einen einzigen Finanzierer gegenüberzustellen. Die Kantone richten ihre Beiträge an die Versicherer aus, wodurch der Interessenkonflikt der Kantone zwischen der Aufsichtspflicht und der Leistungserbringung entschärft wird. Die anstehende zweite Teilrevision des KVG gehe in dieser Hinsicht in die richtige Richtung, löse aber das Kernproblem nicht.

*Stellungnahme des BSV: Der Ständerat schlägt in der zweiten Teilrevision des KVG vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkraftsetzung des revidierten Gesetzes eine Vorlage zum Übergang zu einem monistischen System in der Spitalfinanzierung zu unterbreiten hat. Im Zuge dieser Arbeiten wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit verschiedenen Varianten monistischer Systeme notwendig sein, um abzuklären, wie die Finanzflüsse in Zukunft auszugestalten sind, um die Anreize für Versicherer und Spitäler richtig zu setzen, und in welcher Weise die Rolle der Kantone als Garant der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zukünftig zum Tragen kommt. Dabei ist nicht zuletzt zu prüfen, wie der Risikoausgleich auszugestalten ist.*

### **Kontrahierungszwang**

Drittens wird in den Evaluationen verschiedentlich die Abschaffung des *Kontrahierungszwangs* empfohlen. Gegenwärtig bestehen für Leistungserbringer auf Grund der Pflicht der Versicherer, mit den zugelassenen Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen (was gemeinhin als Kontrahierungszwang bezeichnet wird), wenig Anreize, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Mit der Aufhebung dieser Regelung würden die Versicherer die Zahl der Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, spürbar vermindern. Allerdings ist zu bedenken, dass die Versicherten in der freien Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt wären. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte insbesondere für Chronischkranke, für welche die therapeutische Beziehung besonders wichtig ist, negative Auswirkungen haben.

*Stellungnahme des BSV: Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG die generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs abgelehnt. Hingegen schlägt er eine auf über 65-jährige, im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer beschränkte Aufhebung vor. Anlässlich der Beratungen zur zweiten Teilrevision hat sich der Ständerat für eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich ausgesprochen und dementsprechende Vorschläge ausgearbeitet. Von Seiten der Verwaltung bleiben die Zweifel darüber bestehen, ob ohne Kontrahierungszwang die Versorgungssicherheit gewährleistet und eine Zweiklassenmedizin vermieden werden kann.*

### **Risikoausgleich**

Die Untersuchungen, welche sich mit dem *Risikoausgleich* beschäftigt haben, weisen darauf hin, dass die Einheitsprämie voraussetzt, dass dieser unter den Versicherern zeitlich unbegrenzt beibehalten wird. Die Expertinnen und Experten fordern aber einen gegenüber heute differenzierteren Ausgleich, da die Versicherer mit der heute geltenden Regelung in relativ starkem Masse Risikoselektion betreiben und somit das Solidaritätsziel aushöhlen könnten. Verlangt wird auch die Prüfung eines steuerfinanzierten Hochrisikopools. Dieser wäre in einem Bereich wirksam, in welchem finanzielle Anreize das Verhalten der Patientinnen und Patienten nicht beeinflussen.

*Stellungnahme des BSV: Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Bundesrat die Aufhebung der Befristung des Risikoausgleichs vor. Eine Verbesserung der Risikoformel wäre wünschenswert, doch ist die optimale Lösung in den Augen des BSV noch nicht gefunden worden. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind jedoch im Gang und werden Anfang 2002 abgeschlossen. Dies betrifft auch die Frage, wie die Einrichtung eines Hochrisikopools oder eines Hochkostenpools realisiert werden könnte. Wie erwähnt, sind diese Fragen auch im Zusammenhang mit einer eventuellen Einführung eines monistischen Systems in der Spitalfinanzierung zu prüfen.*

### **Prämienverbilligung**

Die Expertinnen und Experten empfehlen eine Beibehaltung der Prämienverbilligung, verlangen aber einerseits eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen und andererseits die Festlegung eines sozialpolitischen Wirkungsziels, dessen Einhaltung systematisch überprüft werden kann und soll. Zudem sollen Anreize geschaffen werden, welche sicherstellen, dass sich Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kostengünstigen Versicherungen zuwenden.

*Stellungnahme des BSV: Bezüglich der Vereinheitlichung des Vollzugs der Prämienverbilligung wurden bereits in der ersten Teilrevision des KVG gewisse Änderungen vorgenommen. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG schlägt der Ständerat die Einführung eines Sozialziels sowie die Erhöhung der für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehenden Bundesgelder vor. Dieses Anliegen wird vom BSV unterstützt. Gleichzeitig vertritt das BSV die Ansicht, dass der Vollzug der Prämienverbilligung in den Kantonen mit Empfehlungen vereinheitlicht werden sollte.*

### **Leistungen**

Im Bereich der Leistungen schlagen die Expertinnen und Experten einerseits verschiedene Anpassungen beim Verfahren der Prüfung von Leistungen durch die Eidgenössische Leistungskommission vor. Es sollen die Einflussmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten gestärkt, die Abläufe beschleunigt und die Beurteilung wirtschaftlicher Aspekte systematischer durchgeführt werden. Andererseits weisen die Expertinnen und Experten auf unerwünschte Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsprävention hin und verlangen, dass der Bund diesbezüglich klarere Prioritäten setzt und dabei auch Vollzugsaspekte berücksichtigt.

*Stellungnahme des BSV: Die Empfehlungen der Evaluationen betreffend das Verfahren der Prüfung der Leistungen haben das BSV bereits veranlasst, verschiedene Modifikationen vorzunehmen, um bei der Beurteilung den finanziellen Auswirkungen neuer Leistungen besser Rechnung tragen zu können. Hingegen bestehen Vorbehalte gegenüber dem Anliegen, den Organisationen von Patientinnen und Patienten sowie von*

Versicherten im Verfahren mehr Einfluss zu geben. Betreffend den Umfang der Leistungen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt werden, ist das BSV gegenwärtig zusammen mit der Eidgenössischen Leistungskommission daran, Prinzipien zu erarbeiten, welche die Aufteilung der Kosten von Präventionsleistungen zwischen Krankenversicherung und öffentlicher Hand besser regeln. Eine gegenüber heute weitergehende Übernahme von zahnmedizinischen sowie von Spitex-Leistungen scheint dem BSV jedoch nicht mit dem heutigen Kopfprämienystem vereinbar zu sein.

### **Qualitätssicherung**

Die Expertinnen und Experten verlangen, dass der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine wesentlich aktivere Rolle übernimmt und dafür auch finanzielle Mittel einsetzt. Er solle – zusammen mit den Leistungserbringern – eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Zudem sollen alle geplanten oder bereits umgesetzten Qualitätssicherungs- und Qualitätsförderungsaktivitäten der Leistungserbringer zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

*Stellungnahme des BSV: Das BSV vertritt die Ansicht, dass nicht der Weg zum Ziel (die Methode) vorgegeben, sondern die Erreichung des Ziels evaluiert werden soll. Damit verbunden ist die Forderung nach einer einheitlichen Messung und Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Das BSV will es den Vertragspartnern überlassen, die geeigneten Qualitätssicherungsmassnahmen zu definieren und einzuleiten. Im Rahmen der bundesrätlichen Kompetenz kann das BSV indessen tätig werden, wenn sich Vertragspartner nicht einigen können oder die Inhalte der Qualitätsverträge nicht den Anforderungen des BSV genügen.*

### **Information der Versicherten**

Die Studien weisen auf verschiedene Informationsdefizite der Versicherten hin. So fehle es oft an Grundinformationen, beispielsweise bezüglich der Möglichkeiten des Kassenwechsels, alternativer Versicherungsformen oder der Auswahl unterschiedlicher Franchisen. Weiter stellte die Untersuchung über den Informationsstand der Versicherten fest, dass zur Qualität und Performance der Krankenversicherer kaum Informationen vorhanden seien. Es wird die Herausgabe eines „Produktwegweisers“ angeregt, um die Markttransparenz zu steigern und volkswirtschaftlich sinnvolle Kassenwechsel zu erleichtern. Es wird empfohlen, die Organisationen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten personell und materiell in die Lage zu versetzen, solche Aufgaben wahrnehmen zu können.

*Stellungnahme des BSV: Auf Grund der Empfehlungen der Expertinnen und Experten wird das BSV seine Informationspolitik weiterentwickeln. Spezielle Beachtung werden die besonderen Versicherungsformen und die Möglichkeiten des Kassenwechsels erhalten. Zudem wird das BSV seine bereits bestehende Zusammenarbeit mit den Organisationen von Patientinnen und Patienten vertiefen. Ferner wird im BSV eine neue Dienststelle zur Behandlung von Versichertenanfragen geschaffen.*

### **Spitalplanung**

Verschiedene Evaluationen verlangen eine Optimierung und Beschleunigung der Spitalplanung. Der Bericht, der sich spezifisch mit dieser Thematik befasst, fordert, dass die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, auf

die ganze Schweiz ausgedehnt wird, um die Informationen über den zu erwartenden Bedarf an Spitalplätzen zu verbessern. Weiter wird betont, dass die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich derart intensiv sind, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche nicht zielführend sein könne. Verlangt wird eine Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote. Schliesslich solle in der Spezialitäten- und Spitzenmedizin eine eidgenössische Spitalplanung erstellt werden.

*Stellungnahme des BSV: Es wurde bereits verschiedentlich die Einführung einer gesamtschweizerischen Spitalplanung gefordert. Im Rahmen des Projekts „Neuer Finanzausgleich“ wird eine zwischen den Kantonen vereinbarte Lösung bezüglich der Spezialitäten- und Spitzenmedizin angestrebt; ein Bereich, in dem der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeit zur Umschreibung des „Leistungskataloges“ ebenfalls Einfluss nimmt. Dieses Thema wird auch aufgenommen im Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“ von Bund und Kantonen, das einerseits das Instrument des Gesundheitsobservatoriums einführt, welches die Forderung nach einem Austausch der Gesundheitsberichterstattungen aufnimmt und diese auf nationaler Ebene institutionalisieren soll, und andererseits die Angebotsplanung als thematischen Schwerpunkt aufnimmt.*

## Riassunto

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 1996 della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), l'assicurazione malattie svizzera è stata sottoposta ad una riforma completa. In considerazione dell'alto significato sociale di queste novità e delle numerose incertezze circa gli sviluppi auspicati, nella relativa ordinanza è stato stabilito l'obbligo della verifica scientifica degli effetti. Nel presente rapporto vengono presentati e sintetizzati i risultati dei lavori condotti in questo ambito tra gli anni 1997 e 2001 da parte di esperti esterni all'amministrazione. Su questa base l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) verifica l'idoneità delle raccomandazioni proposte e traccia una bozza delle possibili tappe di sviluppo successive.

### **Raggiungimento degli obiettivi**

La LAMal e con essa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie perseguono tre obiettivi: per prima cosa intende rafforzare la solidarietà tra assicurati. In secondo luogo dev'essere garantita un'assistenza medica di alta qualità. Infine va contenuta l'evoluzione dei costi.

Per quanto concerne il *rafforzamento della solidarietà* tra giovani ed anziani, o tra sani ed ammalati oppure tra benestanti e meno abbienti, le valutazioni fatte indicano che con l'introduzione della LAMal si è riusciti ad eliminare diverse carenze della regolamentazione giuridica precedente: la desolidarizzazione riscontrata è stata efficacemente ridotta. A ciò hanno contribuito l'obbligatorietà, il libero passaggio, l'unitarietà dei premi all'interno di un'assicurazione e di una regione, la compensazione dei rischi ed infine la riduzione dei premi per persone di modeste condizioni economiche. Nonostante nella legge non vi sia alcuna definizione quantitativa vincolante degli obiettivi, l'analisi degli effetti giunge alla conclusione che l'obiettivo della solidarietà sia stato raggiunto. Ad ogni modo sono state rilevate anche diverse lacune che bisognerà colmare nel corso degli sviluppi successivi. La compensazione dei rischi, per esempio, ha potuto ridurre, ma non eliminare completamente, la selezione dei rischi da parte degli assicuratori. Le riduzioni individuali dei premi sgravano efficacemente le fasce di reddito più basse, ad eccezione dei Cantoni in cui i premi sono alti e dove lo sgravio è insufficiente. Inoltre in alcuni Cantoni è stata criticata l'applicazione: in particolare è ritenuta in parte insufficiente l'informazione della popolazione riguardo al proprio diritto alla riduzione dei premi. Un problema è pure costituito dal fatto che diversi provvedimenti che garantiscono la solidarietà all'interno dell'assicurazione sociale malattie, modificano necessariamente gli incentivi economici proposti ad assicurati, assicuratori e fornitori di prestazioni. Ci si domanda quindi se un'estensione della compensazione dei rischi non limiti la concorrenza tra gli assicuratori e non apra piuttosto le porte all'introduzione di una cassa unica. C'è anche da attendersi che la regolamentazione della riduzione dei premi possa influire considerevolmente sulla motivazione degli assicurati a scegliere un modello assicurativo o di un'assicurazione convenienti. Gli studi sottolineano come le proposte di modifica vadano fatte tenendo in debita considerazione l'obiettivo di solidarietà e gli intendimenti concorrenziali della LAMal.

Anche in relazione allo scopo di *un'assistenza medica di alta qualità* estesa a tutta la popolazione, gli esperti constatano che la legge sull'assicurazione malattie ha potuto colmare importanti lacune. Vanno in particolare ricordate la cura a domicilio e nelle case di cura, così come l'obbligo illimitato di assumere prestazioni in caso di degenza ospedaliera. Paragonato a livello internazionale, il volume delle prestazioni può essere

considerato già fin d'ora completo; l'accesso alle prestazioni da parte degli assicurati è garantito. La valutazione mostrava tuttavia che generalmente la Commissione federale delle prestazioni generali (CP) non presta molta attenzione alle conseguenze sui costi delle proprie decisioni. Gli esperti hanno stabilito che i costi derivati dalle prestazioni trattate dalla CP possono essere stimati solo in modo approssimativo. Nel loro studio segnalano inoltre che le prestazioni accolte dalla commissione costituiscono comunque solo una minima percentuale delle variazioni della spesa annuale dell'assicurazione malattie: non è quindi più possibile parlare in questo contesto di un influsso determinante sui costi. Tuttavia gli specialisti consigliano, per il futuro, di sorvegliare e di stimare più sistematicamente le conseguenze sui costi implicate dalle decisioni del Dipartimento federale dell'interno.

Inoltre le analisi hanno mostrato come il controllo della qualità in ambito sanitario sia ancora poco evoluto. Infine si è rilevato che l'integrazione di prestazioni preventive nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha fatto in modo che alcuni Cantoni abbiano rinunciato a finanziare campagne. Ciò ha avuto delle ripercussioni sulla diffusione della prevenzione.

Il terzo obiettivo principale della LAMal è il contenimento dei *costi*. In questo senso il punto di vista degli esperti è che la legge non sia stata all'altezza delle aspettative. Si è constatato che l'aumento delle spese è stato particolarmente sostenuto negli ambiti dei medicinali, delle cure ambulatoriali ospedaliere, delle case di cura e delle prestazioni Spitex. Le analisi degli effetti disponibili non hanno potuto rilevare conseguenze importanti sullo sviluppo dei costi globali della sanità da parte della legge sull'assicurazione malattie. Nonostante il tasso d'incremento si situasse leggermente sotto la media dei quattro anni precedenti, esso è stato comunque nettamente al di sopra del tasso di rincaro medio annuale dello 0,8 per cento e dell'evoluzione dei salari reali.

Riscontri fatti a livello internazionale indicano che in tutti i paesi economicamente sviluppati l'aumento dei costi costituisce un'occasione per apportare riforme nell'ambito della sanità. Si osserva tuttavia che a lunga scadenza i tassi d'incremento non hanno potuto essere ridotti, né nel quadro di sistemi deregolamentati, come negli Stati Uniti, né come in Francia, nel caso di sistemi statali. L'aumento dei costi della sanità in Svizzera non si discosta dalla tendenza osservabile a livello internazionale. Per contro le analisi mostrano quanto il sistema svizzero si distingua, paragonato ad altri, per l'alto livello delle prestazioni, per la buona accessibilità a queste da parte di tutte le fasce della popolazione, e per l'ampia libertà di scelta garantita ad assicurati e pazienti nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Gli esperti prevedono, quindi, che nei prossimi cinque-dieci anni la legge sull'assicurazione malattie contribuirà sensibilmente a rendere più efficiente il sistema sanitario svizzero.

### ***Validità dei concetti fondamentali***

La LAMal punta molto sul comportamento degli operatori del settore. Questi ultimi, tuttavia, hanno solo in parte assunto il proprio ruolo, come dimostrano le ricerche degli esperti. Spesso hanno difeso le loro posizioni iniziali. I fornitori di prestazioni sono rimasti poco esposti alla concorrenza. Inoltre il loro sviluppo è stato fortemente influenzato dai Cantoni, ritrovatisi dal canto loro nella morsa di un conflitto d'interessi in quanto allo stesso tempo amministratori di ospedali e autorità che approvano le tariffe. Gli assicuratori-malattie e gli assicurati hanno fatto, da parte loro, scarso uso dei nuovi modelli assicurativi. Gli assicurati hanno moltissime possibilità di scelta, ma sono contenti delle proprie soluzioni assicurative e non vedono quindi motivi per cambiare. I modelli assicurativi alternativi non hanno per ora contribuito a controllare i costi. Con la LAMal

gli assicuratori sono stati invitati a comportarsi in modo più concorrenziale e a mutare il proprio ruolo da “amministratori” a “imprenditori”. Queste modifiche sono già state avviate, ma sono ancora poco sviluppate. La stessa cosa si dica per il controllo strutturato della qualità da parte degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni. Inoltre, neppure i cambiamenti delle condizioni quadro della LAMal in ambito tariffario hanno avuto alcuna influenza concreta sulla riduzione dei costi della salute.

Nonostante queste riserve, le presenti analisi concludono perlopiù che i concetti fondamentali della LAMal si siano dimostrati validi, visti i diversi sviluppi positivi che sono stati avviati. I presenti studi mettono però anche in evidenza che la LAMal provoca diverse frizioni che non consentono all’economia di mercato di funzionare in modo da contenere efficientemente l’evoluzione dei costi. Gli esperti vedono opportunità di miglioramento nei nove ambiti seguenti:

### **Managed care**

Le valutazioni evidenziano prima di tutto che deve essere utilizzato ogni mezzo perché si giunga ad un più largo coinvolgimento di *organizzazioni del tipo Managed care*, la cui diffusione è tuttavia ostacolata da diverse disposizioni attualmente in vigore. Viene così sottolineato che in questo momento gli assicuratori non hanno alcun interesse a che ciò avvenga, poiché le uscite dovute alla compensazione dei rischi sono, in parte, più alte rispetto alle entrate dovute ai premi. Inoltre la disposizione conformemente alla quale le HMO<sup>3</sup> durante i primi cinque anni sono autorizzate a ridistribuire sotto forma di premi più bassi solo il 20 per cento dei risparmi sui costi, ne frena la diffusione. Inoltre l’obbligo di contrarre attenua l’interesse dei medici per questi modelli assicurativi. Infine, per poter seguire in modo attendibile l’evoluzione delle nuove forme assicurative, è necessario un monitoraggio continuo che contempra rapporti annuali e rilevazioni statistiche.

*Parere dell’UFAS: nel suo messaggio sulla prima revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale ha già chiarito di ritenere particolari forme di assicurazione (come l’assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni o l’assicurazione con franchigia annua facoltativa) strumenti adatti a contribuire alla riduzione dei costi dell’assicurazione malattie. La seconda revisione parziale della LAMal prevede che gli assicuratori estendano la proposta di questi modelli a tutto il territorio della Svizzera. La richiesta di un adeguamento della compensazione dei rischi va visto nel contesto del dibattito di principio sulle basi di calcolo.*

*L’UFAS condivide il parere degli esperti, secondo cui bisogna introdurre dei provvedimenti per incoraggiare la diffusione di modelli analoghi, anche se questi dovessero comportare adeguamenti delle disposizioni di legge vigenti. Ad ogni modo bisogna fare sì che venga garantita la solidarietà tra gli assicurati coperti dall’assicurazione delle cure medico-sanitarie. L’UFAS è quindi intenzionato, per prima cosa, ad incentivare maggiormente gli assicuratori e i fornitori di prestazioni a sviluppare questi modelli. Non da ultimo viene considerata molto importante una migliore informazione degli assicurati.*

*Infine l’UFAS ritiene necessario intensificare la ricerca in questo ambito, come non ha nulla in contrario a che venga effettuato un monitoraggio continuo che contempra rapporti annuali e rilevazioni statistiche, così come è stato proposto.*

---

<sup>3</sup> HMO: organizzazioni Health-Maintenance

**Finanziamento ospedaliero**

In secondo luogo gli esperti sono dell'avviso che il *finanziamento ospedaliero* debba essere sottoposto ad una nuova regolamentazione. Secondo loro il sistema odierno fa sì che le sovvenzioni cantonali si concentrino su un solo settore dell'ambito sanitario, il che comporta alterazioni e stimoli controproducenti. Per questo richiedono che venga preparato il passaggio ad un sistema monistico. Lo scopo è che gli ospedali vengano sostenuti da un solo finanziatore. I Cantoni distribuiscono i propri contributi agli assicuratori, cosa che smorza il conflitto d'interessi esistente tra il compito di sorveglianza e quello di fornire prestazioni da parte dei Cantoni. L'imminente revisione parziale della LAMal andrebbe, sotto questo profilo, nella giusta direzione ma non risolverebbe il problema di fondo.

*Parere dell'UFAS: nella seconda revisione parziale della LAMal il Consiglio degli Stati propone che il Consiglio federale presenti, a cinque anni dall'entrata in vigore della legge revisionata, un progetto per il passaggio ad un sistema monistico del finanziamento ospedaliero. Nel corso dell'elaborazione del progetto sarà necessario studiare in modo approfondito diverse varianti di sistema monistico, in modo da chiarire come i flussi del finanziamento andranno tracciati in futuro, perché possano motivare nel giusto modo assicuratori ed ospedali, così come bisognerà anche capire come i Cantoni potranno in futuro esercitare il loro ruolo di garanti dell'assistenza medica alla popolazione. Non da ultimo andrà verificato come bisognerà regolare la compensazione dei rischi.*

**Obbligo di contrarre**

In terzo luogo, nelle presenti valutazioni si proporrà da più parti l'abolizione *dell'obbligo di contrarre*. In questo momento i fornitori di prestazioni non hanno molto interesse ad assumere rischi finanziari, visto l'obbligo degli assicuratori di concludere accordi tariffali con i fornitori di prestazioni riconosciuti (comunemente definito obbligo di contrarre). Venendo a mancare questo vincolo, gli assicuratori diminuirebbero sensibilmente il numero dei fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie. Va ad ogni modo considerato che gli assicurati verrebbero limitati nella libera scelta del fornitore di prestazioni. La revoca dell'obbligo di contrarre potrebbe avere conseguenze negative in particolare per i malati cronici, per i quali le relazioni terapeutiche hanno una particolare importanza.

*Parere dell'UFAS: nel suo messaggio del 18 settembre 2000 concernente la revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (in seguito: messaggio sulla seconda revisione parziale della LAMal), il Consiglio federale ha respinto la revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre; propone, per contro, una revoca limitata per fornitori di prestazioni di età superiore ai 65 anni attivi nell'ambito ambulatoriale. Sulla base delle consultazioni concernenti la seconda revisione parziale, il Consiglio degli Stati si è pronunciato in favore di una revoca generalizzata dell'obbligo di contrarre in ambito ambulatoriale ed ha elaborato proposte di conseguenza. Da parte dell'amministrazione sono rimasti dubbi sulla possibilità di garantire l'assistenza e dunque di evitare un sistema sanitario a due velocità senza l'obbligo di contrarre.*

**Compensazione dei rischi**

Le analisi in merito ricordano che il premio unitario presuppone che la compensazione dei rischi tra gli assicuratori venga mantenuta a tempo indeterminato. Gli esperti chiedono però una compensazione di rischi maggiormente differenziata poiché l'attuale regolamentazione permette agli assicuratori di praticare in misura relativamente larga la

selezione dei rischi, rendendo così lettera morta lo scopo della solidarietà. Viene pure richiesto di prendere in considerazione l'introduzione di un fondo per i rischi elevati finanziato dal gettito fiscale, che sarebbe efficace in un settore in cui gli incentivi finanziari non influiscono sul comportamento dei pazienti.

*Parere dell'UFAS: nel quadro della seconda revisione parziale della LAMal, il Consiglio federale propone la revoca del limite temporale della compensazione dei rischi. Ferma restando l'auspicabilità di un miglioramento della formula dei rischi, l'UFAS ritiene tuttavia che la soluzione ottimale non sia ancora stata trovata. Sono però in corso chiarimenti in questo senso, che verranno conclusi all'inizio del 2002 ed hanno anche lo scopo di stabilire a quali condizioni sarebbe possibile creare un fondo per i rischi elevati o un fondo per i costi elevati. Come già detto in precedenza, questi punti sono da verificare anche in relazione ad un'eventuale introduzione di un sistema monistico per il finanziamento ospedaliero.*

### **Riduzione dei premi**

Gli esperti consigliano di mantenere la riduzione dei premi; da una parte richiedono, però, di ridurre le differenze tra i vari sistemi di esecuzione cantonali, dall'altra di fissare un obiettivo incisivo nel contesto della politica sociale ed il cui perseguimento dovrà e potrà essere verificato sistematicamente. Inoltre dovranno essere introdotti incentivi tali da garantire che gli assicurati di modeste condizioni economiche si rivolgano ad assicurazioni dai costi convenienti.

*Parere dell'UFAS: per quanto concerne l'unificazione del sistema di esecuzione della riduzione dei premi, alcune modifiche sono già state introdotte nella prima revisione parziale della LAMal. Nel quadro della seconda revisione parziale della LAMal, il Consiglio degli Stati propone di fissare un obiettivo sociale così come l'aumento dei fondi federali a disposizione per la riduzione dei premi. L'UFAS sostiene questa proposta. Allo stesso tempo l'UFAS è dell'avviso che il sistema d'esecuzione dei Cantoni per la riduzione dei premi vada unificato attraverso proposte da parte della Confederazione.*

### **Prestazioni**

Nell'ambito delle prestazioni gli esperti propongono diversi adeguamenti della procedura d'esame delle prestazioni seguita dalla Commissione federale delle prestazioni generali. Bisogna rafforzare la possibilità dei pazienti di esercitare la propria influenza, snellire i processi e svolgere valutazioni più sistematiche degli aspetti economici. Si richiede inoltre che la Confederazione svolga un ruolo molto più attivo per quanto attiene alla garanzia della qualità impiegando allo scopo anche mezzi finanziari. In terzo luogo gli esperti segnalano sviluppi indesiderati nell'ambito della prevenzione sanitaria e chiedono che la Confederazione ponga priorità più chiare in merito e che consideri anche gli aspetti legati al sistema di esecuzione.

*Parere dell'UFAS: dando seguito alle raccomandazioni contenute nelle valutazioni concernenti la procedura d'esame l'UFAS ha già apportato diverse modifiche per poter meglio tener conto nei propri giudizi delle conseguenze finanziarie delle nuove prestazioni. Per contro ci sono riserve concernenti la richiesta di aumentare l'influenza delle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati nel quadro della procedura. Per quanto riguarda il volume delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'UFAS in collaborazione con la Commissione federale delle prestazioni generali sta attualmente elaborando principi che regolino meglio la distribuzione dei costi delle prestazioni di prevenzione tra l'assicurazione malattie e gli*

enti pubblici. Tuttavia l'UFAS reputa che un'estensione della copertura delle prestazioni SPITEX o medico-dentarie non sia compatibile con l'odierno sistema dei premi individuali.

### **Garanzia delle qualità**

Gli esperti chiedono che la Confederazione assuma un ruolo molto più attivo in questo settore e che impieghi all'occorrenza anche mezzi finanziari. Insieme ai fornitori di prestazioni dovrebbe seguire una linea ben precisa ed unitaria e comunicarla verso l'esterno. Inoltre tutte le attività pianificate o già intraprese dai fornitori di prestazioni al fine di garantire e promuovere la qualità dovrebbero essere rese trasparenti, p. es. mediante la pubblicazione di rapporti annuali.

*Parere dell'UFAS: l'UFAS ritiene che il compito degli esperti non sia di suggerire un metodo per raggiungere lo scopo, ma di valutare in che misura lo scopo sia stato raggiunto. In questo senso aveva chiesto che la qualità dei risultati delle prestazioni mediche venisse valutata secondo parametri misurabili. L'UFAS desidera che siano le parti contraenti a definire ed introdurre i provvedimenti adeguati. Tuttavia l'UFAS potrà intervenire nel quadro delle competenze del Consiglio federale qualora le parti contraenti non dovessero riuscire ad accordarsi oppure se i contenuti dei contratti di qualità non dovessero soddisfare le sue esigenze.*

### **Informazione degli assicurati**

Gli studi registrano presso gli assicurati diverse lacune d'informazione. Ad esempio, spesso mancherebbero informazioni di base sulla possibilità di cambiare cassa, sulle forme assicurative alternative o sulla scelta tra diversi tipi di franchigie. Inoltre lo studio sul livello d'informazione degli assicurati ha rilevato che qualità e prestazioni degli assicuratori-malattie sono pressoché sconosciute. Per rendere più trasparente il mercato e per facilitare cambi di cassa economicamente ragionevoli, viene suggerita la pubblicazione di una "Guida dei prodotti". Si consiglia di fare in modo che le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati siano in grado, materialmente e relativamente al personale, di assolvere compiti del genere.

*Parere dell'UFAS: sulla base delle raccomandazioni degli esperti l'UFAS potenzierà la sua politica d'informazione dando grande rilevanza alle forme particolari di assicurazione ed alla possibilità di cambiare cassa malati. Rafforzerà inoltre la collaborazione con le organizzazioni dei pazienti. Infine creerà un'apposita unità per le domande degli assicurati.*

### **Pianificazione ospedaliera**

Sono diversi gli studi che invocano un'ottimizzazione ed un'accelerazione della pianificazione ospedaliera. Il rapporto che si occupa specificatamente di questa tematica richiede che il rendiconto sulla sanità, così come è già pratica corrente in alcuni Cantoni, venga esteso a tutta la Svizzera in modo da migliorare l'informazione concernente il fabbisogno previsto dei posti letto negli ospedali. Viene inoltre sottolineato che le relazioni e l'interdipendenza esistenti tra gli ambiti ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero sono tali da precludere qualsiasi pianificazione che non li consideri tutti. È richiesta l'estensione della pianificazione ospedaliera nel senso di un'offerta d'assistenza integrata. Infine, la medicina di punta e la medicina specializzata dovrebbero essere provviste di una pianificazione ospedaliera federale.

*Parere dell'UFAS: la richiesta d'introdurre una pianificazione ospedaliera su tutto il territorio della Svizzera è stata già avanzata da più parti. Nel quadro del progetto "Nuova perequazione finanziaria" viene perseguita una soluzione pattuita tra Cantoni concernente la medicina di punta e la medicina specializzata; si tratta di un ambito in cui anche la Confederazione esercita la sua influenza nel quadro delle proprie competenze relative alla definizione del catalogo delle prestazioni. Questo tema viene ripreso da Confederazione e Cantoni anche nel progetto Politica Nazionale Svizzera della Sanità che, da una parte, introduce lo strumento dell'osservatorio sanitario (il quale riprende a sua volta la richiesta che i Cantoni si scambino i resoconti sanitari e intende istituzionalizzare questi ultimi a livello nazionale), dall'altra rende centrale il tema della pianificazione dell'offerta.*

## Summary

The Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG) of 18 March 1994, which came into force on 1 January 1996, aims for a far-reaching reform of the Swiss health insurance system, with innovations likely to have great social impact. However, since there are many grey areas concerning potential developments generated by the law, the Ordinance (Verordnung) to the law provides for their regular monitoring and assessment. This report outlines and summarises the results of studies conducted by external experts between 1997 and 2001. It will be used by the Federal Office for Social Insurance to assess the proposed recommendations. It also outlines the steps that may be taken in the future.

### ***Has the KVG reached its targeted goals?***

The KVG – and thus the system of obligatory basic health insurance – targets three main objectives. The first is to reinforce solidarity between the insured. The second is to ensure provision of quality health care. The third objective is to put a damper on rising costs in the health care system.

Concerning the consolidation of solidarity between various groups of the population – young and old, healthy and ill, rich and poor – the evaluations conducted by external experts indicate that the introduction of the KVG did away with various gaps that characterised earlier legislation. Indeed the growing lack of solidarity that prevailed under the old legislation has been successfully arrested. The elements that contributed to this were: the obligation to take out basic insurance (Obligatorium), the freedom to choose one's insurer, the introduction of uniform premiums for all persons insured in the same company in the same region, risk compensation, and individual premium reductions for persons with a modest income. Although the law set up no target threshold, the impact analysis concluded that solidarity has essentially been achieved. Nonetheless, it did point out certain lacks, which should be done away with in the future. For example, although risk compensation has cut down on risk selection by insurers, it has not eliminated it completely. Individual premium reductions are an effective aid for lower income groups, but are insufficient in cantons with very high insurance premiums. In certain cantons, implementation of the relevant provisions was found lacking, in particular as concerns information of policyholders on their rights to premium reduction. A further problem is that various measures introduced in order to ensure solidarity within the basic insurance scheme forcibly modify economic incentives for all the parties concerned: policyholders, insurers and service providers. For example, an extension of risk compensation may curtail competition between insurers, and even promote the development of a single fund. It is also more than likely that reduced premiums significantly lower the motivation for policyholders to switch to a cheaper insurer and/or a cheaper insurance scheme. The evaluations insist that recommendations should always attempt to balance out the element of solidarity with the KVG's basically market-oriented approach.

With reference to the provision of quality health care for the entire population, the experts think that the KVG has closed important gaps. This is particularly true for home and institutional care, and unlimited coverage of hospital stays. In an international comparison, the range of services covered by the KVG may be described as comprehensive, and the patients' access to them is guaranteed. The assessment has shown that, as a rule, the Eidgenössische Leistungskommission (Federal Commission for Health Insurance Benefits) is not attentive enough to the costs potentially generated by its decisions. The

experts concluded that these can only be roughly estimated. They call attention to the fact that the services approved each year by the Commission account for but a small percentage of the annual rise of health insurance costs, so that their influence on cost evolution is by no means decisive. Nonetheless, they recommend that the decisions taken by Commission (the Swiss Department of Home Affairs) be evaluated and monitored more systematically. The studies have also shown that quality assurance in the health care system is underdeveloped. Finally, they revealed that in certain cases the integration of preventive measures within basic insurance has prompted cantons to stop funding health promotion campaigns, a negative development.

The KVG's third main objective was to curtail rising health care costs. The experts consider that in this area the law has failed to meet expectations. They observed that expenditure for medication, outpatient treatment, nursing homes and Spitex (home care) services were especially high. Available impact analyses were unable to determine a relevant influence of the KVG on the development of global health care costs. Although they grew somewhat less than over the previous four years, their increase is still significantly higher than the annual price hike of 0.8 percent, or the growth of real wages.

International studies indicate that in all developed countries, exploding health care costs call for a reform of the health care system. They also show that neither highly deregulated systems, such as the United States, nor state-operated ones – e.g. the French model – have been able to curb this development. Rising health care costs in Switzerland are in line with international trends. On the up side, studies show that in comparison to other countries, the standards of Swiss health care are high, all sectors of the population enjoy good access to health care, and policyholders and patients have extensive freedom of choice within the limits set by the basic scheme. Experts expect the KVG to significantly improve the efficiency of the Swiss health care system within the next five to ten years.

### ***Has the basic concept underlying the KVG proved effective?***

The KVG relies heavily on the participation of the various players involved. The studies show that they have not fully played their part, often preferring to maintain their traditional positions. Service providers still do not really have to compete; this situation is also influenced by the cantons, which are subject to a conflict of interest between their function as hospital operators on the one hand, and their normative role as a rate-approving authority on the other. Both insurers and the insured have as yet made little use of the new insurance models. Policyholders do have a wide range of choices, but being content with their present situation they often see no reason to switch. For the time being, it seems that alternative insurance models have not contributed to cost curtailment. The KVG prompted insurers to be more competitive and evolve from “administrators” to “entrepreneurs”. A certain move in this direction has been made, but it is by no means far-reaching enough. Structured quality assurance by insurers and service providers is only just beginning. Nor has the modified KVG framework relative to rates really influenced health care costs.

All these reservations notwithstanding, most of the studies conclude that the basic concept underlying the KVG has proved satisfactory, and has set off a number of positive developments. Yet the studies also show that the KVG introduced several questionable incentives which counteract effective cost containment by market mechanisms. The experts identified room for significant improvement in the following nine areas:

### **Managed Care**

The evaluations make it clear that no efforts should be spared to promote *Managed Care-organisations*, which are hampered by current regulations. For example, since risk compensation contributions are sometimes higher than income from premiums, insurers are hardly interested in promoting managed care. Moreover, the rule that during the first five years HMO<sup>4</sup> may pass on only 20% of savings in the form of lower premiums slows down their spread. Obligatory coverage for all physicians (Kontrahierungszwang), also acts as a damper on physicians' interest in these insurance models. Lastly, continuous monitoring with annual reporting and statistical surveys should be introduced to reliably track the development of new forms of insurance.

*Position of the Federal Office for Social Insurance: In its Message on the first partial revision of the KVG, the Federal Council stated that it viewed special insurance models (those with a limited choice of service providers, or an optional annual deductible) as effective instruments to slow down rising health insurance costs. The second partial revision of the KVG stipulates that insurers will have the obligation to propose such models throughout Switzerland. Calls for an adjustment of risk compensation should be seen against the backdrop of the fundamental discussion on how such compensation is calculated.*

*The Federal Office for Social Insurance agrees with the experts that measures promoting alternative insurance models ought to be taken, even if they require amending current legal provisions. Care will have to be taken to guarantee the solidarity of all policyholders within the obligatory basic insurance system. The Office plans to reinforce incentives for insurers and service providers to develop these models. Better information of the insured is also considered of paramount importance.*

*Finally, the Office deems it necessary to step up research in this area. It approves continuous monitoring with annual reporting and statistical surveys, as recommended.*

### **Hospital financing**

Various experts think that *hospital financing* should be put on a new footing. According to them, cantonal subsidies only benefit certain sectors of the health care system, leading to distortions and counter-productive incentives. Their recommendation is to prepare the gradual introduction of a monopolistic system, in which hospitals would deal with a single payer. The cantons would pay their contributions directly to insurers, thus doing away with the present conflict of interest, in which cantons are in charge of both supervisory and service provision tasks. Although the pending second partial revision of the KVG represents a step in the right direction, it fails to solve the main problem.

*Position of the FOSI: In the 2<sup>nd</sup> partial revision of the KVG, the Council of States (Upper Chamber) proposes that five years after the entry into force of the revised law, the Federal Council submit a draft law relative to the transition to a single-payer hospital financing system. Preliminary work for this draft will require looking into the different variants of such systems, in order to ascertain how best to set up financial flows so that they function as effective incentives for insurers and hospitals, and how cantons may fulfil their role as a health care guarantor in the future. Risk compensation will also have to be examined in this light.*

---

<sup>4</sup> HMO: Health-Maintenance Organizations

**Obligatory coverage of services (Kontrahierungszwang)**

The third problem area addressed in the evaluations relates to the abolition of the *obligation for insurers to reimburse*. Presently insurers are obliged to enter upon collective agreements with all authorised service providers (this is designated by the term *Kontrahierungszwang*). Consequently service providers have few incentives to assume economic risk. The abolition of this provision would significantly curtail the number of service providers approved by individual insurers. On the down side, it would limit patients' rights to freely choose their service provider, and might have negative consequences for the chronically ill, for whom the relational aspects of therapy are especially important.

*Position of the FOSI: In its Message on the second partial revision of the KVG the Federal Council refused an across the board abolition of the duty to cover (Kontrahierungszwang). It proposes to apply it only to service providers in the outpatient sector aged over 65. In its debate on the 2<sup>nd</sup> KVG revision, the Council of State opted for a generalised abolition of obligatory coverage for outpatient services, and submitted corresponding proposals. Administrative players tend to harbour certain doubts relative to the implementation of such a move, fearing the deterioration of safe service provision, and the risk of an inequitable health care system.*

**Risk compensation**

The studies that dealt with *risk compensation* pointed out that the uniform premium principle assumes that risk borne by insurers will be compensated indefinitely. Experts demand that compensation be more differentiated than it is at present, since current provisions may create room for insurers to largely select risk and to possibly undermine the targeted solidarity principle. They also recommend testing the introduction of a tax-financed high-risk pool, applicable in areas where financial incentives do not influence patient behaviour.

*Position of the FOSI: As part of the 2<sup>nd</sup> KVG revision, the Federal Council proposes to do away with the time limit on risk compensation. An improved risk formula would be welcome, but the optimal solution has not yet been found. Relevant investigations are under way and should come to an end in early 2002. Solutions might include the introduction of a high-risk or high-cost pool, with recommendations on how to implement it. It has already been mentioned that these issues must also be examined in the light of the possible introduction of a single-payer hospital financing system.*

**Reduced premiums**

The experts consider that the *reduced premium* system should be upheld, but propose to reduce the disparities between its implementation in the different cantons, and the definition of a targeted social effect, which could and should be systematically monitored. Incentives should also be introduced to ensure that policyholders in modest financial circumstances switch to more cost-effective insurance companies.

*Position of the FOSI: Certain modifications aiming for more uniform implementation of premium reductions were already introduced in the 1<sup>st</sup> partial revision of the KVG. As part of the 2<sup>nd</sup> revision, the Council of States proposes the definition of a social target and an increase of federal funding earmarked for this aim. The FOSI agrees with this proposal. It is also of the opinion that the implementation of premium reduction should be made more uniform by means of recommendations to the cantons.*

**Services**

The experts recommend that the process of testing and *approving services* by the Eidgenössische Leistungskommission (Federal Commission for Health Insurance Benefits) be modified and adapted. Patients should have a greater say, procedures should be stepped up and economic considerations should be assessed on a more systematic basis. Secondly, they highlight certain undesirable developments relative to health prevention, and call upon the federal authorities to define clearer priorities in this area, also with a view to implementation problems.

*Position of the FOSI: The recommendations relative to benefits approval prompted the Office to introduce certain modifications allowing for better assessment of the financial impact of new services. However, it is not convinced that a greater say in these matters by patient and policyholders organisations is advisable. As for the range of services currently covered by basic health insurance, the Office together with the ELK Commission are at present jointly defining principles aiming to improve the distribution of costs of health prevention between insurers and public funding. The Office does not consider a more extensive coverage of dental or SPITEX services possible within the present per-capita premium system.*

**Quality assurance**

The experts demand that the federal authorities play a much more active role relative to *quality assurance*, and that they earmark funding for this purpose. Together with the service providers, they should take a clear and uniform stand on this issue, and communicate it to the public. In addition to this, all quality assurance or quality promotion activities that are planned or already implemented by service providers should be rendered more transparent, for example by means of annual quality reports.

*Position of the FOSI: The Office is of the opinion that not how the goal is reached should be evaluated (the method), but whether it has been reached. This calls for uniform benchmarks and assessments of the quality of results of medical services. The Office leaves it up to its partners to define and launch adequate quality assurance benchmarks. It would step in only if the partners are unable to agree, or if the content of the quality agreements does not correspond to its requirements.*

**Information of policyholders**

The studies point out that policyholders are often *not well informed enough*. Many lack basic information on switching insurers, on alternative forms of insurance, or on the choice of different deductibles. Information concerning the quality of insurers' services is also lacking. It would be useful to publish a "product guide" for the insurance industry. This would achieve greater transparency in the market, and might increase the number of policyholders switching insurers with a positive effect for the national economy. Patient and policyholder organisations should be endowed with the human and material resources to put this project into practice.

*Position of the FOSI: The Office will continue to develop its information policy on the basis of the recommendations voiced by the experts, with a special focus on alternative forms of insurance and the possibility to switch insurers. It will intensify its cooperation with patients' organisations and set up a new service, dealing specifically with queries by the insured.*

**Hospital planning**

Various evaluations call for hospital planning to be optimised and speeded up. The study dealing with this issue recommends that health reporting, already implemented in certain cantons, be introduced throughout the country. This would significantly improve the level of information relative to the expected needs in hospital beds. A further point is that outpatient, short-term inpatient, and inpatient care are closely linked and inter-dependent, making it impossible to make plans for one sector without considering the others. Hospital planning should move towards integrated service offers. Finally, federal hospital planning should be introduced for highly specialised and advanced services.

*Position of the FOSI: Calls for hospital planning at national level have been voiced on several occasions. The “new financial compensation“project aims for a solution jointly approved by the cantons for specialised and advanced medicine. This is an area in which federal authorities also exercise some influence, owing to their powers in defining approved health care services. The “Swiss National Health Policy” project, implemented at federal and cantonal level, also deals with this issue. It sets up a Health Observatory, which will function as a clearinghouse for health reporting, and institutionalise it at national level. Its second main function will be the planning of service provision (Angebotsversorgung).*

## Contenu

<b>Résumé.....</b>	<b>I</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>IX</b>
<b>Riassunto .....</b>	<b>XVII</b>
<b>Summary .....</b>	<b>XXV</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1 La loi sur l'assurance-maladie: objectifs et principales étapes de développement..	1
1.2 Analyse des effets: objectifs, conception et organisation.....	3
1.2.1 Objectifs et principes de l'analyse des effets .....	3
1.2.2 Conception de l'analyse des effets.....	5
1.2.3 Organisation de l'analyse des effets .....	12
1.3 Structure du rapport de synthèse .....	12
<b>2. Apports des mesures introduites par la LAMal: bilan .....</b>	<b>13</b>
2.1 Obligation de s'assurer .....	14
2.1.1 Point de la situation .....	14
2.1.2 Résultats de l'analyse des effets .....	15
2.1.3 Développements récents et questions en suspens.....	16
2.2 Prime unique et fixation des primes .....	17
2.2.1 Point de la situation .....	17
2.2.2 Résultats de l'analyse des effets .....	18
2.2.3 Recommandations des experts .....	19
2.2.4 Développements récents et questions en suspens.....	19
2.3 Libre passage.....	21
2.3.1 Point de la situation .....	21
2.3.2 Résultats de l'analyse des effets .....	21
2.3.4 Développements récents et questions en suspens.....	22
2.4 Compensation des risques .....	23
2.4.1 Point de la situation .....	23
2.4.2 Résultats de l'analyse des effets .....	24
2.4.3 Recommandations des experts .....	27
2.4.4 Développements récents et questions en suspens.....	27

---

2.5	Réduction de primes .....	28
2.5.1	Point de la situation.....	28
2.5.2	Résultats de l'analyse des effets .....	29
2.5.3	Recommandations des experts .....	33
2.5.4	Développements récents et questions en suspens .....	35
2.6	Financement des hôpitaux.....	36
2.6.1	Point de la situation.....	36
2.6.2	Résultats de l'analyse des effets .....	37
2.6.3	Recommandations des experts .....	39
2.6.4	Développements récents et questions en suspens .....	40
2.7	Définition de l'étendue des prestations .....	41
2.7.1	Point de la situation.....	41
2.7.2	Résultats de l'analyse des effets .....	43
2.7.3	Recommandations des experts .....	48
2.7.4	Développements récents et questions en suspens .....	50
2.8	Garantie de la qualité .....	51
2.8.1	Point de la situation.....	51
2.8.2	Résultats de l'analyse des effets .....	52
2.8.3	Recommandations des experts .....	53
2.8.4	Développements récents et questions en suspens .....	54
2.9	Fixation des tarifs.....	55
2.9.1	Point de la situation.....	55
2.9.2	Résultats de l'analyse des effets .....	56
2.9.3	Recommandations des experts .....	59
2.9.4	Développements récents et questions en suspens .....	59
2.10	Reconnaissance des formes particulières d'assurances .....	60
2.10.1	Point de la situation.....	61
2.10.2	Résultats de l'analyse des effets .....	61
2.10.3	Recommandations des experts .....	65
2.10.3	Développements récents et questions en suspens .....	65
2.11	Planification hospitalière .....	66
2.11.1	Point de la situation.....	66
2.11.2	Résultats de l'analyse des effets .....	67
2.11.3	Recommandations des experts .....	71
2.11.4	Développements récents et questions en suspens .....	72

<b>3. Les objectifs de la LAMal ont-ils été atteints ? .....</b>	<b>75</b>
3.1 Solidarité .....	75
3.1.1 Solidarité entre malades et bien-portants .....	75
3.1.2 Solidarité entre les revenus.....	77
3.1.3 Conclusions .....	78
3.2 Fourniture des soins .....	80
3.2.1 Etablissement du catalogue des prestations.....	80
3.2.2 Garantie de la qualité.....	81
3.2.3 Conclusions .....	82
3.3 Maîtrise des coûts .....	83
3.3.1 L'évolution des coûts .....	83
3.3.2 L'évolution du financement .....	91
3.3.3 Conclusions .....	95
<b>4. Les principaux acteurs ont-ils exploité leur nouvelle marge de manœuvre ? ...</b>	<b>101</b>
4.1 Assurés .....	101
4.1.1 Changements d'assurance .....	101
4.1.2 Choix de formes particulières d'assurance et franchises plus élevées.....	103
4.2 Assureurs .....	104
4.2.1 Orientation client et modèles de "managed care" .....	105
4.2.2 Négociations tarifaires et tarifs.....	105
4.2.3 Professionnalisation et ajustements internes .....	106
4.3 Fournisseurs de prestations .....	107
4.3.1 Offre de prestations .....	107
4.3.2 Professionnalisation et ouverture à la concurrence .....	108
4.4 Cantons .....	108
4.4.1 Planification hospitalière et financement des hôpitaux .....	109
4.4.2 Réduction des primes et prévention .....	109
4.4.3 Effets sur les coûts.....	110
4.4.4 Tarifs et l'obligation de s'assurer .....	111
4.5 Confédération .....	111
4.5.1 Conseil fédéral.....	112
4.5.2 Département fédéral de l'Intérieur .....	112
4.5.3 Office fédéral des assurances sociales.....	113

---

<b>5. Synthèse et questions en suspens.....</b>	<b>115</b>
5.1 Les objectifs ont-ils été atteints ?.....	115
5.1.1 Solidarité .....	115
5.1.2 Prestations .....	116
5.1.3 Coûts .....	116
5.2 Les concepts de base ont-ils fait leurs preuves ? .....	118
5.2.1 Managed care .....	119
5.2.2 Financement des hôpitaux.....	119
5.2.3 Obligation de contracter .....	120
5.2.4 Compensation des risques.....	120
5.2.5 Réduction de primes .....	121
5.2.6 Prestations .....	121
5.2.7 Garantie de la qualité .....	121
5.2.8 Information des assurés.....	122
5.2.9 Planification hospitalière .....	122
5.3 Questions importantes en suspens .....	123
<b>6. Evaluation des propositions des experts et mesures à introduire.....</b>	<b>125</b>
6.1 Formes particulières d'assurance / Managed care .....	125
6.2 Obligation de contracter.....	127
6.3 Financement des hôpitaux.....	128
6.4 Compensation des risques.....	129
6.5 Réduction des primes .....	130
6.7 Gestion de la qualité.....	133
6.8 Information des assurés.....	134
6.9 Planification hospitalière .....	135
6.10 Conclusion .....	136
<b>Bibliographie.....</b>	<b>137</b>

## 1. Introduction

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, a eu pour effet de réformer globalement le système suisse de l'assurance-maladie. Au vu de l'importance sociale des nouveautés introduites et des nombreuses incertitudes liées à l'évolution à venir, l'obligation d'un contrôle scientifique des effets de la nouvelle loi a été inscrite dans l'ordonnance correspondante. Le présent rapport reprend les résultats des travaux réalisés dans le cadre de la LAMal entre 1997 et 2001 et en fait la synthèse. C'est en s'appuyant sur ces données que le Conseil fédéral évalue les propositions formulées par les experts.

Le rapport se veut une appréciation globale, dûment fondée sur des données scientifiques, des développements liés à l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, la question centrale étant de savoir si ses objectifs ont été atteints et, si oui, dans quelle mesure.

Ce chapitre introductif est consacré aux principes de base appliqués à l'analyse des effets. Il aborde d'abord les objectifs et les principales étapes du développement de la loi sur l'assurance-maladie (chiffre 1.1), poursuit par une présentation de la conception et de l'organisation de l'analyse des effets (chiffre 1.2) et s'achève par un bref exposé de la structure proprement dite du rapport (chiffre 1.3).

### 1.1 La loi sur l'assurance-maladie: objectifs et principales étapes de développement

Par la loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996, le législateur vise trois objectifs majeurs<sup>5</sup>, à savoir: tout d'abord renforcer la solidarité entre les assurés en intégrant les différences de revenus et de risques face à la maladie; ensuite, garantir des soins médicaux de qualité qui soient financièrement supportables, tout en comblant les lacunes de l'assurance obligatoire des soins; enfin, contribuer à une évolution modérée des coûts grâce à la mise en œuvre d'un certain nombre de mécanismes de concurrence destinés à réduire les coûts de santé. Ces objectifs sont à considérer à la lumière des carences de la loi sur l'assurance-maladie et accidents de 1911 (LAMA). L'ancien régime se caractérisait notamment par des primes variables selon l'âge d'entrée d'un assuré dans une caisse et par la possibilité, pour les assureurs, de formuler des réserves à cause des maladies existantes et de refuser les assurés à partir d'un certain âge. Au risque de s'exposer à des primes d'assurance plus élevées et de voir leurs problèmes de santé exclus pour un certain temps de la couverture d'assurance, les assurés ne pouvaient guère plus changer de caisse à partir d'un certain âge.

Cette évolution a engendré une désolidarisation croissante due au fait que ce sont principalement les assurés jeunes et bien portants qui ont pu se tourner vers des assureurs pratiquant des primes avantageuses. Par ailleurs, l'ancienne loi présentait des carences fondamentales en regard des prestations à rembourser et force est de constater que les augmentations de coûts, déjà à l'époque de l'ancien droit, avaient été plus rapide que la croissance économique: dans les années 80, les coûts de l'assurance-maladie ont augmenté annuellement de 7,2 % en moyenne par assuré, alors que pendant cette même période, le produit intérieur brut n'a progressé que de 5,2 % par habitant.

---

<sup>5</sup> Voir message du Conseil fédéral relatif à la révision de la loi sur l'assurance-maladie du 6 novembre 1999 (FF 1992 I 198) 125 ss).

Le système d'assurance-maladie qui a été introduit en 1996 comportait des modifications fondamentales. Depuis 1996, toutes les personnes domiciliées en Suisse sont en effet obligatoirement assujetties à l'assurance-maladie sociale. En outre, toutes les prestations fournies ou prescrites par un médecin sont prises en charge par l'assurance-maladie, à moins d'être contestées ou expressément exclues des prestations de base. En cas de litige, la décision revient au Département fédéral de l'intérieur, sur proposition de la Commission fédérale des prestations. Des listes positives ont été introduites pour certaines prestations médicales telles que la prévention, ainsi que pour les prestations non médicales; ces listes indiquent les tarifs ou les prix fixes applicables aux médicaments, aux analyses et aux moyens et appareils.

Dans le régime actuel, les assurés peuvent s'assurer librement auprès d'une bonne centaine d'assureurs-maladie agréés par la Confédération. Les primes d'assurance sont des primes individuelles à la charge des personnes assurées. Elles sont identiques pour les assurés adultes d'une même caisse à l'intérieur d'une même région. Étant donné que chaque caisse fixe elle-même ses primes, les différences au titre de l'assurance obligatoire des soins sont énormes. Afin d'alléger la charge d'assurance des personnes de condition économique modeste, une réduction individuelle de primes, financée conjointement par la Confédération et les cantons, a été introduite.

Pour ce qui est de la maîtrise des coûts, la loi prévoit des mesures relevant à la fois du jeu de la concurrence et des pouvoirs publics. La pleine liberté qu'ont les assurés de changer de caisse doit permettre d'instituer une véritable concurrence entre les assureurs, lesquels exercent à leur tour une pression sur les fournisseurs de prestations. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs-maladie n'ont aucune possibilité de refuser le remboursement de prestations. Ils peuvent cependant proposer des formes particulières d'assurances qui, au moyen d'incitations diverses, visent à rendre les traitements avantageux et efficaces. Les assurés qui optent pour ce genre d'assurance renoncent à choisir librement leur fournisseur de prestations au profit d'une réduction de leurs primes d'assurance.

Pour ce qui est des mesures émanant des pouvoirs publics, il y a lieu de distinguer entre celles qui relèvent de la transparence du marché nécessaire à la concurrence et celles qui agissent directement sur cette concurrence. Dans le domaine hospitalier par exemple, l'obligation pour les cantons de procéder à une planification hospitalière constitue une forme directe d'intervention. Afin que la planification soit conforme aux besoins, les cantons ont ainsi pour tâche de couvrir les besoins de la population, tout en évitant de maintenir ou de développer d'éventuelles surcapacités. Par cette mesure, ils ont obtenu la possibilité de diriger l'évolution du secteur hospitalier, mais ils doivent, en contrepartie, supporter au moins la moitié des coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

La nécessité d'une réforme est apparue déjà peu de temps après l'introduction de la nouvelle loi. Le 21 septembre 1998, le Conseil fédéral a adopté son message accompagnant la *première* révision de la LAMal, qui portait principalement sur la maîtrise des coûts et la solidarité entre les assurés. Grâce à des modifications ciblées de la loi, les carences observées dans la pratique de l'assurance-maladie ont été rectifiées, notamment en matière de réduction de primes, de relation entre les assurés et les assureurs, de prestations, de participation aux coûts, de surveillance et de contrôle des coûts. Les propositions de révision ont été traitées par les chambres fédérales et approuvées au printemps 2000.

La problématique du financement des hôpitaux avait sciemment été exclue de la première révision partielle de la LAMal. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, les cantons et les assureurs-maladie n'étaient en effet jamais parvenus à s'entendre sur la manière d'interpréter la disposition relative à la prise en charge des traitements hospitaliers prescrits par un médecin, mais dispensés dans la division privée ou semi-privée des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. La *deuxième* révision partielle présentée par le Conseil fédéral le 18 décembre 2000 devrait permettre de trouver une solution durable aux problèmes posés. Elle devrait par ailleurs mettre fin au retrait des pouvoirs publics du financement des hôpitaux. Le Conseil fédéral propose d'opter pour une facture totale des coûts, avec un financement assuré par moitié par les cantons et par moitié par les assureurs. La deuxième révision partielle prévoit en outre des modifications dans le domaine de la planification hospitalière, des formes particulières d'assurances et de l'obligation de contracter. Du fait que les progrès de la médecine, en particulier dans le domaine de la chirurgie, permettent aujourd'hui de fournir certaines prestations en mode semi-hospitalier voire ambulatoire, les interfaces se modifient en permanence. Pour cette raison, le Conseil fédéral propose d'inclure également dans la planification obligatoire les structures qui offrent des soins semi-hospitaliers. Toutefois, le projet qui a été approuvé début octobre 2001 par le Conseil des États prévoit l'abandon général, dans la LAMal, de l'expression "semi-hospitalier", ce qui aurait pour conséquence de ne rien modifier à la législation en matière de planification hospitalière. La deuxième révision partielle prévoit aussi que les assureurs sont tenus d'offrir, dans toute la Suisse, des formes particulières d'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations. Il sera ainsi possible de garantir que chaque assuré a l'opportunité de choisir ce type d'assurance. Malgré certaines réserves, le Conseil fédéral envisage également de libérer les assureurs de leur obligation de contracter en ce qui concerne les fournisseurs de prestations âgés de plus de 65 ans exerçant leur activité dans le domaine ambulatoire.

## **1.2 Analyse des effets: objectifs, conception et organisation**

Dès avant l'entrée en vigueur de la LAMal, il était prévisible que la nouvelle loi entraînerait des changements pour tous les acteurs du domaine de la santé. Pour permettre une véritable appréciation des répercussions complexes et variées de la LAMal, l'obligation d'un contrôle scientifique des effets de la nouvelle loi a été inscrite à l'art. 32 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a été chargé des travaux correspondants.

La Conférence de direction de l'office a confié la responsabilité globale du projet à un comité directeur. Au terme de ses travaux préalables, ce groupe de travail a approuvé, en 1998, un plan d'exécution définissant les objectifs, la conception fondamentale et l'organisation de l'analyse des effets. Nous nous proposons d'aborder ici ces différents éléments.

### **1.2.1 Objectifs et principes de l'analyse des effets**

La mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie a accordé une importance considérable à l'analyse des effets.

Ce faisant, elle ne répond pas seulement à un principe consacré à l'art. 32 OAMal, mais a aussi pour objectif de renseigner les responsables et les autres milieux intéressés sur la bonne exécution de la loi et ses effets. L'objectif consiste à optimiser l'application de la loi et l'atteinte des objectifs au moyen de bases pertinentes et d'orienter le discours politique

vers les problèmes majeurs. L'analyse des effets cherche à mettre en relief des principes fondamentaux et à fournir des informations utiles dans l'optique des décisions à venir. Toutefois, elle ne peut et ne veut préjuger d'une quelconque décision.

Le plan d'exécution élaboré en 1998 traite des principes régissant l'analyse des effets. Sur le terrain des évaluations, la recherche a pu collecter une expérience précieuse ces dernières années dans différents domaines politiques. L'analyse des effets de la LAMal se fonde sur cette expérience et, en particulier, sur trois principes fondamentaux qui se sont avérés être déterminants pour le succès des évaluations politiques (Bussmann et al. 1997; Balthasar 2000). Les principes en question sont les suivants:

### **Bases du projet**

Des évaluations de qualité ne sauraient uniquement avoir pour caractéristiques une conception et une réalisation scientifiquement correctes; elles doivent aussi présenter une utilité pratique. Les évaluations traitent de sujets précis et clairement délimités, que les données à disposition permettent de cerner aisément. Les différents petits projets qui ont été réalisés sont autant d'éléments d'une mosaïque qui ne se constituera une image complète qu'à la fin du processus. L'expérience a montré que la "voie directe" d'une "évaluation globale" unique n'est pas la bonne solution (Balthasar 2000b).

Le fait de limiter l'évaluation à un certain nombre de questions clairement définies présente toutefois le risque de nuire à une bonne vue d'ensemble du sujet. Ce risque est particulièrement important dans le cadre de l'évaluation de la LAMal du fait que les différents éléments de la mosaïque sont étroitement liés. Les thèmes à analyser doivent donc être minutieusement choisis et bien harmonisés entre eux. Ce principe a présidé à l'élaboration du plan d'exécution relatif à l'analyse des effets de la LAMal (voir chiffre 1.2.2).

### **Analyse orientée processus**

L'évaluation des effets de la LAMal se fonde sur une approche dynamique, orientée sur les processus, et distingue cinq objets d'évaluation se succédant dans le temps. Le premier objet fait référence à la *qualité conceptuelle* de la politique ou de la mesure envisagée. En l'occurrence, les évaluations doivent établir dans quelle mesure la conception même d'une politique est susceptible d'engendrer les effets escomptés. Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, mentionnons pour exemple l'étude consacrée à la compensations des risques (Spycher 1999).

Le deuxième objet de l'évaluation est le *niveau de l'exécution*. Il est ici notamment question de savoir si, et sous quelle forme, l'exécution d'une mesure relève de la compétence de l'administration. L'efficacité et le caractère économique de l'exécution d'une mesure sont ici au cœur du débat et c'est plus particulièrement de ce type de considérations que traite l'analyse consacrée à l'application de la réduction de primes dans les cantons (Balthasar et al. 2001a).

Le troisième objet est représenté par les prestations de l'administration, autrement dit l'*output*. Même si ces prestations existent bel et bien, il peut arriver qu'elles soient encore sans effet. Dans cette catégorie d'évaluations, signalons l'analyse des effets de la LAMal sur les tarifs (Hammer et al. 2000).

Pour obtenir des effets en rapport avec l'atteinte des objectifs, autrement dit des *impacts*, il faut que les prestations atteignent le public-cible dans les proportions escomptées. Le quatrième objet des évaluations traite de ce sujet, avec, pour exemple, l'étude consacrée

aux effets de la LAMal sur les assurés (Peters et al. 2001). Les études d'impact s'interrogent sur l'attitude des groupes-cibles dont le comportement est directement influencé par la loi.

Si la LAMal cherche à induire un changement de comportement chez les acteurs concernés, c'est en définitive uniquement afin de concrétiser les principaux objectifs politiques visés par la loi. Nous arrivons ainsi au dernier des objets, qui concerne les changements sociaux escomptés, autrement dit les *outcomes*. Il s'agit ici de savoir si – le cas échéant, dans quelle mesure – les effets sociaux initialement prévus se sont produits. Pour exemple, nous mentionnerons l'étude consacrée aux effets de la LAMal sur le financement du système de santé (Greppi et al.1998).

Le succès de la loi sur l'assurance-maladie sera fonction de la bonne réalisation de toutes les étapes de ce processus. L'analyse des effets se doit de questionner tous les niveaux existants. Il faut également tenir compte du fait que les thèmes pouvant faire l'objet d'une évaluation changent selon le moment.

### **Approche participative**

Souvent, les évaluations n'ont pas des effets uniquement à cause de leurs résultats. Il arrive en effet fréquemment que les procédures introduites dans le cadre des analyses soient tout aussi importantes. Afin de garantir la conception judicieuse d'un processus d'évaluation, il s'est avéré indispensable de fonder les évaluations sur une approche participative. Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, cela signifie que les acteurs concernés ont été intégrés au processus de planification et d'évaluation. Cette manière de procéder a débouché sur un échange d'informations de qualité et a permis de susciter l'intérêt des parties pour les résultats de l'évaluation. Un climat foncièrement positif incite les parties à fournir toutes les informations utiles et crée des conditions propices à une utilisation ultérieure des résultats.

Pour ce qui est de l'évaluation des mesures déployées par les pouvoirs publics, une approche participative présente toutefois le risque de gommer quelque peu la différence qui s'impose entre les responsables des mesures et les personnes chargées de les évaluer. Pour cette raison, une évaluation par des tiers a été préférée à une auto-évaluation dans le cas de l'analyse des effets de la LAMal. Cependant, force est de constater que même lorsque des groupes d'experts indépendants sont sollicités, leurs évaluations sont souvent empreintes de valeurs personnelles. A cet égard, l'application de normes professionnelles, telles que celles développées par la société suisse d'évaluation SEVAL, permet de résoudre le problème (Widmer et al. 1999).

Le souci majeur réside en l'occurrence dans l'établissement de la transparence requise en ce qui concerne la manière d'évaluer les effets des mesures des pouvoirs publics et les méthodes appliquées en matière de saisie et d'analyse des données.

L'application de normes permet de garantir que les activités politiques examinées sont non seulement analysées avec exactitude et rigueur au plan scientifique, mais que leur appréciation ne reflète ni les partis pris, ni les attentes des donneurs d'ouvrage.

### **1.2.2 Conception de l'analyse des effets**

Nous avons déjà eu l'occasion de relever que la réalisation de nombreuses évaluations consacrées à des questions spécifiques engendrait un risque de focalisation sur certains domaines seulement et pouvait nuire à une bonne vue d'ensemble du sujet. C'est pour cette raison que l'évaluation de la loi sur l'assurance-maladie repose sur une conception globale

prenant en compte les différents aspects de la question. L'analyse porte principalement sur les influences exercées par la Confédération et les effets engendrés sur les différents acteurs de la santé dans l'optique des trois objectifs globaux de la LAMal. La question qui s'est posée a été de savoir comment et dans quelle mesure la Confédération a atteint les buts fixés dans cet ensemble complexe d'influences. Cette interrogation a débouché sur les trois principaux éléments de l'analyse des effets.

### **Renforcement de la solidarité**

Le renforcement de la solidarité constitue un objectif majeur de la nouvelle loi au plan de la politique sociale. Six mesures spécifiques doivent permettre d'atteindre cet objectif:

- **Obligation de s'assurer:** Cet élément constitue une innovation juridique. Étant donné que l'ensemble de la population, ou presque, est assurée, cette obligation n'a pas changé grand chose dans la pratique. Néanmoins, il s'agit d'une réforme indispensable en ce sens qu'elle empêche les personnes en bonne santé de s'assurer en-dehors de l'assurance-maladie sociale et, partant, de se soustraire à la solidarité visée entre les personnes en bonne santé et les malades. En principe, l'assurance obligatoire rend également impossible une sélection des risques de la part des assureurs privés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.
- **Prime unique/Approbaton des primes:** L'assureur n'a plus la possibilité de fixer des primes différentes dans une même région, excepté en ce qui concerne les catégories adultes, jeunes adultes et enfants et les primes perçues au titre de formes particulières d'assurances. En particulier, la prime unique s'applique indépendamment de l'âge et du sexe des assurés. L'Office fédéral des assurances sociales est chargé d'approuver les primes fixées par les assureurs.
- **Libre passage:** L'assurance obligatoire offre aux assurés la possibilité de changer librement d'assureur.
- **Compensation des risques:** La compensation des risques, principe déjà en vigueur avant l'introduction de la LAMal, a pour but d'équilibrer les différences de coûts par assuré entre les assureurs, pour autant que celles-ci résultent de la structure d'âge et de sexe propre à l'effectif des assurés d'une caisse. La compensation des risques s'explique par la volonté de maintenir une diversité au niveau des caisses-maladie, condition indispensable à une véritable concurrence. Cette mesure a été introduite pour une période de dix ans et deviendra donc caduque à la fin de l'année 2005.
- **Réduction de primes:** Un système de réduction individuelle des primes a été introduit dans le souci de promouvoir une plus grande solidarité entre les différentes classes de revenus. Les subsides sont versés conjointement par la Confédération et les cantons. Peuvent bénéficier de cette prestation les ménages dont le montant des primes d'assurance dépasse un certain pourcentage de leur revenu ou un certain revenu. La définition de la qualité d'ayant droit et l'exécution de la mesure relèvent de la compétence des cantons.
- **Financement des hôpitaux:** Le financement des prestataires de soins hospitaliers est assumé en partie par les cantons, en fonction du statut de l'hôpital, par le biais des recettes fiscales. Pour des impératifs de solidarité, ces coûts ne sont donc pas intégralement compensés par les primes individuelles.

La Confédération s'efforce de réaliser l'objectif de solidarité en agissant principalement sur les assureurs et les cantons, comme le montre le tableau 1.1 ci-dessous.

Les mesures déployées par la Confédération pour renforcer la solidarité ont une incidence directe sur les assurés. La Confédération, par l'intermédiaire des assureurs, exerce une influence sur les assurés en déployant des mesures qui ont un effet sur le montant des primes d'assurance. Elle agit aussi directement sur les prestataires de soins hospitaliers en fixant une limite maximale au remboursement de traitements hospitaliers. Dans le cadre de l'objectif global de solidarité, la *réduction de primes* et la *compensation des risques* entre les assureurs ont été considérées comme les principaux éléments des projets relatifs à l'analyse des effets de la LAMal. Ces deux mesures exercent une influence déterminante sur le montant des primes et visent à alléger les coûts de santé à la charge des personnes de condition économique modeste.

Fig. 1.1: Effets des dispositions légales en rapport avec l'objectif "solidarité"

Instruments	Destinataires			
	Canton	Assureurs	Patients/ Assurés	Fournisseurs de prestations
<b>Obligation de s'assurer</b>	Contrôle de l'obligation de s'assurer	Affiliation obligatoire et sans réserve dans l'assurance obligatoire des soins	Obligation de s'assurer	–
<b>Libre passage</b>	–	Droit de sortie et affiliation obligatoire et sans réserve dans l'assurance obligatoire des soins	[indirectement: libre choix de l'assureur (libre passage)]	–
<b>Prime unique (fixation des primes)</b>	–	Prime unique (primes différentes seulement pour les adultes-enfants et un maximum de 3 régions/canton)	[indirectement: primes uniques]	–
<b>Réduction de primes</b>	Exécution (et participation financière)	–	[indirectement: réduction de primes pour les ménages de condition économique modeste]	–
<b>Compensation des risques</b>	–	Compensation des risques obligatoire entre les assureurs	–	–
<b>Financement des hôpitaux</b>	Participation aux coûts des hôpitaux	–	–	–

### **Fourniture en soins adéquate et prestations de qualité**

La loi a pour deuxième objectif de garantir à tous les assurés une gamme de prestations de santé complète et de qualité. Deux types de mesures doivent permettre d'atteindre cet objectif:

- **Définition de l'étendue des prestations/prévention:** Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, la loi sur l'assurance-maladie garantit à toutes les personnes

soumises à l'obligation de s'assurer l'accès à une gamme complète de prestations de soins. Toutes les prestations fournies ou prescrites par un médecin sont prises en charge par l'assurance-maladie, à moins d'être contestées ou expressément exclues des prestations de base à l'issue d'expertises antérieures. En cas de litige, la décision revient au Département fédéral de l'intérieur, sur proposition de la Commission fédérale des prestations. Des listes positives ont été introduites pour certaines prestations médicales telles que la prévention, ainsi que pour les prestations non médicales; ces listes indiquent les tarifs ou les prix fixes applicables aux médicaments, aux analyses et aux moyens et appareils.

- La Confédération exige des prestataires de soins qu'ils **garantissent la qualité** des prestations et est habilitée à effectuer des contrôles de qualité.

Par ces mesures, la Confédération agit directement sur les assurés et les fournisseurs de prestations. L'influence exercée directement par la Confédération sur les assurés et les fournisseurs de prestations est renforcée par des effets indirects.

Fig. 1.2: Effets des dispositions légales en rapport avec l'objectif "fourniture de soins"

Instruments	Destinataires			
	Canton	Assureurs	Patients/ Assurés	Fournisseurs de prestations
<b>Définition de l'étendue des prestations / Prévention</b>	–	Obligation de rembourser les prestations obligatoires, examen des conditions de prise en charge des coûts	Garantie et délimitation des prestations obligatoires uniformes	Garantie et délimitation des prestations obligatoires
<b>Garantie de la qualité</b>	–	Contrôle de cas en cas du caractère économique d'une prestation par le médecin-conseil (art. 56 LAMal)	[indirectement: <i>garantie de la qualité; limitation des prestations aux mesures nécessaires</i> ]	Obligation de garantir la qualité des prestations (art. 58 LAMal)  Obligation de prendre en compte l'économicité du traitement (art. 56 LAMal)

Les principales questions en regard de l'analyse des effets concernent le domaine des *prestations*, plus précisément l'étendue des prestations et des coûts afférents. La *prévention* forme également un aspect important de l'analyse des effets de la loi. En l'occurrence, les questions portent ici sur l'exécution et l'efficacité de mesures relevant de la prévention, de la promotion de la santé et de la garantie de la qualité.

### **Maîtrise des coûts**

Le troisième objectif principal de la LAMal concerne l'évolution des coûts. On peut parvenir à une meilleure maîtrise des coûts en accordant une attention particulière au caractère économique des prestations et en contrôlant l'évolution des coûts. L'extension de l'offre à la suite de l'introduction de nouvelles prestations légales obligatoires à la charge de l'assurance des soins (Spitex, assurance hospitalière à couverture illimitée,

établissements médico-sociaux) et les progrès technologiques de la médecine engendrent une pression constante sur les coûts. La loi prévoit qu'une concurrence accrue devrait être le principal élément susceptible de permettre une évolution modérée des coûts. Différentes mesures ont été introduites dans ce sens. Parallèlement, la loi contient des dispositions qui présentent un lien direct avec une meilleure maîtrise des coûts. Cinq mesures présentent un intérêt particulier sous l'angle de la maîtrise des coûts de la santé:

- le **libre choix de l'assureur**, mesure qui contraint les assureurs à offrir aux assurés les primes les plus avantageuses qui soient;
- la **planification hospitalière**, mesure qui contraint les cantons à élaborer une planification conforme aux besoins et à supprimer les surcapacités hospitalières;
- des mesures garantissant le **caractère économique** des prestations;
- la **participation** des assurés **aux coûts de santé** qu'ils occasionnent;
- la reconnaissance de nouvelles **formes d'assurances** (p. ex. managed care, franchises à option) avec répercussion sur le montant des primes.

Les principaux acteurs de la scène de l'assurance-maladie évoluent en étroite interaction. S'agissant de l'objectif de maîtrise des coûts, la Confédération exerce une influence majeure sur les assureurs et les cantons (voir ci-dessous D 3.1). En effet, les assureurs sont tenus de respecter les dispositions légales en matière de financement et de frais administratifs et leur activité est soumise à la surveillance de la Confédération (art. 21 et 22 LAMal). Par ailleurs, la loi prévoit de reconnaître des modèles de managed care (HMO, médecin de famille, etc.) et le choix d'une franchise supérieure assortie d'une réduction de prime fixe. La Confédération exerce une influence sur les cantons par le fait qu'elle leur impose l'obligation d'établir une planification hospitalière.

Outre les conséquences directes, les effets indirects de la loi ont aussi une importance considérable pour la maîtrise des coûts. Il y a d'abord l'effet exercé sur les assurés par l'intermédiaire des assureurs, en ce sens que la Confédération approuve les primes d'assurance et définit le catalogue des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il y a ensuite l'effet exercé sur les fournisseurs de prestations par l'intermédiaire des assureurs, en ce sens que la loi admet des modèles de managed care permettant aux assurés de réduire individuellement leurs primes d'assurance à la condition de renoncer au libre choix de leurs fournisseurs de prestations. Enfin, il y a l'effet considérable exercé sur les fournisseurs de prestations hospitalières par l'intermédiaire des cantons, en ce sens que ceux-ci sont obligés d'établir la planification pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

Fig. 1.3: Effets des dispositions légales en rapport avec l'objectif "maîtrise des coûts"

Instruments	Destinataires			
	Canton	Assureurs	Patients/ Assurés	Fournisseurs de prestations
<b>Libre choix de l'assureur</b>		[indirectement: pression de la concurrence]	Possibilité de choisir librement un assureur	[indirectement: retransmission de la pression de la concurrence exercée sur les assureurs]
<b>Planification hospitalière</b>	Obligation d'élaborer une planification hospitalière	[indirectement: limitation de l'obligation de prise en charge]	[indirectement: limitation de l'offre de fournisseurs de prestations hospitalières]	[indirectement: pression accrue sur le caractère économique des prestations]
<b>Managed Care/ Franchise</b>	–	Reconnaissance de formes particulières d'assurance	[indirectement: variantes d'assurances]	–
<b>Prescriptions en matière de financement</b>	Approbation des conventions tarifaires	Prescriptions et contrôle des frais administratifs	Participation aux coûts	-
<b>Fonction de surveillance / Approbation des primes</b>	–	Approbation des primes	Transparence du marché [indirectement: primes adaptées]	–

Parmi les principaux projets de l'analyse des effets en rapport avec la maîtrise des coûts, mentionnons les études consacrées au comportement des assurés, aux mesures de la planification hospitalière, aux modèles d'assurances et aux tarifs.

### **Conflits entre les trois objectifs globaux**

Jusqu'ici, les sujets ont été abordés sous l'angle des trois objectifs globaux de la LAMal. Il va sans dire que les mesures énoncées n'exercent pas une influence exclusivement sur l'un des trois objectifs. Il apparaît tout aussi évident que ces trois objectifs ne sont pas forcément compatibles entre eux. Force est même de constater que l'antagonisme existant entre l'objectif de solidarité et celui de la maîtrise des coûts est particulièrement marqué en ce qui concerne l'étendue des prestations: plus l'éventail des prestations de l'assurance sociale des soins est vaste, plus on s'approche de la réalisation de l'objectif de solidarité et, inversement, plus l'offre de prestations est limitée, plus les coûts baissent. Le principe de solidarité se trouve aussi menacé lorsque le système défavorise les assurés d'un certain âge ou encore les personnes peu mobiles vivant dans des régions excentrées. Pour ce qui est de la participation aux coûts, on peut logiquement penser qu'une participation croissante entraîne une certaine limitation des coûts. Une évolution de ce type est toutefois en contradiction avec le principe de solidarité, car seules les personnes aisées peuvent s'offrir le luxe d'une participation aux coûts plus élevée. Enfin, une concurrence accrue peut inciter les assureurs à vouloir sélectionner les risques.

Un conflit peut aussi opposer ces deux objectifs qui sont une *fourniture de soins adéquate* et la *maîtrise des coûts*. Des restrictions au niveau de la définition des prestations peuvent

simultanément aller à l'encontre du principe d'accès aux soins et avoir une répercussion bénéfique sur le contrôle des coûts. Le phénomène inverse vaut également. Il est indéniable qu'un point de saturation a été atteint en ce qui concerne la densité des médecins. Cette évolution est toutefois influencée par différentes variables démographiques, économiques et culturelles, et l'appréciation du degré de saturation est fonction des acteurs.

En revanche, l'objectif de solidarité et celui d'une fourniture de soins adéquate, avec des prestations de santé de qualité, ne devraient pas donner lieu à des conflits majeurs. En effet, plus l'accès aux soins est garanti, plus la réalisation de l'objectif de solidarité devient probable. Par contre, une limitation de l'accès aux prestations (par le biais notamment de la planification hospitalière ou de l'introduction d'un managed care obligatoire) pourrait entraîner un phénomène de désolidarisation à l'encontre de certains groupes de patients. Le législateur a donc tout intérêt à viser un équilibre entre les trois principaux objectifs de la LAMal. L'analyse des effets s'est efforcée de relever systématiquement les conflits d'intérêts et constitue à cet égard une source d'information précieuse.

### ***Thèmes transversaux en rapport avec la modification du rôle des acteurs***

Si l'analyse des effets a jusqu'ici été abordée sous l'angle des objectifs de la LAMal, il n'en demeure pas moins que plusieurs projets intersectoriels ont plus particulièrement mis l'accent sur les acteurs et les groupes d'acteurs en présence. La loi a également eu pour effet de modifier les rôles des parties impliquées. L'approche intersectorielle pose un certain nombre de questions importantes en rapport avec les retombées de la loi pour les différents groupes d'acteurs: quels sont les effets des différentes mesures? Le comportement des acteurs est-il conforme à la doctrine du marché? Quels sont les éventuels obstacles liés au marché? Comment évoluent les flux financiers entre les différents groupes d'acteurs?

Les projets consacrés aux effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations, sur les assureurs et sur les assurés traitent précisément de ces questions (Hammer et al. 2001b; Hammer et al. 2001a; Peters et al. 2001).

### ***Questions annexes à l'analyse des effets de la LAMal***

Même si vingt-cinq études ont été traitées dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, de nombreuses questions sont restées en suspens. L'analyse effectuée par l'OFAS a abordé des thèmes centraux principalement du point de vue de la Confédération. En 1998, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires a également envisagé de lancer un programme d'évaluation qui, à ce jour, n'a été que partiellement réalisé. Le comité directeur de l'analyse des effets de la LAMal a sciemment exclu de l'étude toutes les questions traitant des conséquences de la LAMal sur la santé des assurés. Les personnes intéressées par cette approche sont invitées à consulter les travaux de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui publie chaque année un rapport sur la santé de la population traitant précisément des répercussions de la LAMal dans ce domaine. En outre, l'Office fédéral de la statistique (OFS) procède à des études portant sur l'offre globale de prestations en santé publique. Dans le cadre du présent rapport de synthèse, l'OFAS s'est efforcé de considérer tous les documents disponibles.

Un grand nombre de questions reste, nous l'avons dit, en suspens. Certaines d'entre elles ont été répertoriées sous chiffre 5.3. Au vu de tous ces éléments demeurés sans réponse, l'OFAS a prévu de poursuivre son analyse des effets de la LAMal.

### **1.2.3 Organisation de l'analyse des effets**

L'organisation de l'analyse a été confiée au "Comité directeur de l'analyse des effets de la LAMal", comité formé de représentants de l'Office fédéral des assurances sociales. Le comité a eu pour mission de définir les priorités, de veiller au respect des délais impartis et d'assurer l'information du public pour l'ensemble du projet. Un montant de l'ordre de xxxx francs a été consacré à la réalisation du projet entre 1997 et 2001. Le comité de direction a pu compter sur les conseils d'un expert indépendant spécialisé dans les questions d'évaluation. Les différents projets ont été réalisés par des personnes rattachées à des universités et à des instituts privés et, pour certains d'entre eux, encadrés par des assureurs, des fournisseurs de prestations, des cantons et des représentants des milieux scientifiques. Toutes ces recherches ont été publiées dans "Sécurité sociale", une série de documents publiés par l'Office fédéral des assurances sociales (voir Bibliographie).

### **1.3 Structure du rapport de synthèse**

Le rapport de synthèse présente les résultats des études réalisées dans le cadre de l'analyse. La chapitre 2 traite de l'exécution et des effets des différentes mesures de la LAMal. Le chapitre 3 est consacré à la question de savoir si, et dans quelle mesure, les trois objectifs de la loi sur l'assurance-maladie ont été atteints. Le chapitre 4 présente les acteurs du domaine de l'assurance-maladie et indique dans quelle mesure ceux-ci ont effectivement utilisé la marge de manœuvre à leur disposition pour atteindre les objectifs de la loi. Le chapitre 5 propose un résumé des résultats et pose la question de savoir si les bases conceptuelles de la LAMal ont fait leurs preuves. Enfin, le chapitre 6 est consacré à une évaluation, par l'Office fédéral des assurances sociales, des recommandations formulées par les experts.

## 2. Apports des mesures introduites par la LAMal: bilan

Le présent chapitre fait un bilan des effets de la LAMal mis en évidence par les résultats de l'analyse des effets. Le *caractère obligatoire* de l'assurance de base constitue le premier pilier de la loi (chiffre 2.1). Cette obligation se voit complétée par le principe de la *prime unique* soumise à l'approbation de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour les adultes, les jeunes et les enfants (chiffre 2.2). Le montant des primes ne varie qu'entre les assureurs et les cantons et non selon l'âge ou le sexe des assurés. Cette caractéristique constitue un élément important de la solidarité visée par le régime de l'assurance maladie puisqu'elle empêche que des assurés en bonne santé forment un groupe particulier de risques au sein d'une caisse-maladie, ce qui aurait pour corollaire une augmentation des primes des autres assurés.

Le principe de *libre passage plein et entier* permet à tous les assurés de tirer profit des écarts de primes subsistant d'un assureur à l'autre en s'assurant auprès d'un assureur pratiquant des primes plus avantageuses (chiffre 2.3). Il vise également à instituer une plus grande concurrence entre les assureurs, lesquels exercent à leur tour une pression sur les fournisseurs de prestations. Par ailleurs, assurance maladie a institué un système de *compensation des risques* entre les assurés afin d'équilibrer les différences de coûts de la maladie dans les différents groupes de risques, différences qui sont causées par le sexe ou l'âge (chiffre 2.4)<sup>6</sup>. Dans le souci d'alléger de manière plus ciblée la charge d'assurance des assurés de condition modeste, les subventions versées globalement à l'ensemble des assurés ont fait place à un système de *réduction individuelle des primes* (chiffre 2.5). Enfin, il a été décidé que le financement des hôpitaux serait en partie assuré par les cantons, par le biais des recettes fiscales (chiffre 2.6).

S'agissant de l'*étendue des prestations*, celles de l'assurance maladie obligatoire ont été définies dans le cadre de la loi (chiffre 2.7). Les dispositions suivantes ont notamment été introduites: l'obligation de verser des prestations pendant une période indéterminée en cas d'hospitalisation, l'intégration de prestations relevant de la médecine préventive et la prise en charge des soins prodigués hors du cadre hospitalier, ceci dans le but de diminuer la fréquence des hospitalisations. Parallèlement, le principe de confiance sur lequel repose la rémunération des prestations a été maintenu. Toutes les prestations fournies ou prescrites par un médecin sont prises en charge par assurance maladie, à moins d'être contestées par les assureurs ou les fournisseurs de prestations. Dans ce cas, la décision revient au Département fédéral de l'intérieur, sur proposition de la Commission fédérale des prestations. Il existe également des listes positives contenant des tarifs ou des prix fixes applicables aux chiropraticiens, à la prévention, à la maternité, aux soins dentaires, à la physio- et à l'ergothérapie, aux soins en home ou à domicile, aux conseils nutritionnels ou pour diabétiques, à la logopédie, aux moyens et appareils, aux analyses et aux médicaments. Enfin, le Conseil fédéral a reçu la compétence d'introduire des *mesures d'assurance de qualité* (chiffre 2.8).

En vue d'endiguer les coûts, des mesures qui relèvent à la fois du jeu de la libre concurrence et des pouvoirs publics ont été inscrites dans la loi. Les principes de libre

---

<sup>6</sup> La compensation des risques a déjà été introduite sous l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accident de 1911 (LAMA) par arrêté fédéral urgent le 1er janvier 1993 pour mettre un frein au mouvement de désolidarisation.

passage et de concurrence accrue ont été introduits dans le but de renforcer la compétition entre les assureurs. La pression ainsi exercée se manifeste notamment par les attitudes tranchées des fournisseurs de prestations ou de leurs associations lors des négociations tarifaires (chiffre 2.9). En revanche, les assurés ont désormais la faculté de conclure des contrats particuliers – prévoyant notamment des incitations à opter pour des traitements avantageux et efficaces – dans le cadre de *formes particulières d'assurance*. Ils renoncent alors au libre choix du fournisseur de prestations au profit d'une réduction de prime (chiffre 2.10).

Les mesures déployées par les pouvoirs publics instituent la transparence nécessaire au jeu de la libre concurrence ou agissent directement sur elle. Des dispositions comme des primes uniques ou encore un éventail unique de prestations – dans les limites précisées ci-dessus – relèvent du premier groupe de mesures. Quant à l'obligation d'instituer une *planification hospitalière* au niveau des cantons, il s'agit d'une emprise directe sur le marché (chiffre 2.11). En se fondant sur une planification conforme aux besoins, les cantons ont pour tâche de couvrir les besoins de la population, tout en évitant de maintenir ou de développer d'éventuelles surcapacités.

Passons maintenant à l'examen des différentes mesures retenues. Nous proposons de présenter à chaque fois les résultats de l'analyse des effets, d'exposer les recommandations des experts, d'esquisser les développements récents depuis l'analyse des effets et de résumer les prises de position de l'Office fédéral des assurances sociales consécutives aux propositions des experts.

## 2.1 Obligation de s'assurer

En vertu de l'art. 3 LAMal, l'assurance des soins est obligatoire pour l'ensemble de la population. L'obligation de contracter une assurance des soins constitue un pilier fondamental de la solidarité entre les malades et les bien-portants, les hauts et les bas revenus, les jeunes et les personnes âgées. Nous nous pencherons d'abord sur l'exécution et l'efficacité de cette mesure.

### 2.1.1 Point de la situation

L'introduction d'une assurance obligatoire se justifie pour des impératifs d'économie de la santé (Breyer/Zweifel 1997, p. 160 ss.). Considérant qu'il n'est pas possible, dans une société dite "riche", de refuser une aide à une personne non assurée, mais néanmoins gravement malade, Friedrich Breyer et Peter Zweifel se réfèrent à la problématique des voyageurs sans titre de transport. Selon eux, le fait que les factures soient payées d'une manière ou d'une autre n'incite pas les individus à s'assurer eux-mêmes contre les risques de maladie en souscrivant une assurance-maladie. En choisissant de ne pas s'assurer, ces personnes font l'économie de primes d'assurance et jouissent par conséquent d'un pouvoir d'achat plus élevé, aussi longtemps qu'elles sont en bonne santé. "Si le cercle de personnes bénéficiant de prestations de santé à la charge de la société devient trop important, le système a tôt fait d'être dépassé et ne peut plus répondre au but qui lui a été assigné, à savoir venir en aide à celles et ceux qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes. Afin d'éviter que les voyageurs sans titre de transport exploitent à outrance le système en place, on pourrait remplacer le principe des soins gratuits aux personnes démunies par celui d'une assurance obligatoire. De la même manière, des subventions suffisamment importantes octroyées par les pouvoirs publics aux personnes démunies pourraient remplir le même objectif."(Breyer/Zweifel 1997, p. 161).

En introduisant l'assurance obligatoire des soins et la réduction de prime des personnes de condition économique modeste, la loi sur assurance maladie a réussi à combiner les deux stratégies. Nous aborderons maintenant la question de savoir comment l'assujettissement obligatoire a été mis en œuvre et si cette mesure a permis d'instituer une plus grande solidarité entre les assurés.

### 2.1.2 Résultats de l'analyse des effets

Il incombe aux cantons de vérifier que l'obligation de s'assurer est respectée (art. 6 LAMal). Les cantons peuvent confier en partie ou totalement cette tâche aux communes. Deux éléments doivent cependant être garantis: l'information de la population quant à l'obligation de s'assurer et le contrôle de son application.

Une analyse systématique des modèles d'exécution mis en place, de leurs forces et de leurs faiblesses n'a pas été effectuée dans le cadre de l'analyse des effets. L'examen de la mise en œuvre du système de réduction de primes dans les cantons de Bâle-Ville, Lucerne, Neuchâtel, Genève, Zurich et Appenzell-Rhodes extérieures a néanmoins permis d'établir que tous ces cantons avaient informé la population de l'obligation de s'assurer, mais que les mesures de contrôle varient fortement d'un canton à l'autre.

Dans le canton de Neuchâtel, par exemple, l'affiliation de la population enregistrée auprès des services du Contrôle de l'habitant fait l'objet d'un contrôle systématique. Dans le canton de Genève, les autorités ne disposent par contre d'aucune information en matière d'affiliation, de sorte que le respect de l'obligation de s'assurer ne peut pas être vérifié.

Dans le canton de Zurich, la Direction de la santé publique a procédé à un contrôle en 1996. A cet effet, les registres communaux des services du contrôle de l'habitant ont été comparés avec les listes des personnes affiliées à l'assurance-maladie. Les personnes enregistrées dans une commune zurichoise, qui ne figuraient pas dans les listes fournies par les assureurs-maladie, ont alors été informées de l'obligation de le faire. Celles qui ont persévéré dans leur refus de conclure une assurance des soins ont été affiliées d'office à une caisse-maladie, à moins qu'elles aient pu fournir la preuve que l'obligation ne les concernait pas. Sur un effectif de quelque 1'190'000 assurés, 1'640 personnes ont été affiliées d'office à une caisse-maladie en 1998, pour 1'140 en 1999 et 861 en 2000. L'affiliation s'est faite d'office lorsque les personnes concernées n'avaient pas fourni à leur commune de domicile, dans un délai de trois mois, la preuve qu'elles étaient effectivement au bénéfice d'une assurance des soins en Suisse. A la réception de la décision d'affiliation d'office, 30 à 40 % des personnes concernées ont néanmoins apporté la preuve qu'elles étaient bel et bien affiliées à un assureur. Ces affiliations forcées ont par la suite été annulées.

L'effectif des assurés n'a pas été contrôlé dans le canton de Lucerne en 1996. En revanche, les communes ont systématiquement vérifié le respect de l'obligation d'assurance pour tous les nouveau-nés et les nouveaux arrivants. En 2000, il a fallu procéder à 42 affiliations d'office pour quelque 350'000 assurés. Le canton de Lucerne a lui aussi constaté qu'après l'affiliation d'office, il s'avérait que la personne était pourtant déjà bel et bien assurée. Les affiliations d'office sont donc des opérations non seulement coûteuses en énergie, mais souvent superflues.

Rappelons que sous le régime de l'ancien droit, environ 97 % de la population résidant en Suisse était assurée sur une base facultative. L'affiliation pouvait être librement choisie, ou résulter d'une obligation légale dans certains cantons, ou encore être requise par l'employeur sur la base d'une convention collective. Le fait de rendre l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population a néanmoins introduit une différence

qualitative par rapport à l'ancien droit. Par exemple, les "mauvais risques" – en général des assurés âgés – ne peuvent plus renoncer à s'assurer mais sont contraints de le faire. Quant aux "bons risques", soit des assurés jeunes et en bonne santé, ils ne peuvent plus se soustraire au principe de solidarité visé dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Ces personnes font obligatoirement partie de la communauté des assurés et elles ont aussi l'obligation de supporter les coûts de l'assurance de base. Elles ne peuvent donc plus, comme par le passé, assumer elles-mêmes leur risque maladie ou encore s'assurer auprès d'une compagnie privée d'assurance à des conditions plus avantageuses (Bandi 1999).

Certains cantons doutent cependant de l'utilité du contrôle de l'obligation d'affiliation, bien qu'ils soient conscients que ce contrôle est une tâche découlant de la Constitution. Selon eux, le jeu n'en vaudrait pas la chandelle, étant donné le petit nombre des personnes non assurées. Ils invoquent aussi des problèmes de protection des données, problèmes partiellement résolus, si on se réfère aux données des assureurs-maladie. On peut cependant opposer à cet argument les art. 82 ss. LAMal qui constituent une base légale claire pour l'échange de données sensibles.

Les cantons ne remettent cependant pas en cause le caractère essentiel de l'obligation en dépit des réserves émises. Le cas de Visana en est une bonne illustration. En 1998, cet assureur s'est retiré de huit cantons, décision qui a touché quelque 104'000 personnes assurées en maladie. La plupart des assurés se sont tournés eux-mêmes vers un autre assureur. En gros, 7'000 personnes ont été affiliées à une autre assurance par les cantons. Les autorités cantonales de surveillance ont procédé à une sélection aléatoire pour répartir les assurés entre les assureurs. Abstraction faite d'un travail considérable pour les cantons et les communes, le changement de caisse des anciens affiliés Visana n'a pas posé de problème majeur. Dans de rares cas, des assureurs ont tardé à adresser les certificats d'affiliation à leurs nouveaux membres, ce qui a amené les autorités à mettre inutilement en œuvre des procédures d'affiliation d'office. Il est arrivé également que des membres d'une même famille ou des couples mariés aient été attribués à des caisses différentes ou encore que, en raison de données erronées, des personnes qui n'étaient plus domiciliées dans le canton concerné aient été attribuées à un nouvel assureur. En dépit des difficultés rencontrées, les responsables estiment que ces transferts se sont bien déroulés, surtout si l'on considère la charge de travail occasionnée pour les cantons et les communes et le peu de temps à disposition. La collaboration entre les cantons, l'OFAS et les assureurs concernés a été qualifiée de positive.

### 2.1.3 Développements récents et questions en suspens

Le principe de l'assurance obligatoire n'est guère remis en question à l'heure actuelle. En revanche, l'étendue des prestations couvertes par cette assurance ne fait pas l'unanimité dans les milieux politiques (voir chiffre 2.7). Les milieux économiques de tendance libérale vont même jusqu'à préconiser que seuls les gros risques devraient être couverts par l'assurance obligatoire des soins et de laisser à charge de l'assurance facultative la charge d'assumer tout le domaine de la médecine ambulatoire, les mesures de psychothérapie, la médecine alternative, les soins aux personnes âgées, les opérations à partir d'un certain âge, etc. (Nef 2000, p. 24).

Cela dit, l'issue réservée à la votation populaire concernant l'initiative Denner du 26 novembre 2000 ("Initiative pour des coûts hospitaliers moins élevés") montre que la population estime que, sous sa forme actuelle, l'assurance obligatoire des soins constitue un élément important de l'assurance sociale. L'initiative en question proposait de limiter l'assurance obligatoire des soins exclusivement aux prestations hospitalières. Si ce projet

avait été accepté, plus aucune autre prestation n'aurait été prise en charge. Avec 82 % d'oppositions, l'initiative a littéralement été balayée par le peuple. Ce résultat a d'ailleurs été confirmé par l'enquête représentative effectuée en 2000 auprès des assurés dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. La moitié des personnes interrogées (49,9 %) a en effet considéré que le catalogue des prestations existantes était bon. Environ deux cinquièmes d'entre elles (38 %) se sont prononcées en faveur d'une extension des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins alors que seulement 6,9 % des personnes interrogées ont demandé une limitation des prestations (Peters et al. 2001). Des questions restent aujourd'hui en suspens surtout par rapport au contrôle de l'obligation d'assurance dans le contexte de l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Suisse et l'Union européenne. Il s'agit surtout de veiller à ce que les personnes désormais assujetties à l'assurance obligatoire des soins puissent être recensées<sup>7</sup>. A l'avenir, ces catégories de personnes seront en effet assujetties à l'assurance obligatoire. Un certain nombre de dérogations existent toutefois en relation avec certains États membres, les personnes y résidant pouvant alors choisir d'être assujetties au système d'assurance-maladie du pays de résidence. La loi prévoit, pour l'application du contrôle d'affiliation, de distinguer entre les personnes effectivement rattachées à un canton en particulier et celles qui ne le sont pas. Dans le premier cas, ce sont les cantons qui sont compétents, dans le second, la Confédération. Avec les modifications de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) du 3 juillet 2001, de nouvelles règles ont été introduites qui décrivent de quelle manière seront informées les personnes concernées par l'obligation de s'assurer et comment cette affiliation sera contrôlée.

## 2.2 Prime unique et fixation des primes

En introduisant la prime unique, la LAMal a supprimé dans l'assurance des soins les différences entre les sexes et les classes d'âge ainsi que les réserves. Ces fondements renforcent le principe de la solidarité dans la loi.

### 2.2.1 Point de la situation

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie a conservé le système des primes individuelles en vigueur dans la loi sur l'assurance-maladie et accident (LAMA). Elle a par contre abandonné le principe des primes fixées en fonction de l'âge au moment de l'entrée dans une caisse. Les assurés adultes paient donc une prime unique, indépendamment de leur sexe et de leur âge. Sous le nouveau régime, des primes moins élevées peuvent être fixées uniquement pour les enfants et les jeunes. Les primes varient toutefois selon les régions et reflètent les différents niveaux de coûts. Jusqu'ici les assureurs pouvaient fixer librement les limites de la région de prime à l'intérieur des cantons, celles-ci devant se fonder sur les écarts de coûts observés dans les différentes régions et non pas sur des considérations commerciales.

L'introduction d'une prime unique a pour effet de renforcer la solidarité entre les assurés bien portants et les assurés malades. Toutefois, comme les assureurs ne peuvent plus fixer

---

<sup>7</sup> En vertu de ces accords, les frontaliers ainsi que les membres non actifs de leur famille résidant dans un pays de l'UE, les rentiers au bénéfice d'une rente suisse, les membres non actifs de la famille de personnes au bénéfice d'une autorisation d'établissement ou de séjour à l'année ou de courte durée ainsi que les bénéficiaires de prestations de l'assurance chômage suisse ainsi que les membres non actifs de leur famille sont désormais assujettis à l'assurance-maladie suisse.

des primes selon les risques, le danger existe que le principe de prime unique les amène à pratiquer une sélection des risques, à savoir attirer le plus possible les "bons risques" et chercher à se défaire des "mauvais risques". Ce danger est toutefois écarté par le principe de la compensation des risques.

Les assureurs fixent les primes d'assurance en deux étapes: Vers la fin de l'été, ils soumettent leurs propositions de primes pour l'année suivante à l'OFAS, qui est chargé de les approuver dans le courant de l'automne. Les assureurs fondent leur calcul sur les rentrées de primes escomptées pour l'année suivante (rabais en fonction du choix des franchises à option et des formes particulières d'assurance incluses), le coût des prestations à rembourser, les réserves et les provisions (moyens financiers destinés à couvrir des prestations déjà perçues ou en cours concernant l'année précédente) ainsi que leurs frais administratifs planifiés, publicité incluse. L'assurance-maladie sociale ne saurait générer un bénéfice.

L'approbation des primes s'accompagne régulièrement d'âpres négociations entre les assureurs et l'OFAS. Les assureurs considèrent que la procédure d'approbation des primes de l'assurance-maladie manque de transparence, qu'elle cède à des considérations politiques et ils critiquent la méthode appliquée. Ils reprochent également à l'OFAS de ne disposer ni de ressources en personnel, ni des conditions techniques qui lui permettraient d'examiner scrupuleusement leurs propositions et de procéder à une juste approbation des primes de l'assurance-maladie. Pour ce qui est de l'OFAS, ce dernier critique les prévisions sur lesquelles se fondent les assureurs et se demande s'ils prennent correctement en compte la question de la compensation des risques. L'OFAS conteste également le volume des réserves envisagées par les assureurs.

## 2.2.2 Résultats de l'analyse des effets

Le principe de la prime unique et la manière de fixer les primes de l'assurance-maladie sont des questions souvent abordées dans le contexte de l'analyse des effets de la LAMal, notamment dans l'étude sur les écarts de coûts entre les cantons (Rüeffli/Vatter, 2001), dans l'enquête auprès des assurés (Peters et al. 2001), dans l'étude sur les répercussions de la LAMal pour les assureurs (Hammer et al. 2001a), ainsi que dans l'étude sur la compensation des risques (Spycher 1999). Il n'a pas été possible de réaliser une étude portant sur l'évaluation proprement dite du système d'approbation des primes. On peut toutefois se référer à une expertise mandatée par l'OFAS, selon laquelle la procédure en matière d'approbation des primes est satisfaisante; les améliorations à apporter sont essentiellement de caractère technique et organisationnel (Schmid 1997).

Selon cette expertise, un des éléments considérés comme problématiques en rapport avec la prime unique est le fait que les assureurs disposent d'une grande liberté d'appréciation pour définir les limites de leurs régions de primes et que cette pratique est susceptible d'ouvrir la voie à une sélection des risques. Un assureur peut, par exemple, prévoir un traitement spécial pour les communes présentant une structure de risques "défavorable" et les attribuer à une région de primes bien précise.

Un deuxième problème réside dans le choix d'une franchise plus élevée. En choisissant une franchise annuelle plus élevée, les assurés peuvent obtenir un rabais sur leur prime d'assurance et en réduire le montant. On suppose en effet que ce sont les personnes en bonne santé et engendrant peu de coûts qui font le plus souvent usage de cette possibilité. Pour empêcher que ce principe ait des répercussions négatives sur la solidarité entre les assurés, le Conseil fédéral a voulu fixer des limites aux rabais prévus (Message du 6 novembre 1991, FF 1992 I 177-178). Ce sont surtout les assureurs qui demandent une

augmentation des rabais car les franchises plus élevées permettent de réaliser de substantielles économies. Une étude effectuée par l'OFAS révèle que les coûts des assurés ayant opté pour une franchise à option sont effectivement inférieurs aux primes encaissées (OFAS 2000a). Cependant, l'enquête ne dit pas dans quelle mesure les économies réalisées s'expliquent par une sélection des risques – les personnes qui choisissent une franchise élevée sont généralement des assurés en bonne santé – ou par un changement réel du comportement des assurés.

### 2.2.3 Recommandations des experts

L'expertise mentionnée formule toute une série de propositions et de recommandations techniques en rapport avec la procédure d'approbation des primes. Il a notamment été établi que les documents mis à disposition par les assureurs étaient incomplets. Les experts ont également estimé que les frais administratifs devaient être présentés de manière circonstanciée et qu'il incombait aux cantons de déterminer les réserves, les provisions et l'âge moyen des assurés. Pour mieux cerner les incohérences logiques et matérielles dans les données fournies par les assureurs-maladie, ils ont par ailleurs proposé d'élaborer une grille dans laquelle figureraient les prévisions et paramètres correspondants. Enfin, ils ont estimé que l'utilisation des données intervenant dans la compensation des risques devait faire l'objet d'une uniformisation et que les recettes et dépenses liées aux formes particulières d'assurance devaient être prises en considération.

Le projet consacré aux répercussions de la LAMal sur les assureurs et, par conséquent, fondé principalement sur une optique d'assureur, recommandait d'analyser l'ensemble de la procédure d'approbation des primes, dans le souci d'établir si la critique faite à l'OFAS – à savoir que l'office exercerait une influence politique sur la fixation des primes – était fondée. Il demandait également s'il n'y a pas lieu d'envisager le transfert d'une partie des réserves lorsqu'un assuré change de caisse, étant entendu que les primes qu'il a versées ont contribué à alimenter les réserves de la caisse. Enfin, il proposait d'étudier plus attentivement la demande formulée par plusieurs assureurs en rapport avec un relèvement de la franchise à option maximale et l'octroi correspondant de rabais plus importants.

S'agissant de l'analyse des effets de la compensation des risques, il a été recommandé d'instituer les conditions techniques permettant de répondre véritablement à la question de savoir si les assureurs prennent correctement en compte la compensation des risques dans le calcul des primes.

### 2.2.4 Développements récents et questions en suspens

L'Office fédéral des assurances sociales a concrétisé ou mis en oeuvre certaines de ces recommandations techniques et organisationnelles. Le calcul des primes se fonde, par définition, sur des estimations; cette caractéristique fait partie intrinsèque du système et ne saurait être changée.

Une évolution s'est produite dans la procédure d'approbation des primes avec la modification de la LAMal consécutive à l'intervention des cantons. Désormais les cantons sont consultés et participent directement à l'estimation sur laquelle se fondent les tarifs de primes (art. 21a LAMal). Ainsi l'OFAS possède une assise informationnelle plus large, ce qui lui permet d'intervenir auprès des assureurs.

La liberté qu'avaient les assureurs de définir eux-mêmes leurs régions de prime dans les cantons a été limitée dans le cadre de la deuxième révision partielle de la loi; désormais les régions de prime seront fixées uniformément pour tous les assurés au niveau des cantons

(entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2003). Cette manière de procéder offre en outre une plus grande transparence des coûts au sein d'une région de prime et permet donc à l'OFAS d'effectuer des comparaisons directes entre les assureurs.

Pour ce qui est des rabais accordés au titre de la franchise à option, il a été prévu – contrairement aux recommandations de l'étude (Hammer et al. 2001a) qui se base essentiellement sur les demandes des assureurs – de limiter les rabais maximaux de manière que ceux-ci ne dépassent plus l'équivalent du risque maximal assumé. Il devrait ainsi être possible d'éviter le risque d'une diminution de la solidarité.

La proportion dans laquelle les franchises à option contribuent véritablement à endiguer les coûts n'est pas clairement établie étant donné que tous les ans, les assurés peuvent revenir à la franchise ordinaire dès lors qu'ils prévoient des frais plus élevés. La question de savoir dans quelle mesure les franchises à option contribuent à la réalisation de l'objectif des coûts doit être étudiée de manière empirique. Une augmentation massive des rabais sur les primes d'assurance et des franchises annuelles ne manquerait pas de porter un coup fatal à la solidarité visée par l'obligation de s'assurer et par le principe de la prime unique. On se retrouverait en effet face à deux catégories d'assurés, d'une part les personnes qui en raison de leur état de santé ne peuvent pas éviter un certain volume de coûts annuels et sont appelées à payer des primes en conséquence, d'autre part les personnes qui bénéficient de primes avantageuses du fait que leur bonne santé leur permet de s'assurer uniquement pour les gros risques.

Dans le souci d'améliorer l'acceptation que suppose l'approbation des primes et de conduire le débat en toute objectivité, l'OFAS a décidé de soumettre ce domaine à examen au moyen d'un projet correspondant.

S'agissant de la recommandation portant sur la question de savoir s'il n'y a pas lieu de transférer une partie des réserves d'une caisse en cas de changement d'assureur, nous précisons d'emblée qu'il faut distinguer entre les réserves individuelles et les réserves légales. La réserve légale sert à garantir la solvabilité de l'assureur. Avec la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 1<sup>er</sup> juin 1998, le montant de cette réserve a été réduit entre 15 et 20 % pour les assureurs comptant plus de 250'000 assurés, cette décision étant fondée sur des expertises. Dans une optique individuelle, la question qui se pose est celle des parts de réserve constituées par les assurés. A ce propos, il convient de distinguer entre un changement d'assureur librement consenti et un changement contraint. En cas de changement librement consenti, le transfert de parts de réserve n'est pas pertinent. Étant empiriquement prouvé que la propension à changer d'assureur est nettement plus marquée chez les "bons risques", un transfert de ce type constituerait un double bénéfice pour le nouvel assureur, au détriment de l'assureur sortant. En revanche, dans le cas d'un changement contraint (rappelons l'exemple de Visana qui s'est retirée de certains cantons qu'elle estimait trop chers et partant, l'attribution de ses assurés à d'autres assureurs) les réserves devraient être transférées. Il convient d'insister sur le fait que le principe de la LAMal n'a pas été rompu, du fait que les réserves ne sont pas liées aux assurés mais vont aux assureurs.

Les rabais maximums pratiqués sur les franchises annuelles d'un montant supérieur à la franchise ordinaire doivent être fixés de manière à ne pas mettre en péril le principe de solidarité et à éviter que les personnes en bonne santé et de condition économique moyenne puissent réduire leurs primes d'assurance.

## 2.3 Libre passage

L'art. 70 LAMal règle la question du libre passage des assurés. Selon cet article, un assureur a l'obligation d'affilier sans réserve tout assuré qui en fait la demande. Cet aspect constitue un important élément de solidarité.

### 2.3.1 Point de la situation

La loi sur l'assurance-maladie consacre le principe de libre passage des assurés indépendamment de leur âge, de leur sexe ou de leur état de santé; autrement dit, les assureurs sont tenus d'accueillir les assurés sans réserve. Les assureurs ne sont autorisés ni à refuser les personnes désireuses de s'affilier à leur caisse, ni à formuler quelque réserve que ce soit au titre des prestations d'assurance. Ils ne peuvent donc plus se faire concurrence en proposant des prestations différentes au titre de l'assurance obligatoire des soins; actuellement, s'ils veulent se démarquer des autres assureurs, c'est uniquement par la qualité de leurs services (information, efficacité dans le traitement des dossiers, etc.) et par les formes particulières d'assurances qu'ils peuvent offrir. Les assurés peuvent changer de caisse deux fois par année sans indication de motif, pour autant qu'ils respectent le délai de résiliation de trois mois (milieu d'année) ou d'un mois (fin d'année).

Le libre passage vise donc à renforcer le principe de solidarité entre personnes en bonne santé et malades. Il cherche d'un autre côté à freiner indirectement l'évolution des coûts en amenant les assurés à changer de partenaire au profit de l'assureur le plus efficace.

Si personne ne conteste guère le principe du libre passage des assurés – aucun des projets menés dans le cadre de l'analyse des effets n'est d'ailleurs centré sur ce sujet –, la question du comportement des assurés, et plus particulièrement la propension à changer d'assureur, a pour sa part été très souvent abordée.

Dans le cadre de l'enquête auprès des assurés (Peters et al. 2001) et du projet relatif à l'information des assurés (Baur/Heimer 2001), l'OFAS s'est plus particulièrement intéressé à la manière dont les assurés percevaient les différences existant entre l'ancienne loi (LAMA) et la nouvelle loi (LAMal), à ce qu'ils pensaient des modifications qui avaient été introduites, à la manière dont ils étaient informés sur la possibilité de changer librement d'assureur et à leur éventuel changement d'attitude face aux assureurs.

### 2.3.2 Résultats de l'analyse des effets

L'enquête a permis d'établir que les assurés étaient bien informés du droit de choisir librement leur assureur dans l'assurance obligatoire des soins. En effet, la grande majorité des personnes interrogées a estimé être suffisamment renseignée sur les modalités de résiliation de l'assurance et plus de 80 % d'entre elles ont répondu qu'elles savaient qu'elles avaient la liberté de choix de leur assureur dans l'assurance des soins.

85 % des personnes interrogées ont cependant déclaré n'avoir jamais changé d'assureur depuis l'introduction de la LAMal. Précisons à cet égard que la propension à changer d'assureur a été plus marquée en Suisse romande et dans les grands ménages (quatre personnes et plus) qu'en Suisse allemande et dans les petits ménages, un phénomène qui s'explique par une sensibilisation accrue aux coûts, du fait d'une charge d'assurance plus lourde à supporter. En outre, les jeunes assurés changent plus volontiers d'assureur que les assurés plus âgés. En dépit de la propension relativement faible à changer d'assureur, les auteurs du rapport sur l'enquête auprès des assurés relèvent que le facteur coût (montant de la prime) constitue un élément déterminant.

Les experts expliquent également le peu d'empressement des assurés à changer d'assureur en raison d'une identification relativement marquée à leur caisse. En Suisse allemande, le choix de l'assureur se fonde le plus souvent sur la tradition familiale (appartenance des parents à une caisse); les recommandations faites par des connaissances tiennent aussi une place importante au moment du choix. Le montant des primes d'assurance n'est évoqué comme motif de changement qu'en deuxième place en Suisse allemande alors qu'en Suisse romande, ce critère revient le plus souvent, juste avant la tradition familiale. Parmi les raisons directement évoquées pour justifier la fidélité à un assureur, la moitié des assurés ont déclaré être satisfaits des prestations de leur assureur. Environ un cinquième a déclaré ne pas avoir changé de caisse à ce jour par habitude, par tradition, voire par paresse.

L'étude portant sur l'information des assurés indique que l'on ne dispose guère d'informations fiables sur la qualité et les performances des assureurs. Le peu d'informations existant se fondait exclusivement sur les sources fournies par les assureurs eux-mêmes et sur des ouï dire. Les médias ont été les seuls à aborder ponctuellement le sujet, généralement à l'occasion de difficultés rencontrées par un assureur.

Si l'enquête auprès des assurés permet de dire que la plupart des personnes interrogées sont informées de la possibilité de changer librement d'assureur, il n'en demeure pas moins, comme l'indiquent les sondages effectués auprès d'organisations de patients et d'assurés (Faisst/Schilling 1999a), que la délimitation entre l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire n'est pas claire dans les esprits, particulièrement en ce qui concerne la possibilité de conclure une assurance complémentaire chez un assureur autre que celui chez qui est conclue l'assurance obligatoire des soins. En raison des réserves et des refus qui leur sont opposés, ce sont en particulier les personnes âgées qui ne peuvent guère envisager de changer d'assurance complémentaire, alors que leurs primes, généralement calculées sur la base de considérations actuarielles, ont parfois massivement augmenté. Ces personnes craignent également d'éventuels inconvénients liés à un changement de l'assurance obligatoire des soins alors que celle-ci et l'assurance complémentaire doivent être rigoureusement séparées.

### **2.3.3 Développements récents et questions en suspens**

Le principe du libre passage plein et entier, l'assurance obligatoire et la prime unique forment ensemble une unité et constituent le fondement de la LAMal. Cette position n'est guère contestée par les différents acteurs du domaine de la santé. Par conséquent, aucune modification fondamentale ne s'impose à ce sujet. Toutefois, les modalités applicables au changement d'assureur en fin d'année ont été simplifiées et les assureurs se sont vus interdire toute association entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire tant sur le plan de l'organisation qu'en matière de publicité.

Toutefois, il convient de consacrer une attention accrue aux problèmes d'information relevés dans les différents rapports et de poursuivre les efforts déployés pour mieux renseigner les assurés sur leur droit de changer librement d'assureur. Cela dit, le changement d'assureur ne saurait être un but en soi car il entraîne fatalement des frais administratifs élevés. Ce qui importe, c'est de promouvoir les changements "judicieux" – à savoir amener progressivement les assurés à choisir les caisses les plus performantes – par le biais d'une bonne information relative à la situation du marché.

## 2.4 Compensation des risques

Un élément important destiné à renforcer la solidarité entre les assurés est la compensation des risques entre les assureurs. Cette disposition avait déjà été introduite par voies d'arrêtés fédéraux urgents dans les années nonante.

### 2.4.1 Point de la situation

Les coûts ayant évolué à un rythme plus rapide dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines, cette évolution a été désignée par l'expression "explosion des coûts" dès les années quatre-vingts. Cette évolution a mis à mal la solidarité: Les caisses dotées d'une structure d'assurés financièrement saine, c'est à dire "d'assurés avantageux", étaient en mesure de pratiquer des primes basses, attirant par la même occasion de nouveaux membres généralement jeunes, mobiles et en bonne santé, ce qui leur permettait d'améliorer davantage encore leur structure de risques. A l'inverse, les "mauvais risques" restaient dans leur caisse et contribuaient ainsi toujours plus fortement à la hausse des primes. Cette tendance, que l'on a eue tôt fait d'assimiler à une sélection des risques, remettait en question le principe de solidarité entre les jeunes et les vieux d'une part, les bien portants et les malades d'autre part. La "désolidarisation" observée trouvait son origine dans l'absence de libre passage dans la loi sur l'assurance-maladie et accident, situation qui permettait aux caisses d'assortir l'admission de nouveaux membres à des réserves et de fixer des primes en tenant compte de la durée d'affiliation de leurs membres. Pour les assurés malades (mais aussi les assurés "chers"), un changement de caisse était ainsi lié à de gros risques.

Une compensation des risques a été introduite au 1<sup>er</sup> janvier 1993 par voie d'arrêté fédéral urgent; cette mesure était de durée limitée, elle visait à lutter contre le phénomène de désolidarisation dans "l'assurance-maladie".

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la mesure provisoire qu'était la compensation des risques a été transférée du droit d'urgence dans le droit ordinaire. La compensation des risques a pour objectif d'empêcher les assureurs d'être tentés de pratiquer une sélection des risques, autrement dit de sélectionner les assurés avantageux, et par conséquent d'influencer ou de contrecarrer le moins possible une concurrence entre les assureurs, qui aurait pour effet d'abaisser les coûts. On sait en effet que la sélection des risques défavorise les mauvais risques, qu'elle monopolise des ressources qui pourraient être affectées à une réduction des coûts et qu'elle ne fait que déplacer les coûts ou lieu de les diminuer. C'est pourquoi elle est en contradiction avec l'objectif social visé par la LAMal et n'est donc pas économiquement souhaitée.

La compensation des risques, telle qu'elle est pratiquée en Suisse, ne prend en compte que trois facteurs, à savoir le sexe, l'âge et le canton. Selon les ouvrages spécialisés en économie de la santé publique, cette manière de considérer les choses passe cependant sous silence un certain nombre de facteurs nettement plus significatifs pour prévoir l'évolution, ce qui est regrettable. En conséquence, plusieurs interventions ont été déposées par les milieux politiques en vue de modifier la formule applicable aux risques, le principal souhait exprimé consistant à prendre en considération des indicateurs relatifs à l'état de santé des assurés.

Si l'on considère l'ensemble des propositions visant à changer la formule applicable à la compensation des risques, rappelons tout de même qu'il ne faut jamais perdre de vue l'objectif même de ce mécanisme qui consiste à compenser les risques prévisibles, mais en aucun cas les coûts effectifs. Une compensation de ce type saperait en effet les efforts déployés par les assureurs en vue de réduire les coûts.

## 2.4.2 Résultats de l'analyse des effets

L'analyse des effets de la LAMal a donné lieu à la réalisation de deux études sur la compensation des risques. L'une des études a eu pour objet de présenter le fonctionnement et les conséquences du modèle actuel de compensation des risques (Spycher 1999). Parallèlement à l'analyse proprement dite des effets de la LAMal, une évaluation prospective fondée sur les données des assureurs a estimé les incidences possibles de formules alternatives de compensation sur la structure de risques des assurés (Spycher 2000). Les études en question permettent de se prononcer sur l'efficacité de cet instrument et sur les possibilités d'amélioration.

### ***Bases de la compensation des risques***

Comme cela été relevé, le modèle suisse de compensation des risques ne prend en considération que trois facteurs: le sexe, l'âge et le canton. Le principe de compensation des risques déplace les coûts des assurés âgés, donc relativement chers, vers les assurés plus jeunes et ceux des femmes vers les hommes. Pour établir la compensation, 15 groupes d'âge, hommes et femmes séparés, sont déterminés sur la base de l'effectif des assurés (adultes) de chaque canton et les coûts moyens de ces 30 groupes de risques sont calculés. La compensation des risques comble alors les différences entre les coûts moyens des différents groupes de risques. Les assureurs qui possèdent une "bonne" structure de risques versent de l'argent, ceux avec une "mauvaise" structure de risques en reçoivent, un même assureur pouvant parfaitement verser de l'argent dans un canton et en recevoir dans un autre. En fin de compte, seuls les soldes font l'objet d'une compensation et les paiements et encaissements se compensent (jeu à somme nulle).

### ***Exécution de la compensation des risques***

Du fait que tous les assurés d'une région paient une prime unique, indépendamment des coûts qu'ils engendrent, un transfert s'opère entre eux. On appelle volume brut de la compensation des risques, la somme de tous les transferts de solidarité entre les différents groupes de risques – donc également les transferts effectués au sein d'une même caisse entre les groupes d'assurés dont le coût varie. Ce volume brut a atteint en 1999 un montant de 3,4 milliards de francs. Entre les assureurs toutefois, seul le solde (ou volume net) est compensé, ce qui représente chaque année un montant de l'ordre de 600 à 700 millions de francs. La mise en œuvre de la compensation relève de la compétence de l'Institution commune des assureurs, qui agit comme "centrale de clearing". Les assureurs sont tenus de lui communiquer des données exactes sur leur structure d'assurés et les changements intervenus. La centrale procède alors au calcul des paiements compensatoires, encaisse les soldes négatifs auprès de certains assureurs et verse les soldes positifs à d'autres assureurs.

La compensation des risques constitue un élément important de la LAMal pour réaliser l'objectif de solidarité. Les cinq premières années (1993 à 1997), sur la base des données disponibles, la compensation des risques a répondu aux attentes placées en elle, à savoir mettre un frein à la désolidarisation. L'attente initiale, consistant à aboutir à court ou à moyen terme à des structures équilibrées, n'a en revanche pas été réalisée: les assurés se sont montrés moins mobiles que prévu et comme ce sont principalement les "bons risques" qui jouent le jeu du changement – comme l'indiquent l'enquête auprès des assurés et l'étude consacrée à l'information des assurés – on revient à une situation dans laquelle les "bons risques" se retrouvent à nouveau concentrés chez des assureurs qui pratiquent des primes avantageuses. La structure brute des assureurs continue donc à présenter des différences marquées, ce qui fait que la compensation des risques reste indispensable. Pour ce qui est de la concurrence entre les assureurs, l'étude de Stefan Spycher a établi

que, dans le contexte des conditions-cadre fixées par les pouvoirs publics (caractère obligatoire de l'assurance et obligation pour les assureurs d'accepter les nouveaux membres), la compensation des risques constituait un facteur de correction indispensable à une concurrence loyale (Spycher 1999).

La compensation des risques a permis de réduire sensiblement la sélection des risques de la part des assureurs. Toutefois, cet instrument ne permet pas d'exclure catégoriquement ce type de sélection. Le premier rapport explique ce phénomène par le fait que la compensation des risques prend en considération, à côté du seul canton de domicile, l'âge et le sexe des assurés, et non leur état de santé réel qui constitue pourtant un élément déterminant. Essentiellement par le biais des assurances complémentaires, les assureurs obtiennent des informations sur l'état de santé, les revenus, le degré de formation et le niveau de culture de leurs assurés (Spycher 1999). Les données en question leur permettent d'estimer le profil de risque d'assurés potentiels. A cause de l'obligation d'affilier dans l'assurance-maladie sociale toute personne qui en fait la demande, on peut penser que la sélection des risques s'opère principalement par le biais d'une publicité ciblée sur des groupes spécifiques, même si des pratiques moins raffinées ont pu être observées ici et là (mobbing, primes versées à des courtiers lorsqu'ils parviennent à écarter des "mauvais risques").

Contrairement aux craintes exprimées par certains assureurs, le principe de compensation des risques ne porte pas véritablement préjudice à l'incitation à économiser. L'étude arrive à la conclusion que les assureurs ont en effet toujours avantage à réaliser des économies sur les coûts. L'étude révèle toutefois que la compensation des risques va à l'encontre du développement de formes particulières d'assurances (par exemple HMO) puisque les assurés qui choisiraient une formule de ce type seraient appelés à contribuer trop lourdement à la compensation des risques.

### ***Effets d'une formule alternative de compensation***

L'indication selon laquelle la formule actuelle de compensation des risques ne neutraliserait qu'imparfaitement les avantages liés à la sélection dont bénéficient les assureurs possédant une "bonne" structure de risques a été étudiée dans le cadre d'un deuxième projet (Spycher 200). La question de savoir s'il était possible de mettre en œuvre des propositions d'amélioration de l'actuelle formule de compensation a notamment été étudiée. Les propositions formulées allant dans ce sens s'inspiraient de sources scientifiques internationales. Des modèles prévoyant un calcul fondé sur les diagnostics n'ont pas été examinés plus avant, car la Suisse ne possède pas les bases de données nécessaires pour une telle approche<sup>8</sup>. A l'aide de calculs-type s'inspirant de données fournies par des assureurs suisses, l'examen a porté sur les effets probables des modifications sur la structure et les assureurs. En particulier, des propositions – avec variantes – ont été examinées pour cinq types de modèles:

- Modèle actuellement en vigueur fondé sur un calcul prospectif et non rétrospectif, comme c'est le cas aujourd'hui.
- Différentes variantes d'un pool de hauts risques, les assureurs ayant la possibilité de remettre les coûts des assurés les plus onéreux à un pool géré conjointement.

---

<sup>8</sup> Le projet de A. Holly, "Concurrence entre les assureurs et compensation des risques" dans le cadre du PNR 45 (Problème de l'état social) essaye d'apporter des solutions à ce problème.

- Formule intégrant le risque d'hospitalisation (séjours en milieu hospitalier) comme un indicateur de santé.
- Formule intégrant les personnes décédées comme un indicateur du risque variable de mortalité, lequel grève considérablement les finances des assureurs.
- Modèles de compensation prévoyant une combinaison d'un pool de hauts risques et du risque d'hospitalisation. Différentes variantes d'un pool à hauts risques, les assureurs ayant la possibilité de remettre les coûts des assurés les plus onéreux à un pool géré conjointement.

*Calcul prospectif:* Actuellement, la compensation définitive des risques est calculée sur la base des données des assureurs après bouclage de l'exercice comptable, donc rétrospectivement. Les coûts réels sont donc déterminants. Étant donné qu'il n'existe pas de différence entre les coûts prévisibles (coûts résultant de la structure des risques des assurés, entraînés par exemple par une maladie chronique) et les coûts imprévisibles, ce modèle diminue l'incitation à réduire les coûts. Toute assurance doit par nature couvrir les risques que constituent des coûts imprévisibles. Une compensation des risques remet en question l'accroissement de l'efficacité. C'est pourquoi l'étude préconise de passer à un système prospectif dans lequel les coûts seraient évalués ex ante sur la base de la structure de risques de l'effectif des assurés et qui permettrait, après bouclage de l'exercice comptable, de compenser exclusivement les mutations.

Une *séparation des risques* pourrait être effectuée ("pool de hauts risques") dans la mesure où les assureurs pourraient céder à un pool de risques, avant le début de l'exercice comptable, les frais prévisibles de cas d'assurance très coûteux. Le seuil de cession pourrait être fixé au moyen d'une valeur absolue ou par un pourcentage des assurés les plus coûteux. A l'instar du modèle prospectif, l'instauration d'un pool aurait pour effet de réduire l'incitation à sélectionner les risques, puisque les assureurs pourraient céder leurs cas d'assurance les plus coûteux au pool et que, partant, ils n'auraient pas à assumer seuls les frais correspondants. Ainsi, le fait de céder au pool non seulement les coûts, mais aussi les cas d'assurance constituent les éléments décisifs d'une gestion efficace.

Pour ce qui est de la *prise en compte d'un facteur de santé*, il n'est pas possible en Suisse (actuellement du moins) de se référer à des données concernant les diagnostics. Un modèle de compensation des risques fondé sur des groupes de diagnostics, qui serait appelé à compenser les coûts prévisibles de cas d'assurances très onéreux n'est par conséquent pas réalisable. Le risque d'hospitalisation pourrait par contre être évalué lorsque l'on sait si un assuré a été hospitalisé l'année précédente.

Comme dans le cas du pool de hauts risques, on pourrait traiter ex post les coûts des *personnes décédées* au cours de l'exercice comptable, étant entendu que les derniers mois de vie sont généralement extrêmement coûteux.

L'intégration d'un indicateur relatif au risque d'hospitalisation aurait pour conséquence une augmentation du volume de redistribution. On ne peut pas exclure que la prise en compte des hospitalisations de l'année précédente ne crée de fausses incitations; l'étude estime toutefois que l'influence exercée par les assureurs sur la décision de l'hospitalisation sera très faible, sauf en ce qui concerne le modèle HMO. Dans les modèles prévoyant un pool réunissant les risques élevés, le volume de redistribution baisse et les différences de coûts entre les assureurs s'amenuisent du fait qu'il est prévu que les coûts pour la catégorie des assurés coûtant le plus cher reculent. La tendance à sélectionner les risques devrait donc également fléchir. Si tel n'était pas le cas, les assureurs se verraient indirectement contraints d'optimiser leurs prévisions en matière de risques.

Il ne suffit pas que l'amélioration promise par les nouveaux modèles repose sur des arguments scientifiques; la charge que suppose leur réalisation doit également être raisonnable. Pour cette raison, les modèles présentés ont été évalués en tenant compte de six critères: Parallèlement à la "capacité prévisionnelle" et aux "incitations", qui constituent les deux principaux facteurs économiques au plan de la santé publique, d'éléments pratiques, tels que les "possibilités de manipulation", la "disponibilité et la fiabilité des données", la "protection des données" et la "possibilité de contrôles", ont également été prises en considération. Le résultat de cette appréciation est étroitement lié à l'importance que revêtent les aspects pratiques des nouveaux modèles. Si l'on se fonde plus particulièrement sur des critères économiques de santé publique, la formule la plus performante serait celle d'une combinaison d'un indicateur "séjour hospitalier" et d'un pool de hauts risques fonctionnant sur un mode prospectif. L'étude indique par ailleurs que les modèles répondent aux exigences posées en matière de faisabilité. Elle recommande en particulier un aménagement prospectif de la compensation des risques et la création d'un pool qui aurait pour vocation d'assumer les coûts résultant des gros risques. La fiabilité des données constitue le principal problème en cas de prise en compte des hospitalisations.

### **2.4.3 Recommandations des experts**

L'expérience de ces dernières années ayant révélé que le volume de compensation n'a pas diminué, contrairement à ce qui était initialement prévu, et qu'il n'y a pas eu d'équilibrage de la répartition des risques entre les assurés, les experts en sont arrivés à s'interroger sur le bien-fondé de la limitation dans le temps de la compensation des risques. La première étude recommande donc d'introduire dans la loi une compensation des risques de durée indéterminée (Spycher 1999).

Les experts dénoncent ensuite le fait que les assureurs continuent à pratiquer une sélection des risques relativement importante et qu'en continuant à agir de la sorte, ils finiront par saper l'objectif de solidarité. Ils estiment que les carences s'expliquent avant tout par une application trop peu rigoureuse de la formule du risque. Pour ces raisons, les expertes et les experts recommandent un aménagement prospectif de cet instrument et l'institution d'un pool de hauts risques.

D'autres recommandations portent sur l'information et les bases de données: La population devrait être mieux informée de la séparation qui existe entre l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire, le flou qui subsiste à ce propos étant considéré comme l'une des raisons du manque de mobilité des assurés. Il a été dit également qu'il fallait améliorer les bases de données et que les assureurs devaient être tenus d'indiquer les recettes de primes par assureur et les mouvements des assurés – dates d'entrée et de sortie et non uniquement le solde comme le veut la pratique actuelle. Il y a lieu également d'étudier sur le long terme les effets de la compensation des risques.

A l'appui des résultats obtenus, les experts estiment que le principe de compensation des risques freine le développement des formes particulières d'assurances. Ils préconisent d'étudier des mesures d'accompagnement en ce qui concerne les formes particulières d'assurance et l'exclusion des enfants de la compensation des risques.

### **2.4.4 Développements récents et questions en suspens**

En vigueur depuis bientôt dix ans, le principe de la compensation des risques fonctionne bien chez tous les acteurs du domaine de la santé et est relativement bien accepté sous sa forme actuelle, c'est à dire comme le plus petit dénominateur commun. La suppression de la limitation dans le temps applicable à la compensation des risques a été proposée dans le

cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal. Cette proposition est actuellement en suspens.

Aussi, des améliorations scientifiquement bien fondées de la compensation des risques ont-elles été accueillies avec scepticisme par différents acteurs, qui leur ont opposé des arguments pragmatiques.

Dans le cadre d'une étude à paraître début 2002, l'OFAS examine actuellement comment réaliser concrètement des modifications. L'interrogation porte notamment sur le passage d'un mode de calcul rétrospectif à un mode prospectif et sur l'institution d'un pool de hauts risques. Cette étude a pour but de montrer et d'évaluer les modifications théoriques possibles (passage à un système moniste inclus), ainsi que les conséquences financières et structurelles selon l'OFAS. Les propositions envisagées doivent être reprises lors de l'élaboration de la prochaine révision de la loi et être testées dans le contexte global.

Pour ce qui est des formes particulières d'assurance, des améliorations de caractère technique seront introduites. Des réponses doivent toutefois encore être trouvées en ce qui concerne les objectifs divergents de la compensation des risques d'une part, et l'évolution des modèles d'assurance particuliers d'autre part. Étant donné qu'actuellement les primes d'assurance des enfants couvrent dans une large mesure les coûts de santé que ceux-ci occasionnent, la proposition d'exclure les enfants de la compensation des risques apparaît inopportune.

L'analyse des effets de la compensation des risques a fait ses preuves dans la perspective de la révision. Au cas où le système de compensation des risques devait connaître d'autres modifications, il serait judicieux de le soumettre à un monitoring sur une période de deux ans au minimum.

## **2.5 Réduction de primes**

La loi sur l'assurance-maladie a introduit un changement dans le domaine des subventions versées pour payer les primes de l'assurance-maladie. Les cantons se sont vus contraints d'accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. La Confédération participe aux coûts. La réduction individuelle des primes constitue un élément important de la loi sur l'assurance-maladie, visant à renforcer la solidarité entre les personnes disposant de revenus différents. Le Conseil fédéral a proposé, avec la révision de la loi sur l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 (Message du 6 novembre 1991, FF 1992 I 116 ss.) qu'à l'avenir, tous les assurés paient l'intégralité de leur prime d'assurance. Toutefois, si la charge d'assurance devait dépasser un certain pourcentage du revenu, la différence entre cette limite et le montant effectif des primes serait remboursée par l'État. Toutes les subventions de la Confédération, auxquelles vient s'ajouter une participation des cantons, sont affectées à ce mécanisme de compensation sociale. Nous proposons de décrire dans un premier temps la situation prévalant dans les cantons. Ensuite, nous examinerons les résultats de l'analyse des effets et les derniers développements politiques dans ce domaine.

### **2.5.1 Point de la situation**

Du fait que le législateur a laissé les cantons aménager presque comme ils l'entendaient le système de réduction de primes, il en est résulté 26 systèmes différents qui varient parfois considérablement en ce qui concerne la définition du droit à une réduction, le montant des subventions ou les modalités d'information et de remboursement des assurés.

- La manière de *définir le cercle des ayants droit* et le *montant des subsides* varie d'un canton à l'autre du fait que les systèmes se réfèrent à des bases de revenu différentes. Généralement, le droit à des subsides est établi d'après la situation fiscale. En outre, les déductions autorisées et la prise en compte de la fortune varient d'un canton à l'autre. La réduction de primes est établie sur la base de deux modèles. Le premier prend en compte une limite de revenu variable. Dans ce système, le rapport en pourcent existant entre la prime d'assurance et le revenu déterminant est une valeur-clé. Si la charge d'assurance dépasse la limite fixée, l'assuré a droit à une réduction de primes. Le second modèle introduit une notion de niveau de revenu. Lorsqu'un ménage se trouve dans une catégorie de revenu ouvrant un droit à des subsides, il se voit attribuer un montant fixe au titre de la réduction de primes.
- Les systèmes de réduction de primes pratiqués dans les cantons varient également dans la *manière de recenser les ayants droit* et dans le *mode de remboursement*. Trois systèmes sont actuellement en vigueur: d'abord, un système automatique de reconnaissance de la qualité de bénéficiaire et de versement des subsides, ensuite, un système d'information personnelle assorti de l'obligation, pour les assurés, de déposer eux-mêmes leur demande de subsides, et enfin un système de demande individuelle, sans information préalable, sur la base des données fiscales.
- Des différences existent également dans les cantons quant au *moment de faire valoir une demande de subside*. Certains cantons prévoient que le droit à une réduction peut être examiné en tout temps en cas de détérioration ou d'amélioration de la situation économique d'un assuré ou de modification de sa situation familiale. De nombreux cantons ont toutefois opté pour un délai fixe: Dans les cantons concernés, les assurés sont tenus de faire valoir leur droit jusqu'à une certaine date limite.
- Concernant les modalités de remboursement, la question qui se pose est essentiellement celle de savoir *à qui verser les subsides*. Ceux-ci peuvent être versés soit directement aux assurés, soit à une caisse-maladie, autrement dit à un assureur. A l'heure actuelle, seize cantons versent la réduction de primes directement aux assureurs.

## 2.5.2 Résultats de l'analyse des effets

Plusieurs études effectuées dans le cadre de l'analyse des effets ont montré comment les facteurs cités exercent une influence sur l'exécution et l'efficacité de la réduction de primes (Balthasar 1998; Balthasar 2001; Balthasar et al. 2001a; Balthasar et al. 2001b; Balthasar/Bieri 2001a; Balthasar/Bieri 2001b). Pour l'essentiel, trois questions se posent, à savoir: Les différents systèmes d'application en vigueur permettent-ils de toucher efficacement les groupes cibles concernés ? Que penser des différents systèmes cantonaux en ce qui concerne la rapidité et de l'efficacité du traitement des demandes ? Que dire de l'efficacité de la réduction individuelle de primes du point de vue de la politique sociale ?

### **Les systèmes d'application en vigueur permettent-ils de toucher efficacement les groupes cibles ?**

L'enquête représentative effectuée auprès des assurés en été 2000 a révélé que 85 % des personnes en charge des questions d'assurance-maladie dans les ménages interrogés avaient déjà entendu parler des réductions de primes (Peters et al. 2001). Les études effectuées dans les cantons de Lucerne et de Bâle-Ville, deux cantons qui *n'informent pas* automatiquement les bénéficiaires potentiels d'une réduction de primes, indiquent que dans ces deux cantons, 20 à 25 % des contribuables ayant potentiellement droit à une

réduction de primes n'ont jamais déposé de demande de subsides. Dans les autres cantons sous revue, cette proportion n'atteint pas 5 %.

- En ce qui concerne la *répartition par âge*, on peut dire de manière générale que la réduction de primes touche de manière satisfaisante les personnes des catégories d'âge inférieures et les personnes retraitées. Cependant, la situation n'est pas aussi satisfaisante en ce qui concerne la tranche d'âge située entre cinquante ans et l'âge de la retraite. Ces résultats se fondent principalement sur des analyses concernant les cantons de Bâle-Ville et Lucerne et n'ont pas été contestées par les experts des autres cantons. On peut donc penser que ces personnes estiment souvent ne pas avoir droit à une réduction de primes.
- Les données disponibles relatives à la *situation familiale* permettent par ailleurs de dire que les ménages avec enfants font plus souvent valoir leur droit à une réduction de primes que les personnes célibataires ou les couples sans enfant. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que les familles avec enfants sont socialement plus intégrées que le reste des ménages. Par ailleurs, en raison de la composition même de ces ménages et partant, de leur revenu proportionnellement faible, les familles avec enfants peuvent, dans certains cas, bénéficier de réductions de primes considérables, raison pour laquelle elles font valoir plus spontanément leur droit.
- Pour ce qui est des ayants droit potentiels de *nationalité étrangère*, nous pouvons avancer que ceux-ci ont la même propension à solliciter une réduction de primes que les ayants droit potentiels de nationalité suisse.
- Il a été observé que les différences de comportement en rapport avec la propension à solliciter une réduction de primes sont très étroitement liées à la *situation économique* des ayants droit potentiels. Par exemple, les personnes qui disposent d'un revenu modeste et/ou qui ont une famille nombreuse à charge peuvent escompter d'importantes réductions de primes, ce qui les incitera davantage à faire valoir leur droit.

Le fait qu'une personne ne demande pas de réduction de primes, alors qu'elle y aurait légitimement droit, résulte d'abord d'une méconnaissance du système et des procédures applicables. Cette observation vaut pour l'ensemble de la Suisse. Parmi les personnes interrogées dans le canton de Bâle-Ville, 56 % des ayants droit potentiels qui n'ont jamais déposé de demande de subsides ont estimé être insuffisamment informés en la matière. Dans le canton de Lucerne, le chiffre correspondant atteint 47 %. Dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et de Genève qui, contrairement à Bâle-Ville et à Lucerne, informent personnellement les assurés de leur droit sur la base de leurs données fiscales, ce motif est nettement moins souvent avancé. Dans ces deux cantons, la non-sollicitation des prestations relève le plus souvent de la négligence. En moyenne suisse, ce facteur n'occupe que la troisième place. En revanche, la volonté de ne rien devoir à personne est plus souvent exprimée en moyenne suisse. Pour conclure, l'argument selon lequel la non-sollicitation de subsides pourrait résulter d'une certaine *réserve à l'égard des autorités* n'est guère pertinent.

Le problème des personnes qui n'appartiennent pas aux groupes des ayants droit, mais qui bénéficient tout de même d'une réduction de primes ne se pose pas de la même manière dans tous les cantons. On entend par-là les bénéficiaires qui, selon les dispositions légales applicables, ont effectivement droit à une réduction de primes, mais dont la situation économique n'est pas considérée comme modeste. La détermination de la qualité d'ayants

droit d'après l'attestation de salaire ou la taxation fiscale permet de penser que cette problématique concerne plus particulièrement les groupes de personnes suivants:

- les *personnes indépendantes* dont la taxation fiscale ne reflète pas avec exactitude la véritable situation économique;
- les *jeunes en formation* qui ne déclarent pas de revenu ou alors seulement un revenu modeste, mais qui sont financièrement soutenus par leurs parents;
- les *personnes fortunées à revenu modeste* dont la situation fiscale ne correspond pas non plus à la situation économique réelle.

L'étude conclut que, le nombre de personnes au bénéfice d'une réduction de primes alors qu'elles n'y auraient pas droit sur la base de leur situation économique véritable, est dans l'ensemble proportionnellement négligeable. Une exception concerne les jeunes en formation. Dans les cantons de Genève et de Zurich par exemple, le nombre de jeunes en formation bénéficiant d'une réduction de prime d'assurance est nettement supérieur à la moyenne suisse.

### **Quelles sont les différences entre les systèmes cantonaux en ce qui concerne la rapidité et de l'efficacité du traitement des demandes ?**

La plupart des cantons établissent le droit à la réduction de primes sur la base des données fiscales. Or, la base légale que cette pratique suppose n'est guère compatible avec l'impératif de disposer d'une base de calcul reflétant la situation du moment. Une autre interrogation qui revient systématiquement quand il est question d'application de la réduction de primes est celle de savoir à qui, des assurés ou des assureurs, verser les subsides. En effet, certains services sociaux sont confrontés à un surcroît de travail considérable lorsque la réduction de primes est versée aux assurés et non directement aux assureurs. Les assureurs font valoir que le nombre de poursuites engagées pour cause d'incapacité de paiement a augmenté. Pour cette raison, ceux-ci préfèrent que les subsides leur soient directement versés. Avec la première révision partielle de la LAMal, une clause a été introduite qui permet d'indemniser les assureurs pour le travail occasionné. Un certain nombre de responsables d'assurances-maladie ont toutefois estimé qu'il ne fallait pas insister sur ce point. En cas de versement des réductions aux assureurs-maladie, ceux-ci réaliseraient des économies du fait de la réduction de leurs frais de contrôle. Par contre, on peut attendre des cantons qu'ils versent ponctuellement les fonds destinés à la réduction des primes.

### **Que dire de l'efficacité de la réduction individuelle de primes du point de vue de la politique sociale ?**

Le message accompagnant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 prévoyait qu'une réduction individuelle de prime serait versée lorsque la charge d'assurance dépassait un certain pourcentage du revenu (Message du 6 novembre 1991, FF 1992 I 178-181). Au cours des débats qui ont suivi, il a été rappelé à différentes reprises que la charge d'assurance ne devait en aucun cas être supérieure à 8 % du revenu imposable d'un ménage par exemple. Un indicateur mettant en relation le revenu d'un ménage et la charge représentée par les primes d'assurance-maladie aurait du sens en termes de politique sociale. Il est néanmoins impossible de prendre comme valeur de référence le revenu imposable étant donné que, pour un revenu de départ identique, le revenu imposable varie considérablement d'un canton à l'autre. Cela explique pourquoi les analyses effectuées prennent le *revenu disponible* comme base de comparaison. Le revenu disponible se calcule sur la base du revenu net diminué de la charge des impôts cantonaux,

communaux et fédéraux. La part qu'un ménage doit dépenser pour l'assurance obligatoire des soins est déterminée après déduction des impôts, en tenant compte de la réduction des primes. Il n'est possible de recueillir les données nécessaires, sans engager des dépenses considérables, que pour quelques exemples dans des chefs-lieux de cantons. D'où la difficulté de procéder à des généralisations.

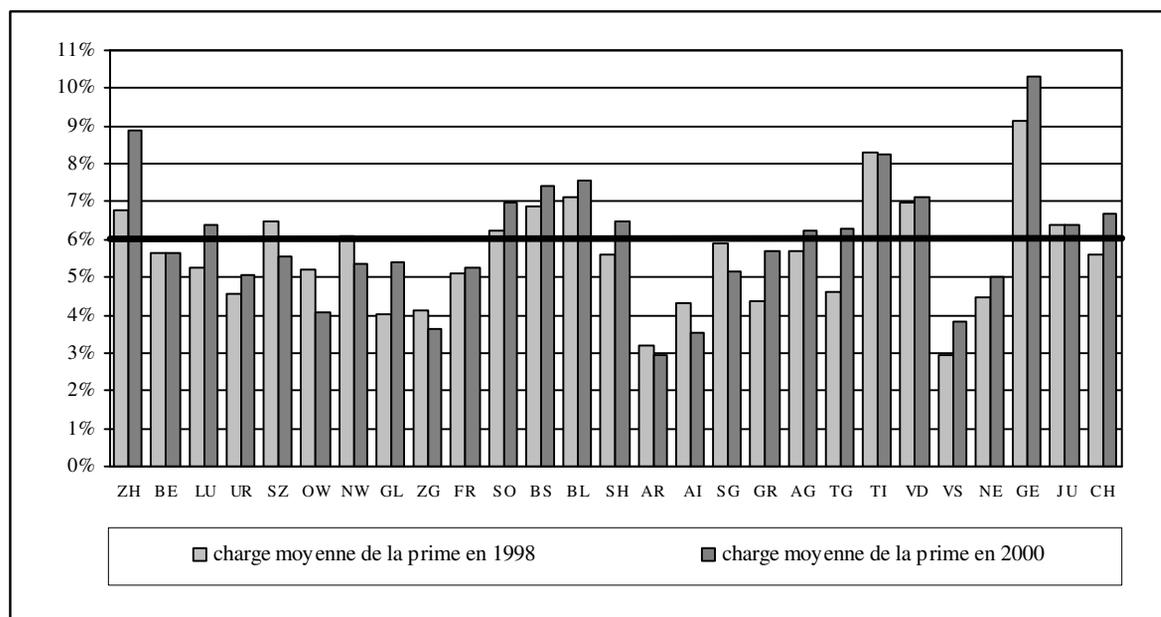
Les analyses qui ont été effectuées en 1998 et 2000 se fondent sur quatre exemples type. Le premier est celui d'une retraitée vivant seule avec un revenu de 35'000 francs tirés de ses rentes. Le deuxième est celui d'une mère élevant seule deux enfants de six et huit ans (famille monoparentale). Cette famille dispose d'un revenu brut de 40'000 francs, dans lequel d'éventuelles pensions alimentaires sont incluses. Le troisième exemple type met en scène une famille de quatre personnes (deux adultes et deux enfants de dix et quinze ans). Le ménage gagne un revenu brut de 70'000 francs. La famille dispose par ailleurs d'une fortune de 100'000 francs. Le quatrième cas de figure n'avait pas encore été envisagé en 1998: Il s'agit d'une famille nombreuse formée de deux adultes et de quatre enfants de deux, quatre, sept et dix ans. Comme dans l'exemple précédent, cette famille dispose d'un revenu brut de 70'000 francs et d'une fortune de 100'000 francs.

Ces exemples nous amènent à constater que la réduction individuelle de primes déploie l'efficacité souhaitée en termes de politique sociale. Dans tous les cantons, la famille monoparentale et la famille nombreuse profitent plus largement de la réduction de primes que la rentière ou la famille type de quatre personnes.

Il faut nuancer davantage la réponse à la question de savoir si les objectifs sociopolitiques de la réduction de primes sont atteints. Nos calculs nous amènent à supposer qu'une charge des primes de 8 % du revenu imposable représente grosso modo 6 % du revenu disponible. Il apparaît que l'objectif fixé par le Conseil fédéral n'est pas atteint, tous exemples confondus, dans les cantons suivants: Zurich, Lucerne, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Argovie, Thurgovie, Tessin, Vaud, Genève et Jura.

Le graphique 2.1 ci-dessous met en évidence l'évolution enregistrée entre 1998 et 2000.

Fig. 2.1: Charge moyenne de la prime, après réduction de primes, en pour-cent du revenu disponible, en 1998 et en 2000



Aide à la lecture: 6 % du revenu disponible représentent en moyenne, pour les cas de figure examinés, environ 8 % du revenu imposable. Ainsi, dans les cantons qui connaissent une charge résiduelle de plus de 6 % du revenu disponible, la charge, en moyenne des exemples types, est supérieure à 8 % du revenu imposable.

La situation qui s'est le plus dégradée entre 1998 et 2000 est celle de la *rentière*. Pour ce groupe, la charge d'assurance s'est en effet alourdie dans 22 cantons. En revanche, la situation des *familles de la classe moyenne* s'est plutôt améliorée par rapport à 1998, sans devenir satisfaisante pour autant. Dans vingt cantons, la charge de la prime de l'assurance obligatoire des soins, après déduction de la réduction, est supérieure à 6 % du revenu disponible. Comme en 1998, la *famille monoparentale* continue à bénéficier dans une large mesure de la réduction de primes. On constate toutefois que la réduction de primes a perdu en efficacité pour les familles monoparentales également. Dans ce cas de figure, la charge affiche une forte progression en moyenne suisse, passant de 3.5 (1998) à 5.4 % (2000) du revenu disponible.

En 1996, l'introduction de systèmes cantonaux de réduction de primes pour les personnes de condition économique modeste a conduit à la réduction des dépenses au titre des *prestations complémentaires AVS* et l'AI et de l'aide sociale. Le régime des prestations complémentaires a enregistré des économies de 350 millions de francs. Les chiffres pour les années 1997 et 1998 semblent être du même ordre de grandeur (Rossel 2000 p. 156). Pour ce qui est des coûts de l'aide sociale, la statistique des finances publiques indique une baisse en 1996, suivie à nouveau d'une tendance à la hausse dès 1997. On peut penser 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. Quoi qu'il en soit, l'allègement des finances publiques dans le domaine de l'aide sociale peut être estimé à 120 millions de francs à la suite des réductions de primes (Greppi et al. 1998).

### 2.5.3 Recommandations des experts

On peut dire, en résumé, qu'en termes de politique sociale la réduction de primes est bien ciblée, mais que la charge d'assurance reste toujours élevée pour certains groupes de la population. Cette observation vaut tout particulièrement dans les cantons qui enregistrent

des coûts de santé élevés. Les recommandations des spécialistes sont de deux sortes. Ils préconisent d'abord de réduire les écarts entre les différents systèmes cantonaux d'exécution et ensuite ils recommandent que la Confédération et les cantons conviennent ensemble d'un objectif de politique sociale à atteindre, un contrôle systématique permettant de détecter tout écart.

### **Harmonisation des procédures administratives**

L'uniformisation des procédures administratives dans les cantons devrait être conduite conjointement par la Confédération et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Les éléments suivants ont été considérés comme pertinents:

- Par définition, le calcul du droit à la réduction de primes devrait se baser sur la situation fiscale. Si cette pratique ne garantit pas que les données considérées reflètent les circonstances économiques et familiales les plus récentes, elle présente cependant l'avantage de diminuer les charges administratives. Elle s'inscrit en outre dans le cadre des exigences de la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). La Confédération prévoit en effet une nouvelle réglementation du financement de la réduction de primes dans le cadre de la RPT. Il y a lieu d'abandonner le principe actuel – qui définit jusqu'à quel montant global les pouvoirs publics participent à la réduction de primes – au profit d'un système dans lequel la charge des primes des assurés, calculée à partir du revenu imposable, ne devra pas dépasser une certaine limite.
- La base de calcul devrait uniquement prendre en considération le revenu et la composition d'un ménage. La pratique consistant à favoriser systématiquement certains groupes de personnes (par exemple, les bénéficiaires de prestations complémentaires et de l'aide sociale) a entraîné, dans le canton de Genève par exemple, des inégalités de traitement qu'il convient d'éviter.
- Afin d'intégrer les circonstances économiques et familiales les plus récentes, il a été proposé, dans un souci d'assurance de la qualité, d'introduire, à l'échelle suisse, un système de demande avec information individuelle des ayants droit potentiels sur la base des données fiscales. Par ailleurs, la solution pratiquée dans certains cantons, qui consiste à verser sans interruption la réduction de primes aux bénéficiaires de l'année précédente jusqu'au moment de la décision définitive, mérite d'être examinée. La majorité des bénéficiaires d'une réduction de primes ne sont-ils pas des "clients fidèles"<sup>9</sup> ?
- S'il s'avère impossible de passer à un système uniformisé de demande, il convient absolument de soumettre certains groupes de la population à ce type de pratique. Nous pensons en particulier aux jeunes en formation et aux personnes fortunées disposant d'un bas revenu. L'introduction d'une limite de revenu *inférieure* pour un éventuel automatisme (pratique du canton de Neuchâtel) nous semble être une mesure judicieuse.
- Les demandes de réduction de primes devraient pouvoir être déposées en tout temps lors d'un changement de situation familiale (par exemple en cas de naissance) ou de modification de la situation fiscale.

---

<sup>9</sup> Dans le Canton de Berne, il y a environ 80 % de bénéficiaires (Thalmann Verena: Die gemächlichen Berner sind für einmal schneller, Tages-Anzeiger du 11. décembre 2000, p. 27).

- S'agissant des transferts de domicile, la disposition de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes devrait être appliquée uniformément par tous les cantons.
- Le droit à la réduction de primes doit prendre effet le mois qui suit le délai de dépôt (rétroactivité). Un premier acompte doit être versé dès que le droit à une réduction de primes est accordé.
- La réduction de primes est versée aux assureurs-maladie. La garantie que, généralement, les pouvoirs publics honorent les engagements pris doit être considérée comme une forme d'indemnisation.

### **Augmentation de l'efficacité au plan de la politique sociale**

L'étude effectuée en 1998 proposait d'introduire un système de monitoring permettant d'analyser régulièrement l'efficacité de la réduction de primes du point de vue de la politique sociale. Il a par ailleurs été jugé judicieux que la Confédération et les cantons s'entendent sur des formules de calcul d'un indice de réduction de primes et de charge d'assurance après la réduction de primes et qu'ils fixent une limite supérieure, exprimée en pour-cent du revenu disponible, de la charge d'assurance supportable au plan de la politique sociale. Il faudrait également adopter des mesures incitant les personnes de condition économique modeste à s'assurer auprès d'assureurs pratiquant des primes avantageuses. La réduction de primes couvrirait un pourcentage dégressif de la prime lorsque l'assuré choisit une assurance plus chère.

#### **2.5.4 Développements récents et questions en suspens**

Les propositions des experts ont retenu toute l'attention de l'Office fédéral des assurances. Le système de monitoring permanent qu'ils ont proposé a été entre temps institué. Le fait, critiqué, que certains cantons n'ont pas complètement utilisé les subsides fédéraux doit être remis dans son contexte. La réalisation de l'objectif social dans les cantons n'est généralement pas tant liée au degré d'utilisation des subsides fédéraux qu'au niveau des coûts de la santé qui varient fortement selon les cantons.

Lors des débats relatifs à la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil des États s'est prononcé en faveur d'une charge des primes ne dépassant pas huit pour-cent du revenu net des ménages. La définition d'un objectif social doit être considérée comme un contre-projet indirect à l'initiative populaire "La santé à un prix abordable" déposée en 1999 par le Parti socialiste suisse.

Le revenu net serait défini, d'après la proposition du Conseil des États, selon l'impôt fédéral direct, majoré de 10 % de la fortune imposable selon le droit cantonal. Le Conseil fédéral est invité à fixer en collaboration avec les cantons une prime de référence ouvrant le droit à une réduction de primes. Dans l'optique d'aider les cantons qui n'atteignent pas l'objectif social visé, même après utilisation totale des ressources mises à disposition par la Confédération, le Conseil des États propose d'augmenter les subsides fédéraux à hauteur de 300 millions de francs.

Pour ce qui est de l'uniformisation de l'exécution, différentes modifications ont déjà été entreprises dans le cadre de la première révision partielle de la LAMal. Par exemple, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001, les cantons ont l'obligation d'informer régulièrement la population. Et les cantons sont aussi tenus de considérer la situation familiale et économique du moment lors de l'examen du droit à d'éventuels subsides et de prévoir un versement rapide aux ayants droit.

L'accord sur la libre-circulation des personnes passé avec l'Union européenne pose un nouveau défi en matière de réduction de primes. L'accord en question prévoit que, dès l'entrée en vigueur de cet accord, les frontaliers ainsi que les membres de leur famille, les rentiers au bénéfice d'une rente suisse, les membres de la famille de personnes au bénéfice d'une autorisation d'établissement ou de séjour à l'année ou de courte durée, ainsi que les bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille sont assujettis à l'assurance obligatoire des soins. Du fait de leur assujettissement, ces groupes d'assurés peuvent désormais faire valoir un droit à une réduction de primes. Il existe toutefois des dérogations en relation avec certains États membres, les personnes concernées pouvant alors choisir d'être assurée dans leur pays de résidence. L'ordonnance du 12 avril 1995 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans l'assurance-maladie (ORPM) révisée en 2001 prévoit de faire une distinction entre les personnes rattachées actuellement à un canton en particulier et celles qui ne le sont pas. Dans le premier cas, une procédure cantonale est applicable. Dans le second cas, la réduction de primes relèvera d'une procédure fédérale. La réglementation entrera vraisemblablement en vigueur durant le premier trimestre 2002 et, en l'état actuel, il est encore difficile de savoir dans quelle mesure cette prestation sera sollicitée. Le Conseil fédéral prévoit des coûts supplémentaires de l'ordre de 60 à 90 millions de francs.

## **2.6 Financement des hôpitaux**

En ce qui concerne les prestations fournies dans le cadre de traitements hospitaliers, la loi sur l'assurance-maladie prévoit un financement dual par l'assurance-maladie et les cantons. Pour les hôpitaux publics et ceux qui sont subventionnés par les pouvoirs publics, les cantons ont l'obligation de financer par le biais des impôts au moins 50 % des frais d'exploitation des patients hospitalisés en division commune. Le fait de réglementer la participation des cantons répond au principe selon lequel il doit y avoir une concordance entre la compétence fiscale et l'obligation de financement. Le financement partiel des coûts du secteur hospitalier au moyen des recettes fiscales (perçues selon un système progressif sur la base du revenu et de la fortune du contribuable) induit aussi – par comparaison à un système financé uniquement par des primes individuelles indépendantes du revenu – une répartition plus équitable de la charge. Dans l'optique de l'analyse des effets, la question qui se pose est essentiellement celle de savoir quelles ont été les répercussions de la LAMal sur l'évolution et la répartition des coûts hospitaliers.

### **2.6.1 Point de la situation**

Un certain nombre de problèmes d'application en rapport avec les tarifs hospitaliers sont apparus dès la première phase de mise en œuvre de la LAMal. Les divergences ont principalement porté sur le calcul et le degré de couverture applicables aux hôpitaux publics et aux établissements hospitaliers subventionnés par les pouvoirs publics. Un flou existait en particulier en ce qui concerne la définition des coûts imputables et les exigences posées en vue d'instituer une véritable transparence des coûts. A l'appui des recommandations du préposé à la surveillance des prix, le Conseil fédéral a élaboré une pratique reprise par la suite par plusieurs cantons et fournisseurs de prestations (Hammer et al. 2000).

Par ailleurs, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il existait une divergence d'interprétation entre les cantons et les assureurs-maladie concernant les contributions aux hospitalisations hors du canton de résidence sur indication médicale dans les hôpitaux publics et dans les hôpitaux qui sont subventionnés par les pouvoirs publics (art. 41, al. 3,

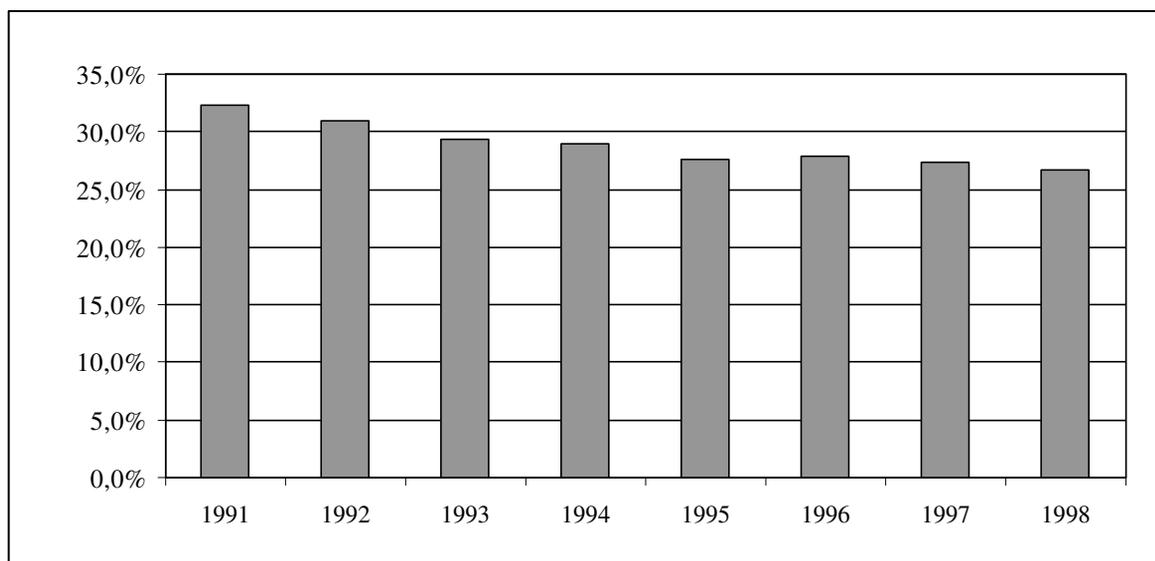
LAMal). En l'occurrence, il s'agissait de savoir si le canton est tenu de contribuer aux traitements effectués en dehors de son territoire quelle que soit la division hospitalière dans laquelle est entrepris le traitement. Dans deux arrêts de principe (ATF 123 V 290, 310 ss.), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu, au mois de décembre 1997, que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence existait indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a considéré qu'en cas de séjour dans une division privée ou semi-privée, les coûts étaient indemnisés à concurrence du montant correspondant au tarif de la division commune de l'hôpital concerné, comme si l'assuré avait séjourné en division commune. Si l'hôpital ne dispose pas d'une division commune, un tarif de référence sert de barème. Comme la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie obligatoire ne dépend pas du séjour effectif de la personne assurée en division commune, il n'y a pas de raison pour que le canton refuse sa contribution lorsque les circonstances sont identiques. Le TFA ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si les cantons doivent aussi participer aux coûts des traitements reçus à l'intérieur du canton pour un séjour en division privée ou semi-privée. Les cantons et les assureurs ont conclu un accord sur le financement des traitements hospitaliers extra cantonaux dispensés à des patients bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. L'accord en question est resté en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000.

### **2.6.2 Résultats de l'analyse des effets**

Il ressort de l'analyse des effets effectuée en 2001 et relative aux effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations, qu'en ce qui concerne le domaine hospitalier, les négociations se sont durcies depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Le principal point d'achoppement a toujours été l'étendue de la prise en charge des coûts par les assureurs (part des coûts imputables et taux de couverture à charge ou exigences en matière de transparence des coûts). Les partenaires tarifaires cherchant systématiquement à défendre leurs propres intérêts, qui en visant des recettes aussi élevées que possibles (hôpitaux), qui en réduisant au maximum la prise en charge des coûts (assureurs, cantons), les négociations sont devenues toujours plus tendues (Hammer et al. 2001b). Le fait qu'à ce jour, le Conseil fédéral n'ait jamais expressément unifié le calcul des coûts a constitué un véritable obstacle au bon déroulement des négociations dans le domaine hospitalier.

Abstraction faite des divergences en cours, il semble ressortir de l'analyse des flux financiers dans le domaine de la santé que les cantons ont tendance à se retirer lentement et par étapes du financement des hôpitaux. C'est ce que nous montre le graphique 2.2.

Fig. 2.2: Participation des cantons au financement des hôpitaux entre 1991 et 1998 (investissements inclus)



Source: Greppi et al. 2000, tableau 5.4.1.a

Le graphique montre la participation des cantons au financement des hôpitaux (investissements inclus). Dans les années nonante, on observe une tendance à la baisse de 32,3 % en 1991 à 26,6 % en 1998 (Greppi et al. 2000, tableau 5.4.1). On peut relever, en se basant sur la nouvelle enquête de l'Office fédéral de la statistique, que la participation des cantons a augmenté en 1999. On ne peut toutefois pas conclure que cette augmentation reflète une tendance. Il convient toutefois de signaler que ce graphique inclut l'ensemble des coûts hospitaliers et ne fait donc pas uniquement état de ceux qui sont couverts par l'assurance obligatoire des soins. Nous prenons pour hypothèse que la participation des cantons à l'assurance de base équivaut grosso modo aux 50 % prévus par la loi (cf. Annexe 6 du Message du Conseil fédéral relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 septembre 2000, FF 2001 I 667).

Les données disponibles ne permettent pas de déceler un changement de tendance éventuellement imputable à la loi sur l'assurance-maladie. Des indications qualitatives amènent au contraire à penser que le système dual de financement des hôpitaux a engendré notamment deux tendances dans le domaine hospitalier (Hammer et al. 2001b).

- Il a été dit à différentes reprises que la réglementation applicable au financement des hôpitaux a renforcé un *mouvement de privatisation* dans le secteur hospitalier. On a aussi craint que les cantons cherchent à se soustraire du financement de la santé publique en privatisant partiellement leurs hôpitaux. Les cantons rétorquent que l'autonomisation des hôpitaux cantonaux ne constitue pas un acte de privatisation, mais un remodelage de la forme juridique selon le droit privé, en vue, uniquement, de dissocier les tâches. Les cantons concernés continuent à financer ces hôpitaux comme des hôpitaux publics, ce qui implique le respect des dispositions de la LAMal régissant le financement.

Il n'en demeure pas moins que le financement dual des hôpitaux désavantage les hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux subventionnés. Contrairement aux hôpitaux publics, ces établissements ne bénéficient pas d'une participation de la part des cantons pour les prestations fournies en division commune. Les établissements privés estiment que le système de financement dual a pipé les dés de la concurrence, d'où

distorsion de la concurrence. Pour cette raison, plusieurs cliniques privées demandent que la facture totale des coûts soit prise en compte lors des négociations tarifaires. Elles craignent en effet que si cela n'est pas le cas, la possibilité d'exercer dans le domaine de l'assurance des soins ne leur soit retirée.

- Il a été dit également que le financement dual des hôpitaux a donné lieu à un *déplacement des traitements hospitaliers vers les soins ambulatoires*. Une fois encore, on a estimé qu'il s'agissait là d'une manière, pour les cantons, de se soustraire du financement des hôpitaux publics. Des indices tendent à indiquer que, pour des raisons financières, les personnes possédant une assurance de base seraient plus souvent traitées en ambulatoire, alors que les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire seraient plus fréquemment hospitalisées. Quant aux cantons, ils arguent que le déplacement des prestations du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire correspond à une tendance qui ne date pas de l'entrée en vigueur de la LAMal. Les nouvelles technologies permettent le plus souvent de traiter les patients en ambulatoire. Le médecin choisit la forme de traitement compte tenu de critères médicaux. Par ailleurs, les patients expriment eux aussi leur préférence, ce qui contribue également à une augmentation du nombre des traitements ambulatoires.

### 2.6.3 Recommandations des experts

Dans le cadre de l'évaluation de l'initiative populaire, "la santé à un prix abordable", lancée par le Parti socialiste suisse, en novembre 1999, deux experts ont été invités à présenter, entre autres, de nouvelles solutions applicables au financement hospitalier<sup>10</sup>. Le but visé était de mieux réaliser les objectifs de la LAMal, sans s'écarter fondamentalement du système des primes individuelles et du principe de la réduction de primes. Concrètement, les experts ont proposé à long terme un système de financement moniste prévoyant que l'ensemble des coûts hospitaliers serait financé par une seule instance. Dans la pratique, les assureurs auraient à assumer dans leur intégralité les coûts des prestations fournies en milieu hospitalier. Les subventions versées à ce jour n'iraient plus aux hôpitaux, mais directement aux assureurs ou, le cas échéant, à un fonds commun des assureurs. Le système en question a notamment pour objectif de renforcer la concurrence entre les prestations médicales ambulatoires et celles qui sont fournies en milieu hospitalier. Il assainirait en outre les conditions dans lesquelles s'exerce la concurrence. Les experts ont proposé la création d'un fonds alimenté d'une part par les subventions allouées jusqu'ici par les cantons au titre des séjours hospitaliers et, d'autre part, par des fonds supplémentaires provenant des recettes fiscales, afin d'augmenter la part des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins financée par les impôts.

Les innovations proposées par les experts supposent un consensus bien établi entre les différents acteurs du domaine de la santé publique. Estimant que ce consensus n'existe pas encore aujourd'hui, les experts ont subdivisé la réforme en deux parties. Dans un premier temps, ils considèrent comme adéquate la modification du financement hospitalier prévue par le projet du Conseil fédéral du printemps 1999 destinée à la procédure de consultation. Pour l'essentiel, la proposition prévoyait les éléments suivants: Contrairement au système actuellement en vigueur, il y a lieu de prendre en charge les prestations, et non plus les

---

<sup>10</sup>Il s'agit de S. Spycher du Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS à Berne et du professeur R. E. Leu de l'Institut d'économie politique de l'Université de Berne (Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BSV-Forschungsbericht Nr. 11/00).

coûts. Par exemple, des forfaits par cas ou par division peuvent être appliqués. Ces forfaits liés aux prestations seraient assumés par les assureurs et les cantons selon une clé de répartition convenue à l'avance. Les partenaires tarifaires doivent s'intéresser non pas au déplacement de la charge financière, mais à l'endiguement des coûts globaux. Dans la mesure où un traitement prescrit par un médecin est effectué dans un hôpital figurant sur la liste des établissements agréés et qu'il est conforme à la planification, le financement serait indépendant de la division hospitalière et de la catégorie d'assurance des patients. Le remboursement inclurait également les coûts d'investissements. Les prestations semi-hospitalières, à savoir les prises en charge de moins de 24 heures qui nécessitent une infrastructure hospitalière, devraient être assimilées à des hospitalisations. Comme pour le domaine hospitalier, le domaine semi-hospitalier devrait être soumis à une planification établie par un ou plusieurs cantons.

#### 2.6.4 Développements récents et questions en suspens

Selon la volonté exprimée par le Conseil fédéral, la deuxième révision partielle de la LAMal doit principalement avoir pour objet une nouvelle réglementation du financement hospitalier (Message du 18 septembre 2000, FF 2001 I 693 ss.). Il s'agit, en particulier, de clarifier certains éléments et d'empêcher un report systématique de la charge financière sur l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral souhaite maintenir la part financée par le biais des impôts et éviter de répercuter la charge sur les primes par tête, avec les effets que cela entraînerait au plan de la répartition.

Les modifications prévues au titre du financement hospitalier peuvent être résumées comme suit (Widmer 2001, p. 166):

- Les conventions tarifaires doivent avoir pour objet l'indemnisation des prestations fournies par les hôpitaux et non plus servir à trouver un accord sur la couverture des coûts. Du fait que les hôpitaux ne pourront plus compter sur un financement (partiel) de leur déficit d'exploitation, ils devraient être amenés à veiller à l'efficacité des prestations offertes. En outre, le passage à un système prévoyant une prise en charge pour moitié du financement, empêche un report des coûts sur les autres acteurs du domaine de la santé et place la limitation des coûts globaux au centre des préoccupations. En général, le remboursement s'effectue sur la base d'un montant forfaitaire (par cas ou par division), qui inclut à la fois les coûts d'exploitation et les coûts d'investissements.
- Toutes les prestations fournies à l'hôpital (prestations hospitalières et semi-hospitalières) qui ne peuvent être fournies que dans le cadre d'une structure hospitalière, doivent être soumises au même régime de financement. Cette optique permet de tenir compte du fait que certaines prestations jadis fournies dans un cadre hospitalier se pratiquent aujourd'hui dans un cadre semi-hospitalier. Il est plus particulièrement fait référence ici aux interventions chirurgicales.
- Dans les cas d'hospitalisation, les cantons sont tenus de prendre en charge 50 % de l'indemnisation pour les prestations qu'il a fournies. Cette obligation vaut également lorsque le patient possède une assurance complémentaire et dans le cas d'hospitalisation en clinique privée. A ce jour, les cantons ont exclusivement participé au financement des hôpitaux publics et des établissements hospitaliers subventionnés. Il y a lieu de supprimer cette limitation dans le but de placer les établissements privés et les établissements publics sur un pied d'égalité au plan de leur compétitivité sur le marché. En revanche, les assureurs-maladie seront appelés à participer au financement de l'infrastructure.

- Les cantons doivent participer au financement d'une hospitalisation indépendamment de l'existence d'une assurance complémentaire ou de la division choisie.

Étant donné que les conditions nécessaires à l'adoption d'un système de financement moniste n'existent pas (à savoir conditions-cadre et consensus politique), le Conseil fédéral estime qu'un financement par une source *unique* ne sera, dans le meilleur des cas, réalisable qu'à long terme. L'idée prévaut toutefois que les mesures envisagées dans le cadre de la deuxième révision partielle contribuent à rendre possible l'introduction ultérieure d'un système moniste. Le Conseil des États ne partage que partiellement le scepticisme du Conseil fédéral. Il prévoit donc que cinq ans après l'entrée en vigueur de la révision de la loi, le Conseil fédéral aura soumis un projet visant à favoriser un passage à un système moniste.

## 2.7 Définition de l'étendue des prestations

Un des principaux objectifs de la LAMal consiste à offrir à tous les assurés l'accès à des soins médicaux de qualité. Cet objectif est atteint par le biais du principe de l'assurance obligatoire et par l'existence d'un catalogue uniforme de prestations pour l'ensemble des assurés. L'assurance-maladie garantit ainsi à l'ensemble de la population une protection d'assurance en cas de maladie, d'accident (subsidièrement) et de maternité. Pour l'essentiel, l'assurance couvre tous les soins ambulatoires dispensés par des médecins ainsi que chiropraticiens, médicaments prescrits inclus, les séances de physiothérapie d'ergothérapie prescrites par un médecin, les séjours en division commune d'un des hôpitaux faisant partie de la liste établie par le canton de domicile et, en cas de nécessité médicale ou d'urgence, les séjours dans des cliniques établies hors du canton de domicile. L'introduction de la LAMal a été l'occasion d'élargir le catalogue des prestations. La nouvelle loi a en effet admis des prestations considérées comme indispensables pour garantir des soins de base de qualité. Il est principalement fait référence ici à la prise en charge des coûts de certaines mesures de prévention et des coûts des soins prodigués hors d'une structure hospitalière (Spitex) ou dans des établissements médico-sociaux. Le nouveau droit a également supprimé la limitation, dans le temps, de la prise en charge des coûts des séjours hospitaliers. Enfin, il a inclus dans l'assurance-maladie des prestations en cas d'accident, dans la mesure où celles-ci ne sont pas prises en charge par l'assurance-accident ainsi que certaines prestations fournies par des dentistes.

### 2.7.1 Point de la situation

La LAMal repose sur le principe que toutes les prestations fournies par les médecins (et par des chiropraticiens) sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (principe de la confiance). L'assurance-maladie sociale a pour sa part la possibilité de contester la prise en charge de certaines nouvelles prestations. L'admission de nouvelles prestations relève de la compétence de la Confédération et a gagné en importance avec l'introduction de la LAMal. En l'occurrence, l'enjeu consiste à la fois à prendre en considération les progrès de la médecine et les efforts déployés pour endiguer les coûts. Formée de professionnels représentant les différents secteurs des prestations, la Commission fédérale des prestations générales (CFP) a pour mission d'examiner l'admission des nouvelles prestations, ainsi qu'à intervalles réguliers des prestations existantes, selon les trois critères prévus par la loi: l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique. La commission transmet ensuite ses recommandations au Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour décision.

En s'appuyant sur les travaux de la CFP, le DFI déclare quelles prestations médicales sont entièrement, ou sous certaines conditions seulement, prises en charge par l'assurance

obligatoire des soins, et quelles autres prestations sont refusées et expressément inscrites dans l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS). Outre l'admission ou le refus de mesures sur la base des trois critères prévus par la loi – à l'heure actuelle, vingt prestations au moins font l'objet d'une évaluation -, le DFI a la faculté de reconnaître des prestations pour une durée déterminée seulement. Il a notamment fait usage de cette possibilité pour cinq spécialités de médecine complémentaire qui font l'objet d'une prise en charge depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999. Des prestations dans les domaines de la médecine anthroposophique, de la médecine traditionnelle chinoise, de l'homéopathie, de la thérapie neurale et de la phytothérapie ont ainsi été admises provisoirement dans le catalogue des prestations pour une durée limitée de six ans. Par ailleurs, ces prestations ne font l'objet d'une prise en charge que si elles sont prodiguées par des médecins ayant accompli une spécialisation ad hoc dûment reconnue. Une première évaluation est prévue au terme de trois ans, soit en 2002.

Parallèlement à l'activité de la CFP, la Commission fédérale des analyses et la Commission fédérale des moyens et appareils conseillent également le Département fédéral de l'intérieur pour la définition de la liste d'analyses ainsi que pour l'évaluation et la définition de la prise en charge des moyens et appareils. La Commission fédérale des médicaments conseille l'OFAS lors de l'élaboration de la liste des spécialités, sur laquelle figurent les médicaments remboursés, avec indication des quantités admises. Contrairement à ce qui se passe dans le domaine des prestations, dans lequel une sorte de liste négative régleme les prestations non remboursables ou remboursables en partie seulement (annexe 1 OPAS), la liste des analyses, la liste des moyens et appareils et la liste des spécialités sont des listes positives, qui désignent de manière exhaustive les prestations reconnues.

Le modèle de promotion de la santé et de prévention repose sur trois piliers, à savoir: les prestations individuelles de médecine préventive (financées par l'assurance-maladie et sans participation des assurés), l'information en matière de santé (à la charge des cantons) et les mesures de santé publique (public health), notamment les campagnes de vaccinations et de dépistages (effectuées par les cantons et des institutions spécialisées comme les services de médecine sociale et de médecin scolaire). La LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés, pour autant que ces examens ou mesures soient effectués ou prescrits par un médecin (art. 26 LAMal). La participation aux frais a été maintenue également pour les prestations préventives. Au cours des débats parlementaires, contrairement au projet du Conseil fédéral, la promotion de la santé a été intégrée dans la loi. L'art. 19 LAMal prévoit que les assureurs gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Par contre, les mesures relatives à l'éducation sanitaire n'ont pas été prises en compte dans la LAMal.

En relation avec la définition des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, six études ont été effectuées entre 1999 et 2001 dans le cadre de l'analyse des effets. Une première étude a porté sur la question de l'adéquation du catalogue des prestations (Polikowski et al. 2000). Deux options complémentaires ont été choisies afin de tenter de savoir si le catalogue des prestations était "suffisant": Le catalogue suisse a été comparé à celui d'autres pays et la prise en charge des traitements de problèmes de santé (traçabilité) a fait l'objet d'un examen sur la base des recommandations formulées dans les ouvrages spécialisés. La France, l'Allemagne, Israël, les Pays-Bas et le Luxembourg ont été choisis comme base de comparaison, les systèmes de santé concernés s'y prêtant le mieux.

Les exemples suivants ont été choisis dans le cadre des études de traçabilité: infarctus, fracture de la hanche, adiposité, leucémie aiguë, grossesse normale et soins au nouveau-né en bonne santé.

Une deuxième étude a analysé, sur un plan juridique, l'adéquation du catalogue des prestations obligatoirement remboursées et l'accès des assurés aux voies de droit existant (Ayer et al. 2000). Parallèlement à l'admission de prestations par le DFI, sur proposition de la Commission fédérale des prestations, les tribunaux des assurances peuvent en effet eux aussi décider qu'une prestation sera ou non mise à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le deuxième projet avait donc pour objectif de présenter les voies de droit existant et d'analyser l'application des principes de la LAMal par les tribunaux cantonaux et le Tribunal fédéral. A cet effet, toutes les décisions rendues en matière de LAMal par le Tribunal fédéral ou les tribunaux cantonaux entre 1997 et 1998 ont été traitées. Une troisième étude a eu pour objet de relever les différences dénoncées par différents acteurs du domaine de la santé quant à la pratique de remboursement des assureurs (Hornung et al. 2001). L'étude en question a cherché à établir si les assureurs disposaient effectivement d'un pouvoir d'appréciation de nature à remettre en cause le principe d'un catalogue uniforme des prestations.

Étant donné que les médias associent souvent étroitement évolution des coûts dans l'assurance-maladie et catalogue des prestations, l'OFAS a lui-même mandaté une étude pour définir quels étaient, pour la CFP, les critères applicables pour juger du caractère économique d'une prestation et quels étaient les coûts liés aux nouvelles prestations (et aux prestations refusées) (Haari 2000).

Enfin, deux études se sont penchées sur les prestations en matière de prévention: Une étude partielle s'est concentrée sur la question de la prise en charge des vaccins destinés aux enfants en âge scolaire (Battaglia/Junker 2001) et une étude-cadre a analysé de manière exemplaire les effets de l'admission dans la LAMal de ces vaccins et de deux autres types de prestations relevant de la prévention (Sager et al. 2001).

Les prestations de médecine préventive se situent entre les prestations individuelles, fournies à titre privé et financées par l'assurance-maladie, et les prestations de santé publique, dont le financement est en partie à la charge des cantons. Du point de vue du contenu, il est difficile de séparer clairement les prestations qui relèvent de la santé publique et celles qui font partie de la prévention individuelle, mais la Commission des principes s'est penchée sur le problème de définition. La LAMal ne réglementant que le financement des prestations individuelles, le problème des prestations relevant de la médecine préventive provient du fait qu'il existe une divergence entre la norme légale et l'objectif de prévention. L'analyse des effets a étudié les incidences de l'admission des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées et celles des modifications observées dans la pratique depuis l'entrée en force de la LAMal à l'aide de trois études-type (vaccinations en âge scolaire, mammographie de dépistage et frottis). L'analyse en question a plus particulièrement porté sur la disponibilité des prestations, les structures de mise en œuvre, le financement et l'impact des nouvelles règles légales.

### **2.7.2 Résultats de l'analyse des effets**

Nous proposons d'aborder les résultats de ces études. Nous analyserons d'abord la question de la procédure adoptée pour déterminer le domaine des prestations et passerons ensuite aux conclusions des études relatives à l'étendue des prestations en procédant à une analyse comparative. Puis nous présenterons un résumé des conclusions de l'étude portant sur les

coûts financiers de l'admission de prestations dans le "catalogue des prestations" et de celles relatives aux différentes pratiques de remboursement. Pour terminer, nous commenterons les résultats de l'étude consacrée aux prestations relevant de la médecine préventive.

### **Procédure de définition des prestations**

Les auteurs de l'étude juridique ont examiné la procédure adoptée pour désigner les prestations à charge de l'assurance-maladie et la procédure en cas de litige entre des assurés et des assureurs (Ayer et al. 2000).

Ils considèrent que le travail de la CFP prend beaucoup de temps. Ils relèvent également le manque de transparence. Même s'ils sont représentés au sein de la CFP, ni les patients et assurés, ni les organisations de défense de leurs intérêts n'ont la possibilité d'engager une procédure ou d'être associés à une procédure en cours.

L'analyse d'une vaste jurisprudence cantonale et fédérale consacrée aux prestations a permis de débattre de la portée de l'ordonnance sur les prestations et de son interprétation par les juges. La discussion a généralement porté sur les critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique prévus par la LAMal et sur les liens existant entre ces éléments. L'étude parvient à la conclusion qu'il n'y a pas de lien direct entre les arrêts du Tribunal fédéral et les travaux de la Commission des prestations. Concrètement, il n'existe pas de mécanisme qui garantirait un échange entre la CFP et les tribunaux.

La LAMal institue une protection juridique spécifique. La procédure entre l'assuré et l'assureur est subdivisée en deux parties: Il y a d'une part la procédure au sens strict, dans laquelle l'assuré s'oppose à l'assureur (opposition, décision et confirmation de la décision), et, d'autre part, les voies de droit existantes, soit l'opposition signifiée à l'assureur, le recours devant le tribunal cantonal compétent, puis le recours auprès du Tribunal fédéral. Les règles générales de procédure s'appliquent aussi dans ce cas: Il y a notamment le droit de consulter le dossier, le droit d'obtenir une décision dûment motivée, le droit à la protection des données et un certain nombre d'exigences minimales auxquelles doit satisfaire la procédure cantonale. La procédure instituée par la LAMal se distingue des procédures administratives classiques principalement par le fait que l'assuré est tenu de se manifester à deux reprises auprès de l'assureur avant de pouvoir déposer un recours devant le tribunal cantonal des assurances. Les auteurs de l'étude dénoncent cette étape supplémentaire qui ne fait que rallonger la procédure, d'autant plus qu'aucun délai n'est imparti à l'assureur pour statuer sur une opposition.

### **Étendue des prestations**

La LAMal ne se borne pas à imposer aux assureurs l'obligation de prendre en charge l'ensemble des prestations énoncées dans un "catalogue" où figure tout ce qui relève de l'assurance obligatoire des soins. Les assureurs ont également l'interdiction de couvrir dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins des prestations qui ne figureraient pas dans le "catalogue". Le patient doit donc assumer lui-même le coût des prestations exclues du "catalogue", à moins qu'il ne soit couvert par des assurances complémentaires privées. Pour prévenir un phénomène de médecine à deux vitesses, le "catalogue des prestations" de l'assurance obligatoire des soins se doit de couvrir de manière exhaustive les prestations considérées comme efficaces et laisser les assurances complémentaires privées assumer les prestations dites de confort.

L'étendue des prestations dans l'assurance obligatoire des soins présente une grande concordance avec ceux de cinq autres pays possédant des systèmes de santé comparables à

celui de la Suisse (France, Allemagne, Israël, Pays-Bas et Luxembourg) (Polikowski et al. 2000). S'agissant du "catalogue" suisse, les caractéristiques suivantes ont toutefois été constatées: la prise en charge des soins prodigués par les chiropraticiens et leur autonomie en matière de prescriptions médicales, la prise en charge relativement généreuse des consultations de diététique, le remboursement de certaines mesures préventives en relation avec la maternité (participation à des cours collectifs de préparation à la naissance et à des consultations d'allaitement) et la participation à des frais de sauvetage.

Comparée à celle des pays cités, l'étendue des prestations en Suisse montre par ailleurs qu'il existe un certain nombre de restrictions importantes et de caractère particulier: Sont exclus pour une large part les soins dentaires, les prestations fournies par des psychologues et neuropsychologues non-médecins, le remboursement d'éventuels frais d'aide ménagère en cas de maladie ou d'accident. En outre, contrairement aux pays cités, l'assurance-maladie suisse exclut le remboursement des prestations relatives à la procréation médicalement assistée et des interventions chirurgicales visant à corriger des troubles de l'érection. Contrairement à la pratique des autres pays cités, la franchise en vigueur en Suisse s'applique à l'ensemble des prestations (prestations de maternité exclues). Le fait que l'accès à des mesures préventives s'en trouve touché constitue un problème.

Les cas-type examinés (méthode de traçage) n'ont guère permis de déceler de différence notable entre la Suisse et les pays de comparaison en ce qui concerne la couverture de prestations de diagnostic et de soins. Dans ces deux domaines, les prestations sont généralement le fait de médecins. En revanche, les domaines faisant appel aux compétences d'autres professions de la santé (prévention, réadaptation, suivi) font, en Suisse, l'objet d'une prise en charge plutôt incomplète. Le catalogue suisse des prestations repose sur le principe de la compétence des médecins en matière d'assurance-maladie. En vertu de ce principe, les médecins disposent d'un droit quasi exclusif en ce qui concerne les prescriptions et traitements à la charge de l'assurance. Vu sous cet angle, seules les prestations dentaires se trouvent exclues du "catalogue" de l'assurance obligatoire des soins, lorsqu'elles ne sont pas liées à des maladies ou à des infirmités congénitales. Pour le reste, l'étude considère, en ce qui concerne les diagnostics et les traitements, que les prestations actuelles du catalogue sont suffisantes pour éviter une médecine à deux vitesses. L'appréciation portant sur les prestations de prévention est par contre toute différente. Pour éviter de devoir payer la franchise, les assurés qui sollicitent rarement des prestations médicales, pourraient être amenés à renoncer à des mesures de prévention. Les auteurs de l'étude considèrent par ailleurs qu'un risque de médecine à deux vitesses existe également lorsqu'une prestation (remboursée) relève exclusivement de la compétence des médecins, alors que le nombre de praticiens effectivement formés dans ce domaine est insuffisant. Cela pourrait être le cas notamment pour les prestations visant à une réadaptation, de type psychothérapeutique et ambulatoire.

### **Coûts des nouvelles prestations**

Différents partenaires du domaine de la santé considèrent que les prestations nouvellement admises constituent un motif d'augmentation des coûts de l'assurance-maladie obligatoire. Une étude a donc été réalisée en vue de déterminer quelles étaient les incidences sur les coûts non seulement des prestations nouvellement admises, mais aussi des prestations refusées (Haari 2000). Le projet consistant à établir l'incidence sur les coûts au moyen de nouveaux sondages et d'un calcul après coup s'est avéré trop compliqué et trop lourd sur la

base des données existantes. La Commission fédérale des prestations a donc décidé d'évaluer cette incidence en se basant sur la documentation fournie.

L'analyse de cette documentation a permis de déceler d'importantes différences quant à la manière de présenter ces incidences. Cela s'explique, entre autres, par le fait que le "manuel de standardisation de la valeur médicale et économique des prestations médicales" (OFAS 2000d; Haari 2001), utilisé comme fil conducteur par les demandeurs pour élaborer leur dossier, ne fournit pas d'indications pratiques sur la manière de calculer les coûts subséquents d'une nouvelle prestation. Une évaluation globale a montré que les demandes de nouvelles prestations sont mieux décrites mais que sur 35 dossiers, 25 seulement contiennent des informations relatives au volume escompté de la nouvelle prestation et 15 font état du nombre de prestations qui seront remplacées par l'introduction de la nouvelle prestation. Plus de la moitié des dossiers ne disent rien sur les incidences de coûts à l'échelle de la Suisse. Seuls dix demandeurs s'efforcent de considérer à la fois les coûts des nouvelles prestations et ceux des prestations remplacées. Par ailleurs, les dossiers analysés contiennent de nombreuses erreurs de calcul et les méthodes utilisées sont souvent peu rigoureuses.

En dépit de ces bases de données peu satisfaisantes, l'auteur de l'étude a néanmoins pu évaluer approximativement les coûts résultant des prestations traitées par la CFP. L'incidence sur les coûts est généralement indiquée sous la forme d'une fourchette de coûts. Si l'on additionne les données fournies par les demandeurs dont les prestations ont été refusées entre 1996 et 1998, les coûts annuels prévus oscillent entre une augmentation des dépenses de l'ordre de 22,71 millions de francs et une diminution des dépenses de -64,95 millions de francs. En ce qui concerne les prestations dont la prise en charge a été recommandée par la CFP, les coûts se situent entre un maximum de 44,49 et un minimum de 7,5 millions de francs. L'auteur en conclut que sur un plan quantitatif, les éventuelles prestations supplémentaires ont une importance négligeable. Sachant que dans le domaine de la santé, les dépenses annuelles sont de l'ordre de 40 milliards de francs et d'environ 14 milliards de francs pour l'assurance-maladie (prestations de soins), les prestations traitées par la CFP ne forment qu'une fraction d'un pour-cent. L'étude estime que la part des nouvelles prestations admises à l'augmentation globale des coûts représente entre -0,4 % et 2,5 % des coûts de la santé et entre -0,6 % et 5 % des coûts de l'assurance-maladie. Même en tenant compte des problèmes qui se posent pour calculer les incidences sur les coûts, force est d'admettre les recommandations de la CFP n'ont qu'une incidence directe mineure sur les coûts.

### **Pratique de remboursement**

Sous le régime de l'assurance obligatoire des soins, tous les assureurs sont tenus d'assurer les mêmes risques. Ce principe institue d'une part une égalité entre les assurés et permet, d'autre part, d'effectuer des comparaisons de coûts entre les assureurs. Dans la pratique, on observe que les assureurs interprètent souvent de manière différente la définition de l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Ce constat se fonde sur les demandes et les plaintes transmises aux organisations de patients ou de consommateurs ou à l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale. On observe en effet que tel assureur prendra intégralement en charge une prestation sans sourciller, que tel autre demandera des informations supplémentaires, alors qu'un troisième remettra foncièrement en question son obligation de rembourser. Dans le domaine qui marque la frontière entre la LAMal et la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) qui règle le domaine des assurances complémentaires, en cas d'hospitalisation en division semi-privée ou privée par exemple, le montant de base à charge de l'assurance obligatoire des soins est souvent

calculé de différentes manières. Le contrôle de leurs droits et les inégalités de traitement sont souvent sources d'incertitude pour les assurés. L'optique des assurés s'oppose à celle des assureurs qui ne pratiquent pas forcément une gestion uniforme des coûts (d'autres différences existent entre eux). Une étude menée en 2001 considère en outre que les différences de tarifs existant entre les cantons ou entre les fournisseurs de prestations peuvent aussi être une source de problèmes pour les assurés (Hornung 2001). De l'avis des auteurs de l'étude, les divergences d'interprétation en ce qui concerne l'obligation de rembourser des prestations engendrent une inégalité de droit et une concurrence probable entre les assureurs, phénomène que le législateur entendait éviter en réglementant clairement les prestations.

### **Prestations de médecine préventive**

L'analyse des effets de l'admission des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires a exploré les changements en matière de médecine préventive depuis l'introduction de la LAMal (Sager et al. 2001). Trois études de cas ont été menées: la vaccination des enfants en âge de scolarité, la mammographie de dépistage (screening mammography) et le frottis du col de l'utérus. Ces prestations ont été évaluées sur la base de leur existence, leur mode de financement et leur impact. La comparaison des trois prestations de médecine préventive étudiées permet d'observer que l'admission dans le catalogue des prestations obligatoires des prestations qui étaient déjà fournies précédemment n'a guère eu d'impact sur l'offre. La vaccination des enfants en âge scolaire et les frottis du col de l'utérus se pratiquent toujours. Un changement affectant l'égalité des chances a pu être observé pour l'ensemble des prestations supportées par les pouvoirs publics avant d'être inscrites dans le catalogue des prestations: Pour certains groupes de risques, la vaccination des enfants en âge scolaire est plus compliquée et donc, est moins fréquente lorsqu'elle est pratiquée par un médecin privé plutôt que par un médecin scolaire. L'admission de cette "nouvelle" prestation qu'est la mammographie de dépistage dans le catalogue des prestations obligatoires a incité trois cantons seulement à lancer des programmes cantonaux de dépistage. A l'échelle suisse et dans les autres cantons, l'admission de cette prestation n'a pas favorisé des mesures de ce type. Les auteurs ne constatent pas de différence en ce qui concerne la sollicitation de cette "ancienne" prestation qu'est le frottis du col de l'utérus, qui, rappelons-le, était déjà effectué par des médecins privés (comme dans le passé, cette prestation est parfois trop fréquente et parfois trop rare).

L'admission dans le catalogue des prestations obligatoires de la mammographie de dépistage ou du frottis du col de l'utérus (effectuée par des médecins privés) n'a pas donné lieu à une modification des structures de mise en œuvre ou à la création de nouvelles structures. Pour ce qui est des vaccinations des enfants en âge scolaire, l'étude relève par contre des effets structurels marqués lorsque la demande a passé du système du médecin scolaire à celui du médecin privé ou a évolué vers un système mixte. Le recours au système du médecin privé ne s'explique pas uniquement par l'introduction de la LAMal; des accords relatifs à l'application de la mesure allant dans ce sens avaient déjà été passés précédemment. Toutefois, là où cette possibilité a été utilisée, l'intégration des vaccinations des enfants en âge scolaire dans le catalogue des prestations obligatoires a conduit chaque fois à un abandon du système du médecin scolaire.

L'analyse comparative des trois prestations de médecine préventive conclut qu'une modification attribuable à la LAMal peut uniquement être observée en ce qui concerne les prestations qui, avant d'être admises dans le catalogue des prestations obligatoires, étaient supportées par les cantons, c'est-à-dire les vaccinations des enfants en âge scolaire. Si

dans ce domaine les cantons ont profité de la plus grande marge d'action financière dont ils disposaient pour alléger leurs charges, il a été observé, pour ce qui est de la mammographie de dépistage, que les coûts administratifs – non réglementés par la LAMal – ont servi de principal argument pour expliquer l'absence d'un programme de dépistage précoce. Pour ce qui est du frottis du col de l'utérus, aucune modification n'a été observée par rapport à la situation prévalant avant l'admission de cette prestation dans le catalogue des prestations obligatoires. Dans la plupart des cas, cette prestation tombe sous le coup de la franchise annuelle et donc, est assumée financièrement par les assurées elles-mêmes.

L'étude établit que l'admission des mesures de prévention dans le catalogue des prestations obligatoires a eu différentes conséquences. Pour les vaccinations des enfants en âge de scolarité, certains cantons s'attendent à une réduction potentielle de la demande dans les groupes à risque. Cette observation vaut pour les cantons qui n'informent pas activement la population de l'étendue de la couverture vaccinale. Ces cantons s'adressent directement aux groupes-cibles concernés pour lesquels le système du médecin scolaire ne sera pas maintenu. Pour ce qui est des mammographies, en raison des hésitations des cantons à organiser des programmes de dépistage, force est de constater qu'un certain nombre de médecins utilisent cet examen au cas par cas, ce qui n'était pas prévu au moment de l'admission de cette mesure dans le catalogue des prestations obligatoires. Pour le frottis du col de l'utérus, on observe que même après son admission dans le catalogue des prestations obligatoires, cet examen est insuffisamment pratiqué chez les femmes appartenant aux groupes à risques, alors que les femmes d'âge moyen, faisant partie des couches privilégiées, continuent à solliciter cette prestation plus souvent que nécessaire du point de vue de la santé publique.

Les auteurs de l'étude estiment que l'admission de mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoires a conduit à une opposition entre la forme légale de dispense des prestations et la pratique dominante. Elle n'a pas produit, ou alors en partie seulement, les modifications escomptées de la part des autorités d'exécution et des fournisseurs privés de prestations. Elle n'a pas non plus entraîné les changements de comportement attendus dans le groupe-cible. Aucun objectif n'ayant été clairement formulé, le projet politique a manqué de cohérence. Les critères à observer lors de l'admission de mesures de médecine préventive relèvent principalement de considérations médicales et économiques et ne prennent pas suffisamment en compte l'aspect de mise en œuvre effective. Pour cette raison, l'étude conclut de manière générale que la LAMal n'offre pas une base légale suffisante pour financer le remboursement de prestations de prévention relevant de programmes organisés par les instances responsables.

### 2.7.3 Recommandations des experts

Afin d'éliminer les points faibles et les inconvénients de la *désignation des prestations* et de la procédure de recours contre les décisions des assureurs, les auteurs de l'expertise juridique formulent plusieurs propositions (Ayer et al. 2001). Ils suggèrent, par exemple, d'accorder aux organisations et associations de défense des patientes et des patients, donc des assurés, la possibilité de s'adresser directement à la Commission des prestations, d'intervenir dans une procédure en cours et de s'opposer expressément aux décisions des assureurs. Des dispositions déjà existantes – notamment dans le domaine de la législation relative à l'environnement – pourraient servir de modèle. Les experts préconisent également d'introduire sous forme écrite le principe de la décision formelle, ainsi que les voies de recours permettant de s'y opposer. Selon les recommandations, les organisations d'assurés et de patients devraient être habilitées à recourir directement auprès du tribunal cantonal des assurances, sans avoir à s'adresser une nouvelle fois à l'assureur.

L'évaluation du catalogue des prestations établit que les *prestations obligatoires* couvertes par l'assurance-maladie sont essentiellement des prestations médicales considérées comme efficaces en cas de maladie (Polikowski et al. 2000). Les experts recommandent d'améliorer le catalogue des prestations pour ce qui est des mesures de prévention et de réadaptation. Ils estiment par ailleurs que le fait de rembourser exclusivement les prestations de psychothérapie dispensées par un médecin limite l'accès à ce type de traitement et que cette règle doit être réexaminée. Ils demandent en outre de reconnaître les diagnostics et les soins dentaires au nombre des prestations obligatoires, de trouver une solution au problème de l'absence de prise en charge des aides ménagères et, dans le souci de supprimer des incitations allant dans le sens contraire de l'effet désiré, d'exclure de la franchise les prestations de médecine préventive.

Concernant la *pratique de remboursement* des assureurs, la Confédération est invitée à améliorer l'information des assurés et des fournisseurs de prestations (Hornung et al. 2001). Certains aspects de cette pratique devraient en effet être enseignés aux médecins, dans le cadre de leur formation de base ou de leur perfectionnement. Les experts suggèrent également de simplifier la liste des moyens et des appareils (LiMA), ce qui permettrait de réduire le coût des contrôles pour les assureurs. Il y a lieu d'accélérer l'examen et la mise à jour de l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) et de la liste des spécialités, de sorte que les patients n'aient pas à renoncer à des prestations et à des médicaments nouveaux et plus efficaces. Les experts proposent encore d'introduire un délai de remboursement des prestations, les retards dans l'établissement des décomptes pouvant placer certains assurés dans une situation financière délicate. Enfin, s'agissant des décisions offrant une certaine marge d'appréciation quant à l'obligation de remboursement, ils demandent de proposer aux médecins-conseils des critères uniformément applicables afin de réduire les risques de d'inégalité de traitement dans des cas identiques.

Du point de vue de *l'incidence sur les coûts*, l'analyse de la documentation à disposition de la Commission des prestations a mis en évidence deux points qui nécessitent des mesures supplémentaires (Haari 2001): D'abord, il y a lieu d'élaborer des directives permettant de calculer les incidences sur les coûts et qui indiqueraient aussi comment combler les lacunes en matière d'information. Ensuite, il faut s'assurer qu'en cas de changements dans les sources de données, notamment la facturation des coûts par prestation dans les hôpitaux et TARMED<sup>11</sup> pour les médecins installés, les besoins propres à la surveillance de l'évolution des coûts sont pris en compte suffisamment tôt.

En ce qui concerne les *prestations de médecine préventive*, les auteurs de l'étude formulent deux recommandations (Sager et al. 2001). *Premièrement*, la Confédération est invitée à arrêter une hiérarchie d'objectifs lors de l'admission dans le catalogue d'une nouvelle mesure de médecine préventive. Le manque de transparence qui existe aujourd'hui dans ce domaine constitue en effet un déficit grave. Étant donné que ces prestations s'adressent à l'ensemble du groupe-cible, elles ne peuvent être considérées comme des prestations médicales qu'à certaines conditions, car le critère médical d'efficacité est ici associé au critère politique, pratique et d'équité dans l'accès aux soins. Dans l'optique d'établir une hiérarchisation des objectifs, il y a lieu de créer un instrument qui, au moyen d'une définition du concept de santé publique, propose des indicateurs permettant d'évaluer une prestation selon l'importance des quatre critères suivants: efficacité, adéquation, caractère

---

<sup>11</sup>TARMED: nouvelle structure du tarif des prestations médicales valable pour toute la Suisse

économique et équité dans l'accès aux soins. L'instrument en question devra être élaboré conjointement par les services fédéraux et cantonaux concernés et par les organes d'exécution fédéraux, para-étatiques et privés. En parallèle, il serait nécessaire de compléter le "Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales" et d'y inscrire la liste des critères d'admission. *Deuxièmement*, lors de l'admission de toute nouvelle mesure de médecine préventive, la Confédération est invitée à tenir compte de l'équité dans l'accès aux soins pour certains aspects de leur mise en oeuvre. Étant donné que les objectifs fondamentaux et les options (par la suite considérés uniquement comme des "contraintes matérielles") sont généralement définis en même temps que le problème lui-même, les dispositions d'exécution correspondantes doivent être élaborées dès que possible, d'entente avec les organes d'exécution concernés (cantons, fournisseurs de prestations para-étatiques ou privées). Une attention toute particulière doit être accordée au financement de programmes-cadre pour les futures prestations de prévention et de dépistage précoce.

#### **2.7.4 Développements récents et questions en suspens**

La première révision partielle de la LAMal prévoyait que le Conseil fédéral était habilité à exclure de la franchise certaines mesures de prévention, dans la mesure où celles-ci étaient mises en oeuvre dans le cadre de programmes de prévention réalisés à l'échelle nationale ou cantonale (LAMal, art. 64, al. 6, let. d). Il en a été ainsi pour les programmes de mammographies. L'exclusion de certaines prestations de prévention de la franchise est considérée comme une mesure judicieuse. Appliquée uniquement à des programmes de prévention – en complément à l'admission du critère d'équité dans l'accès aux soins – la libération des franchises contribue à renforcer le système. A la mi-octobre 2001, la Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie a traité pour la première fois du tandem "prestations individuelles" et "programme-cadre", à la fois au plan de la définition du concept et de son financement. Un travail de recherche financé par l'OFAS élabore actuellement une définition du concept et différents scénarios de financement. Les solutions suivantes sont examinées: D'une part la répartition des frais entre les assureurs-maladie et les cantons et d'autre part des modèles monistes

De nouvelles prestations sont examinées par la Commission fédérale de prestations. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999, la prise en charge de cinq disciplines appartenant aux médecines complémentaires a été introduit pendant une période de six ans. Parallèlement, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique de ces disciplines sont analysés dans le cadre du programme d'évaluation des médecines complémentaires.

Dans le souci de mieux tenir compte des demandes et de comparer les procédures d'admission des prestations, un manuel standardisé pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales a été introduit. Le manuel fait l'objet d'améliorations constantes, ce qui a élargi les bases permettant d'évaluer le caractère économique d'une mesure. De cette manière, une suite a été donnée à la recommandation cherchant à introduire des critères précis et applicables permettant d'évaluer le caractère économique d'une mesure.

En ce qui concerne la décision, très contestée, de ne rembourser que les traitements de psychothérapie dispensés par des médecins, des études sont actuellement en cours.

L'introduction de tarifs-cadre applicables aux établissements médico-pédagogiques et aux prestations Spitex a provisoirement permis de régler la question du financement. Si la question du financement des soins est régulièrement soulevée par les assureurs, elle est aussi thématifiée par le Parlement. Elle suppose l'existence de bases de décisions

rigoureuses. Pour cette raison, le Conseil fédéral a demandé un rapport sur le financement des soins. Le rapport en question doit établir qui actuellement finance quoi (y compris les prestations qui ne sont pas à charge de l'assurance-maladie), quelles sont les éventuelles lacunes en matière de financement et comment les combler. Sur la base de ce document, il devrait être possible de dire comment résoudre ce problème dans le contexte global des assurances sociales.

S'agissant de la réduction des délais d'admission de médicaments dans la liste des spécialités, il y a lieu de préciser que depuis 1998, la Commission fédérale des médicaments, organe-conseil de l'OFAS, se réunit tous les trimestres. La durée de la procédure ordinaire d'admission a ainsi été ramenée à six mois. En outre, les demandes d'admission de médicaments qui ont fait l'objet d'un enregistrement accéléré par l'Office inter cantonal de contrôle des médicaments bénéficient d'un traitement accéléré. Cette procédure accélérée porte toutefois uniquement sur l'appréciation des intérêts en jeu. Afin de ne pas prendre de risques inconsidérés en matière de sécurité, le traitement développé par Bayer destiné à abaisser le taux de cholestérol insuffisamment testé est un exemple qui a été soulevé par la presse en été 2001, une telle procédure ne doit jamais empêcher la réalisation d'études des effets à long terme. Lors de l'admission d'un médicament dans la liste des spécialités, l'OFAS se penche plus particulièrement sur la question de son caractère économique. Le caractère économique d'un produit doit être examiné attentivement pour les nouveaux médicaments, ceux-ci étant fréquemment plus chers que les médicaments actuellement remboursés et leur prix sont généralement majorés en fonction du degré d'innovation qu'ils représentent. Lorsque l'OFAS ne reconnaît pas le caractère économique d'un médicament, il n'est pas rare que la société distributrice accepte de revoir son prix à la baisse. Pour ces raisons, il convient de bien peser entre deux intérêts, celui d'une procédure d'admission rapide et celui d'un juste prix.

## **2.8 Garantie de la qualité**

La LAMal régleme pour la première fois la question de la garantie de la qualité. L'art. 58 (LAMal) prévoit la possibilité de procéder à des contrôles scientifiques, tandis que l'ordonnance (OAMal, art. 77, al. 1) introduit des obligations de qualité pour les fournisseurs de prestations ou leurs organisations.

### **2.8.1 Point de la situation**

Les fournisseurs de prestations et leurs organisations ont déployé différentes activités en matière de garantie et de promotion de la qualité des prestations. En 1999, un projet lancé dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal a permis à l'OFAS d'avoir un aperçu de ces activités au niveau des organisations (Faisst/Schilling 1999b). En se fondant sur des exemples-type, le rapport donne également une bonne vision de l'application des mesures dans certains groupes membres.

Le projet fournit un éclairage, après plus de trois ans de régime LAMal, sur l'avancement de concepts et de programmes en matière de qualité et fournit une information sur la conclusion de contrats de qualité au niveau des organisations de fournisseurs de prestations. Il indique également quels éléments ont joué en faveur ou, au contraire, ont freiné l'atteinte de ces objectifs et comment les efforts déployés par les fournisseurs de prestations dans le domaine de la gestion de la qualité pourraient être encouragés, en particulier par la Confédération.

L'analyse s'est fondée sur une documentation ad hoc et sur des entretiens menés dans le cadre de l'étude avec les représentants d'organisations sélectionnées. Elle s'est aussi inspirée d'ouvrages de référence et de documents mis à disposition par les organisations, ainsi que de documents émanant du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS, aujourd'hui rebaptisé SantéSuisse) et de publications de la Communauté de travail nationale pour la promotion de la qualité en santé publique (CNQ). Pour ce qui est des entretiens, le choix s'est principalement porté sur des organisations de fournisseurs de prestations comptant de nombreux membres, des agents payeurs et des organisations de patients. Les cantons n'ont pas été interrogés en raison du cumul de rôles qui les caractérise (fournisseurs de prestations, agents payeurs et autorités de surveillance).

## 2.8.2 Résultats de l'analyse des effets

L'analyse des effets a examiné quel est le degré d'avancement des concepts et des programmes en matière de la garantie de la qualité et, en ce qui concerne les organisations des fournisseurs de prestations, où en est la conclusion de contrats de qualité. L'analyse a aussi cherché à savoir quels sont les facteurs qui favorisent ou au contraire freinent l'atteinte de ces objectifs.

### ***Quel est le degré d'avancement des concepts et des programmes en matière de qualité des prestations et, en ce qui concerne les organisations de fournisseurs de prestations, où en est la conclusion de contrats de qualité ?***

Au moment de l'enquête (1999), la plupart des organisations avaient déjà conclu une convention-cadre de garantie de la qualité avec le Concordat des assureurs maladie suisses ou étaient en train d'élaborer des concepts et des programmes correspondants. En 1999, seuls des laboratoires et l'organisation H+ (les hôpitaux de Suisse) s'étaient dotés d'un programme en matière d'exigences de la qualité. Des contrats de qualité, au sens où l'entend le législateur, n'existaient que pour les laboratoires. Par conséquent, les exigences fixées par l'OAMal étaient loin d'être remplies.

La garantie de la qualité fait une distinction entre la qualité des structures, la qualité des procédures et la qualité des résultats. Les mesures prévues en matière de garantie et de promotion de la qualité, ainsi que les niveaux visés, varient d'un fournisseur de prestations à un autre. La garantie et la promotion de la qualité des structures et des procédures sont prioritaires. Selon l'étude, on accorde encore peu d'importance à la qualité des indications et des résultats. Les activités existantes ou prévues en matière de garantie et de promotion de la qualité portent principalement sur le développement d'instruments permettant de mesurer rigoureusement le facteur qualité. Au moment de l'étude, les mesures de la qualité étaient quasiment inexistantes. Certains membres ont des activités relatives à la qualité, mais n'en informent pas leur organisation faîtière en bonne et due forme. Des agents payeurs et des représentants d'organisations de patients considèrent avec une certaine réserve les mesures déployées dans ce domaine par les fournisseurs de prestations. Tous les intervenants contactés dans le cadre de l'enquête ont été unanimes pour dire qu'un processus efficace d'amélioration de la qualité des prestations suppose d'une part une introduction progressive et une élaboration minutieuse des conceptions et des programmes correspondants et, d'autre part, un apprentissage laborieux de la part de toutes les parties concernées.

**Quels sont les facteurs qui favorisent ou, au contraire, freinent l'atteinte de cet objectif ?**

Les résultats de l'enquête montrent que la LAMal exerce un effet positif sur les activités de garantie et de promotion de la qualité et sur la volonté de placer ce thème au cœur du débat. Les activités déjà en cours d'élaboration au moment de la révision de la loi constituent un meilleur point de départ pour leur mise en oeuvre ultérieure. Les fournisseurs de prestations estiment que la motivation des membres et la pression exercée par la concurrence sont favorables à l'atteinte des objectifs. En revanche, des ressources limitées, l'absence d'incitations financières pour le surcroît de travail administratif, l'insécurité liée aux planifications et la crainte d'une éventuelle utilisation abusive des résultats vont dans le sens contraire. La majorité des fournisseurs de prestations s'opposent à des sanctions sous la forme de réductions tarifaires. Pour ce qui est des agents payeurs, ils sont toujours plus nombreux à reconnaître que les négociations tarifaires leur permettent d'exercer une influence sur les activités déployées par les fournisseurs de prestations en matière de garantie et de promotion de la qualité. Ils précisent cependant que l'absence de jurisprudence et l'obligation de contracter qui les lie aux fournisseurs de prestations rendent difficiles l'application de sanctions sous la forme de réductions tarifaires.

**2.8.3 Recommandations des experts**

La question de savoir si les efforts déployés par les fournisseurs de prestations en matière de gestion de la qualité pouvaient être encouragés, en particulier par la Confédération, a été posée dans le cadre du projet. Les experts ont abouti aux recommandations suivantes:

Lors de la planification et de la mise en oeuvre de mesures de garantie et de promotion de la qualité, les agents payeurs et l'OFAS doivent formuler des demandes et des propositions à la fois concrètes et réalistes à l'attention des fournisseurs de prestations. Il est souhaitable qu'ils adoptent une position commune et qu'ils la communiquent aux parties concernées. A cet égard, les exigences et objectifs formulés en 1999 par l'OFAS en rapport avec la mise en oeuvre de mesures garantissant la qualité constituent une base intéressante. Cette manière de procéder offre davantage de sécurité pour la planification des fournisseurs de prestations.

Les ressources disponibles doivent être utilisées judicieusement et de manière ciblée. Il faut préciser à cet effet que le processus d'amélioration de la qualité ne peut être encouragé que dans la mesure où les ressources en personnel sont suffisantes. Par ailleurs, les mesures de garantie et de promotion de la qualité devraient être axées en priorité sur des domaines dans lesquels les possibilités d'améliorations sont élevées.

Les experts estiment que l'OFAS devrait rendre transparentes les mesures de promotion et de garantie de la qualité déjà entreprises ou envisagées par les fournisseurs de prestations, en publiant par exemple un rapport trimestriel. Ils jugent également positive la pratique de l'OFAS consistant à conduire régulièrement des entretiens consacrés à la qualité avec les fournisseurs de prestations et le Concordat des assureurs maladie suisses encouragent l'office à poursuivre sur cette voie. La transparence permet aux fournisseurs de prestations de comparer leurs activités respectives en matière de garantie et de promotion de la qualité. De telles informations peuvent être intéressantes pour les milieux politiques lors d'échanges avec des fournisseurs de prestations qui ne pratiquent pas ce type d'activités.

Une circulation optimale de l'information et une bonne coordination des activités entre toutes les parties en présence sont indispensables pour éviter des doublons. L'organisation

de rencontres d'experts auxquelles participent toutes les parties concernées et la promotion des réseaux (tels que la CNQ) constituent aussi des mesures intéressantes.

Les experts estiment que la Confédération doit impérativement réviser la législation sur la protection des données dans l'optique d'autoriser l'utilisation de certaines informations à des fins de contrôle de la qualité des prestations. La création et l'extension de registres sur le plan national permettraient par ailleurs de mieux vérifier l'efficacité des mesures en relation avec la garantie et la promotion de la qualité des prestations.

L'OFAS devrait encourager des projets-pilotes afin de montrer l'intérêt que revêt une gestion de la qualité digne de ce nom et de motiver les parties en présence. Cette approche doit absolument être poursuivie. Lorsqu'elles bénéficient de l'appui de la Confédération, les recherches en matière de gestion de la qualité peuvent contribuer, aux yeux des experts, à faire progresser un domaine auquel personne ne s'est véritablement intéressé jusqu'ici. Des progrès rapides peuvent ainsi être réalisés.

Un enseignement de la gestion de la qualité devrait faire partie intégrante de la formation des professionnels de la santé. C'est seulement de cette manière que les mesures de gestion de la qualité s'imposeront tout naturellement dans la pratique quotidienne. La stratégie des agents payeurs et de l'OFAS devrait avoir pour objectif de récompenser à moyen et à long terme les fournisseurs de prestations qui développent et mettent en œuvre des mesures de garantie et de promotion de la qualité et, partant, de sanctionner à moyen terme ceux qui ne le font pas. Les experts proposent d'introduire des incitations positives sous la forme, par exemple, d'un prix décerné chaque année par la Confédération aux fournisseurs de prestations les plus innovateurs.

#### **2.8.4 Développements récents et questions en suspens**

La mise en application de l'art. 58 LAMal incite l'OFAS à poursuivre les objectifs qu'il s'est fixés depuis début 1999 et qui lui permettent de se prononcer sur un éventuel besoin d'intervenir. L'OFAS se fonde sur l'art. 77 OAMal, lequel ne prévoit pas de dispositions expressément applicables à la mise en œuvre de la garantie de la qualité. Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont liés par le principe de l'obligation de contracter.

L'OFAS a fixé les objectifs et les exigences servant à mesurer la réalisation de la garantie de la qualité. Dans l'esprit de la recommandation préconisant de renforcer les efforts dans ce domaine, cet office a, en automne 2000, proposé comme priorité matérielle aux fournisseurs de prestations le thème suivant: "Renforcer la sécurité du système de soins de santé" (voir [www.swiss-q.org](http://www.swiss-q.org)).

Selon l'OFAS, les organisations de fournisseurs de prestations ont nettement amélioré leur activité d'information depuis un certain temps (par exemple, le rapport annuel sur la qualité de H+, l'association suisse des hôpitaux), rendant inutile des mesures supplémentaires de la part de la Confédération. Contrairement à la recommandation formulée par les experts, une centralisation des données ne doit pas servir en priorité à l'examen de la qualité, mais servir de base pour une analyse comparative sur une grande échelle (Benchmarking).

La recommandation d'instituer un prix en vue de promouvoir la mise en œuvre de mesures de promotion et de garantie de la qualité sera examinée dans le cadre de projets pilotes (par exemple le projet Emerge).

L'obligation de rendre des comptes sur la qualité des prestations fournies constitue l'une des exigences majeures du système. L'OFAS n'impose pas une manière de procéder (par exemple, certification, accréditation); il estime préférable d'évaluer l'atteinte de l'objectif

plutôt que les moyens utilisés (méthode). Cette approche suppose la possibilité de quantifier et de mesurer de manière uniforme les résultats obtenus par les prestations médicales. Les cantons de Zurich et de Berne, notamment, procèdent de cette manière. Un certain nombre d'autres cantons semblent leur emboîter le pas. Pour cette raison, l'OFAS estime qu'il n'est pas nécessaire de donner suite à la demande souvent formulée par des consultants (dont le bien-fondé est d'ailleurs admis dans le rapport) d'arrêter une manière uniforme de procéder.

Si l'OFAS affiche une certaine réserve dans ce domaine, la Confédération est néanmoins habilitée à intervenir lorsque les partenaires contractuels ne parviennent pas à s'entendre ou encore lorsque le contenu des conventions ne répond pas aux prescriptions en ce qui concerne la qualité.

La recommandation visant à promouvoir le savoir-faire et la culture d'entreprise en matière de garantie de la qualité ne relève pas tant de la formation de base, mais de mesures de formation continue et de perfectionnement. Cette observation se justifie par le fait que les secteurs d'activité évoluent très rapidement. Quoi qu'il en soit, ce thème devrait apparaître dans la législation réglant le domaine des professions médicales.

S'agissant du financement des mesures de garantie de la qualité, l'OFAS estime que ces mesures doivent faire partie intégrante de la prestation et qu'il n'y a pas lieu d'envisager une indemnisation complémentaire. Pour cette raison, aucune suite n'a été donnée à la recommandation allant dans ce sens. En revanche, certains programmes assument en partie le financement de l'évaluation de la qualité des résultats par les assureurs. Par exemple, l'OFAS apporte son appui au financement prévu par le canton de Zurich, financement auquel participent également les assureurs.

Aucune autre évaluation générale de la réalisation de l'objectif de garantie de la qualité n'est actuellement prévue. Les évaluations à venir porteront principalement sur des aspects ou des projets spécifiques. Par exemple, ce sujet prioritaire qu'est, pour l'OFAS, le renforcement de la sécurité du système de soins de santé nécessitera une évaluation de la situation actuelle et du processus d'amélioration.

## **2.9 Fixation des tarifs**

Les tarifs servent de base aux remboursements des prestations de l'assurance-maladie. La LAMal repose sur le principe de négociations tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Elle accorde une grande liberté d'action aux parties en présence pour ce qui est de la fixation des tarifs. Le texte qui suit présente et discute les résultats de l'analyse des effets.

### **2.9.1 Point de la situation**

Les nouveaux rapports que la LAMal a institués entre les différents acteurs du domaine de la santé devraient aussi se répercuter sur les négociations tarifaires entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. En introduisant des éléments concurrentiels et normatifs, la LAMal a modifié la marge de manœuvre dont disposaient les parties en matière tarifaire. La pression politique en vue d'endiguer les coûts devrait s'en trouver renforcée. La LAMal exige de tous les acteurs du domaine de la santé qu'ils se soucient des coûts. L'obligation d'affiliation a été supprimée, certains assureurs et fournisseurs de prestations pouvant conclure des conventions qui diffèrent de celles des organisations faïtières. La LAMal exige expressément que les tarifs soient fixés conformément aux principes de l'économie d'entreprise. Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux sont tenus d'employer la

même méthode pour présenter leurs coûts et leurs prestations, domaines dans lesquels les autorités sont par ailleurs habilitées à demander des comparaisons entre établissements. Les partenaires doivent également inscrire dans leurs conventions tarifaires des mesures garantissant le caractère économique des prestations.

La nouvelle marge de manœuvre (possibilité de conclure des contrats spéciaux, modèles d'assurance différents) ouvre de nouvelles voies en matière de tarification. La LAMal a également édicté des réglementations spéciales dans certains domaines (par exemple, une structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse pour les tarifs à la prestation, tarifs forfaitaires dans le domaine hospitalier). Les parties contractantes conviennent de forfaits applicables au remboursement des traitements en milieu hospitalier, hospitalisations incluses: Pour les personnes domiciliées dans le canton, ces forfaits couvrent 50 % au maximum des coûts facturés pour la division commune des hôpitaux publics ou des établissements subventionnés par les pouvoirs publics. La LAMal n'a modifié ni la procédure d'approbation et de fixation des tarifs par les autorités, ni les possibilités de recours auprès du Conseil fédéral. Toutefois, elle demande expressément aux autorités de s'assurer que les coûts sont supportables sur le plan financier. Parallèlement à la concurrence accrue au niveau de la tarification, la LAMal offre aux assureurs la possibilité de proposer des formes d'assurance particulières (managed care de type HMO, médecin de famille). Dans le domaine hospitalier (hôpitaux et établissements médico-sociaux), les cantons ont désormais la possibilité de fixer, pour le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, un montant global destiné à servir d'instrument de maîtrise des coûts (budget global).

Un projet conduit dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal a étudié les répercussions de la loi sur les négociations tarifaires, les conventions tarifaires et les recours adressés au Conseil fédéral en matière de tarifs (Hammer et al. 2000). L'un des objectifs du projet était de savoir si le nombre de conventions particulières, différentes de celles des organisations a réellement augmenté (y compris dans le cadre d'autres modèles d'assurances tels que HMO ou médecin de famille) et si les budgets globaux se sont multipliés. Un autre objectif était d'établir si les modifications apportées à la tarification ont contribué à freiner l'explosion des coûts de la santé et à donner une plus grande marge d'action aux partenaires tarifaires.

En raison de l'introduction tardive d'une structure tarifaire uniforme pour les prestations médicales individuelles (TARMED), il n'a pas été possible d'analyser les effets de la LAMal dans ce domaine.

### **2.9.2 Résultats de l'analyse des effets**

Dans le cadre de l'analyse des effets, cinq questions centrales ont été examinées. Premièrement, quelles sont les conséquences de la LAMal sur les négociations tarifaires ? Deuxièmement, est-ce que la LAMal a eu pour effet de modifier les formes et les montants de la tarification. Troisièmement, quelles sont les conséquences des recours auprès du Conseil fédéral ? Quatrièmement, quels ont été les effets de la LAMal sur les budgets globaux ? Enfin, quels ont été les effets de la LAMal sur les coûts par le biais de la réglementation de la tarification ? Les résultats sont présentés dans la partie qui suit.

#### ***Quelles sont les conséquences de la LAMal sur les négociations tarifaires ?***

Par la pression politique exercée, par les nouvelles dispositions tarifaires et financières (fixation des tarifs selon les principes de l'économie d'entreprise, structure tarifaire

uniforme pour l'ensemble de la Suisse en ce qui concerne les tarifs à la prestation, réglementation du financement des hôpitaux) et par les nouveaux fournisseurs de prestations (notamment les établissements médico-sociaux et les organisations de soins et d'aide à domicile, réunis sous le terme "Spitex"), la LAMal a exercé une influence majeure sur les négociations tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. La pression accrue sur les coûts a pour effet de durcir les négociations. Les assureurs, notamment, ont exercé une pression accrue; la reconnaissance du bien-fondé de leurs exigences en matière de recours et le soutien que leur ont apporté le Conseil fédéral et le Préposé à la surveillance des prix ont contribué à renforcer leur position. A ce jour, c'est surtout la négociation des tarifs applicables aux hôpitaux publics qui a engendré une situation très tendue. Dans les autres domaines, une fois aplanies les premières difficultés dues au manque de précision de certaines dispositions de la LAMal, à l'absence de bases de calcul ou à un manque de pratique, les négociations ont généralement abouti à la satisfaction des parties en présence.

Des considérations relevant de la libre concurrence ne se sont pas encore imposées dans les négociations tarifaires. La compétitivité et les analyses concurrentielles susceptibles de mettre sous pression les fournisseurs de prestations en sont encore à l'état embryonnaire, les bases de données étant quasiment inexistantes. La suppression de l'obligation d'affiliation n'a jusqu'ici donné lieu qu'à un nombre négligeable de conventions particulières différentes de celles des organisations. De ce fait, la décartellisation visée par le législateur en matière de conventions tarifaires ne s'est pas encore produit. Les principales raisons avancées sont l'importance du travail administratif, le manque d'intérêt financier de la part des fournisseurs de prestations, l'égalité de traitement réservée par les cantons aux hôpitaux subventionnés et le fait que les assureurs ont une position plus forte lorsqu'ils négocient ensemble.

### ***La LAMal a-t-elle effectivement eu pour effet de modifier les formes de tarification ?***

Le nombre de conventions tarifaires a augmenté d'un tiers environ du fait de l'intégration de nouveaux fournisseurs de prestations (en particulier les établissements médico-sociaux et Spitex) et à cause des nouvelles conventions dans le domaine hospitalier. S'agissant des formes de tarification, la LAMal n'a induit que peu de changements de répartition entre les tarifs forfaitaires, les tarifs à la prestation et les tarifs au temps consacré dans les différents secteurs de fournisseurs de prestations.

Pour ce qui est des tarifs forfaitaires pris en considération dans l'étude, on constate que les forfaits journaliers continuent à dominer. Leur nombre a toutefois diminué au profit des forfaits par cas, ceux-ci ayant pratiquement doublé, en particulier dans les hôpitaux publics. Les nouvelles formes de forfaits sont encore en phase d'expérimentation; en raison d'une longue période d'introduction et de la nécessité, pour les partenaires tarifaires, de collecter des expériences dans ce domaine, elles ne sont pas encore très répandues. Dans ce domaine, la tendance est actuellement aux formes mixtes (forfaits journaliers pour l'hôtellerie, forfaits par division pour le secteur médical). A l'avenir, des forfaits par cas liés au diagnostic seront encouragés, des efforts considérables devant toutefois encore être déployés par les hôpitaux pour élaborer les bases de données nécessaires. En principe, tous les acteurs du domaine de la santé ont intérêt à voir se développer de nouvelles formes de tarification, puisque celles-ci leur offriront les moyens d'atteindre les objectifs de la LAMal, d'arriver à une meilleure transparence et de pratiquer des analyses concurrentielles. Craignant des augmentations et des transferts de coûts, certains assureurs sont cependant encore très sceptiques et réservés à l'égard des nouvelles formes de tarification.

Dans le secteur ambulatoire également, on observe une évolution vers de nouvelles formes de tarification. Parallèlement au tarif basé sur le temps consacré des conventions avec les fournisseurs de prestations Spitex, des tarifs comportant des éléments forfaitaires ont également été introduits pour les prestations de physiothérapie et les consultations en diététique et pour diabète. Ces innovations, sous la forme de forfaits par séance ou par consultation, ont pour principal objectif la réduction du volume des prestations.

La LAMal a eu un effet stabilisateur sur le montant des tarifs. Ainsi, grâce à la pression exercée par les assureurs lors des négociations et aux décisions du Conseil fédéral en matière tarifaire, les tarifs des séjours en milieu hospitalier n'ont que très modérément augmenté ces dernières années. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux et les prestations Spitex, la pression des assureurs et les tarifs-cadre de la Confédération ont permis d'éviter une augmentation encore plus massive du volume des remboursements.

### ***Quelles sont les conséquences des recours auprès du Conseil fédéral ?***

Le nombre de recours adressés au Conseil fédéral en matière de tarifs a considérablement augmenté. La majorité de ces recours émanaient des assureurs, ceux-ci demandant essentiellement une révision à la baisse des tarifs fixés par les cantons pour les hospitalisations dans les établissements publics, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux privés. En proportion nettement moindre, les fournisseurs de prestations ont revendiqué une augmentation des tarifs pour les établissements médico-sociaux et les prestations Spitex. Selon les auteurs de l'étude sur l'évolution des tarifs sous le régime de la LAMal, l'augmentation du nombre des recours liés à la LAMal serait essentiellement due aux raisons suivantes (Hammer et al. 2000: Z-7):

- Pour les tarifs applicables aux hôpitaux publics et aux hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics, le durcissement du climat des négociations a plus fréquemment débouché sur des échecs, ce qui a amené les cantons à intervenir et à fixer eux-mêmes les tarifs. Les assureurs ont formé des recours en accusant les cantons de privilégier leur propre intérêt. Le principal point d'achoppement a été les directives applicables à la part des coûts prise en charge par les assureurs (montants imputables et documents nécessaires à la transparence).
- Pour les établissements médico-sociaux et les prestations Spitex, les assureurs ont demandé des baisses de tarifs en invoquant l'insuffisance des bases de coûts. Les fournisseurs de prestations et les cantons avaient pour leur part demandé aux assureurs de prendre en charge les coûts effectifs des prestations de soins selon la LAMal.

Dans ses décisions, le Conseil fédéral a généralement donné raison aux requêtes des assureurs demandant une baisse des tarifs fixés par les gouvernements cantonaux, permettant ainsi une stabilisation des prix dans le domaine hospitalier. Par ses recommandations, ses principes de tarification applicables au secteur hospitalier et son exigence d'amélioration de la qualité pour les bases de données, le Préposé aux prix a contribué à préciser des questions d'exécution et à promouvoir la transparence des coûts. Les fournisseurs de prestations et les cantons estiment toutefois que la pratique développée par le Conseil fédéral est subjective, contradictoire et orientée politiquement.

### ***Quelles ont été les effets de la LAMal sur les budgets globaux ?***

A ce jour, la LAMal n'a pas amené un nombre considérable de cantons à fixer des budgets globaux pour assurer le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Actuellement, seuls quelques cantons romands (Vaud, Neuchâtel, Valais, Jura) ont introduit des budgets globaux incluant l'ensemble des coûts hospitaliers. Au vu des

expériences faites dans ces cantons et par comparaison avec les autres cantons, ces budgets ne semblent pas avoir entraîné de grandes économies. La plupart des acteurs du domaine de la santé les refusent pour motif d'interventionnisme et de difficulté de mise en œuvre (fixation des budgets, répartition entre les agents payeurs, risque d'une baisse de la qualité).

### **Quels effets la LAMal a-t-elle eus sur les coûts par le biais de la réglementation de la tarification ?**

Selon l'étude, les modifications entraînées par la LAMal dans le domaine tarifaire n'ont eu, à ce jour, pratiquement aucune incidence sur l'évolution des coûts. Les possibilités d'exercer un contrôle par le biais de la tarification sont très limitées, celle-ci ne permettant guère d'influencer l'évolution du volume des prestations. Par ailleurs, les acteurs du domaine de la santé estiment que la marge de manœuvre dont disposent les fournisseurs de prestations n'a pas débouché que sur des économies de coûts, mais aussi sur des transferts de coûts et sur une compensation des éventuelles baisses de revenu par une augmentation du volume des prestations.

- La pression accrue exercée par les assureurs et le Conseil fédéral sur les tarifs hospitaliers aurait notamment entraîné des transferts de coûts (principalement vers le domaine ambulatoire et le domaine semi-hospitalier) liés aux mesures compensatoires prises par les hôpitaux. Ceux-ci se seraient adaptés dans une large mesure aux nouvelles formes de forfaits.
- Pour les cliniques privées, les possibilités de rationalisation seraient déjà pratiquement épuisées et ne permettraient pas de réaliser des économies supplémentaires.
- Dans le secteur ambulatoire, la pression tarifaire serait principalement compensée par une augmentation du volume des prestations.

### **2.9.3 Recommandations des experts**

Les auteurs du rapport sur les effets de la LAMal estiment que les fournisseurs de prestations doivent améliorer leurs bases de données. La Confédération est invitée à préciser les exigences applicables à la comptabilité des hôpitaux et des établissements médico-sociaux afin d'assurer une meilleure comparabilité des données.

Les experts recommandent de développer des tarifications du type "tarif au temps consacré".

Enfin, les experts invitent le Conseil fédéral à accélérer les décisions tarifaires et à clarifier rapidement la pratique.

### **2.9.4 Développements récents et questions en suspens**

Dans le message de la 2<sup>ème</sup> révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a proposé, pour le secteur hospitalier, d'abandonner le principe du financement par établissement et d'opter pour un financement des prestations. Une tarification basée sur les prestations et un principe de répartition des coûts, également sur la base des prestations, devraient déboucher sur de nouvelles incitations permettant d'endiguer les coûts.

Le développement de TARMED, structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse et applicable aux prestations médicales, a considérablement amélioré la transparence dans ce domaine. Les partenaires tarifaires ont soumis la structure tarifaire au Conseil fédéral, pour approbation, à la fin du mois de juin 2000. Le Conseil fédéral a approuvé la structure

tarifaire TARMED (Version Alpha 3.0) en septembre 2000. Aucun consensus n'a cependant été trouvé sur le moment de l'introduction et sur l'application du principe de neutralité des coûts. A la fin du mois d'août 2001, il a été annoncé que les parties s'étaient entendues d'une part sur la structure tarifaire révisée et, d'autre part, sur le concept d'adaptation à mettre en œuvre pendant la première année d'introduction de TARMED. A l'heure actuelle, la décision n'a pas encore été ratifiée par les partenaires tarifaires.

Jusqu'à la fin d'octobre 2001, aucune demande d'autorisation n'a été déposée auprès du Conseil fédéral. Les partenaires n'ont pas non plus annoncé leurs intentions par rapport à la date d'introduction de la tarification et par rapport aux conditions nécessaires pour l'introduction d'un concept de neutralité des coûts.

S'agissant de la question de l'amélioration des bases de données, les propositions formulées par l'OFAS se sont d'abord heurtées à la résistance des fournisseurs de prestations, ce qui montre bien qu'il existe là des intérêts politiques diamétralement opposés. L'ordonnance sur la désignation des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux devrait être élaborée cette année encore. Elle définira les objectifs et les instruments permettant d'instituer une transparence des coûts et ainsi une meilleure comparabilité des données. Mais l'ordonnance en question ne concerne qu'une partie des fournisseurs de prestations; le problème de l'absence de bases de données doit aussi être résolu dans d'autres secteurs, dans le corps médical par exemple. Pour ce qui est des formes de tarification, la LAMal prévoit expressément l'autonomie des partenaires en matière de contrats. Si cette autonomie n'est pas mise à profit pour appliquer différentes formes de tarification, cela montre qu'il n'existe actuellement pas de réel marché dans l'assurance-maladie obligatoire et que les incitations en faveur de ce type de tarification, dont on attend pourtant une transparence accrue et une incidence sur les coûts, n'ont pas l'effet escompté.

Le problème que représente la lenteur du Conseil fédéral en matière de décisions tarifaires a été reconnu. L'introduction de mesures relevant de l'organisation et de la procédure ont permis d'accélérer la prise de décision, de sorte que la plupart des recours encore en suspens ont pu être traités. Toutefois, une procédure ne peut être accélérée que dans la mesure où sa conformité au droit peut être garantie. Partant, le Conseil fédéral a été amené à reconnaître que les délais prévus dans le cadre de la LAMal n'étaient pas réalistes, ce que la pratique a d'ailleurs confirmé.

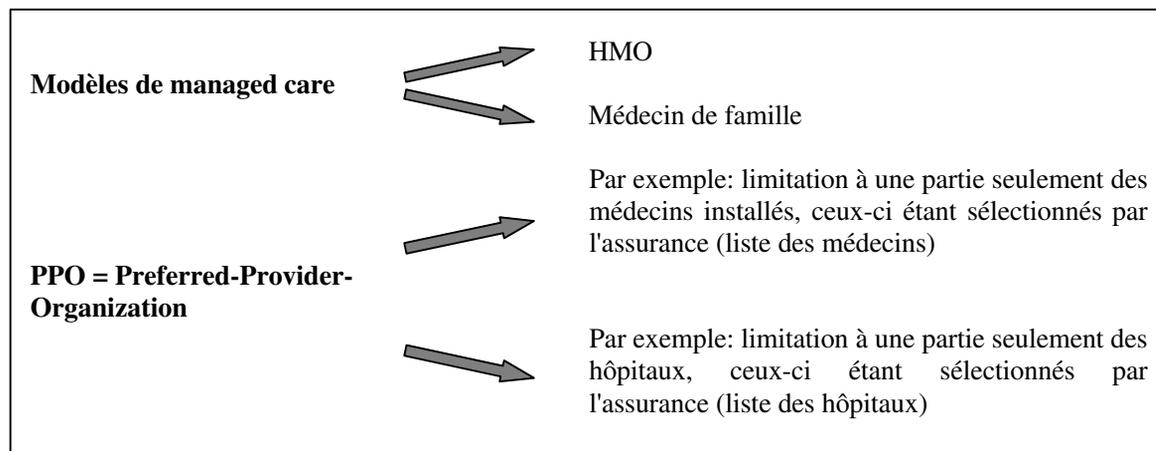
## 2.10 Reconnaissance des formes particulières d'assurances

La LAMal a donné aux assurés la possibilité d'opter, parallèlement à l'assurance de base ordinaire, pour des formes particulières d'assurances caractérisées par un choix plus limité de fournisseurs de prestations. Ces formes d'assurances avaient été introduites à titre probatoire entre 1990 et 1995. Les assurances comportant un choix limité des fournisseurs de prestations s'adressent aux personnes qui acceptent de restreindre leur liberté dans ce domaine. Dans l'analyse des effets, les questions suivantes se posent: Comment ont été accueillis les modèles dits de *managed care* par les assurés ? Les modèles comportant un choix limité des fournisseurs de prestations contribuent-ils à freiner l'évolution des coûts ? Dans l'affirmative, à combien peut-on estimer les économies réalisées ? Les incitations actuellement prévues suffisent-elles à promouvoir une large acceptation des modèles proposés ?

### 2.10.1 Point de la situation

Les modèles d'assurances comportant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent être classés en deux groupes possédant des caractéristiques différentes, comme le montre la fig. 2.3 ci-dessous.

Fig. 2.3: Formes d'assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations



Source: Baur/Braun 2000

Les modèles de *managed care* instituent un système uniforme et global de soins qui intègre l'ensemble de la chaîne des prestations de santé. Ce modèle accorde une place centrale au *gatekeeping*, système dans lequel le patient s'adresse toujours en premier lieu au médecin de famille qui, si nécessaire, le dirige vers d'autres maillons de la chaîne des soins. On ne retrouve pas ce type de fonctionnement dans les modèles de *preferred provider organization (PPO)*, ceux-ci ayant pour caractéristique que les assureurs-maladie choisissent eux-même les fournisseurs de prestations en vertu de critères de qualité et du caractère économique. Les PPO connaissent deux types de listes, la liste des médecins et la liste des hôpitaux. L'obligation de contracter prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins fait que les modèles de *preferred provider organization* n'ont qu'une importance marginale en Suisse. Pour cette raison, nous limiterons notre analyse aux modèles de .

Il existe deux modèles de *managed care*: le modèle *HMO (Health Maintenance Organization)* et le modèle du *médecin de famille* ou *réseaux de médecin de famille*. Les HMO sont des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés. Ces structures sont financées au moyen de forfaits par assuré qui couvrent les frais des soins dispensés dans le cadre du cabinet de groupe ou à l'extérieur. Les cabinets sont liés contractuellement à une ou plusieurs caisses-maladie et responsables de leur budget. Dans le modèle du médecin de famille, des médecins indépendants (fournisseurs de base) s'associent librement à un niveau régional ou local. Son financement s'effectue presque exclusivement de manière classique, c'est-à-dire au moyen d'une facturation transmise par le médecin concerné, en fonction des prestations fournies. Certains groupes, peu nombreux, sont pleinement responsables de leur budget et associés aux résultats financiers. Les médecins de famille sont liés contractuellement à un ou plusieurs assureurs-maladie.

### 2.10.2 Résultats de l'analyse des effets

L'efficacité des modèles d'assurances admises à titre probatoire entre 1991 et 1995 a fait l'objet d'une analyse à vaste échelle dans "HMO-Bonus-Evaluation" (Baur et al. 1998).

Aucune étude n'existe cependant pour la période 1996-2000. Un état de situation a toutefois été établi pour les modèles d'assurance les plus répandus (Baur/Braun 2000). Les assurances comportant un choix limité de fournisseurs de prestations ont fait l'objet d'un recensement, accompagné d'une description de leurs principales caractéristiques structurelles. L'étude en question permet donc d'estimer grossièrement leur influence sur les soins et sur l'évolution des coûts. Se pose aussi la question de savoir, comme dans les autres études, quels éléments ont fait progresser ou ont freiné le développement de ce type d'assurance.

### **Évolution des modèles du médecin de famille et des HMO**

L'état de situation a répertorié quelque 480'000 personnes assurées dans le cadre d'assurances de type *managed care*. Presque 80 % d'entre elles avaient choisi la formule médecin de famille et un bon 20 % la formule HMO. Ces formes d'assurance représentent une population relativement peu importante, soit 7 à 8 % de l'effectif total des assurés.

- En 1999, la formule des réseaux du *médecin de famille* était surtout répandue dans les cantons de Thurgovie, d'Argovie et de Schaffhouse. De tels réseaux n'existaient pas dans dix cantons, qui ne possédaient par conséquent aucun assuré de ce type. En 2000, le modèle médecin de famille était proposé par 40 assureurs-maladie sur un total de 100. Ces assureurs ont conclu des accords avec des réseaux de médecin de famille soit directement, soit par l'intermédiaire d'organisations de *managed care*<sup>12</sup>.

En 1999, il existait 71 réseaux de médecins de famille pour un total de 378'039 assurés et de 3'699 médecins y participant. En moyenne, chaque réseau regroupait donc 5'324 assurés. Un quart des réseaux comptait moins de 1'000 assurés et un quart plus de 7'000. Chaque réseau regroupait 52 médecins, dont pratiquement 90 % étaient des généralistes ou des médecins spécialisés en médecine interne. Chaque médecin avait une clientèle de 150 assurés selon le modèle du médecin de famille. Ce modèle regroupait une grande partie des médecins établis dans la région. Ainsi, presque deux tiers des réseaux regroupaient tous les médecins ou presque, établis dans la région. Dans seulement 16 % des cas, moins de la moitié des médecins établis dans la région étaient affiliés au réseau du médecin de famille.

L'étude parvient à la conclusion que l'on ne trouve guère la trace de *managed care* dans la plupart des réseaux actuels. Un *managed care* digne de ce nom suppose en effet de la part du médecin un changement profond de sa manière de faire et de penser: L'abandon de l'autonomie pleine et entière dont il jouit dans un cabinet individuel, l'acceptation de la transparence et l'aptitude à coopérer constituant les innovations majeures. Le système du médecin de famille demande également aux médecins qu'ils maîtrisent les données techniques nécessaires et qu'ils apprennent une nouvelle forme de collaboration avec les assureurs. Du fait de l'absence de véritables incitations économiques et de sélection des membres, la grande majorité des réseaux ne vise pas véritablement des économies de coûts. L'étude a établi qu'un grand nombre d'entre eux n'avaient aucunement pour objectif de développer un système de *managed care*, mais qu'ils cherchaient avant tout à empêcher une extension à grande échelle d'autres modèles d'assurances.

---

<sup>12</sup>Les organisations de *managed care* sont des institutions intermédiaires qui, sur délégation de quelques caisses-maladie, exploitent le système de *managed care*.

- S'agissant des systèmes HMO, *Health maintenance organizations*, le relevé de situation 1999 recense 28 cabinets pour un total de plus de 100 000 assurés. Les HMO ont suscité un engouement marqué de 1994 à 1995. Depuis 1998, il est exceptionnel qu'elles enregistrent une augmentation de leur nombre d'assurés. Généralement, elles sont installées dans des villes d'une certaine importance; un seul assureur est actif de manière plus étendue. En 1999, la plupart des HMO comptaient un effectif de 2500 à 4000 assurés, deux seulement regroupaient plus de 5000 assurés. Le nombre de médecins par HMO variait entre deux et huit. Dans la plupart des HMO, un médecin recevait entre 800 et 1200 assurés HMO. Dans la grande majorité des cas, les agents payeurs des HMO étaient les assureurs-maladie ou des organisations de *managed care*. Les cabinets HMO ont toutefois conclu des contrats avec deux à six assureurs-maladie qui proposaient le produit HMO. Les caisses remboursent à la HMO les frais médicaux occasionnés par leurs assurés HMO moyennant un forfait par assuré, qui varie selon l'âge et le sexe de celui-ci.

Les HMO pratiquent une médecine factuelle (basée sur des faits prouvés). Dans ces systèmes, les directives thérapeutiques occupent une place croissante. La prescription de médicaments est contrôlée, ce qui fait que les HMO tournent avec un nombre nettement moins grand de spécialités que les cabinets classiques. Ce résultat positif ne résulte pas de directives contraignantes imposées au thérapeute, comme c'est le cas dans les HMO américaines, mais est obtenu par des méthodes plus "douces", notamment des entretiens et des analyses comparées de données thérapeutiques. Toutes les HMO ont institué un *controlling* médical en complément au *controlling* économique. Le critère de qualité a d'emblée eu une importance majeure. Les HMO sont en effet convaincues que dans un système de santé prenant expressément en compte le facteur coût, la qualité doit faire l'objet de davantage de transparence; elles ont donc naturellement franchi le pas de la certification de qualité. Une fondation – EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in Managed-Care) – créée à cet effet a développé un ensemble de critères de qualité pouvant servir de norme à l'expertise et à la certification des HMO.

### **Évolution des coûts des modèles de *managed care***

La *structure des assurés et les coûts* constituent les données centrales de tout système de *managed care*. Concrètement, on reproche à ces modèles de s'adresser en priorité aux "bons risques" et ainsi d'occasionner de faibles coûts.

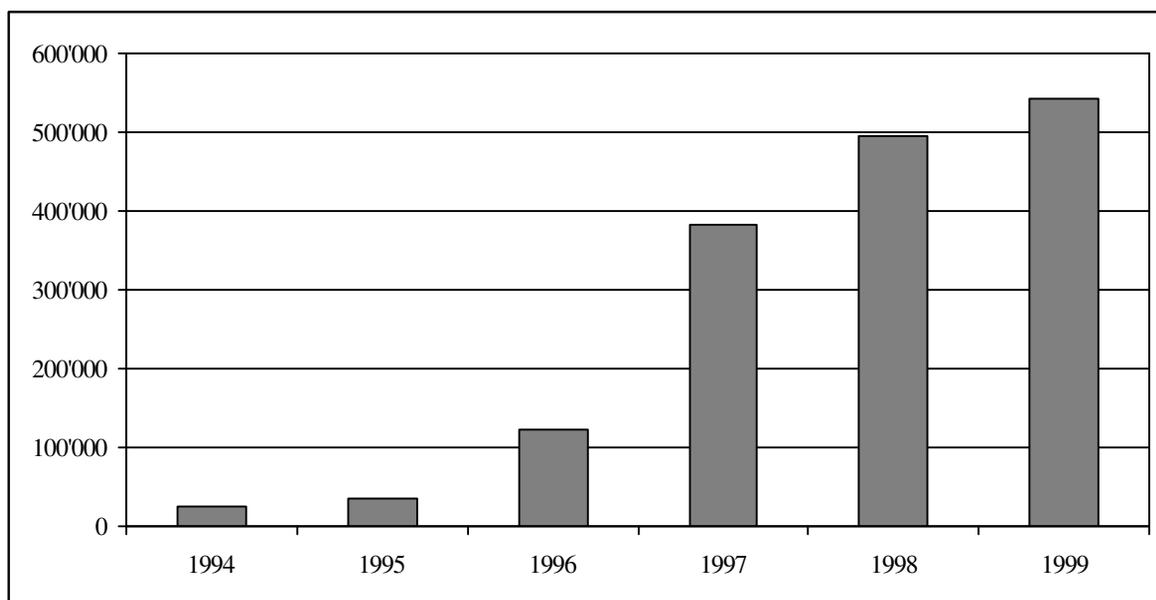
- Les assurés des *modèles médecin de famille* ne se différencient guère de l'ensemble des assurés des autres caisses-maladie, ni dans la structure d'âge, ni dans la structure des sexes. Étonnamment, les assurés plus âgés sont même légèrement surreprésentés. Malgré cela, les coûts des soins médicaux des assurés des modèles médecin de famille sont inférieurs à ceux des assurés traditionnels. Les premières expériences faites avec ce modèle indiquent un potentiel d'économies de 10 à 20 % (Mathis/Herren 1998, p. 8 ss.). Des réductions de primes de 10 à 15 % seraient donc parfaitement justifiées. Pour l'heure, il est impossible de dire si cet écart est bien réel ou s'il est imputable à une appréciation incorrecte des risques. Certains assureurs sont toutefois très sceptiques quant aux avantages réels en matière de coûts. En tout cas, l'économicité des modèles du médecin de famille passe pour être inférieure à celle des HMO. Plusieurs assureurs vont même jusqu'à estimer qu'ils sont déficitaires (Hammer et al. 2001a).
- Aujourd'hui, comme lors de l'étude portant sur la première moitié des années nonante, on constate que les *assurances HMO* sont souvent choisies par les assurés de la tranche d'âge allant de 19 à 40 ans et par les hommes, donc par des "bons risques".

Dans le système HMO, les coûts par assuré sont nettement inférieurs à ceux des assurés des réseaux de médecin de famille et des assurés d'une assurance classique. Sur la base des analyses disponibles, même une évaluation plus fine des risques indique un écart de coûts justifiant des réductions de prime généralement de l'ordre de 15 à 20 %. Il convient toutefois de préciser à cet endroit que l'état de situation ne reposait que sur des informations ponctuelles et qu'on ne saurait en tirer des conclusions fiables en matière de coûts. Il faudrait pour cela une étude et une analyse standardisées.

### **Effets de la loi sur l'assurance-maladie**

Comme le montre la statistique de l'assurance-maladie, le nombre des assurés ayant opté pour un modèle d'assurance comportant un choix limité des fournisseurs de prestations a évolué par paliers depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (voir fig. 2.4).

Fig. 2.4: Effectif des assurés ayant choisi une assurance avec choix limité



Source: BSV 2000c, tableau B 04-A

L'engouement initial, qui s'explique par des offres accrues de la part des assureurs et une augmentation des primes de la LAMal, a aujourd'hui fait place à une stagnation. Bien que la LAMal ait renforcé la marge de manœuvre des médecins dans ce domaine, les attentes du législateur quant à une entrée en force des modèles alternatifs d'assurance n'ont pas été réalisées.

D'après les études disponibles, les obstacles suivants ont contrecarré une expansion plus marquée de ces modèles d'assurance (Hammer et al. 2000, Hammer et al. 2001a):

- La demande est faible, car les assurés préfèrent pouvoir choisir librement leurs fournisseurs de prestations. La limitation du rabais de prime à 20 % les cinq premières années n'est guère motivante.
- Les assureurs ne sont que moyennement convaincus de l'intérêt que présentent les autres modèles d'assurance. Les modèles de *managed care* les plus répandus actuellement en sont au stade de l'expérimentation.
- En raison de l'obligation de contracter, les médecins ne trouvent ni très intéressant ni nécessaire d'encourir un risque économique.

- En outre, le principe de compensation des risques n'est pas favorable à une expansion de ce type d'assurance. Du fait que le calcul des forfaits par assuré se fonde sur la compensation des risques et que celle-ci, on le sait, ne couvre pas complètement les risques, un cabinet de groupe HMO court le danger de recevoir davantage de "risques aveugles".

Par ailleurs, l'analyse des effets a permis de déceler chez nombre d'assureurs et de médecins une sensibilisation aux modèles de *managed care* et une dynamique allant nettement dans ce sens. On peut penser qu'un développement de ces modèles axé sur la gestion des coûts et la garantie de la qualité pourrait parfaitement relancer ces formes d'assurance. Cela pourrait notamment être le cas si la pression sur les primes et les coûts devait augmenter ou si l'obligation de contracter était supprimée. Selon le rapport, qui fait le point sur les modèles alternatifs d'assurance, la première phase de croissance sera suivie d'une phase de différenciation interne accompagnée d'autres innovations. Il faut s'attendre à ce que les réseaux de médecin de famille continuent à se développer du fait de la pression exercée par les partenaires tarifaires (assureurs et organisations de *managed care*) et en raison d'apprentissages internes (Baur/Braun 2000).

### 2.10.3 Recommandations des experts

Pour relancer les formes particulières d'assurance, les études disponibles proposent quatre types de mesures:

- Premièrement, revoir la compensation des risques. Tel qu'il est appliqué, ce principe défavorise les agents payeurs des structures HMO, car les paiements de compensation sont parfois plus élevés que le volume des primes.
- Deuxièmement, envisager d'augmenter les rabais afin de renforcer l'attractivité de ces formes d'assurances.
- Troisièmement, instituer un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et de statistiques.
- Enfin, dans le souci de promouvoir les autres modèles d'assurance, remettre sur le tapis la question de la suppression de l'obligation de contracter. Force est de constater qu'actuellement, les médecins ne sont guère intéressés par ces modèles. La suppression de l'obligation de contracter permettrait de procéder à une sélection parmi les fournisseurs de prestations ambulatoires (notamment chez les médecins). Cette sélection aurait pour effet de favoriser une plus grande expansion de ces modèles d'assurance. Elle permettrait aussi de renforcer la motivation des médecins à s'y affilier.

### 2.10.3 Développements récents et questions en suspens

Dans son message relatif à la 1<sup>ère</sup> révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral avait déjà précisé qu'à ses yeux, non seulement l'assurance comportant un choix limité de fournisseurs de prestations, mais aussi l'assurance avec bonus et les franchises annuelles à option constituaient des instruments efficaces pour réduire les coûts de l'assurance-maladie. Tous s'accordent à dire que les nouvelles formes d'assurances constituent un instrument efficace pour réduire les coûts de la santé.

La proposition d'adapter la compensation des risques doit être mise en relation avec la question fondamentale des bases de calcul applicables. Les autorités politiques concernées sont sceptiques quant à une augmentation du rabais accordé aux modèles d'assurances

alternatifs, car il faut conserver le principe de solidarité entre les assurés. De plus aucun assureur n'a saisi l'opportunité jusqu'à présent de demander à l'OFAS un rabais plus élevé sur la foi des données des cinq dernières années. En revanche, rien ne s'oppose à l'introduction d'un système de monitoring permanent accompagné d'un rapport annuel et de données statistiques.

Dans son message relatif à la 2<sup>ème</sup> révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral mentionne la suppression de l'obligation de contracter et précise qu'il a mis la proposition en consultation. Les assurés ne pourraient ainsi choisir que parmi les fournisseurs de prestations ambulatoires ayant conclu une convention tarifaire avec leur assureur et qui, à ce titre, seraient en droit de leur prodiguer des soins. Les avis exprimés dans le cadre de la procédure de consultation montrent que de nombreux participants sont favorables à la suppression de l'obligation de contracter, mais qu'ils sont sceptiques vis-à-vis du modèle proposé ou l'estiment carrément inadéquat et inapplicable. Les positions exprimées ne permettent cependant pas de conclure qu'ils trouvent un autre modèle plus acceptable. Par conséquent, le Conseil fédéral renonce à proposer, dans le cadre de la révision partielle, le contrat basé sur la concurrence dans le domaine ambulatoire. Il ne prévoit la suppression de l'obligation de contracter que pour les fournisseurs de prestations âgés de plus de 65 ans actifs dans le domaine ambulatoire. Le Conseil des États est en revanche partisan d'abolir l'obligation de contracter.

Afin d'accroître les possibilités de choix des assurés, les assureurs auront l'obligation, dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, d'offrir des formes particulières d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations sur l'ensemble du territoire suisse. Ainsi, chaque assuré aura la garantie de pouvoir choisir un tel modèle d'assurance. Néanmoins, l'adhésion à ce type de modèle ne doit pas être rendue obligatoire.

## **2.11 Planification hospitalière**

L'obligation faite aux cantons d'établir une planification hospitalière (art. 39, al. 1, LAMal) doit permettre une meilleure coordination entre les fournisseurs de prestations et, partant, contribuer à l'utilisation optimale des ressources et à la réduction des coûts. La planification hospitalière a pour objectif de supprimer les capacités excédentaires dans le domaine hospitalier. Nous proposons de présenter ici la situation actuelle, les résultats obtenus, les recommandations faites par les experts et l'évolution récente dans ce domaine.

### **2.11.1 Point de la situation**

La reconnaissance de la qualité de fournisseur de prestations et la prise en charge d'une prestation par l'assurance sociale des soins suppose l'inscription des hôpitaux dans une liste. Les cantons ont eu jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1998 pour établir leur planification hospitalière et médico-sociale. Si la plupart d'entre eux se sont exécutés dans les délais, la mise œuvre de la planification a toutefois été retardée du fait des très nombreux recours adressés au Conseil fédéral. Dans une optique d'analyse des effets, il importe surtout de savoir comment les planifications hospitalières ont été réalisées et mises en œuvre. Il aurait en outre été judicieux de savoir si les planifications des cantons ont contribué à réduire les coûts et, si oui, dans quelle mesure. L'évaluation proprement dite des mesures déployées n'a toutefois pas encore eu lieu. Le secrétariat de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, auquel cette tâche a été confiée, n'a, en effet, pas encore eu la possibilité de réaliser l'évaluation globale prévue.

### 2.11.2 Résultats de l'analyse des effets

Les analyses des effets actuellement disponibles traitent des méthodes de planification appliquées et de l'état des travaux à fin 1999, soit une année après l'échéance du délai imparti (Rothenbühler 1999; Biersack 2000). Ces travaux ont été effectués sur mandat du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. L'étude intitulée "Effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations", analyse effectuée à la demande de l'Office fédéral des assurances sociales, traite également des effets de la planification hospitalière (Hammer et al. 2001b).

#### **Méthodes appliquées**

Une première étude est consacrée aux méthodes appliquées par les cantons en matière de planification hospitalière. Comme la loi sur l'assurance-maladie ne prévoit pas de méthode spécifique et laisse ouvert un certain nombre de concepts importants (par exemple, couvrir les besoins), le Conseil fédéral a dû expliquer la manière d'interpréter la loi et les directives applicables. La jurisprudence fédérale ne faisant pas l'unanimité, de nouvelles difficultés se sont présentées, au plan de l'exécution cette fois (Hammer et al. 2001b, p. 44). Un exemple parmi d'autres: La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires a estimé que les principes de planification fixés par le Conseil fédéral étaient trop formalistes et que certains d'entre eux n'étaient guère favorables à une réduction des surcapacités.

L'étude effectuée par le Centre de sciences économiques de l'Université de Bâle a montré que pour les planifications hospitalières, les cantons se fondent sur des estimations aussi bien analytiques que normatives des besoins. L'estimation analytique applique la formule du nombre de lits nécessaires pour couvrir les besoins, ceux-ci étant définis en fonction de différents facteurs (par exemple: la durée moyenne d'hospitalisation, le taux moyen d'occupation des lits, le nombre d'hospitalisation pour 1'000 habitants). Quant à l'approche normative, elle prend pour valeur de référence une région comparable à celle faisant l'objet de la planification et dont la couverture hospitalière est considérée comme adéquate, efficace et de qualité. Pour obtenir la valeur de référence, elle prend la densité en lits de cette région et l'applique à la région considérée.

Le tableau ci-dessous présente les méthodes de planification appliquées et la période à laquelle celles-ci se rapportent.

Fig. 2.5: Les méthodes de planification des cantons

Canton	Niveau de l'offre	Méthode normative	Méthode analytique	Durée limite
OW/NW/UR (1)	*	X		2000
SZ	*	X		2000
AI	*	X	X	2010
AR	*		X	2000
GL	*		X	2005
ZG	*	X	X	2000
SH	*	X	X	non précisé
JU	**	X		2000/2005
TG	**		X	2005
AG	**	X	X	2005
GR	**	X		2000
LU	**	X	X	2005
SO	**		X	non précisé
SG	**	X		2005
FR	**	X		2020
NE	**	X		non précisé
VS	**		X	2000
TI	**	X		1998/2005
ZH	***		X	2005
BE	***		X	2010(?)
BS/BL (1)	***	X	X	2002
VD	***	X	X	2002
GE	***		X	2001

\* Cantons avec offre de soins de base et de soins élargis

\*\* Cantons dont l'offre inclut des soins spécialisés

\*\*\* Cantons dont l'offre inclut des soins hautement spécialisés

(1) Cantons, qui ont mené une planification commune

Source: Biersack 2000, p. 7.

Un examen plus attentif des différentes planifications montre que la plupart des cantons ont une approche pragmatique de la question. Ainsi, les facteurs pertinents pour une approche analytique ont été obtenus soit de manière argumentative ou intuitive, soit de manière normative en ce sens que des valeurs existantes et considérées comme adéquates ont été prises en compte et, le cas échéant, adaptées à la situation du canton. Cette approche normative de la méthode analytique a pour conséquence de gommer la différence existant entre les deux méthodes, qui devient un simple détail technique. L'étude arrive à la conclusion que les besoins en lits établis par les différents cantons peuvent difficilement être comparés du fait que la situation d'importation et d'exportation des soins diffère d'un canton à l'autre, tout comme le niveau de l'offre de soins. Par conséquent, on considère qu'une appréciation globale de la planification hospitalière pratiquée par les cantons est problématique, voire impossible.

Il est néanmoins intéressant de relever les différences importantes qui existent d'un canton à l'autre en ce qui concerne notamment les chiffres réels et les valeurs cibles. Selon les cantons, le nombre réel de lits aigus varie de 2,53 à 8,53 par 1'000 habitants en 1996, alors

que les valeurs cibles pour 2005 sont comprises entre 2,9 au minimum et 3,8 au maximum par 1'000 habitants (Biersack 2000, p. 40).

### **Effets de la planification hospitalière**

Une étude consacrée à la situation en matière de planification a été réalisée en 1999 à la demande de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (Rothenbühler 2000). L'auteur observe qu'il n'a pas été facile d'avoir une bonne vue d'ensemble des travaux réalisés dans les cantons, des listes d'hôpitaux, de l'avancement des procédures de recours, de la situation juridique et des progrès dans la mise en œuvre des planifications. Ce qui est néanmoins certain, c'est qu'au moment de l'étude tous les cantons avaient effectivement élaboré une planification. Cependant, les listes d'hôpitaux n'avaient force de loi que dans quatre cantons, tandis que des référendums et des recours étaient pendants dans les autres. D'après l'auteur, cette situation résulte de la contradiction inhérente à la LAMal en ce qui concerne la concurrence et la régulation. C'est dans les cantons où les gouvernements ont été les premiers à fixer des priorités claires et précises en matière de santé publique que les listes d'hôpitaux ont suscité l'opposition la plus vigoureuse, alors que dans les cantons qui ont pratiquement admis tous les fournisseurs de prestations dans leur liste des hôpitaux, les recours étaient déposés par les assureurs. Les cantons qui avaient prévu d'accélérer des corrections structurelles au moyen de listes d'hôpitaux restrictives se sont heurtés à la résistance des fournisseurs privés de prestations et de différents partenaires régionaux concernés.

En dépit des difficultés rencontrées, l'auteur de l'étude a pu établir que, pour la période allant de 1996 à début 1999, la planification hospitalière a contribué à supprimer 2'000 lits aigus, à fermer ou à reconvertir huit établissements de court séjour et à supprimer entre 600 et 700 postes. Les résultats de cette étude sont présentés dans le tableau ci-dessous.

*Fig. 2.6: Nombre de lits et de postes supprimés dans le domaine des soins somatiques aigus en milieu hospitalier*

Canton	Lits aigus supprimés	Postes supprimés	Fermetures/ réaffectations d'hôpitaux	Économies annuelles prévues (millions de francs)
ZH	600	500	5	160
BE		190 (→ fin 1999)	2	36
LU				2-3
SZ	33			
ZG			1	
FR	60			9
BS	336			8
AR	54			
TI	332			
VD	520			
Total	1'935	690	8	env. 215

Source: Rothenbühler 1999, p. 26 sur la base d'articles de presse

Comparés aux données de 1998 valables pour l'ensemble de la Suisse (OFAS 2000c), les chiffres indiqués représentent une diminution des capacités de 7 % en ce qui concerne les lits aigus, de 4 % pour les hôpitaux de court séjour et de 1 % pour le nombre de postes. Les économies réalisées sont estimées à quelque 215 millions de francs nets par an, soit 2 % environ des dépenses nettes d'exploitation de l'ensemble des hôpitaux en 1990.

L'étude des effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations, réalisée en 2001, permet de dire que la planification hospitalière a été influencée en particulier par trois facteurs, à savoir:

- *La situation politique.* La pression financière qui pèse sur les cantons, la résistance opposée par le Parlement et la population ainsi que les décisions prises par le Conseil fédéral en matière de recours jouent, dans ce domaine, un rôle important. Par exemple, politiquement, une planification relativement stricte a pu être introduite dans le canton de Zurich, tandis qu'au Tessin, il n'a été possible de fermer des hôpitaux qu'au terme d'un processus politique relativement long et à la suite d'une décision du Conseil fédéral dans une procédure de recours. Au plan politique cantonal, les parlements et le souverain disposent de moyens de sanctions qui, s'appuyant sur des considérations historiques ou des revendications relevant du marché de l'emploi, ont souvent été utilisées pour s'opposer à des planifications restrictives ou à des fermetures d'hôpitaux. Les cantons ne prennent des mesures radicales que s'il existe une forte pression financière en faveur d'une baisse des coûts ou lorsque la réduction des capacités s'impose politiquement.
- *Les surcapacités existantes.* La nécessité de fermer des hôpitaux est moindre dans les cantons où la surcapacité est minime (Thurgovie par exemple) que dans ceux où la densité de lits aigus est supérieure à la moyenne (par exemple, Zurich, Vaud, Tessin). L'analyse des planifications hospitalières indique en outre que les cantons relativement peu étendus, avec une faible densité de lits aigus, ne prévoient pas de fermetures d'hôpitaux, mais seulement une réduction minimale du nombre de lits. Les cantons possédant une densité de lits supérieure à la moyenne proposent pratiquement tous une réduction du nombre de lits aigus de l'ordre de 30 à 40 %.
- *La manière de traiter les cliniques privées.* En matière de listes d'hôpitaux, une distinction est faite entre les listes intégrales et les listes à subdivisions (Müller 1999). Pour les listes intégrales, qui ne considèrent pas séparément les hôpitaux possédant une division commune et ceux possédant une division semi-privée et privée, les soins dispensés dans toutes les divisions des hôpitaux figurant sur ces listes sont admis à charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour les listes avec subdivisions (par exemple Zurich, Thurgovie), on fait la distinction entre une liste A, comprenant les établissements autorisés à traiter les patients assurés en division commune, et une liste B, comprenant ceux habilités à traiter les patients assurés en division semi-privée et privée. Parmi les exemples considérés, les cantons de Zurich et de Thurgovie autorisent certaines cliniques privées à prendre en charge des patients assurés en division commune et les mentionnent donc expressément sur leur liste des hôpitaux, alors que dans le canton de Vaud, les établissements privés sont totalement exclus de la planification.

Il est difficile de savoir dans quelle mesure les planifications hospitalières ont favorisé une utilisation judicieuse des ressources et, partant, une réduction des coûts. La question fait l'objet de débats controversés, les retombées de la planification hospitalière étant très difficiles à établir. Une estimation des économies réalisées suppose une comparaison rigoureuse des coûts des hôpitaux cantonaux, ce qui suppose à son tour l'existence de

données complètes (structures de volumes et de coûts) et la prise en compte de différents effets indirects. On estime que jusqu'ici, la planification hospitalière n'a contribué que dans une faible mesure à une meilleure utilisation des ressources et à une diminution des coûts. Les raisons évoquées sont les suivantes:

- Rares sont les cantons qui appliquent une planification hospitalière restrictive. Les fermetures d'hôpitaux ou l'affectation des structures existantes à d'autres usages demeurent exceptionnelles. La simple suppression de lits ne suffit pas à réduire les surcapacités de manière substantielle.
- La coordination intra- et inter cantonale des planifications hospitalières manque de rigueur. On peut penser que la focalisation sur les cantons lors de la planification a même débouché sur la création de capacités supplémentaires.
- Les traitements semi-hospitaliers et ambulatoires ne sont pas suffisamment pris en compte dans la planification. On court le risque d'un transfert vers ces deux secteurs lorsqu'on prescrit une diminution du nombre des lits dans le domaine des soins hospitaliers.
- Les fermetures d'hôpitaux engendrent des transferts indirects qui grèvent les économies réalisées sur les coûts d'infrastructure (hausse des coûts des traitements lors de la fermeture d'hôpitaux relativement moins chers; création d'infrastructures supplémentaires; transferts vers d'autres domaines de soins lors de changements d'affectation).

Dans l'ensemble, les cantons n'ont utilisé que très modérément la marge de manœuvre que leur accorde la LAMal en matière de planification hospitalière. Le processus de planification a en outre été retardé par la Confédération, d'une part par le fait que certaines exigences non clairement formulées (par exemple, "couvrir les besoins" ou encore "prendre en considération de manière adéquate les organismes privés") ont donné lieu à des recours, d'autre part en raison de procédures interminables au sein de l'administration fédérale.

### **2.11.3 Recommandations des experts**

Dans son rapport sur l'état de la planification hospitalière élaboré sur mandat de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, l'auteur estime que les carences inhérentes au système sont avant tout imputables à l'absence de réelle politique de santé publique pour l'ensemble de la Suisse. Il recommande donc un vaste échange d'expériences entre les cantons et une meilleure information sur l'état de santé de la population suisse, sur le rapport prix/prestations des fournisseurs de prestations et sur la qualité des prestations fournies. La pratique consistant à établir des rapports sur la santé, telle qu'elle existe dans certains cantons, devrait s'étendre à l'ensemble du pays.

L'auteur relève également que les relations et l'interdépendance entre les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont tellement marquées qu'une planification sectorielle ne tenant pas compte des autres secteurs n'est guère pertinente. Pour cette raison, les planifications et les mesures destinées à améliorer les soins en milieu hospitalier doivent être systématiquement complétées par des planifications et mesures visant à améliorer l'ensemble du système de santé. L'auteur préconise une extension de la planification hospitalière dans le sens d'une offre de soins véritablement intégrée (médecin de famille, secteur ambulatoire, secteur semi-hospitalier, prise en compte de la réadaptation, de la psychiatrie et de la gériatrie). Il faut savoir à ce propos que pour leurs

planifications, les cantons n'ont que rarement découpé les régions d'une manière judicieuse, de sorte qu'il est actuellement nécessaire d'en créer de nouvelles.

Dans le domaine de la médecine spécialisée et de la médecine de pointe, les cantons fournisseurs de prestations de ce type devraient s'accorder le plus rapidement possible sur des principes et des directives qui permettraient une planification conjointe des capacités de soins. A cet effet, il faut établir sans délai un état de l'infrastructure de pointe disponible en Suisse et des besoins prévisibles pour l'ensemble du pays. La motion "Planification hospitalière au niveau de la Confédération", déposée par le conseiller national Remo Gysin le 3 octobre 1996 transformée par la suite en postulat, va un peu plus loin. Elle demande en effet d'une part que les planifications hospitalières cantonales et régionales soient regroupées pour l'ensemble de la Suisse et d'autre part que la médecine de pointe et la médecine spécialisée fassent l'objet d'une planification fédérale.

#### **2.11.4 Développements récents et questions en suspens**

De nombreuses questions restent encore sans réponse quant à l'efficacité de la planification hospitalière. En particulier, on ne sait pas encore véritablement quelles économies la planification hospitalière peut théoriquement induire pour les différents cantons et à l'échelon de la Suisse. On ne sait pas davantage quels modèles cantonaux semblent être les plus prometteurs et pour quelles raisons. Ce que l'on peut dire, c'est que la planification hospitalière a eu certains effets positifs. D'autres succès ne sont pas exclus étant donné que certaines planifications cantonales s'étendent jusqu'à 2010 et que des recours sont encore en suspens. Toutefois, les analyses disponibles révèlent aussi un certain nombre de faiblesses fondamentales du système, que les décisions du Conseil fédéral ont plutôt accentuées que supprimées.

Les problèmes qui se posent sont connus et des solutions sont recherchées à différents niveaux.

- Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a exprimé le souhait qu'à l'avenir, toutes les capacités hospitalières soient incluses dans la planification des besoins. Celle-ci permettrait ainsi d'instituer une régulation quantitative, pour laquelle la couverture d'assurance est négligeable. Pour cette raison, la planification hospitalière cantonale et supra-cantonale devra faire référence à l'ensemble des prestations selon la LAMal. En raison de l'assimilation des soins semi-hospitaliers aux soins hospitaliers, la planification devra également s'étendre aux établissements proposant des soins semi-hospitaliers. Cependant, le projet qui a été approuvé début octobre 2001 par le Conseil des États prévoit d'abandonner, dans l'ensemble de la LAMal, l'expression "semi-hospitalier", ce qui aurait pour conséquence de ne rien modifier à la législation en matière de planification. En revanche, dans le domaine de la médecine de pointe, la planification s'effectuerait à l'échelon de la Suisse.
- La planification coordonnée à l'échelon suisse devrait être proposée dans le cadre de la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). La médecine de pointe devrait faire l'objet d'une planification pour l'ensemble de la Suisse, fondée sur un concordat entre les cantons.
- La Confédération exerce une influence sur l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, en ce sens qu'elle mentionne même explicitement certains fournisseurs de prestations. Ainsi, en application de l'annexe 1 de l'OPAS l'assurance obligatoire des soins n'est tenue de prendre en charge une transplantation rein-pancréas seulement si l'intervention s'effectue dans le cadre des hôpitaux

universitaires de Zurich ou de Genève et si le centre tient un registre d'évaluation. En ce sens, la fourniture de prestations fait l'objet d'une régulation, notamment en ce qui concerne certains types de transplantations.

- Depuis 1998, le DFI et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires travaillent conjointement au projet intitulé "Politique nationale suisse de la santé". L'objectif visé est d'intensifier la collaboration entre les autorités et les institutions au sein du système de santé fédéraliste de la Suisse, de promouvoir le dialogue et de rassembler les forces qui œuvrent pour la santé publique. Le projet est placé sous la responsabilité d'un groupe de pilotage formé, à parité, de représentants des cantons et de la Confédération. On peut espérer que cette initiative contribuera également à améliorer la coordination dans le domaine hospitalier.

### 3. Les objectifs de la LAMal ont-ils été atteints ?

Nous avons présenté dans le chapitre précédent l'application et les effets des mesures introduites par la LAMal. Dans le présent chapitre, nous allons examiner si les mesures prises ont permis d'atteindre les objectifs visés. Avec la nouvelle loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996, le législateur poursuivait trois objectifs principaux: en premier lieu, renforcer la solidarité entre assurés différents tant au point de vue du revenu que des risques face à la maladie. Deuxièmement, garantir des soins médicaux de niveau élevé, mais financièrement supportables pour tous, et combler les lacunes de l'assurance de base. Enfin, contribuer à modérer l'évolution des coûts en introduisant des mécanismes de concurrence à l'intérieur d'un cadre réglementaire bien défini.

#### 3.1 Solidarité

Encourager la solidarité entre malades et bien-portants, entre jeunes et vieux et entre hommes et femmes figurait au premier rang des objectifs de la LAMal. Solidarité signifie que tout un chacun reçoit les soins dont il a besoin indépendamment de sa situation économique. Si l'on distingue d'un côté une pure solidarité entre individus assurés au sens d'une couverture classique des risques et, de l'autre, une solidarité au sens de la politique sociale, il est clair que la LAMal va bien au-delà de la première, dans la mesure où elle vise la solidarité entre diverses classes de revenus, entre les sexes et entre les groupes d'âge.

L'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents de 1911 (LAMA) avait fini par favoriser – en tout cas à partir des années 80 – une désolidarisation contre laquelle il a fallu dresser dans l'urgence un garde-fou provisoire, l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie. Avec la LAMal, le législateur a modifié notablement, sur certains points, les conditions cadre de l'assurance-maladie afin de renforcer la solidarité (voir notamment à ce propos Bandi 1999, p. 70 ss.). Le premier élément de cette politique est l'*instauration du libre passage intégral* dans le cadre d'une assurance obligatoire des soins. Cette dernière est fondée sur une prime unique et sur un éventail de prestations unifié. Pour éviter que la concurrence entre assureurs ne prenne la forme indésirable d'une "chasse aux bons risques", la compensation des risques entre assureurs ayant des structures de risques différentes a été introduite par la LAMal. En second lieu, il a été décidé d'introduire des subventions, financées par les recettes fiscales, afin de réduire la charge financière que les primes font peser sur le budget des ménages de condition modeste. Ces *réductions de primes individuelles* visent à instaurer une solidarité entre personnes de revenus différents. Le troisième élément essentiel de cette politique de solidarité consiste dans le *financement par les cantons des frais hospitaliers* au sens strict.

##### 3.1.1 Solidarité entre malades et bien-portants

Une solidarité véritable entre malades et bien-portants équivaut en fin de compte à la solidarité entre les assurés. C'est pour cela qu'a été introduite l'*obligation de s'assurer* à l'assurance des soins. Toute personne domiciliée en Suisse y est soumise (art. 3 LAMal). Contrairement à ce que prévoyait l'ancienne loi (LAMA), l'assureur est tenu d'admettre toute personne désireuse de s'assurer auprès de lui contre la maladie (art. 4 LAMal), et il ne peut imposer alors quelque réserve que ce soit ni fixer des primes différentes pour les hommes et pour les femmes. Quand bien même la presque totalité de la population s'était

déjà assurée de son plein gré sous le régime de l'ancienne loi, l'introduction de l'obligation de s'assurer a entraîné une différence qualitative essentielle. Désormais, en effet, il n'a plus été possible pour les "bons risques" (c'est-à-dire, en général, les jeunes en bonne santé) d'échapper à la solidarité instaurée par l'assurance obligatoire des soins. Rien n'empêchait par contre un assureur de se retirer d'un canton où la structure des risques de son effectif lui était défavorable, comme l'a montré le "cas Visana". Afin de contrecarrer ce genre de sélection des risques, le DFI a rendu en 1998 une décision imposant à la caisse-maladie Visana un délai de dix ans avant une éventuelle reprise de son activité sur le territoire qu'il a abandonné.

La *prime unique* et la garantie d'un *libre passage intégral* donnent aux assurés, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur état de santé, la liberté de changer d'assureur, par exemple pour en choisir un qui, grâce à la composition de son effectif et à l'efficacité de sa gestion, peut proposer des primes plus avantageuses. La *compensation des risques* entre les assureurs prévue par l'art. 105 LAMal compense les différences de frais par assuré directement imputables à la composition des effectifs, autrement dit à la présence plus ou moins importante de certains groupes de risques liés à l'âge et au sexe. Le volume annuel de cette compensation atteint 600 à 700 millions de francs. Son absence se traduirait tôt ou tard par une polarisation entre assureurs très chers d'un côté et assureurs relativement bon marché de l'autre, qui favoriserait à son tour le "lâchage" des assureurs chers par les "bons risques": la propension à changer d'assureur est en effet plus grande chez les personnes en meilleure santé (Peters et al. 2001). Il en résulterait à long terme une éviction des assureurs chers du marché, même si ceux-ci ne travaillent pas nécessairement de façon moins efficiente. La compensation des risques permet de maintenir la diversité des caisses, indispensable à l'effet de concurrence souhaité. Sous l'ancienne loi, l'échelonnement des primes en fonction de l'âge d'entrée, ainsi que la possibilité de fixer des réserves, avaient eu pour double effet de rendre difficile, voire pratiquement impossible, un changement d'assureur à partir d'un certain âge ou dans un mauvais état de santé, et de produire justement la désolidarisation que l'on sait.

Il n'est pas possible de chiffrer précisément la solidarité résultant de la prime unique introduite par la LAMal. Mais la compensation des risques, qui aplanit les écarts par rapport au coût moyen des risques par classe d'âge au niveau cantonal, en fournit une assez bonne approximation. Les études effectuées dans ce domaine ont estimé à quelque 3,4 milliards de francs par an le total des sommes transférées pour compenser solidairement entre les assureurs les écarts de coûts entre les groupes de risques (volume brut de la compensation). Par rapport au régime précédent, la compensation des risques a pu, selon les analyses des effets dont nous disposons, juguler la désolidarisation (cf. § 2.4). Elle a considérablement réduit chez les assureurs l'incitation à sélectionner les risques. Mais cette sélection n'a pas disparu pour autant: les assureurs disposent – en premier lieu par le biais des assurances complémentaires – d'informations sur l'état de santé, le revenu, le niveau culturel et le degré d'urbanité des assurés potentiels qui leur permettent d'en évaluer le potentiel de risques. Il en résulte dans le meilleur des cas une publicité ciblée, mais on a aussi eu vent de pratiques moins reluisantes, telles que le *mobbing* ou les primes récompensant agents d'assurance qui parvenaient à "éliminer les mauvais risques" de leur effectif d'assurés.

La compensation des risques constitue un correctif indispensable pour permettre une concurrence loyale dans les limites fixées par l'Etat (obligation de s'assurer, libre passage intégral). Etant donné que l'attente initiale, c'est-à-dire à moyen terme une harmonisation des structures des assureurs, ne s'est pas concrétisée, les études disponibles recommandent d'inscrire définitivement la compensation des risques dans la loi. L'on évoque également

la prise en compte d'autres facteurs et la création d'un pool pour les risques élevés (cf. § 2.4).

### 3.1.2 Solidarité entre les revenus

Pour encourager la solidarité entre les catégories de revenu, la LAMal a introduit un système de réduction individuelle des primes, et le financement des hôpitaux poursuit un objectif comparable.

#### **Réduction des primes**

Un système de réduction des primes existait déjà avant l'introduction de LAMal, mais les subsides alloués par la Confédération sous le régime de la LAMA n'étaient pas destinés à une catégorie particulière de bénéficiaires: ils étaient versés aux assureurs-maladie sous forme de subvention générale. Avec les arrêtés fédéraux urgents des années 90, des fonds supplémentaires ont été mis à disposition, mais leur affectation devait répondre à des besoins précis (cf. Balthasar 1998, p. 16).

Au titre de la réduction des primes, la Confédération et les cantons ont engagé respectivement 1,7 milliard et 850 millions de francs en 2000 pour alléger la charge que les primes font peser sur le budget des assurés de condition modeste.

Les études disponibles montrent qu'en général, la population connaît bien l'existence de ces subsides. En 2000, 85 % des personnes assumant dans leur ménage la responsabilité de l'assurance-maladie en avaient déjà entendu parler (cf. § 2.5). A cet égard, la pratique de certains cantons a suscité la critique: dans ceux qui n'utilisent pas les données fiscales pour informer individuellement les ayants-droit potentiels, 20 à 25 % de ces derniers n'ont pas présenté de demande. Dans les autres cantons le problème concerne moins de 5 % des assurés. Le principal facteur pouvant expliquer pourquoi des ayants-droit ne se manifestent pas est une méconnaissance du système, en particulier des conditions donnant droit aux réductions et de la procédure à suivre. En second lieu vient le désir d'indépendance, en troisième la négligence. Ce troisième facteur intervient plus fréquemment dans les cantons où les ayants-droit sont informés personnellement et où ils doivent eux-mêmes présenter la demande. Quant à la crainte d'une stigmatisation qui frapperait les bénéficiaires d'une réduction, elle joue, dans tous les cantons où l'enquête a été menée, un rôle insignifiant.

Les études montrent, sur la base de cas-types, que les réductions individuelles de primes produisent l'effet souhaité du point de vue de la politique sociale. Elles aboutissent dans la plupart des cantons à un allègement ciblé des charges pesant sur les classes de revenus les plus faibles. La question de savoir si les objectifs de politique sociale visés par la réduction des primes sont atteints reçoit une réponse plus nuancée. Les calculs montrent que dans plusieurs cantons, la part moyenne consacrée en 2000 par les ménages aux primes d'assurance dépassait le plafond souhaité des 8 % du revenu imposable. Si l'on considère les catégories de revenus, ce sont les ménages à revenu moyen qui sont les plus touchés. Les cantons de Zurich, Lucerne, Soleure, Bâle-Campagne, Schaffhouse et Argovie n'utilisent pas entièrement les fonds mis à disposition par la Confédération, alors même qu'ils n'atteignent pas l'objectif fixé par le Conseil fédéral. Dans ces cantons, la solidarité entre riches et pauvres est comparativement inférieure à la moyenne, même compte tenu de la diversité des réglementations fiscales.

### **Financement des hôpitaux**

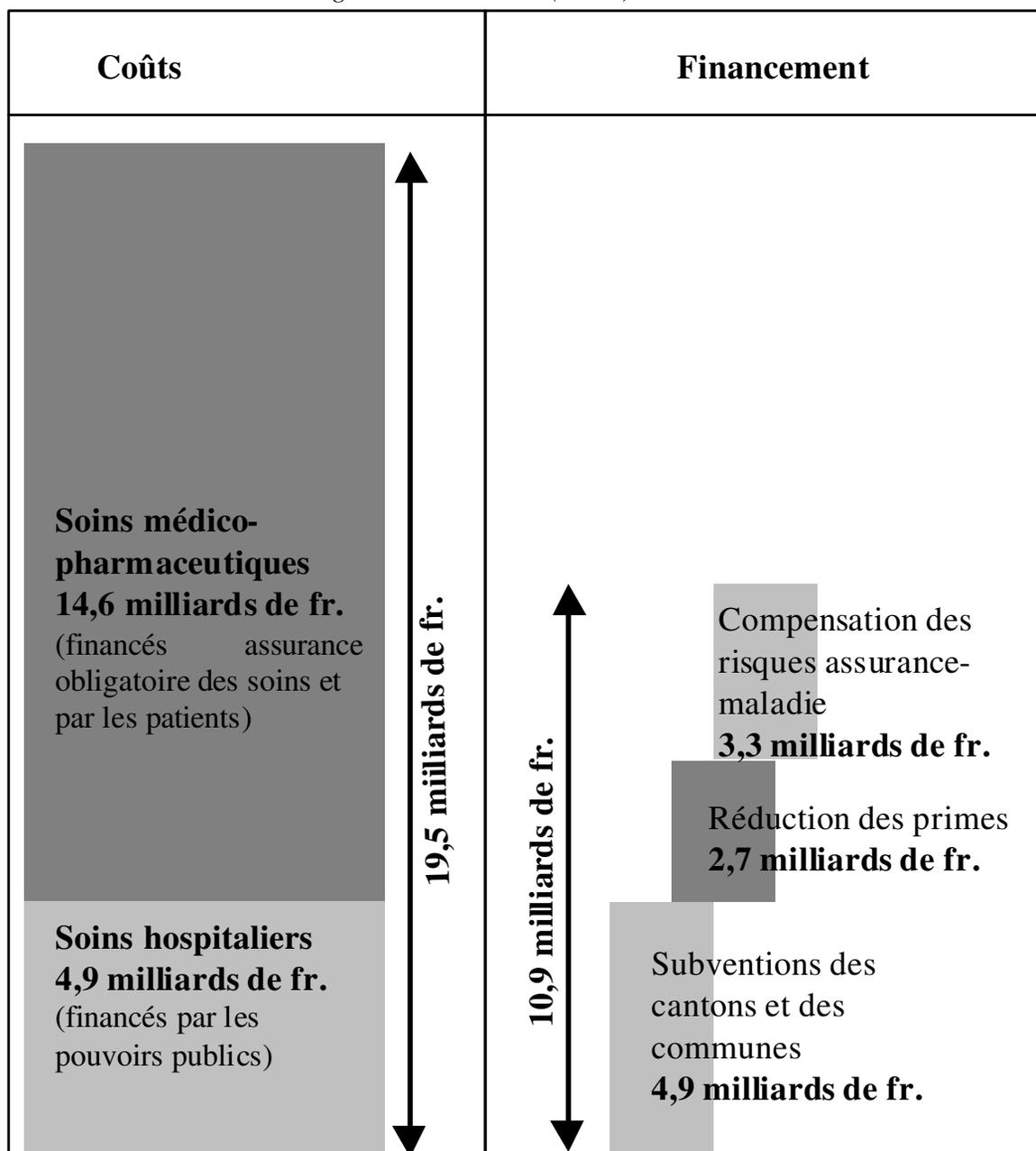
Le troisième élément essentiel contribuant à la solidarité visée consiste dans le financement par les cantons des frais hospitaliers au sens strict. La LAMal prévoit que les cantons prennent en charge au moins 50 % des forfaits fixés dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En 1997, le Tribunal fédéral des assurances a décidé que les cantons devaient aussi payer ce montant pour leurs habitants, assurés en privé ou en semi-privé, qui reçoivent pour des raisons médicales des soins hospitaliers dans un autre canton. Cette mesure vise notamment à amener les cantons à remplir de façon cohérente l'obligation de planification et en particulier à coordonner la planification, le financement et le taux d'occupation des hôpitaux, l'objectif étant d'optimiser l'utilisation des ressources et, par là, de mieux maîtriser les coûts.

L'analyse des effets fournit des indices permettant d'affirmer que les cantons réduisent les prestations de solidarité passant par le financement des hôpitaux. Leur contribution à ce financement (investissements compris) est en baisse depuis le début des années 90; elle a ainsi passé de 35,5 % en 1991 à 29,7 % en 1998 (Greppi et al. 2000). Si, en 1998, les collectivités publiques avaient pris la même part au financement des hôpitaux qu'en 1991, elles auraient dû assumer des charges supplémentaires d'environ 1,4 milliard de francs. La deuxième révision partielle de la LAMal proposée par le Conseil fédéral vise à stopper cette tendance. Son objectif est d'empêcher que ne se poursuive le mouvement continu de transfert de la charge financière sur l'assurance-maladie et le report sur les primes par tête qui lui est lié.

#### **3.1.3 Conclusions**

Si l'on met les divers éléments mesurables de la solidarité en regard des dépenses des assurés, on constate que l'expression directe de la solidarité dans l'assurance-maladie représente environ la moitié des coûts.

Fig. 3.1 : Dépenses des assurés et éléments mesurables de la solidarité dans l'assurance obligatoire des soins (1997)



Source: Bandi 1999, p. 72 (Le graphique donne des ordres de grandeur)

Il faut toutefois préciser que ce calcul ne tient pas compte de toutes les redistributions qui s'opèrent dans le domaine de la santé publique.<sup>13</sup> Il n'en est pas moins clair que les fonds engagés dans les diverses formes de solidarité touchant l'assurance obligatoire des soins ont atteint un ordre de grandeur considérable. Même si aucune valeur-cible n'a été définie,

<sup>13</sup>Par exemple, les assurés qui ont opté pour une forme particulière d'assurance ont assumé environ un milliard de francs de leurs coûts de santé par le biais des franchises ordinaires, somme qui vient s'ajouter à la compensation des risques. Il n'en est pas tenu compte. Le fait que les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire ne touchent aucun subside cantonal pour leurs frais d'hospitalisation n'est pas non plus pris en considération.

on peut estimer que l'objectif en matière de solidarité a été atteint. Il n'en demeure pas moins, et la chose est préoccupante, que la forte croissance des coûts de la santé aboutit à ce que, dans un nombre grandissant de cantons, le subventionnement des primes ne pourra plus en l'état garantir que la charge représentée par ces dernières reste financièrement supportable pour tous les assurés. On assiste de plus à un retrait des cantons en matière de financement des hôpitaux. Mais l'introduction de contributions de solidarité recèle un autre problème: elle risque de susciter chez les assureurs ou les assurés un comportement non conforme aux lois du marché. La question se pose donc de savoir si une extension de la compensation des risques ne va pas restreindre la concurrence entre les assureurs et aboutir à la mise en place d'une caisse unique. L'on peut également se demander quel effet une extension des réductions de primes aura sur le comportement des assurés. L'exemple du canton de Genève invite à penser que le subventionnement tend à empêcher un changement d'assureur maladie là même où ce changement serait en accord avec les lois du marché (Commission externe d'évaluation des politiques publiques 2000). Il convient donc d'adopter des mesures incitant les assurés de condition modeste à s'intéresser à des assureurs et formes d'assurance plus avantageux.

## 3.2 Fourniture des soins

Le second objectif principal de la LAMal est de garantir aux assurés des soins sûrs, efficaces et de qualité élevée en cas de maladie et, subsidiairement, d'accident. L'établissement du catalogue des prestations et la promotion du contrôle de la qualité devaient y contribuer.

### 3.2.1 Etablissement du catalogue des prestations

Trois questions présentaient un intérêt particulier par rapport à l'établissement du catalogue des prestations. Tout d'abord, *l'éventail des prestations* couvertes par l'assurance obligatoire des soins correspond-il aux principales prestations fournies dans les autres pays ? Ensuite, comment évaluer les *conséquences financières* des prestations recommandées au DFI par la Commission fédérale des prestations générales (CFP) ? Enfin, dans quelle mesure la LAMal a-t-elle encouragé comme souhaité la *prévention* ?

Une étude comparative au niveau international a montré que *l'éventail des prestations couvertes par l'assurance de base suisse* peut être jugé complet et que les prestations satisfont aux standards médicaux internationaux. Les principaux besoins sont entièrement couverts et la densité en matière d'offre de soins est très élevée (cf. § 2.7). La population elle-même est satisfaite de l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'enquête représentative menée en 2000 auprès des assurés, la moitié (49,9 %) des personnes interrogées jugent bon le champ couvert par le catalogue des prestations. Près de deux assurés sur cinq (38 %) sont favorables à son extension, et seulement 6,9 % des personnes interrogées se prononcent pour sa réduction. A noter que les partisans de l'élagage se trouvent surtout parmi les ménages à hauts revenus. Les résultats ont révélé des différences notables entre les régions linguistiques: les assurés de Suisse alémanique jugent plutôt bonne l'étendue du catalogue des prestations, alors que la majorité des personnes interrogées en Suisse romande se prononce en faveur d'un étouffement.

Le débat politique a souvent vu dans *l'admission de nouvelles prestations* un *facteur essentiel de l'augmentation des coûts* dans l'assurance obligatoire des soins. Il est apparu qu'une vérification empirique fiable de cet argument n'était pas possible dans le cadre de l'analyse des effets. En effet, l'exposé des conséquences financières que l'on trouve dans les documents remis par les fournisseurs de prestations en vue d'une admission varie

considérablement de l'un à l'autre et la CFP s'est abstenue en règle générale de procéder à des examens complémentaires. L'estimation des conséquences financières des prestations traitées par la CFP n'a donc pu être que très approximative. En tout état de cause, elles ne représentent qu'une fraction de pour-cent sur les quelque 40 milliards de francs des dépenses globales de la santé publique et sur la part de quelque 14 milliards de francs des prestations médico-pharmaceutiques couvertes par l'assurance-maladie. Et même sur les variations annuelles des dépenses de l'assurance-maladie, la part due à l'admission de nouvelles prestations se situe entre 0,6 et 5 %. Par conséquent, et même si l'on tient compte de l'insuffisance des documents, il n'existe aucune preuve que les prestations admises par le DFI sur proposition de la CFP aient pu influencer notablement sur l'évolution des coûts de la santé publique.

La LAMal a inclus dans l'assurance obligatoire des soins certaines *prestations préventives*. L'étude de trois d'entre elles a montré, dans le cas d'une mesure déjà proposée avant son admission au nombre des prestations obligatoirement remboursées (frottis du col de l'utérus), que l'offre restait inchangée. En ce qui concerne la vaccination des enfants en âge scolaire, l'on a observé des effets structurels: transfert des services médicaux scolaires vers les cabinets privés ou mélange des deux systèmes. En général, les cantons ont profité de leur plus grande marge de manœuvre financière pour réduire leurs charges. Seuls trois d'entre eux ont lancé des programmes de mammographies de dépistage. En fait, on a négligé de définir des objectifs clairs au moment d'introduire des prestations de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées, et on n'a pas non plus prêté suffisamment d'attention aux conditions d'application. Il en est résulté des écarts entre la forme prescrite par la loi et la manière dont les prestations sont fournies dans la pratique. Dans l'ensemble, force est de constater que l'inscription des prestations préventives dans le catalogue n'a pas provoqué de changement de comportement chez la population visée, ou qu'elle a produit d'autres modifications que celles qu'on souhaitait. La part des dépenses de santé consacrées à la prévention est même en léger recul (Greppi et al. 2000, p. 63).

### 3.2.2 Garantie de la qualité

La LAMal a introduit des règles de contrôle de la qualité. L'article 58 prévoit la possibilité d'effectuer des contrôles systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations. L'OAMal a introduit l'obligation pour les fournisseurs de prestations ou leurs organisations d'assurer la garantie de la qualité. Un premier bilan établi en 1999 dans le contexte de l'analyse des effets révèle que l'effort visant à faire de la gestion de la qualité un thème prioritaire a eu un effet positif (cf. § 2.8). Mais il a aussi permis de constater que la garantie de la qualité dans la santé publique n'en est qu'à ses premiers balbutiements. La maigreur des ressources, les incertitudes en matière de planification, l'absence d'incitations financières face à un surcroît de travail administratif, ainsi que la crainte d'un usage abusif des résultats, sont autant d'obstacles dans l'élaboration et le développement d'un système de garantie de la qualité. Les organismes payeurs sont toujours plus nombreux à reconnaître qu'ils pourraient se servir des conventions tarifaires pour amener les fournisseurs de prestations à agir en vue de promouvoir la qualité. Ils ont toutefois fait observer que l'absence d'une jurisprudence en la matière, jointe à l'obligation de contracter entre organismes payeurs et fournisseurs de prestations, n'étaient pas pour faciliter la prise de sanctions sous forme de réductions tarifaires.

### 3.2.3 Conclusions

En résumé, les études montrent que la LAMal est parvenue à garantir en Suisse des soins médicaux de haute qualité et à combler les lacunes de l'assurance obligatoire des soins. On peut donc dire que l'objectif en matière de prestations a été atteint. Les nouvelles prestations médicales fournies sur la base du principe de confiance et non controversées sont prises en charge sans examen complémentaire. L'obligation de contracter garantit aux assurés une grande liberté dans le choix des fournisseurs de prestations, ce qui a des répercussions positives sur la qualité des soins. La majorité des assurés est également satisfaite de l'étendue du catalogue des prestations. Les principales lacunes constatées par l'analyse consistent en premier lieu dans l'insuffisance du contrôle de l'économicité, non seulement pour les nouvelles prestations, mais aussi et surtout pour les anciennes. Par ailleurs, le contrôle de la qualité s'est insuffisamment développé durant les premières années d'application de la LAMal. La raison principale en est dans l'absence d'incitations en la matière.

Enfin, le thème du "rationnement" (implicite) des prestations médicales a pris ces derniers mois une importance grandissante dans le débat public. Aucune étude à ce sujet n'a été menée dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, mais la Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie s'est longuement penchée sur la question et elle a donné son avis en août 2000, à l'occasion d'une conférence de presse, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des prestations médicales coûteuses. Il est question pour elle de rationnement lorsqu'une prestation médicale efficace ne peut pas être offerte à tous les patients parce que certaines ressources ne sont pas disponibles; il y a rationnement avoué lorsque les critères font l'objet d'une discussion et sont connus, rationnement caché lorsque la fixation des critères est spontanée et laissée au hasard. L'on ne peut en revanche parler de rationnement lorsque des prestations disponibles en quantité limitée sont remplacées par des prestations équivalentes, lorsque le choix des dates et des lieux de traitement est limité pour les patients ou lorsque des méthodes inefficaces ou peu efficaces ne sont pas offertes. La commission estime qu'à l'heure actuelle et dans un proche avenir, la marge de manœuvre au sein du système de santé est suffisante pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en arriver à un rationnement. La nécessité de faire un tri entre les patients s'impose parfois pour des raisons qui ne sont pas financières, comme le manque d'organes, d'équipements techniques ou de professionnels au fait des nouvelles méthodes. L'établissement de budgets annuels trop serrés pour les hôpitaux et l'imposition de forfaits par cas calculés trop juste peuvent cependant provoquer des décisions individuelles de rationnement. Il est donc nécessaire de prévoir des sortes de filets de sécurité destinés à assurer le financement de prestations médicales très coûteuses et de mettre au point dans les hôpitaux des règles internes s'appliquant aux situations où un tri s'impose. La commission insiste sur le principe de l'égalité des chances et relève que le fait de ne pas fournir des prestations indiquées médicalement, faute de pouvoir les financer, contrevient à l'interdiction de toute discrimination inscrite dans la constitution fédérale. "L'assurance obligatoire des soins couvre toutes les prestations importantes pour la santé et empêche ainsi la mise en place d'une médecine à deux vitesses" (Gurtner 2000, Thèses, p. 198 s.). Estimant que le risque de rationnement des prestations médicales coûteuses reste un sujet d'une brûlante actualité, la commission a proposé de charger un groupe d'experts provenant d'horizons variés de définir les critères qui seraient appliqués dans des situations de rationnement et de créer une commission qui applique ces critères.

### 3.3 Maîtrise des coûts

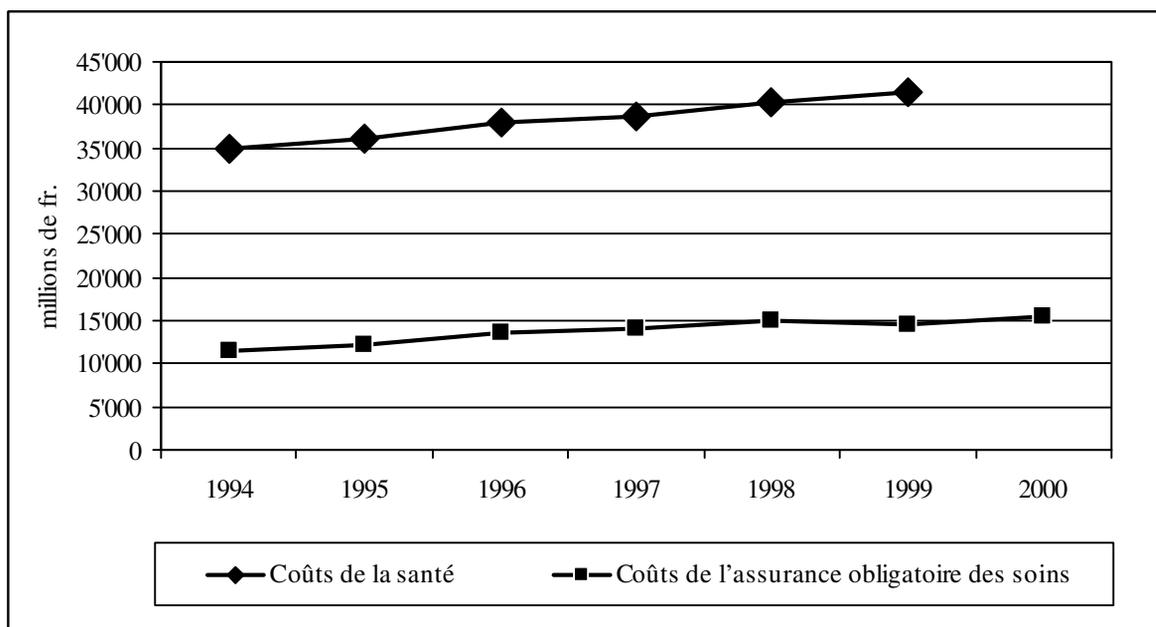
Le troisième objectif principal de la LAMal est de mettre un frein à l'augmentation des coûts. Le message sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 affirme que cet objectif ne sera véritablement atteint que lorsque l'accroissement annuel des dépenses de santé par habitant suivra l'évolution générale des salaires et des prix: "Or, cet idéal n'est guère réalisable à moyen terme. Il n'en reste pas moins qu'il faut éviter à tout prix que le fossé entre les dépenses de santé et les salaires ne se creuse davantage, autrement dit il s'agira d'ajuster la hausse des dépenses de santé à l'évolution des salaires. Les mesures destinées à maîtriser les coûts ne se concrétiseront pas immédiatement après la mise en vigueur de la loi. En effet, les divers instruments mis en œuvre ne pourront se révéler pleinement efficaces que combinés les uns avec les autres. Pour que la réforme aboutisse, il est donc nécessaire que tous les partenaires du domaine de la santé y participent." (FF 1992 I, p.77 et ss)

Avant de tenter une réponse à la question de savoir si l'objectif de la maîtrise des coûts a été atteint (§ 3.3.3), il est nécessaire de considérer de plus près l'évolution des coûts (§ 3.3.1) et leur financement (§ 3.3.2). Ce faisant, il convient de distinguer entre les coûts de la santé dans leur ensemble et ceux de l'assurance obligatoire des soins en particulier.

#### 3.3.1 L'évolution des coûts

Les coûts de la santé, tout comme ceux de l'assurance obligatoire des soins, ont régulièrement augmenté ces dernières années.<sup>14</sup> Le graphique 3.2 ci-dessous montre que, de 1994 à 1998, les coûts de la santé sont passés de 34 milliards à près de 40 milliards de francs.

Fig. 3.2: Evolution des coûts de la santé et de ceux de l'assurance obligatoire des soins



Source: Greppi et al. 2000: T5.1a et T8.1; OFAS 2001

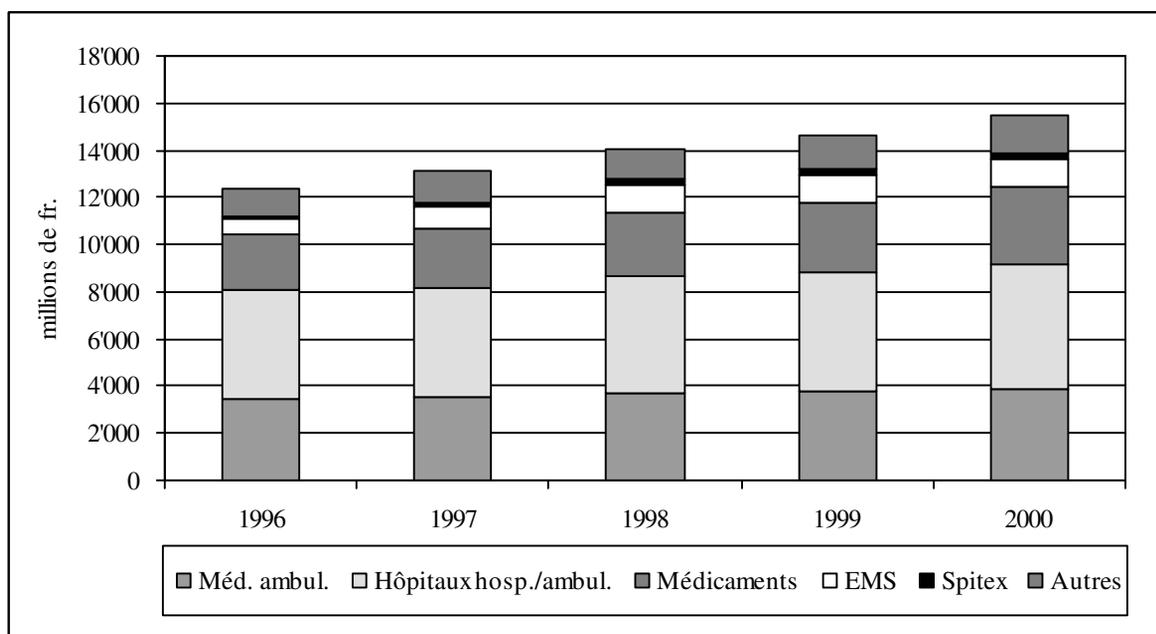
<sup>14</sup>Les dépenses de santé selon la définition de l'OCDE ne se limitent de loin pas aux prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

L'ensemble des dépenses de santé a, par rapport à l'année précédente, augmenté de 5,4 % en 1996, de 2,9 % en 1997 et de 3,9 % en 1998, ce qui correspond à une hausse moyenne de 4,1 %. Au cours des deux années précédant l'introduction de la LAMal, les taux de croissance ont été légèrement inférieurs: 3,4 et 3,6 %. Cette augmentation doit être mise en relation avec celle des prix des biens et services du domaine de la santé publique, car les dépenses de santé sont influencées par le niveau des prix et par le volume des biens et services mis à contribution.

Si nous observons l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins de 1994 à 1998, nous constatons qu'ils sont passés de quelque 12 milliards à 15 milliards de francs. De 1995 à 1996, en raison de l'extension du catalogue des prestations, l'augmentation a été d'environ 1,3 milliard de francs, soit 10,8 %. Cette croissance correspond largement aux prévisions formulées dans le message du Conseil fédéral.

Le graphique ci-dessous (fig. 3.3) illustre les parts de coûts imputables aux divers fournisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (frais administratifs des assureurs non compris). Les coûts les plus importants générés en 2000 sont dus aux secteurs des traitements médicaux ambulatoires (24,9 % de l'ensemble des coûts), des hospitalisations (23,9 %), des médicaments (21 % au total) et des soins hospitaliers ambulatoires (10,8 %). Par rapport à 1996, les augmentations les plus importantes sont celles des traitements médicaux (0,4 milliard de francs), des soins hospitaliers ambulatoires (0,6 milliard de francs), des médicaments (0,9 milliard de francs) et des établissements médico-sociaux (0,6 milliard de francs). Les autres secteurs ont joué un rôle bien moindre dans la hausse des coûts. Les parts relatives des traitements médicaux, des hospitalisations et des autres traitements (physiothérapie, ergothérapie, analyses, etc.) ont diminué.

Fig. 3.3: Parts de coûts imputables aux fournisseurs de prestations dans l'assurance obligatoire des soins (frais administratifs des assureurs non compris)



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

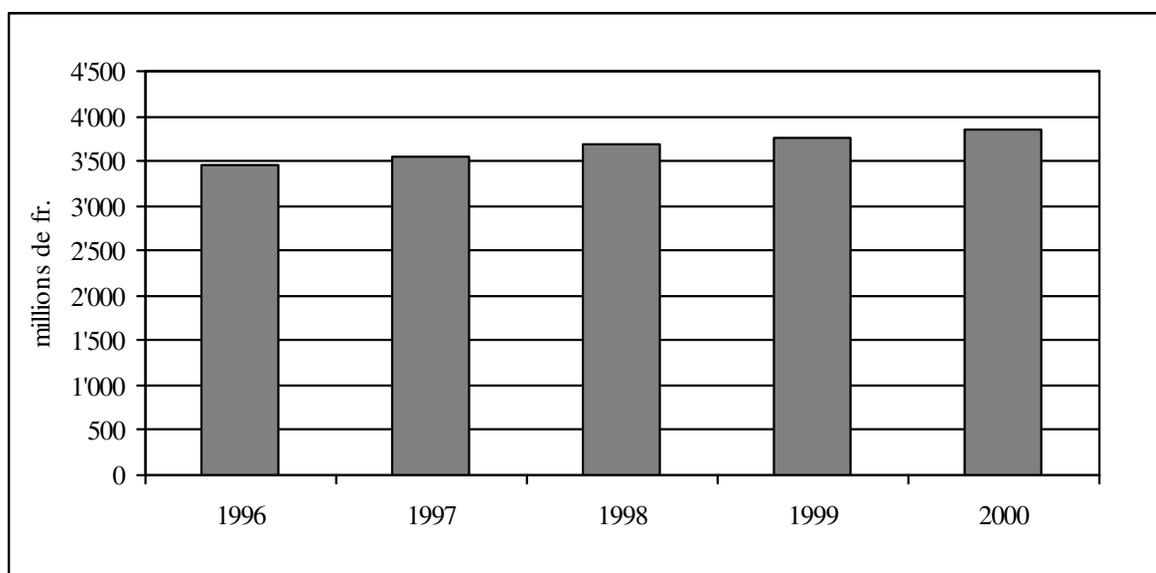
Passons maintenant à un examen plus détaillé des divers fournisseurs de prestations.

### **Prestations médicales**

Les dépenses dues aux traitements médicaux (médicaments non compris) ont crû d'environ 11,4 % de 1996 à 2000 (voir graphique ci-dessous, fig. 3.4). Ces dernières années, l'augmentation des coûts a été supérieure à la moyenne; en 1999/2000, elle a été de 2,2 %. Etant donné que les tarifs médicaux n'ont pratiquement pas augmenté au cours de ces deux ans, il est permis d'imputer cette croissance à l'*accroissement du volume des prestations*. Trois éléments jouent ici un rôle prépondérant:

- Premièrement, l'*augmentation du nombre des médecins*. La densité médicale a plus que décuplé entre 1995 et 1999 (Greppi et al. 2000). On observe à cet égard des différences considérables d'un canton à l'autre. Ainsi, l'augmentation a été très forte dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et de Schwyz, minime dans ceux d'Argovie et de Lucerne. En 1999, la densité médicale était d'un médecin pour 805 habitants dans le canton de Thurgovie, contre 1 pour 521 dans celui du Tessin (Greppi et al. 2000, T 4.5 i). Il est intéressant de constater que le nombre de médecins spécialistes est corrélé avec le niveau des primes. On est tenté d'en tirer la conclusion que la croissance des coûts des traitements médicaux ambulatoires est due essentiellement à la densité des médecins spécialistes et au gonflement de volume qui lui est lié.

Fig. 3.4: Evolution des coûts des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

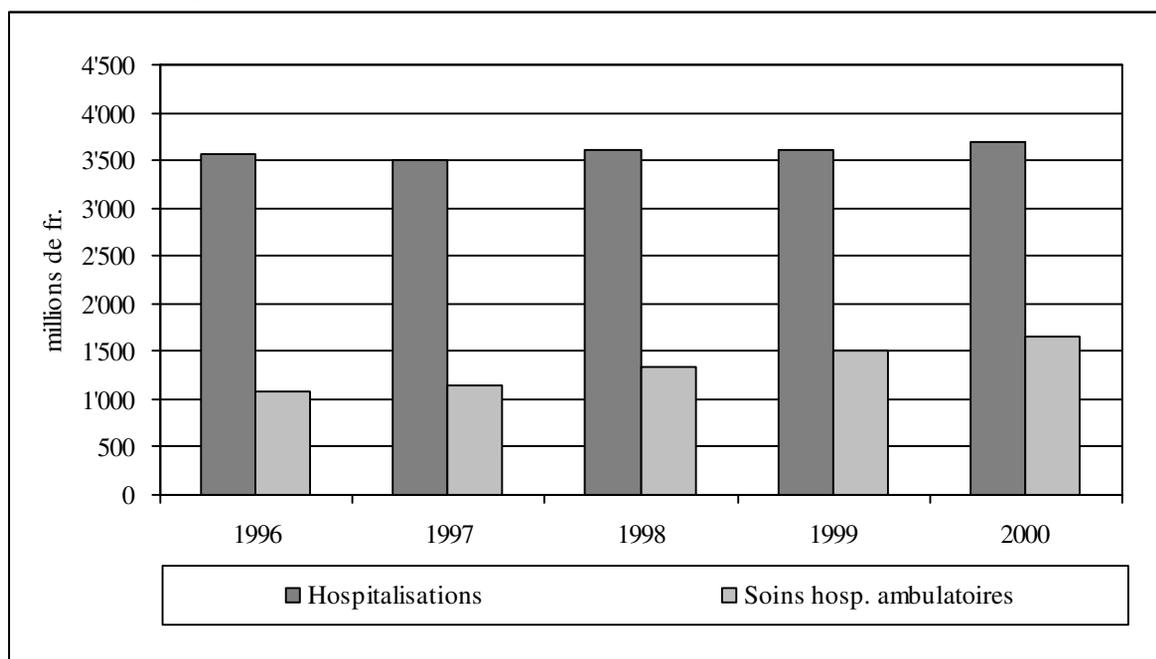
- Deuxième facteur conduisant à l'augmentation du volume des prestations, l'*admission de nouvelles prestations* (p. ex. dans le domaine de la médecine complémentaire). Alors que l'introduction des prestations recommandées par la CFP n'a eu qu'une influence minime sur les coûts, certains experts estiment que l'admission de la médecine complémentaire a tendanciellement augmenté le nombre de traitements dans ce domaine (cf. étude PNR Sommer et al. 1998).
- Enfin, les sociétés de médecins citent un troisième facteur: l'*"appétit de prestations"* aiguisé chez les patients par la hausse des primes consécutive à l'introduction de la LAMal.

Il est clair que jusqu'ici, la LAMal n'a pas contribué de manière sensible à la maîtrise des coûts purement médicaux. Si la loi a amené une certaine pression sur les coûts, surtout en ce qui concerne les tarifs, cet effet a été neutralisé par une augmentation correspondante du nombre de consultations. Quant aux formes particulières d'assurance, elles n'ont pas eu d'influence perceptible sur les coûts médicaux, leur diffusion étant trop insuffisante pour produire l'effet de concurrence souhaité entre les différents modèles. Dans une perspective à long terme, il faut néanmoins tenir compte du fait que le processus mis en branle avec les formes particulières d'assurance a besoin d'un certain temps pour produire des économies sensibles.

### **Traitement à l'hôpital: hospitalisations et soins ambulatoires**

Les coûts des soins hospitaliers *ambulatoires* ont très fortement augmenté de 1996 à 2000 (cf. graphique ci-dessous, fig. 3.5). Pour l'année 2000, les dépenses dues à ce secteur dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sont estimées à 1,67 milliard de francs. Sur cinq ans, ces dépenses ont donc augmenté de plus de 54,5 %. C'est en 1997/1998 que la croissance a été la plus nette (18 %). En 1999 et 2000, la croissance annuelle est restée comprise entre 10 et 12 %. Cette forte hausse des coûts est due en premier lieu à un transfert des prestations de soins hospitaliers au sens strict, subventionnés, vers le secteur ambulatoire – transfert qui se justifie pleinement tant du point de vue médical que social –, ainsi qu'aux progrès accomplis dans le domaine technique. Cette évolution s'est traduite par un transfert de coûts vers les médicaments et les moyens et appareils.

Fig. 3.5: Evolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins: hospitalisations et soins ambulatoires



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

Les dépenses dues aux hospitalisations ont été estimées à 3,7 milliards de francs pour l'année 2000, ce qui représente une augmentation de 3,55 % par rapport à 1996 (cf. graphique ci-dessus, fig. 3.5).

Les études à disposition parviennent à la conclusion que, dans l'ensemble, la LAMal n'a guère influé sur l'évolution des coûts hospitaliers. Trois effets positifs sont à relever :

- Dans le secteur des hospitalisations, les *tarifs* sont restés pratiquement inchangés; ici la hausse des coûts a donc effectivement été freinée.
- Les efforts entrepris, notamment dans la *planification hospitalière* ou la *garantie de la qualité*, se sont traduits ici et là par des *économies*. Aux dires de la plupart des hôpitaux, les traitements ont gagné en économicité, la durée moyenne des séjours a été réduite, et des interventions qui auparavant nécessitaient impérativement une hospitalisation sont aujourd'hui effectuées à moindres frais en ambulatoire.
- Enfin, il ne faut pas sous-estimer l'*influence de politiques cantonales de financement plus restrictives* liée à l'obligation cantonale de planification hospitalière et de subventionnement. Pour promouvoir une meilleure prise en compte des critères économiques se traduisant par des réductions de coûts, certains cantons ont introduit avec succès le système de l'enveloppe budgétaire globale ou des formes de financement liées aux prestations. Dernièrement, des accords ont été conclus pour modifier certaines formes de tarification, ce qui devrait avoir une influence positive sur l'évolution des coûts.

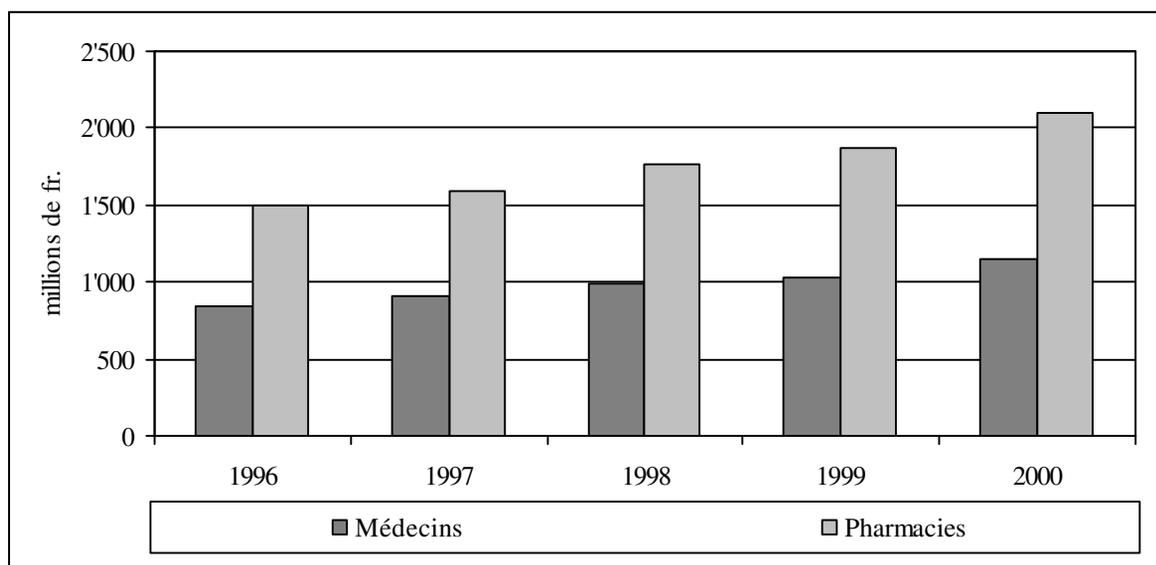
Cependant, ces résultats tous synonymes de maîtrise des coûts sont masqués par des effets agissant en sens contraire.

- Le principal facteur inducteur de coûts est l'*augmentation générale du volume*. Les nouvelles possibilités techniques, l'évolution conjoncturelle et surtout démographique, ainsi que l'extension par la LAMal du catalogue des prestations, ont toutes contribué au maintien de la croissance des coûts hospitaliers dans les deux secteurs, hospitalisations et soins ambulatoires.
- D'autre part, les restrictions imposées par la tarification comme par le financement ont amené les hôpitaux à réagir par des *réactions de contournement*. Au lieu des économies voulues, on a observé des transferts de coûts dans le domaine ambulatoire et des compensations d'éventuels manques à gagner par une augmentation du volume des prestations.
- Enfin, les éventuelles réductions des coûts hospitaliers ont été neutralisées, ces derniers temps, par une *augmentation des frais de personnel*. Après une longue période de stagnation des salaires, des adaptations conséquentes se sont imposées dans le secteur des soins et pour les médecins-assistants, ce qui s'est traduit par une augmentation des coûts.

### **Médicaments**

En 2000, les dépenses dues aux médicaments dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ont atteint globalement quelque 3,24 milliards de francs, ce qui représente une croissance de 39 % par rapport à 1996 (cf. graphique ci-dessous, fig. 3.6). Sur cette somme, les médicaments remis par les pharmacies totalisaient 2,1 milliards de francs. De 1996 à 2000, le taux d'augmentation annuel a oscillé entre 10 et 12 %.

Fig. 3.6: Evolution des coûts des médicaments de 1996 à 2000



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

Pour les médicaments aussi, la hausse des coûts peut s'expliquer par un transfert important. En effet, les prix des médicaments ont plutôt baissé depuis 1996 et la quantité délivrée est restée assez stable. La réduction annuelle des prix, comprise entre 0,4 et 2,5 %, est due en partie à la règle de la comparaison avec le prix à l'étranger selon l'art. 35 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), qui prescrit que le prix d'un médicament ne doit pas dépasser la moyenne des prix de fabrique pratiqués dans trois pays économiquement comparables (Greppi et al. 2000). Mais les adaptations de prix ont été largement contrebalancées par l'usage de nouveaux produits plus coûteux. Un autre effet de renchérissement est dû à un transfert de coûts du secteur hospitalier au sens strict à celui des soins ambulatoires, où les médicaments ne sont pas compris dans les forfaits mais doivent être financés par l'assurance-maladie.

Le nouveau système de rémunération des pharmaciens basée sur les prestations, entré en vigueur en 2001, est censé contribuer à la maîtrise des coûts, car il supprime l'incitation à délivrer des préparations originales pour promouvoir la remise de génériques. La réduction des marges (contribution à la stabilisation des coûts) et l'"enveloppe budgétaire globale" avec correction de la valeur du point pour les prestations très coûteuses ("modèle de la neutralité du produit") devraient accroître l'incitation à remettre des génériques.

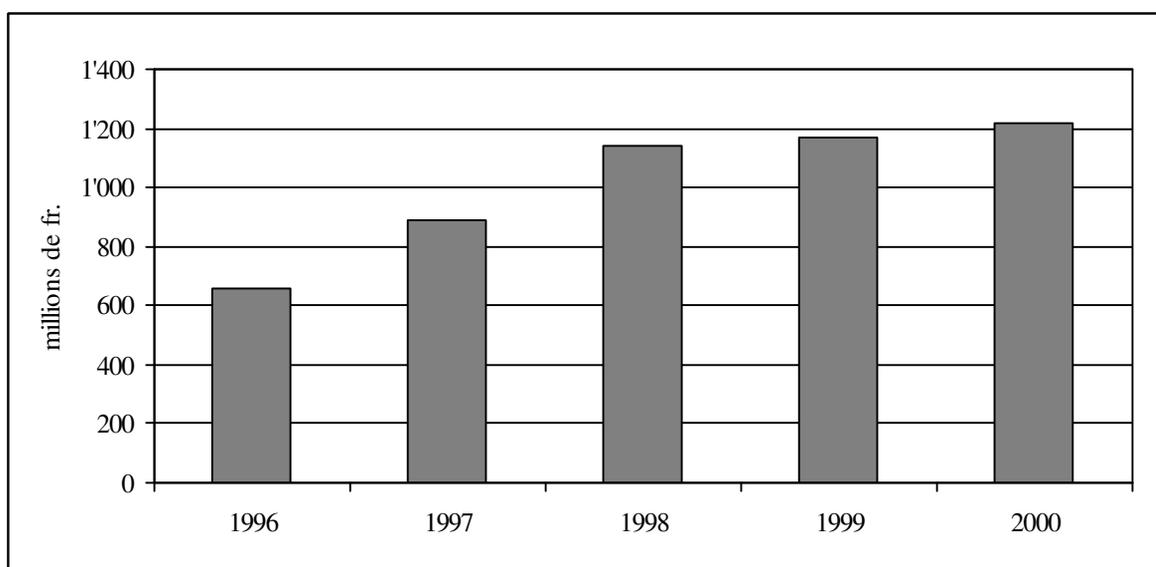
### **Etablissements médico-sociaux**

Les prestations des établissements médico-sociaux (EMS) couvertes par l'assurance obligatoire des soins ont plus que doublé au cours de la période 1996-2000 (cf. graphique ci-dessous, fig. 3.7). Pour l'année 2000, elles sont estimées à 1,21 milliard de francs. Les coûts nouveaux ont été très élevés surtout peu après l'introduction de la LAMal, car de nouvelles prestations ont été admises dans l'assurance obligatoire des soins. Aujourd'hui, l'augmentation annuelle des coûts reste de l'ordre de 3,8%.

La persistance de la hausse au-delà des années suivant l'introduction de la LAMal peut s'expliquer par le fait que, dans certains cantons, les négociations tarifaires ont amené les assureurs à accroître peu à peu leur participation aux frais des prestations de l'assurance maladie. De plus, la part des coûts liés à la thérapie et aux traitements médicaux a légèrement augmenté par la suite de changements dans la répartition des pensionnaires,

surtout dans les homes médicalisés (prise en charge par les soins de transition des patients aigus envoyés par les hôpitaux).

Fig. 3.7: Evolution des prestations LAMal pour les EMS



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

L'assurance obligatoire des soins ne couvre qu'une partie des frais globaux des EMS. Ceux-ci ont, de 1995 à 1998, augmenté de 14 % pour atteindre environ 4,2 milliards de francs (Greppi et al. 2000). Ce sont les pensionnaires des homes qui ont financé la plus grande partie de cette somme. Mais leur participation aux coûts a diminué de 1995 à 1998, passant de 74 à 67 %, tout comme celle des pouvoirs publics, qui est passée simultanément de 12,5 à 7 %. Inversement, les assureurs ont assumé, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, une part toujours plus grande de ces coûts, qui est passée de 13 % en 1995 à 26 % en 1998 (Greppi et al. 2000). Ainsi, par la reconnaissance des EMS, la LAMal a provoqué un transfert évident du financement des frais de soins, des particuliers et des pouvoirs publics vers les assureurs. De ce fait, la part financée par les primes a augmenté.

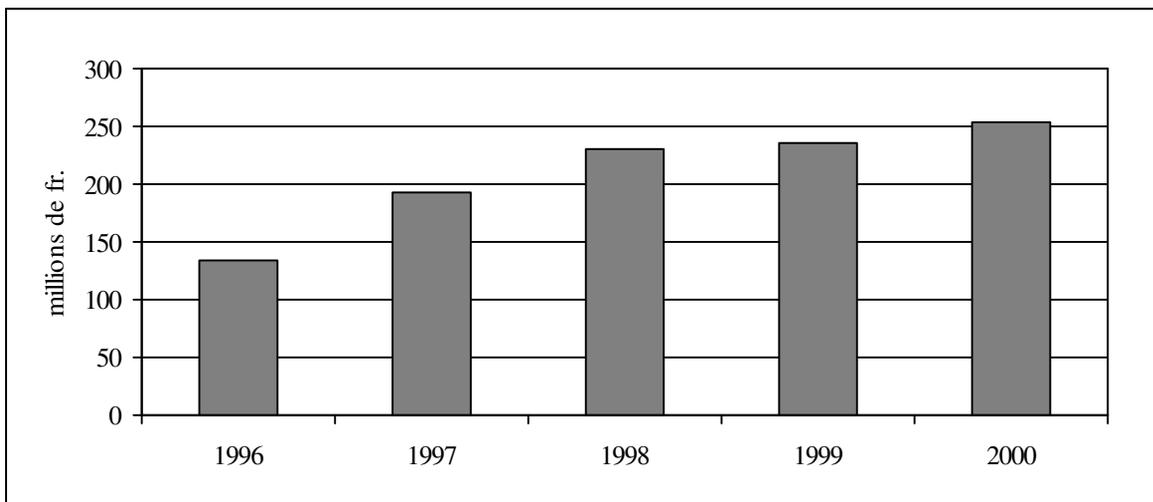
Ces dernières années, les EMS ont eux aussi été amenés à faire des efforts d'économie. La pression financière et politique exercée sur les établissements soutenus par les deniers publics est qualifiée de très forte. Les EMS déficitaires ont été contraints de prendre des mesures d'économie. En encourageant l'introduction de nouveaux instruments de gestion, la LAMal a contribué à une gestion plus réfléchie des coûts. Des voix critiques se sont toutefois élevées pour déplorer que le remboursement des frais des EMS ne s'accompagne d'aucune incitation aux thérapies d'activation. Or, une thérapie d'activation, en améliorant l'état général du patient, se traduirait à long terme par une diminution des coûts de la santé. L'augmentation initiale des frais d'encadrement serait plus que compensée à long terme.

### **Prestations d'aide et de soins à domicile (Spitex)**

Les coûts des soins à domicile pris en charge ont presque doublé de 1996 à 2000, suite au comblement des lacunes du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire dans ce secteur. Pour l'année 2000, ils sont estimés à 253 millions de francs (cf. graphique ci-dessous, fig. 3.8). Ils représentent environ 1,6 % des coûts globaux de l'assurance

obligatoire des soins. Après la forte augmentation initiale due à l'introduction de la LAMal, le taux d'accroissement annuel s'est stabilisé autour de 7 % en 1999 et 2000.

Fig. 3.8: Evolution des coûts des prestations Spitex remboursées par l'assurance obligatoire des soins



Source: OFAS 1999a; OFAS 2001

L'augmentation des coûts peut s'expliquer comme suit :

- En reconnaissant les organisations d'aide et de soins à domicile et en étendant les prestations admises, la LAMal a provoqué dans ce secteur un afflux de patients soignés auparavant dans les hôpitaux, en EMS ou pris en charge par des parents et/ou des amis. Selon la statistique des factures de santésuisse (ex-Concordat des assureurs-maladie suisses), le nombre de patients du secteur Spitex a triplé de 1996 à 1999 (santésuisse 2001).
- Selon les associations d'aide et de soins à domicile, d'autres hausses des coûts seraient dues à l'augmentation des frais administratifs et au transfert croissant de cas plus difficiles vers le secteur Spitex. La statistique de santésuisse montre que les coûts par cas ont effectivement augmenté de plus de 40 % entre 1996 et 1999 (santésuisse 2001). L'évolution du volume des prestations est jugée plus ou moins constante. On relève en revanche chez les organisations Spitex un gain d'efficacité, dû à un travail plus efficace et plus ciblé.

Il convient de relever ici aussi un transfert de coûts: alors que les soins extra-hospitaliers étaient auparavant financés par les communes, on assiste à un désengagement de ces dernières, qui se reporte sur l'assurance-maladie. L'assurance obligatoire des soins ne prend en charge qu'une partie des frais globaux des prestations Spitex. Celles-ci ont augmenté de quelque 16 % de 1995 à 1998, pour atteindre 814,5 millions de francs (Greppi et al. 2000). La hausse la plus forte est survenue en 1996, avec l'introduction de la LAMal. Mais durant toute cette période, la part des prestations Spitex dans l'ensemble des coûts de la santé est restée relativement stable, atteignant environ 2 %. Ces frais sont financés par les particuliers, par les assureurs et par les pouvoirs publics. La participation des particuliers a diminué de 1995 à 1998, passant de 33 à 20 %. Celle des pouvoirs publics est restée stable, se situant à quelque 33 %, tandis que celle des assureurs a augmenté, passant de 23 à environ 28 % (Greppi et al. 2000). Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les coûts globaux de l'aide et des soins à domicile a augmenté, tandis que l'on observe un transfert des coûts des particuliers vers les assureurs. La raison

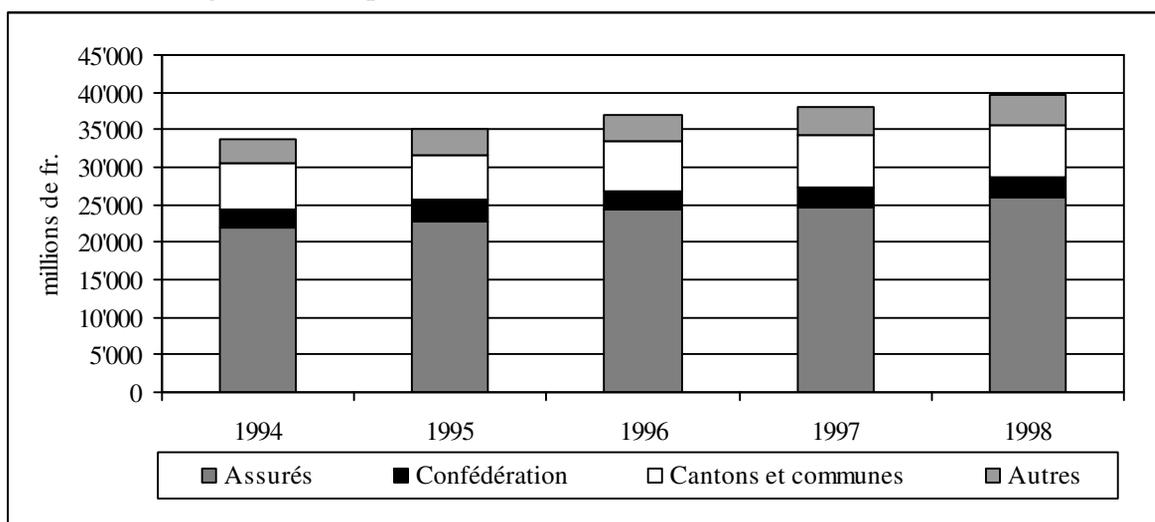
de ce déplacement se trouve dans la reconnaissance, par le législateur, des organisations d'aide et de soins à domicile en tant que fournisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Les experts interrogés sont unanimes à juger positive l'influence du secteur Spitex sur les coûts du système de la santé dans son ensemble: en réduisant la durée des hospitalisations et en transférant plus tôt leurs patients à ce secteur, moins coûteux, les hôpitaux ont pu contenir les coûts des traitements. C'est donc bien là une contribution à la maîtrise des coûts. Cependant, les coûts n'ont pas diminué avec l'ampleur attendue. On relèvera également que l'admission des soins à domicile dans le catalogue des prestations a aussi un effet inverse, puisque des soins apportés jusqu'alors gratuitement dans le cadre familial ont été confiés dans une proportion croissante à des institutions professionnalisées, avec pour conséquence une augmentation des coûts visibles.

### 3.3.2 L'évolution du financement

Le graphique ci-dessous (fig. 3.9) illustre l'évolution des coûts du système suisse de santé.

Fig. 3.9: Coûts et financement du système de santé selon l'agent supportant la charge économique



Source: Greppi et al. 2000, T 5.3.1b; autres: assurances sociales, entreprises, étranger

Le financement est assuré pour l'essentiel par trois sources: d'abord les primes d'assurance-maladie, la participation aux frais et les versements directs des assurés; ensuite les contributions de la Confédération et enfin celles des cantons et des communes. Le graphique 3.9 montre que la plus grande partie de la charge est supportée par les assurés, qui en assument les deux tiers. Nous allons maintenant examiner plus en détail l'évolution du financement par les assurés, par la Confédération, ainsi que par les cantons et les communes.

#### **Contributions des assurés**

Tous les assurés paient une prime et assument une partie des coûts occasionnés par la maladie sous forme d'une participation aux frais et aussi, parfois, par des versements directs. L'obligation de participer aux frais devrait inciter les assurés à limiter à l'indispensable le recours aux services de santé.

Le *montant moyen des primes* de l'assurance obligatoire des soins est passé de 166 francs par mois en 1996 à 212 francs en 2000, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 6,2 %. Le montant des primes chez un assureur, pour une branche d'assurance donnée, doit être identique pour tous les adultes du même canton et de la même région (prime unique). Mais d'un canton à l'autre, le montant et le taux d'augmentation des primes varient considérablement. Ainsi, en 2000, le montant moyen de la prime était de 320 francs par mois dans le canton de Genève, contre 133 francs en Appenzell Rhodes-Intérieures. Les taux d'augmentation annuels les plus élevés, entre 1996 et 2000, ont été relevés dans le canton d'Argovie, avec une moyenne de 13,1 %, tandis que le Valais se distinguait par des taux extrêmement bas (0,7 %).

Malgré la hausse de leur montant moyen, la part des primes dans le financement de l'assurance obligatoire des soins a tendanciellement diminué en 1997 et 1998, alors qu'elle avait augmenté en 1996 par suite du recul général du subventionnement des primes par les pouvoirs publics.

Les *versements directs*, autrement dit les prestations non remboursées par les assurances sociales (traitements dentaires, frais de pension dans les EMS, aide à domicile, etc.) ont légèrement augmenté de 1996 à 2000, après avoir diminué de quelque 300 millions de francs (soit 3 %) entre 1995 et 1996.

En ce qui concerne la *participation aux frais*, les augmentations de franchises et de quote-part introduites par la LAMal ont déployé leurs effets. En 1996, le montant moyen de la participation par assuré a augmenté de 30 %. Ce bond est dû à l'introduction de la quote-part pour les soins hospitaliers également. En 1998, une nouvelle augmentation de 18 % a été provoquée par la hausse des franchises. Cette année-là, leur participation aux frais a contribué à hauteur de 14 % au financement de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'enquête menée en 2000 auprès des assurés, 46 % des personnes interrogées avaient augmenté le montant de leur franchise au cours des quatre années précédentes. Mais, dans la plupart des cas, le changement était minime.

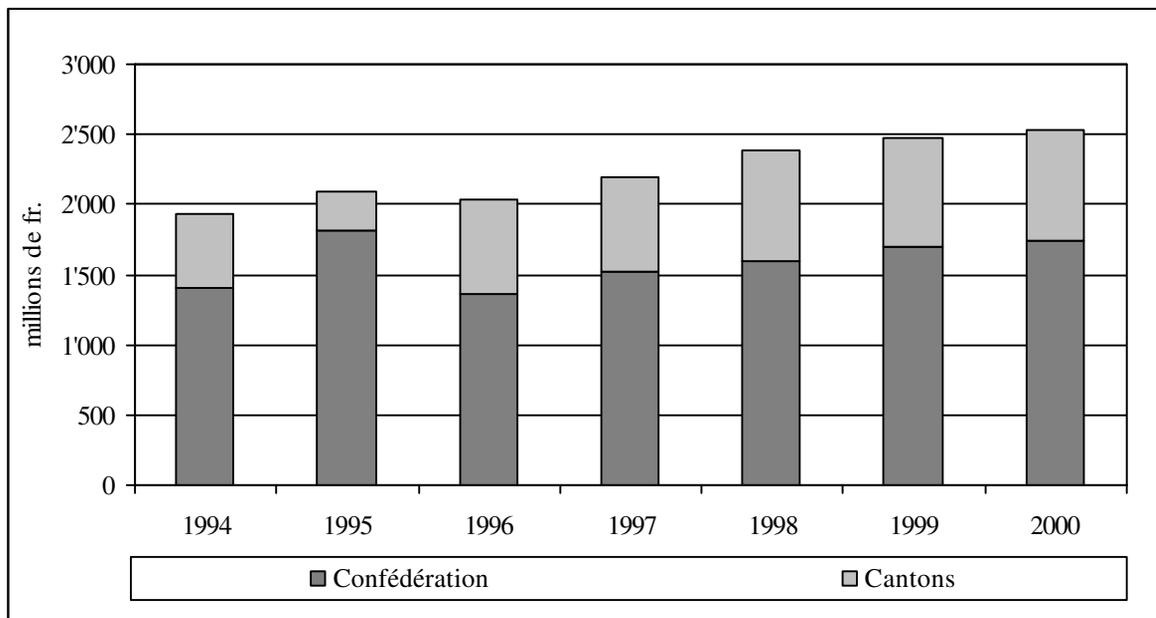
La part des coûts de la santé assumée par les ménages privés a légèrement augmenté ces dernières années, par un effet inhérent au système. D'un côté, les versements directs ont diminué, mais de l'autre les sommes versées aux caisses-maladie ont augmenté en raison de la hausse des primes. Il s'agit là d'une conséquence de l'inclusion des frais des prestations Spitex et des soins hospitaliers dans le catalogue des prestations, décidée par le parlement. L'introduction de la LAMal a provoqué en 1996 une première "vague" d'accroissement de la charge pesant sur les budgets privés. Les primes nettes d'assurance-maladie ont augmenté de plus de 1,7 milliard de francs et les participations des assurés aux frais se sont accrues d'environ 400 millions de francs, tandis que les versements directs reculaient de quelque 300 millions de francs. En 1997, les fortes variations de l'année précédente ont été quelque peu corrigées. En 1998, on assiste à une stabilisation des différentes composantes du financement par les ménages: l'augmentation des primes nettes et celle des versements directs se rapprochent de celle des dépenses générales de santé. Les participations aux frais progressent cependant sensiblement en raison de l'augmentation de la franchise de base dans l'assurance obligatoire des soins et du nombre croissant de franchises à option élevées.

### **Contributions de la Confédération**

Les contributions de la Confédération en faveur du système de santé sont constituées essentiellement par les subsides prévus par la LAMal pour réduire les primes des assurés

(Greppi et al. 2000, T. 8 2.a). Le graphique ci-dessous (fig. 3.10) illustre les dépenses consacrées par la Confédération et les cantons au subventionnement des primes.

Fig. 3.10: Dépenses de la Confédération et des cantons affectées aux réductions de primes, de 1994 à 2000, en millions de francs



Source: Greppi et al. 2000, T 8.2 a; OFAS 2000c; OFAS 2001

La Confédération allouait déjà des subsides à l'assurance-maladie avant 1996. Le graphique ci-dessus (fig. 3.10) montre clairement que le passage d'un système à l'autre (avant 1996: subventionnement des caisses-maladies; à partir de 1996: subventionnement des assurés) ne s'est pas traduit comme promis par une hausse des subsides affectés à l'assurance-maladie, mais par une baisse en 1996 par rapport à 1995.<sup>15</sup> Cette situation a toutefois changé dès 1997.

La diminution des subsides fédéraux de 24 % intervenue en 1996 tient essentiellement au fait que certains cantons n'ont que partiellement puisé dans les fonds mis à disposition par la Confédération pour subventionner les primes. Conformément aux dispositions légales en vigueur, les cantons ont la possibilité de diminuer leur participation jusqu'à concurrence de 50 %. Bien qu'une telle décision ait pour corollaire une réduction correspondante des subsides de la Confédération, nombre de cantons ont fait usage de ce droit. Par voie de conséquence, la somme globale à disposition pour la réduction des primes a diminué de 26,5 % en 1996 et de 23,7 % en 2000 (OFAS 2000c, tableau E.01-A). Bien qu'en augmentation depuis 1997, les dépenses consacrées au subventionnement des primes n'en restent pas moins, en 2000, d'environ 800 millions de francs inférieures à l'objectif prévu par le législateur. La part de financement assumée par la Confédération et les cantons via le subventionnement des primes d'assurance-maladie semble s'être stabilisée depuis 1998 à 6,2 %. Cela correspond environ au niveau de 1995.

<sup>15</sup>Dans ses explications relatives à la votation populaire du 4 décembre 1994, le Conseil fédéral affirmait: "Grâce à des subsides fédéraux et cantonaux *plus élevés*, les cotisations des personnes et des familles qui en ont besoin pourront être réduites".

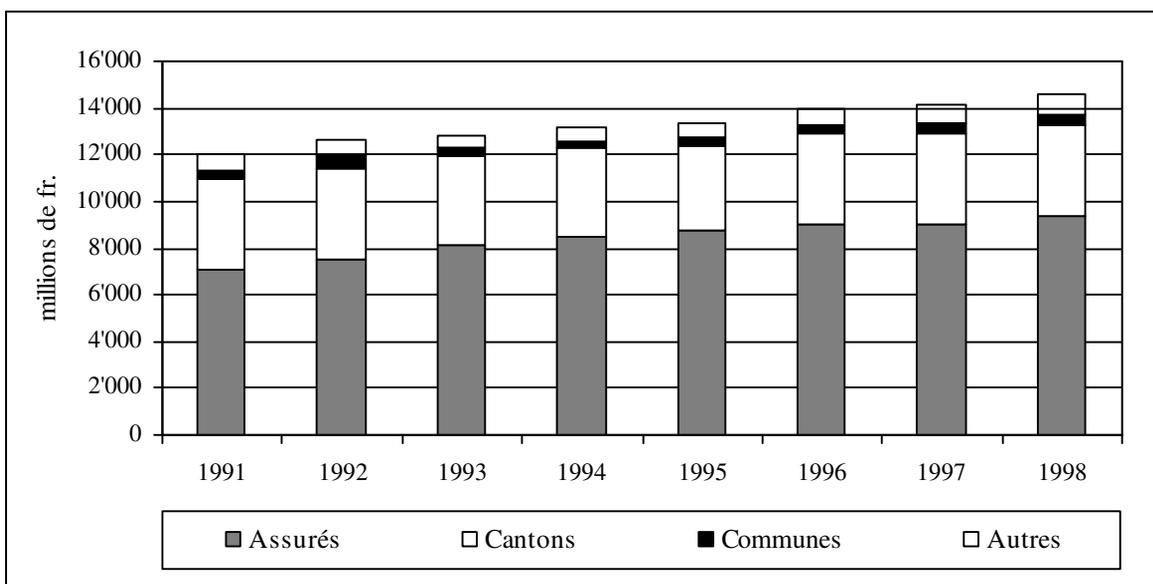
### Contributions des cantons et des communes

La part des cantons et des communes au financement du système de santé passe essentiellement par les réductions de primes accordées aux personnes de condition modeste, par le financement des hôpitaux et des établissements de soins, ainsi que par les prestations complémentaires et l'aide sociale. Ces postes représentent environ 85 % des contributions cantonales et communales en faveur du système de la santé.

S'agissant des fonds consacrés à l'*allégement des primes*, on note des différences considérables d'un canton à l'autre. Elles s'expliquent par le fait que la Confédération verse aux cantons des subsides dont le montant varie selon leur population résidente, leur capacité financière et le montant moyen des primes qui y est pratiqué. Ces différences reflètent par ailleurs la volonté politique des différents cantons en matière de subventionnement. Comme on l'a relevé plus haut, ceux-ci ont la possibilité de réduire leur participation au système de réduction des primes. Seize cantons ont fait usage de ce droit en 1999. Dix autres ont épuisé les fonds mis à disposition par la Confédération: parmi eux, l'ensemble des cantons romands et le Tessin. Dans l'ensemble, on constate que les cantons ont augmenté leurs contributions à l'allégement des primes dans une proportion nettement plus forte que la Confédération. De 1997 à 1998, cette augmentation a été de 18 % pour les premiers, contre 5 % pour la seconde.

Cantons et communes financent pour une part directement la construction et l'exploitation des *hôpitaux* et des *établissements de soins*. Le graphique ci-dessous (fig. 3.11.) illustre l'évolution des coûts et du financement des hôpitaux.

Fig. 3.11: Evolution des coûts et du financement des hôpitaux de 1991 à 1998



Source: Greppi et al. 2000, tableau 5.4.1.a

Les cantons sont tenus de couvrir par des recettes fiscales 50 % au moins des frais d'exploitation courants des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, liés à l'hospitalisation des patients en division générale. On admet que la participation cantonale aux coûts de l'assurance obligatoire des soins correspond à peu près aux 50 % prescrits par la loi fédérale (cf. Message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 2001 693, annexe, tableau 6).

L'introduction de nouveaux systèmes cantonaux d'allègement des primes en faveur des personnes de condition modeste s'est traduite par la diminution attendue des charges des *prestations complémentaires* à l'AVS/AI ainsi que de l'aide sociale. Les réductions de primes ont permis d'économiser environ 350 millions de francs dans le domaine des PC, dont 204 millions sur les PC versées aux personnes vivant chez elles et 66 millions sur celles destinées aux personnes 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 établissements médico-sociaux. Un allègement de quelque 10 millions de francs est enfin dû au fait que les assureurs ont été contraints de prendre en charge une partie des frais des soins à domicile. Les chiffres de 1997 et 1998 semblent indiquer une stabilisation au niveau de 1996 (Rossel 2000, p. 156).

Les statistiques des finances publiques indiquent pour 1996 une diminution des coûts de l'aide sociale, suivie cependant dès 1997 par un nouveau mouvement de hausse. On peut penser 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. En tout état de cause, on peut estimer à 120 millions de francs pour 1996 la diminution des charges d'aide sociale assumées par les pouvoirs publics.

### 3.3.3 Conclusions

A la fin de l'an 2000, la LAMal n'avait pas même atteint son objectif le plus modeste formulé dans le message du 6 novembre 1991, à savoir "ajuster la hausse des dépenses de santé à l'évolution des salaires". En 1999, les coûts de la santé ont augmenté de 3,2 %, passant de 40,3 à 41,6 milliards de francs. Selon les estimations de l'Office fédéral de la statistique (OFS), ils représentaient en 1998 10,6 % et en 1999 10,7 % du produit intérieur brut (PIB) (communiqué de presse OFS 64/2001). La LAMal n'a pas influé de manière déterminante sur l'évolution des coûts ces dernières années. Certes, leur taux de croissance est resté légèrement inférieur à la moyenne des quatre années précédentes, mais il a largement dépassé le taux moyen du renchérissement annuel (0,8 %) et celui de l'évolution des salaires réels (- 0,3 %).

Pourquoi n'est-on pas parvenu jusqu'ici à freiner la croissance des coûts par le biais de la LAMal ? D'une part, le comblement – découlant de la LAMal – des lacunes du catalogue des prestations dans l'assurance obligatoire de soins (Spitex, etc.), les progrès médico-techniques, l'augmentation du nombre de médecins en exercice, les nouveaux médicaments, ainsi que le vieillissement de la population, ont tiré les prix vers le haut. D'autre part, il est permis de se demander si les mesures introduites par la loi ont bien agi dans le sens souhaité. C'est cette question que nous allons examiner ci-après, en considérant d'abord les mesures qui visaient une limitation de la demande (participation aux frais, formes particulières d'assurance, etc.). Ensuite, nous nous pencherons sur les dispositions censées restreindre l'offre (planification hospitalière, participation des cantons au financement des hôpitaux, etc.). Enfin, nous étudierons l'importance des règles et des mécanismes de contrôle appliqués pour l'établissement des tarifs et des prix.

#### **Limitation de la demande**

On ne trouve dans les analyses des effets aucun signe indiquant que les mesures prises seraient parvenues à réduire la demande en matière de services de santé. Plus précisément, l'analyse de l'évolution des coûts en 2000 révèle, pour tous les secteurs, une augmentation moyenne de 5,9 %. En particulier, les médicaments (+ 11,5 %) et les soins hospitaliers ambulatoires (+ 14,3 %) sont largement au-dessus de la moyenne. En revanche, l'augmentation est inférieure à la moyenne pour les hospitalisations (+ 1 %), les traitements

médicaux ambulatoires (+ 2,7 %), les EMS (+ 3,1 %) et les autres traitements (+ 2,6 %), en partie en raison d'effets de transfert (cf. section "Traitement à l'hôpital: hospitalisation et soins ambulatoires", au § 3.3.1).

Sur le plan de la demande, la LAMal entend influencer sur l'évolution des coûts par le biais de la *participation des assurés aux frais* et des formes particulières d'assurance. En 1996, la participation des assurés a très nettement augmenté, notamment sous l'effet de l'introduction de franchises plus élevées (cf. section "Contributions des assurés", au § 3.3.2). Cette année-là, leur participation aux frais a contribué à hauteur de 14 % au financement de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'enquête menée en 2000 auprès des assurés, 46 % des personnes interrogées avaient augmenté le montant de leur franchise au cours des quatre années précédentes, quoique en général dans une mesure peu importante. Il est cependant impossible de dire à l'heure actuelle dans quelle mesure cette démarche s'est répercutée sur l'évolution des coûts.

Ce qui est certain en revanche, c'est que les *formes particulières d'assurance* telles que le modèle du médecin de famille et les réseaux HMO n'ont pas réduit de façon déterminante, à l'échelle nationale, la demande en matière de services de santé. La raison en réside dans la faible diffusion de ces modèles. Guère plus de 5 % des assurés ont adopté, entre 1996 et 2000, le modèle du médecin de famille, et seul 1 % a opté pour la solution HMO. Le principal obstacle à la diffusion de ces modèles réside dans le fait que les assurés n'apprécient pas d'être limités dans leurs choix et que les fournisseurs de prestations (les médecins surtout), en raison de l'obligation de contracter, se montrent peu disposés à assumer des risques économiques. Plusieurs assureurs relèvent que la limitation du rabais sur les primes à 20 % durant les cinq premières années a un effet inhibant. Avec cette limitation, l'effet incitatif est trop réduit pour amener les assurés à choisir l'un de ces modèles.

Les études disponibles n'en indiquent pas moins que ces formes particulières d'assurance ont la potentialité de freiner la croissance des coûts. L'examen de groupes comparatifs définis selon la région, l'âge et le sexe a démontré (Baur et al. 2000) que le modèle du médecin de famille coûtait moins cher aux assurés. Pour l'heure, il est impossible de dire si cet avantage est bien réel ou s'il est imputable à une appréciation incorrecte des risques. Il s'est en tout cas trouvé un assureur (la CSS) pour conclure, à la suite d'une évaluation plus fine des risques, que l'avantage réel était trop mince et qu'il ne valait pas la peine de proposer à ses assurés le modèle du médecin de famille sous sa forme actuelle; elle a donc résilié à la fin de 1999 ses contrats avec les réseaux de médecins de famille. D'autres assureurs se montrent également plutôt sceptiques, mais ils ne veulent pas se fonder uniquement sur les économies effectivement réalisées pour juger de la validité des réseaux, qui n'existent que depuis peu de temps. En ce qui concerne les HMO, les coûts par assuré sont nettement inférieurs par rapport au modèle traditionnel et aux réseaux de médecins de famille. Même une évaluation plus fine des risques montre que le modèle HMO engendre des économies qui justifient une réduction des primes de l'ordre de 15 à 20 %. Par contre, les études laissent entendre qu'une introduction généralisée du modèle du médecin de famille à l'échelle suisse ne permettrait pas de réduire les coûts dans une proportion équivalente, et ce pour deux raisons: d'abord, parce que l'évaluation des économies réalisables repose sur les résultats d'une période d'essai relativement courte; ensuite, parce que les médecins qui participent au modèle du médecin de famille sont en règle générale plus attentifs que les autres à leur responsabilité économique.

### **Réduction de l'offre**

Sur le plan de l'offre, la LAMal entendait agir en particulier par le biais de la planification hospitalière et de la participation des cantons au financement des hôpitaux.

Il était attendu de la *planification hospitalière* qu'elle agisse sur les coûts par la réduction du nombre de lits aigus. Selon un bilan réalisé en 1999, les mesures à court terme introduites par les cantons dans le secteur hospitalier proprement dit ont produit des effets sensibles (Rothenbühler 1999): entre l'introduction de la loi et le début de 1999, on estime à 2000 la réduction du nombre de lits aigus, 8 hôpitaux pour soins aigus ont été fermés ou réorientés vers d'autres formes de soins, et 600 à 700 emplois ont été supprimés. Par rapport aux chiffres concernant l'ensemble de la Suisse en 1998, cela représente une réduction d'environ 7 % du nombre de lits aigus, 4 % du nombre d'hôpitaux pour soins aigus et 1 % du personnel hospitalier (OFAS 2000b).

La question de savoir dans quelle mesure la planification hospitalière a favorisé une utilisation plus efficiente des ressources et contribué à une maîtrise des coûts est complexe et controversée. Ses effets sont très difficiles à démontrer. L'évaluation des économies réalisées nécessite une comparaison exhaustive des coûts des hôpitaux cantonaux concernés sur la base d'un vaste édifice de données quantitatives et comptables pour lesquelles il convient de tenir aussi compte de divers effets indirects. En tout état de cause, on observe que les planifications, selon les cantons, portent jusqu'à l'horizon 2010, si bien qu'en de nombreux endroits elles n'ont pas encore pu déployer leurs effets. Par ailleurs, diverses procédures de recours encore pendantes ont entravé les mesures introduites par la planification pour supprimer les surcapacités existantes. De plus, les études disponibles montrent que la mise en œuvre de l'obligation de planification hospitalière met également au jour certaines faiblesses fondamentales que les décisions prises par le Conseil fédéral ont plutôt eu tendance à accentuer qu'à éliminer. C'est ainsi qu'en se focalisant sur les capacités cantonales, la planification tend à renforcer le fédéralisme et n'a pas permis d'améliorer sensiblement la coopération intercantonale.

Quant à savoir dans quelle mesure la participation des cantons au *financement des hôpitaux* a agi dans le sens d'une maîtrise des coûts, il est difficile de le dire. Dans la plupart du cas, l'ensemble des déficits d'exploitation des hôpitaux publics est pris en charge par les finances publiques. Un tel contexte n'incite guère à une philosophie de gestion d'entreprise. Avec la seconde révision partielle de la LAMal, on devrait abandonner le principe de la couverture des frais d'exploitation et passer au modèle du financement des prestations. A l'avenir, hôpitaux et assureurs devraient baser de façon cohérente la tarification et la facturation sur le financement des prestations afin de produire une réduction effective de l'offre.

### **Etablissement des prix et des tarifs**

A l'exception de la structure globale des tarifs des médecins suisses, les conventions tarifaires ont déjà été adaptées pour l'essentiel aux nouvelles exigences de la LAMal. Mais en raison de la pression croissante des assureurs, presque toutes les négociations tarifaires ont été difficiles et ont pris beaucoup de temps. En particulier dans celles concernant les tarifs hospitaliers, la pression sur les tarifs, le principe du financement partagé (cantons/assureurs) des hôpitaux, l'absence de dispositions d'exécution et les imprécisions dans la formulation des concepts ont eu pour effet de tendre singulièrement le climat des négociations et ont suscité, par la suite, quelques recours sur les tarifs devant le Conseil fédéral. Le fait que ce dernier n'ait édicté jusqu'ici aucune disposition contraignante en vue d'harmoniser le calcul des coûts et le classement des prestations des hôpitaux et des

établissements médico-sociaux s'est avéré le principal obstacle dans les négociations portant sur les tarifs hospitaliers et les soins de longue durée.

Les études disponibles ont néanmoins constaté que la pression accrue exercée sur les tarifs *dans le secteur des soins hospitaliers au sens strict* a eu pour effet de provoquer des transferts de coûts par le biais de mesures de compensation (surtout par le transfert aux secteurs ambulatoire et semi-hospitalier). Le financement partagé des hôpitaux a provoqué des conflits au cours des négociations et favorisé en partie la tendance à la privatisation ainsi qu'au transfert (par principe souhaitable) du secteur hospitalier au sens strict vers le secteur ambulatoire, car la pression financière incite les cantons à se décharger. Les nouvelles règles de financement des hospitalisations hors du canton ont accru le travail administratif; elles ont amené une légère amélioration de la coopération entre les hôpitaux par le biais d'accords intercantonaux de libre choix, mais aussi parfois une augmentation des capacités de certains cantons, quand cette mesure leur permettait d'éviter des répercussions fâcheuses sur les coûts.

Dans le secteur *ambulatoire*, les discussions sur le tarif médical unifié (TARMED) ont abouti à une stabilisation des tarifs pour les médecins cantonaux. On observe également une évolution vers de nouvelles formes de tarification. Outre le tarif horaire des soins à domicile, des tarifs comprenant une composante forfaitaire ont été introduits pour la physiothérapie, la diététique et les conseils aux diabétiques. Au moyen de forfaits par séance ou par consultation, ces tarifs visent surtout à une réduction de volume. Il n'est pas encore possible d'apprécier de manière fiable dans quelle mesure la limitation du nombre des séances ou des consultations introduite dans les structures tarifaires unifiées pour les prestations individuelles (physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes et sages-femmes) a pu influencer sur le volume des prestations, car cette innovation est trop récente. Enfin, l'apparition de nouvelles formes de forfaits dans le domaine hospitalier a provoqué des réactions en elles-mêmes souhaitables (réductions de la durée d'hospitalisation, orientation vers les soins post-hospitaliers, la réadaptation ou le secteur ambulatoire), mais parfois excessives (sorties prématurées, compensation par des forfaits journaliers), visant un simple transfert de coûts. Dans l'ensemble, on a l'impression que la pression tarifaire dans le secteur ambulatoire a été compensée par une augmentation du volume des prestations.

En résumé, les experts constatent que dans l'ensemble, malgré des succès dans certains secteurs (prix des médicaments, analyses, tarifs), la LAMal n'a pu contribuer jusqu'ici de façon sensible à une maîtrise des coûts de la santé, qui ont continué d'augmenter fortement. On ne trouve pas même d'indices d'un ralentissement de la croissance. L'analyse de l'évolution des coûts dans les divers domaines de prestations montre que la LAMal a provoqué chez les fournisseurs de prestations nouvellement admis une augmentation des coûts directement liée au système lui-même. Dans les EMS et les soins à domicile, on a observé un sensible transfert de coûts des ménages privés et des pouvoirs publics vers les assureurs, et les succès modestes obtenus dans les hôpitaux ont pour l'essentiel été annihilés par des réactions de contournement. Chez les médecins, les éventuels manques à gagner ont été compensés par une augmentation du volume des prestations. Enfin, les économies réalisées grâce aux modèles de managed care sont encore presque insignifiantes à cause de leur manque de diffusion.

Pour maîtriser l'évolution des coûts, les études proposent une révision du financement hospitalier du type de celle qu'a introduite le Conseil fédéral. Elles préconisent aussi l'encouragement de la planification hospitalière. Une planification des hôpitaux ou des prestations s'impose au niveau régional ou national. De plus, le Conseil fédéral est invité à prendre plus rapidement ses décisions en la matière. Quant à l'obligation de contracter,

elle est jugée d'un œil critique: elle constituerait une entrave à la concurrence tarifaire entre les fournisseurs de prestations et favoriserait une cartellisation du domaine de la santé. Les auteurs des études n'en sont pas moins conscients que sa suppression n'irait pas sans quelques problèmes. La question se pose ainsi de savoir si la couverture sanitaire et la qualité pourraient être garanties et si l'on pourrait éviter une sélection indirecte des risques (par l'exclusion de certaines catégories de fournisseurs de prestations). Une suppression de l'obligation de contracter ne pourrait donc intervenir que dans des conditions soigneusement définies.

## **4. Les principaux acteurs ont-ils exploité leur nouvelle marge de manœuvre ?**

Dans son message sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a précisé que le succès de cette loi dépendait de l'attitude qu'adopterait l'ensemble des partenaires du domaine de la santé. La loi mise sur l'autonomie contractuelle, sur une concurrence aussi libre que possible et sur la responsabilité propre des assurés, des assureurs et des fournisseurs de prestations. On espérait que, grâce aux assurés, une certaine pression concurrentielle serait exercée sur les assureurs et que ces derniers seraient à leur tour amenés à faire pression sur les fournisseurs de prestations. On attendait des cantons et de la Confédération qu'ils exploitent les instruments mis à leur disposition. Voyons maintenant si les différents partenaires ont exploité leur marge de manœuvre et, si oui, dans quelle mesure.

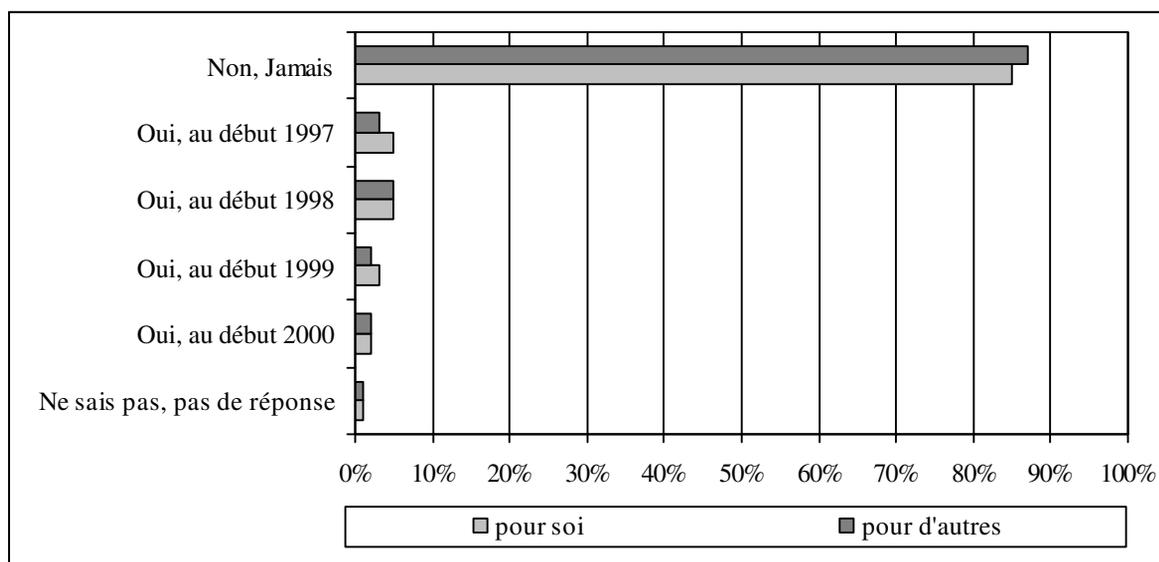
### **4.1 Assurés**

La loi sur l'assurance-maladie revalorise le rôle des assurés. Le libre choix de l'assureur et le libre passage dans l'assurance obligatoire des soins sur la base de l'obligation de s'assurer, l'uniformité des primes et la définition claire des prestations offertes doivent inciter les assurés à adopter un comportement économique. Par ailleurs, la possibilité d'opter pour des franchises plus ou moins élevées ainsi que les formes d'assurance prévoyant un choix limité du fournisseur de prestations visent à favoriser indirectement une plus grande conscience des coûts également vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Il s'agit maintenant de vérifier que les assurés ont agi conformément aux attentes du législateur.

#### **4.1.1 Changements d'assurance**

L'enquête menée auprès des assureurs en 2000 indique que la disposition à changer d'assureur est faible (Peters et al. 2001). Seules 15 % des personnes interrogées responsables des questions d'assurance-maladie au sein du ménage ont changé une ou plusieurs fois de caisse-maladie pour l'assurance obligatoire des soins au cours des quatre dernières années.

Fig. 4.1: Changement de l'assurance obligatoire des soins depuis 1996



Source: Peters et al. 2001, p. 110

Comme le montre cette figure, le taux de changement annuel oscille entre 2 % et 5 %. Il a même diminué ces deux dernières années. En dépit d'importants écarts réels de primes entre les assureurs, la propension au changement est restée extrêmement faible. La volonté de la LAMal de faire jouer les mécanismes du marché et – dans le cas des prestations standardisées – d'induire une diminution des coûts par le biais de la concurrence entre les différents assureurs en matière de prix et de services ne s'est donc pas concrétisée.

Sachant que, dans la LAMal, les principales prestations médicales sont couvertes par l'assurance obligatoire des soins, les assurés auraient la possibilité de renoncer à des assurances complémentaires. Mais là encore, les changements sont restés rares: 83 % des personnes responsables des questions d'assurance au sein de ménages bénéficiant d'assurances complémentaires n'ont entrepris aucun allègement de leur couverture complémentaire au cours des dernières années. Tout au plus ont-elles renoncé à la couverture privée ou semi-privée des soins hospitaliers. Mais les assurances complémentaires restent très répandues. Environ trois quarts des ménages disposent d'au moins une assurance complémentaire, même s'il s'agit la plupart du temps d'un "petit" complément peu coûteux pour les médecines alternatives ou pour diverses prestations (p. ex. prévention, transport, lunettes). Bien que l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire puissent aujourd'hui être choisies chez des assureurs différents, il apparaît que les personnes interrogées ont presque toutes les deux assurances auprès de la même caisse.

De l'avis des experts, la raison de cette faible propension au changement, que celui-ci concerne le choix entre différents assureurs ou le choix entre différentes prestations, réside essentiellement dans le fait que les assurés sont satisfaits de leur assureur: 70 % des personnes interrogées se disent satisfaites ou très satisfaites de leur caisse-maladie. Elles apprécient en particulier la qualité des prestations (rapidité du remboursement, pertinence des informations, amabilité du personnel). De nombreuses personnes interrogées sont toutefois restées fidèles à leur caisse par habitude. Le caractère durable des relations commerciales dans le domaine de l'assurance-maladie repose donc sur la faveur dont jouissent les assureurs et sur la "force de l'habitude". C'est ainsi que dans le groupe des plus de 55 ans, la proportion des personnes affiliées depuis plus de 30 ans à la même

caisse atteint 54 %, tandis qu'elle passe à 14 % pour une fidélité entre 21 et 30 ans, et à un tiers pour une affiliation de moins de 20 ans. Il ne faut pas s'attendre dans un proche avenir à une évolution de la situation. Rares sont les personnes interrogées qui envisagent de changer prochainement de caisse.

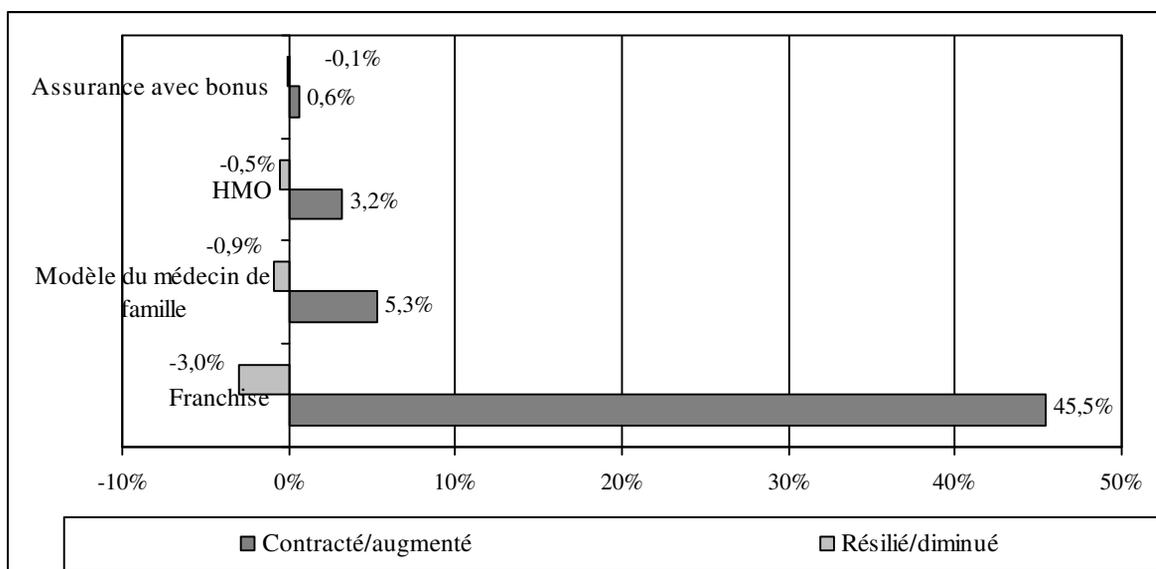
#### 4.1.2 Choix de formes particulières d'assurance et franchises plus élevées

La loi sur l'assurance-maladie permet aux assurés de choisir des *formes d'assurances impliquant un choix limité* des fournisseurs de prestations. Cette possibilité devait avoir une influence positive sur l'évolution des coûts. Mais les assurés n'en ont pas souvent fait usage. Jusqu'ici, seuls 6 à 7 % d'entre eux ont opté pour cette formule. Il convient toutefois de signaler que dans de nombreuses régions, ces offres sont inexistantes. Compte tenu de la faiblesse de la demande, les assureurs ne sont pas poussés par la concurrence à offrir ces nouvelles formes d'assurance.

Le choix d'une *franchise plus élevée* est en revanche courant. Certains assureurs offrent même cette option sous forme de formule standard. Le sondage représentatif montre que parmi tous les ménages suisses, environ la moitié ont opté pour une franchise plus élevée (Peters et al. 2001, p. 53).

Il convient toutefois de constater que malgré les nouvelles possibilités offertes par la LAMal – franchises plus élevées, assurance avec bonus, modèle du médecin de famille ou modèle HMO – les assurés entreprennent rarement des changements: 75 % des ménages n'ont pas touché à leurs assurances au cours des quatre dernières années. Le changement le plus fréquent concerne la franchise. Les assurés ont nettement moins souvent opté pour le modèle du médecin de famille, le modèle HMO ou l'assurance avec bonus. C'est ce que montre clairement la figure 4.2.

Fig. 4.2: Qu'avez-vous changé en dernier dans l'assurance obligatoire des soins ?



Source: Peters et al. 2001, p. 120; ne sont pris en compte que les 25 % des ménages interrogés qui ont procédé à une modification de leur assurance obligatoire des soins; 38 % des personnes interrogées n'étaient pas en mesure d'indiquer le type de changement effectué.

La proportion de ceux qui ont opté pour le changement est plus élevée en Suisse allemande que dans le reste de la Suisse. Cet écart est largement imputable à la différence

concernant le modèle du médecin de famille et le modèle HMO, principalement proposées en Suisse allemande. S'agissant des franchises à options, le pourcentage des changements est égal dans toute la Suisse. Ceux qui ont changé le plus souvent d'assurance sont les ménages à revenu élevé (28 %), ainsi que les grands ménages (environ 30 %), tandis que les personnes seules ont été moins nombreuses à changer (17 %).

Les assurés n'ont pas cherché à optimiser les coûts dans la mesure attendue. Les auteurs de l'enquête donnent une appréciation partagée de cette situation:

- D'un côté, ils estiment qu'une meilleure information pourrait et devrait inciter les assurés à changer davantage de caisse, d'autant que le degré d'information subjectif concernant la LAMal est jugé moyen par les ménages (Peters et al. 2001). Ils soulignent en particulier le fait que les informations concernant la qualité des assureurs et de leurs offres sont quasiment inexistantes. L'information relative aux modèles particuliers d'assurance est également considérée comme insuffisante. Les nombreuses demandes relatives à un changement d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins enregistrées par les organisations d'assurés indiquent aussi clairement qu'il existe encore certaines incertitudes en ce qui concerne le libre passage intégral (Faisst/Schilling 1999a). Les auteurs de l'enquête estiment par conséquent que les assurés devraient pouvoir accéder plus facilement à des aperçus des primes et à des conseils en la matière, qui pourraient par exemple figurer dans les quotidiens sous forme de supplément.
- Les auteurs signalent par ailleurs que les éventuelles mesures envisagées en matière d'information devraient tenir compte du fait que dans leur majorité, les ménages ne semblent pas être dérangés par le niveau actuel de l'information. Ils ne souhaitent pas être davantage informés, car ils n'ont pas besoin de prendre des dispositions ni, a fortiori, d'être guidés dans leurs choix.

## 4.2 Assureurs

Dans la LAMal, les assureurs sont des acteurs influents. Ils exercent une influence sur les assurés en proposant des variantes pour l'assurance obligatoire des soins –variantes qui assurent la liberté de choix et permettent d'agir individuellement sur le niveau des primes – ainsi qu'une gamme d'assurances complémentaires. Dans le cadre des négociations des conventions tarifaires, ils agissent en outre sur les fournisseurs de prestations ambulatoires et hospitalières. En succédant à la LAMA, la LAMal a tout à la fois étendu et restreint la liberté d'action des assureurs. D'un côté, l'abolition de l'affiliation obligatoire, qui débouche sur la possibilité de conclure des contrats spéciaux, offre par exemple une liberté accrue dans les négociations tarifaires. En outre, les possibilités d'aménagement dans le domaine des assurances complémentaires sont plus grandes depuis que ces dernières relèvent du droit privé. D'un autre côté, la définition des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins a réduit leur marge de manœuvre. L'obligation de s'assurer, l'uniformité des primes et la compensation des risques limitent considérablement les possibilités de sélection des risques, et l'uniformité des primes ne permet pas aux assureurs d'aménager leur structure des prix en fonction des risques. En fin de compte, les experts estiment toutefois que les assureurs jouissent aujourd'hui d'une plus grande liberté d'action qu'autrefois.

### 4.2.1 Orientation client et modèles de "managed care"

La LAMal a poussé les assureurs à améliorer leur orientation client et la qualité de leurs prestations. Outre aux exigences croissantes des clients, ce progrès est imputable à une professionnalisation accrue et à une plus forte concurrence par le biais des prestations. L'intensité des contacts avec la clientèle, l'information et les conseils se sont améliorés. Dans la plupart des cas, le remboursement des factures intervient aussi plus rapidement. Ainsi, les assurés sont en règle générale satisfaits de leur assureur.

Toutefois, la croissance rapide qu'ont connue certains assureurs a induit une baisse de la qualité. La pratique du remboursement, elle aussi, est variable. Il reste que les cas problématiques représentent une part infime de la totalité des décomptes de prestations (Hornung et al. 2001). Les organisations d'assurés reprochent à certains assureurs de procéder à une sélection des risques dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les questionnaires de santé relatifs aux assurances complémentaires peuvent être utilisés pour attirer certains groupes de la population plutôt que d'autres. Ce résultat peut être obtenu par la voie du marketing et de l'aménagement des prestations, ou par des méthodes illégales (en particulier les tracasseries administratives). Pour les assureurs, la sélection des risques représente la forme de gestion des coûts la plus efficace, un aspect qui a gagné en importance en raison de la concurrence accrue.

Les assureurs n'ont pas encouragé très activement la diffusion des modèles de "managed care", dont le législateur attendait une réduction de la croissance des coûts. Parmi les 14 grands assureurs, qui comptent plus de 100 000 assurés, seuls deux ont misé avec conviction et cohérence sur ces nouveaux modèles. Les audits menés par l'OFAS auprès des assureurs montrent que les modèles particuliers d'assurance actuels ont été utilisés pour pratiquer la sélection des risques. Les modèles de "managed care" examinés dans le cadre de ces audits mettent l'accent sur le lien avec les produits d'assurance complémentaire et attirent ainsi les groupes cibles qui, au sein de l'assurance obligatoire des soins, engendrent des coûts inférieurs à la moyenne. Par ailleurs, plusieurs assureurs ont affirmé aux experts que le caractère économique de ces modèles n'était pas assuré. En effet, les assureurs qui voudraient les mettre en œuvre sont désavantagés par la compensation des risques, qui ne tient pas compte des primes réduites demandées pour les formes particulières d'assurance.

### 4.2.2 Négociations tarifaires et tarifs

Les assureurs ont exercé une forte pression sur la quasi-totalité des fournisseurs de prestations, ce qui a eu pour effet une stabilisation ou une augmentation limitée des tarifs. Hormis la structure tarifaire nationale des médecins (TARMED), les conventions tarifaires ont en règle générale été adaptées aux nouvelles exigences de la LAMal.

Lors des négociations relatives aux tarifs hospitaliers, la pression exercée sur les tarifs, le financement partagé des soins hospitaliers, l'absence de dispositions d'exécution et l'imprécision des notions ont conduit à un climat de négociations particulièrement tendu et, par la suite, à divers recours en matière de tarifs. Dans ses décisions, le Conseil fédéral a largement suivi les assureurs et refusé des ajustements tarifaires à la hausse. De l'avis des experts, les négociations dans le domaine hospitalier et dans les soins de longue durée ont notamment buté sur le fait que le Conseil fédéral n'a jusqu'ici pas édicté de disposition contraignante visant à instaurer un calcul uniforme des coûts (tarifs 2001).

Les éléments de concurrence ne se sont pas encore imposés dans les négociations tarifaires. Par manque de données comparables et de transparence en matière de

prestations, les analyses concurrentielles, qui stimuleraient la concurrence entre fournisseurs de prestations, ne peuvent pas être menées en profondeur et débouchent par conséquent rarement sur des résultats convaincants. L'abolition de l'affiliation obligatoire n'a permis pour l'instant que la conclusion de quelques contrats spéciaux de portée insignifiante, divergeant des conventions associatives. Ainsi, la décartellisation espérée par le législateur ne s'est pas encore produite au niveau des conventions tarifaires. Les principales raisons de cette situation sont les frais administratifs élevés liés aux contrats spéciaux, l'absence d'intérêt financier pour les fournisseurs de prestations, la résistance de certains cantons face aux contrats spéciaux qu'ils doivent passer avec une partie des hôpitaux publics, ainsi que la fermeté dont font preuve les assureurs quand ils sont unis dans les négociations.

Pour résumer, les différentes études disponibles constatent que la pression exercée par les assureurs sur les fournisseurs de prestations n'a jusqu'ici pas débouché sur une réduction notable des coûts, mais plutôt sur le contournement de cette pression, par exemple par des transferts de coûts dans le domaine hospitalier ou par une progression quantitative dans le domaine ambulatoire.[SN1]

### 4.2.3 Professionnalisation et ajustements internes

Chez les assureurs, la LAMal a accéléré la professionnalisation et les ajustements internes. L'effort le plus visible s'observe chez les caisses-maladie de plus de 100 000 assurés. Celles-ci ont optimisé leurs structures d'organisation et leurs méthodes, afin d'améliorer leur orientation client. De leur côté, les petites et moyennes caisses-maladie ont essentiellement développé leur organisation en fonction de la progression des effectifs de leurs assurés, adapté leurs méthodes aux nouvelles exigences de la LAMal et tiré parti de leur potentiel informatique. Les grands assureurs ont largement renforcé et systématisé leurs efforts de marketing, notamment en développant des produits d'assurance complémentaire rentables. Outre les analyses de marché régulières, les bases de données internes et les évaluations de données ont été sensiblement améliorées par le développement du datawarehouse.

Les évaluations ont également mis en évidence des progrès dans le domaine du contrôle des coûts effectué par les assureurs. Ce contrôle reste toutefois très incomplet puisqu'il se limite à l'examen des factures et ne peut prendre en considération l'adéquation et l'indication des prestations en raison du manque de données diagnostiques. Par ailleurs, il se rapporte pour l'essentiel au domaine hospitalier. Néanmoins, plusieurs grands assureurs ont affirmé que le contrôle des coûts leur avait permis de réaliser jusqu'à 10 % d'économies. Du côté des petites et moyennes caisses, les économies réalisées sont plus maigres. Elles sont estimées à 2 ou 3 %.

Le législateur attendait également des économies importantes des concepts de gestion par cas et de gestion par pathologie (disease management). Lorsqu'ils pratiquent la gestion par cas, les assureurs tentent d'améliorer la chaîne de traitement des patients par de nouvelles prestations. Ils tablent ainsi sur une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge. Ceux qui ont opté pour la gestion par pathologie développent et exploitent de nouvelles formes de prise en charge pour certains groupes d'assurés (p. ex. les malades chroniques ou gravement atteints). La gestion par cas n'est mise en œuvre que par les caisses de grande, voire de très grande taille. Trois assureurs la pratiquent selon des concepts différents. Sept autres grands assureurs testent, développent ou envisagent de tels concepts. Les gestionnaires de cas ont pour mission de coordonner au mieux les différents intervenants par un accompagnement des assurés de l'entrée à l'hôpital à la fin du dernier

traitement post-hospitalier. Les économies potentielles ne sont pas encore chiffrables. Les concepts de gestion par pathologie ne sont mis en œuvre ou à l'essai que par quelques très grandes caisses-maladie. Selon ces assureurs, les expériences sont positives. La gestion par pathologie a par exemple été appliquée avec succès dans le domaine de la rééducation.

Compte tenu du potentiel d'amélioration mentionné, il convient de relativiser le degré de professionnalisation atteint. On peut en partie expliquer cette situation par le fait que si la concurrence entre assureurs s'est accrue avec l'introduction de la LAMal et la pression sur les coûts, elle reste faible. Les assureurs se livrent bien une certaine concurrence en matière de primes, mais celle-ci se concentre presque exclusivement sur les "bons risques", c'est-à-dire sur les assurés jeunes et en bonne santé. Ces assurés présentent une forte propension au changement: ils quittent les assureurs relativement chers et présentant une mauvaise structure des risques pour les assureurs offrant des primes plus avantageuses. Cette concurrence a principalement profité aux petites et moyennes caisses, qui ont accru leur part de marché au détriment des plus grandes.

Dans l'ensemble, les études montrent toutefois que les assureurs n'ont jusqu'ici pas beaucoup influencé les coûts des fournisseurs de prestations. Ils n'ont donc pas encore satisfait les espoirs placés en eux.

### **4.3 Fournisseurs de prestations**

Une analyse du texte de la LAMal montre que les mesures destinées à contenir les coûts visent le plus souvent – et de loin – les fournisseurs de prestations. Ceux-ci jouissent d'une plus grande marge de manœuvre vis-à-vis tant des assurés que des assureurs. La possibilité d'ajuster leur fonctionnement interne dans le sens d'une rentabilité accrue est par ailleurs importante.

#### **4.3.1 Offre de prestations**

L'influence des fournisseurs de prestations s'exerce évidemment en première ligne sur la santé des assurés (des patients). En 1997, 86 % des hommes et 80 % des femmes ont défini leur état de santé comme bon ou excellent et seuls 3 % des hommes et 5 % des femmes l'ont qualifié de mauvais ou très mauvais. L'état de santé subjectif semble être resté stable entre 1992 et 1997 (Office fédéral de la statistique 1998). Les fournisseurs de prestations influencent également dans une large mesure le choix des prestations considérées comme adéquates et, par conséquent, utilisées. L'analyse n'a permis de déterminer que pour certains domaines si et dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ont exploité leur marge de manœuvre et s'ils ont davantage pris en compte des considérations d'ordre économique pour le choix du type et de l'ampleur des prestations de santé.

De l'avis des experts, la timidité du développement des formes particulières d'assurance est également due au fait que les médecins n'y trouvent qu'un intérêt limité en raison du maintien de l'obligation de contracter. La diffusion de ces modèles a toutefois eu pour effet une certaine sensibilisation du corps médical, une accentuation de leur organisation en réseau et, parfois, la prise en compte des conséquences économiques de leurs traitements ou de ceux qu'ils prescrivent. Les changements les plus perceptibles sont ceux qui concernent les médecins participant à des cabinets de groupe de type HMO, qui assument un certain risque financier par le biais des tarifs (forfaits d'assurés) et, parfois, de leurs investissements personnels. Il a par ailleurs fallu constater que la plupart des réseaux

n'avaient pas du tout pour but d'instaurer un système de "managed care", mais essentiellement d'empêcher le développement national d'autres formes d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (Baur/Braun 2000).

S'agissant des cliniques privées et des médecins, l'Office fédéral des assurances sociales et les organisations de patients ont constaté une tendance à la sélection des risques: il semble que le traitement de personnes disposant exclusivement de l'assurance obligatoire ait été reporté, voire refusé. Cette question n'a toutefois pas fait l'objet d'une évaluation systématique.

### **4.3.2 Professionnalisation et ouverture à la concurrence**

La LAMal a induit chez de rares fournisseurs de prestations une professionnalisation accrue et une plus grande ouverture à la concurrence. Les changements les plus importants ont été constatés du côté des hôpitaux publics, des établissements médico-sociaux et des services Spitex. S'agissant des hôpitaux publics, outre les nouvelles conditions-cadres, la pression financière exercée par les cantons a accéléré le mouvement dans le sens d'une adaptation de l'offre de prestations dans le domaine des soins de longue durée, mais aussi dans le sens de l'analyse des besoins, du calcul des coûts et de la garantie de la qualité. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, le calcul des coûts a été amélioré et le débat relatif à la qualité s'est intensifié. Du côté des services Spitex, on observe une tendance à de plus grandes unités d'organisation. Ces évolutions s'accompagnent d'une amélioration du management et de l'organisation, d'une meilleure vision d'entreprise, d'une plus grande ouverture à la concurrence et d'une efficacité accrue des traitements grâce à un savoir supplémentaire et à une claire structuration des traitements. Mais dans la plupart des cas, les changements constatés n'en sont qu'à leurs débuts (Hammer et al. 2001b).

Dans l'ensemble, les auteurs de l'évaluation constatent que les instruments introduits par la LAMal dans le but de maîtriser les coûts du côté des fournisseurs de prestations n'ont eu pour l'instant que de rares effets visibles. Cette situation est imputable à une marge de manœuvre insuffisamment exploitée par les acteurs du système, à différents déficits au niveau de la mise en œuvre, ainsi qu'à des barrières liées aux conditions-cadres imposées par la loi (p. ex. obligation de contracter). S'agissant du calcul des coûts, de nombreuses questions restent en suspens. Il n'y a pratiquement pas de concurrence entre les établissements médico-sociaux, les services Spitex, les médecins et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires. A l'instar des autres acteurs du secteur de la santé, les fournisseurs de prestations optimisent d'abord leur propre profit et agissent en conséquence. Cette approche a eu un certain nombre d'effets indésirables tels que le développement de capacités supplémentaires, une coordination insuffisante et un accroissement quantitatif destiné à compenser les diminutions de recettes.

## **4.4 Cantons**

Les cantons sont en principe responsables de la politique sanitaire et influent, en particulier par le biais de leur politique d'investissement, sur les coûts de la santé à la charge des habitants du canton. La LAMal leur confère une certaine marge de manœuvre vis-à-vis tant des fournisseurs de prestations que des assurés. Avec leurs instruments que sont la "planification hospitalière" et le "financement des hôpitaux", les cantons exercent une grande influence sur les fournisseurs de prestations hospitalières. Ils influencent également les assurés par le biais du mécanisme de la réduction des primes, qu'ils sont à peu près libres d'aménager comme ils l'entendent. La surveillance des tarifs ainsi que le

respect de l'obligation de s'assurer constituent un autre angle d'intervention du canton découlant de la LAMal. La santé publique relevant de la compétence des cantons, ces derniers doivent également assumer des tâches dans le domaine de la promotion de la santé. Celles-ci sont néanmoins relativisées du fait de la prise en charge des prestations individuelles de prévention prévues dans la LAMal.

#### 4.4.1 Planification hospitalière et financement des hôpitaux

Les cantons ont appliqué très diversement la *planification hospitalière*. Dans certains, le processus a été mis en œuvre rapidement; d'autres ont opté pour une politique plus progressive. La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) considère que les efforts fournis par les cantons ont permis d'obtenir d'énormes réductions de capacités. D'après l'évaluation effectuée en 1999, les mesures à court terme engagées par les cantons dans le secteur hospitalier ont conduit à une diminution d'environ 7 % des lits aigus, de 4 % des hôpitaux de soins aigus et de 1 % des emplois. L'analyse des effets indique toutefois que cette contribution à l'optimisation des ressources et à la maîtrise des coûts reste faible (Hammer et al. 2001b). On continue d'observer des surcapacités parfois importantes. La seule suppression de lits ne suffit pas à réduire les surcapacités et les fermetures d'établissements hospitaliers sont restées rares. Là où elles ont eu lieu, les économies réalisées en termes de coûts d'infrastructure ont été neutralisées par un transfert des coûts d'un montant équivalent. Ainsi, la fermeture d'hôpitaux comparativement peu coûteux a eu parfois pour conséquence une augmentation des frais de traitement et – lors de réaffectations – des transferts de coûts dans d'autres secteurs de prestations. Par ailleurs, la coordination intra-cantonale et intercantonale des planifications hospitalières est jugée insuffisante. Il semblerait même que le souci de l'intérêt cantonal dans la planification ait débouché sur la constitution de capacités supplémentaires.

La nouvelle réglementation du *financement des hôpitaux* elle-même n'a pas eu les effets escomptés. Le financement partagé des soins hospitaliers a induit un durcissement des rapports entre assureurs et cantons à propos de leurs parts respectives de financement. Certaines définitions contestées ont débouché sur de nombreux recours adressés au Conseil fédéral. Largement suivis dans la pratique, les principes de calculs tarifaires proposés par le surveillant des prix en ce qui concerne les tarifs hospitaliers des hôpitaux publics ont contribué à stabiliser les tarifs hospitaliers. Mais d'un autre côté, le fait que l'ensemble des déficits d'exploitation des hôpitaux publics sont à la charge de la collectivité publique n'incite pas à l'instauration d'une gestion de type économie d'entreprise.

#### 4.4.2 Réduction des primes et prévention

S'agissant de la *réduction des primes*, les cantons se trouvent face au conflit entre l'objectif de solidarité, qui oblige à soulager substantiellement les personnes de condition économique modeste, et l'intérêt de politique financière, qui consiste à réduire au maximum les dépenses cantonales. Les cantons ont abordé ce conflit de différentes manières. Certains n'ont pas entièrement utilisé les subsides de la Confédération et n'ont pas réduit les primes au maximum. Ils ont donc pris le parti de s'accomoder du fait que les primes restent relativement élevées, même pour les personnes de condition économique modeste.

Les cantons alémaniques sont les plus nombreux à verser les subsides directement aux assurés afin de maintenir une transparence des coûts élevée, procédure qui devrait donner aux assurés une plus grande conscience des coûts. Le canton de Lucerne renonce à

informer individuellement les personnes qui, selon les données de leur déclaration de revenu, pourraient avoir droit à une subvention, dans le but de limiter la réduction des primes aux cas de nécessité économique réelle. Conséquence: entre 20 et 25 % des contribuables qui pourraient avoir droit à la réduction des primes n'en ont jusqu'ici pas fait la demande.

La LAMal donne par ailleurs aux cantons la possibilité de se retirer du domaine de la *prévention*, puisque plusieurs prestations préventives précédemment à la charge de la collectivité publique cantonale ont été intégrées dans l'assurance obligatoire des soins. L'évaluation montre que les cantons ont en règle générale tiré parti de cette possibilité, puisqu'elle les déchargeait financièrement. On observe cette tendance en particulier en ce qui concerne la vaccination des enfants en âge scolaire (Sager et al. 2001). L'admission de mesures de *médecine préventive* au catalogue des prestations obligatoires a provoqué des incompatibilités entre la manière de fournir des prestations prévue par la loi et la pratique effectivement en vigueur dans les cantons. Comme le constate l'évaluation, les changements attendus au sein des autorités d'exécution et des fournisseurs de prestations privés ne se sont pas manifestés, ou seulement en partie. Les auteurs défendent le point de vue selon lequel la LAMal s'est révélée, en tant que base juridique, insuffisante pour le financement des mesures de prévention, puisque l'obligation de remboursement de ces mesures est liée à leur insertion dans des programmes constitués. L'admission des mesures de médecine préventive au catalogue des prestations obligatoires n'a pas induit de changements de comportement de la part de la population visée, ou tout au moins pas ceux que l'on attendait.

#### 4.4.3 Effets sur les coûts

Les écarts entre les dépenses cantonales en matière de santé publique se sont légèrement atténués au cours de la deuxième moitié des années nonante, mais ils restent considérables. Les dépenses nettes par habitant des cantons de Bâle-Ville et de Genève sont par exemple jusqu'à quatre fois plus élevées que celles des cantons de Lucerne, de Schwyz, d'Appenzell Rhodes-Intérieures et de Thurgovie. Les coûts les plus élevés sont ceux des cantons-villes et sont liés à une offre très dense de prestations hautement spécialisées dans les domaines ambulatoires et hospitaliers, à une forte proportion de personnes âgées, à un chômage supérieur à la moyenne et au faible développement des réseaux sociaux. L'étude approfondie de l'évolution des écarts de coûts a mis en évidence un effet de nivellement (Rüefli/Vatter 2001). Celui-ci indique que les mesures relatives au secteur hospitalier introduites dans le cadre de la LAMal ont conduit dans certains cantons à une nette diminution des charges financières. Les deux cantons-villes présentant le niveau de coûts le plus élevé sont ainsi parvenus à réduire leurs dépenses de santé publique au cours de la seconde moitié des années nonante. En revanche, dans certains cantons de petite taille ou de taille moyenne, les objectifs fixés en matière de réduction des coûts n'ont pas été atteints en raison de la faiblesse relative de la pression financière et politique et d'un certain retard en matière d'investissements.

De manière générale, on constate toutefois que la croissance comparativement faible des dépenses cantonales de santé publique est contrebalancée par une forte progression des coûts pour les caisses-maladie. Cela signifie que les mesures prises par les cantons n'entraînent pas une diminution mais un transfert des coûts. Ce constat est confirmé par l'analyse statistique de l'évolution des flux financiers en rapport avec la LAMal, qui met en évidence un retrait insidieux des cantons du financement hospitalier. Les auteurs des enquêtes recommandent aux cantons de mieux tirer parti de leur marge de manœuvre en particulier en ce qui concerne la planification hospitalière. Ainsi, l'augmentation

supérieure à la moyenne des coûts dans les cantons faiblement à moyennement peuplés indique que ces derniers n'ont pas encore tiré le meilleur parti des possibilités de coopération intercantonale en matière de santé publique.

#### **4.4.4 Tâches liées à l'approbation et à la fixation des tarifs ainsi qu'au respect de l'obligation de s'assurer**

Compte tenu du durcissement des exigences, les *négociations tarifaires* entre assureurs et hôpitaux ont été influencées de manière croissante par les cantons. Les échecs en matière de négociations se sont multipliés et les cantons ont par conséquent dû plus fréquemment imposer des tarifs. Leur double rôle de bailleurs de fonds et d'exploitants d'hôpitaux publics a été de plus en plus contesté. Etant donné que les cantons fixent généralement ces tarifs dans leur propre intérêt financier, les assureurs ont engagé des recours qui les ont menés au Tribunal fédéral des assurances ou à la Commission fédérale de recours. Les experts recommandent de s'efforcer, à l'échelle cantonale, de séparer les tâches de fournisseur de prestations et d'autorité d'approbation ou de fixation des tarifs endossées par les cantons. Cette double fonction provoque des conflits d'intérêts qui compromettent la maîtrise des coûts.

Les cantons sont aussi chargés de veiller au respect de l'obligation de s'assurer. Aucune analyse systématique des différents modèles d'application, de leurs forces ou de leurs faiblesses, n'a été effectuée dans le cadre de l'analyse des effets, mais une enquête menée auprès de certains cantons a toutefois indiqué que cette tâche est assumée très diversement. De nombreux cantons n'effectuent pas de contrôles et se contentent d'informer les habitants de leur obligation de s'assurer. Dans l'ensemble, on constate toutefois que seule une infime partie de la population n'a pas d'assurance-maladie.

### **4.5 Confédération**

La loi sur l'assurance-maladie attribue à la Confédération diverses tâches, parfois nouvelles. Premièrement, la Confédération fait office d'instance d'approbation des conventions tarifaires nationales et d'instance de recours dans les domaines de la tarification et de la planification hospitalière. Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins et fixer les critères correspondants. Cette nouvelle compétence a été définie par le Parlement dans le cadre de la première révision partielle de la LAMal. A la demande de la Commission fédérale des prestations générales, le Département fédéral de l'Intérieur décide de l'obligation de remboursement faite aux assureurs. Enfin, l'Office fédéral des assurances sociales exerce différentes fonctions de surveillance, puisqu'il approuve les primes des assureurs, contrôle leur équilibre financier et doit s'assurer qu'ils mettent en œuvre l'assurance-maladie selon les prescriptions de la LAMal.

#### **4.5.1 Conseil fédéral**

Jusqu'ici, le Conseil fédéral n'a pas fait usage de la possibilité d'exiger *la preuve d'un besoin* pour certains fournisseurs de prestations (art. 55a LAMal).

En revanche, il a joué un rôle actif dans le développement de la structure tarifaire nationale homogène pour les prestations médicales (TARMED). La demande *d'approbation de la structure tarifaire* par le Conseil fédéral a été déposée à la fin juin

2000 par les partenaires tarifaires. Le 18 septembre 2000, le Conseil fédéral a approuvé le TARMED. Aucun consensus n'a pu être trouvé en ce qui concerne la date d'introduction du tarif et l'application de l'obligation de neutralité des coûts. A la fin du mois d'août 2001, les partenaires ont toutefois annoncé qu'ils s'étaient mis d'accord d'une part sur une version retravaillée de la structure tarifaire et d'autre part sur le concept d'adaptation, qui doit être introduit durant la première année après l'introduction du tarif. Cet accord n'a toutefois pas encore été ratifié par les partenaires tarifaires.

Le nombre de *recours relatifs aux tarifs* déposés auprès du Conseil fédéral a connu une augmentation phénoménale. La grande majorité de ces recours émanent des assureurs qui exigent, pour les tarifs relatifs aux traitements hospitaliers dans les hôpitaux publics, les établissements médico-sociaux et les cliniques privées, l'abaissement des tarifs fixés par les cantons. Dans ses décisions, le Conseil fédéral a largement suivi les assureurs dans leur volonté de faire baisser les tarifs. A cet égard, il s'est généralement rallié aux recommandations du surveillant des prix. Dans un premier temps, ce dernier a concentré ses recommandations sur les tarifs des soins hospitaliers. Dans ce domaine, il a pu contribuer à l'éclaircissement des questions d'application en proposant des principes de calcul des tarifs et améliorer la transparence des coûts hospitaliers en exigeant des bases de données plus fiables. Ces principes ayant été largement appliqués dans la pratique, le surveillant des prix et le Conseil fédéral ont contribué à stabiliser les tarifs hospitaliers. La pratique adoptée est toutefois jugée subjective, contradictoire et politiquement influencée par les fournisseurs de prestations et les cantons. On reproche aussi au Conseil fédéral de traiter les recours avec beaucoup de lenteur.

Les délais excessifs des décisions concernant les *recours contre les planifications hospitalières cantonales et les listes des hôpitaux dressées par les cantons* sont également critiqués. Selon les évaluations effectuées, le processus déjà souvent appliqué avec lenteur par les cantons est encore ralenti par la Confédération. On observe que la LAMal a adopté une formulation très floue de certaines notions importantes de la planification ("planification apte à couvrir les besoins en soins hospitaliers" ou "prise en considération adéquate des organismes privés"), ce qui a obligé le Conseil fédéral à donner sa propre interprétation de ces notions via la jurisprudence et des directives ad hoc. La jurisprudence de la Confédération est toutefois contestée, ce qui a induit de nouvelles difficultés d'application. En outre, les processus décisionnels au sein de l'administration fédérale sont jugés très lents.

#### **4.5.2 Département fédéral de l'Intérieur**

A la demande de la Commission fédérale des prestations générales, le Département fédéral de l'Intérieur décide de l'obligation de remboursement faite aux assureurs. Avec cet instrument, la Confédération exerce une influence directe sur les fournisseurs de prestations. Mais les assurés sont indirectement touchés, puisque la Confédération définit ainsi la portée des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Ainsi qu'il est précisé aux chiffres 2.7 et 3.2.1, l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins helvétique est relativement complète en comparaison internationale. Les principaux besoins sont intégralement couverts et la densité du réseau de soins est très élevée. Dans le cadre du débat politique, on reproche toutefois au Département fédéral de l'Intérieur de tenir trop peu compte des conséquences financières de l'admission de nouvelles prestations et d'être ainsi largement co-responsable de l'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins. L'évaluation empirique de cet argument dans le cadre de l'analyse des effets a effectivement montré que la Commission fédérale des prestations

générales (CFP) accordait de manière générale trop peu d'importance aux conséquences financières de ses décisions. Les experts constatent que les conséquences financières des prestations traitées par la CFP ne peuvent être évaluées que de manière très approximative. La part des prestations nouvellement admises par la commission dans le cadre des adaptations annuelles des dépenses de l'assurance-maladie ne correspond toutefois qu'à de modestes points de pourcentage, de sorte que l'on ne peut pas parler dans ce contexte d'influence massive sur l'évolution des coûts. Néanmoins, les experts recommandent au Département fédéral de l'Intérieur d'évaluer et de surveiller à l'avenir systématiquement les retombées de ses décisions sur les coûts de l'assurance-maladie. S'il est décidé de développer de nouvelles sources de données telles que la facturation des coûts par prestation ou le TARMEC pour les médecins<sup>[SN2]</sup>, il s'agira de tenir compte suffisamment tôt des besoins entraînés par la surveillance de l'évolution des coûts.

### 4.5.3 Office fédéral des assurances sociales

L'Office fédéral des assurances sociales doit approuver les primes proposées par les assureurs. Ces derniers considèrent ce processus comme une ingérence politique. Ils affirment en particulier que l'approbation compromet leur planification financière à long terme. En outre, ils soulignent le risque – compte tenu du grand intérêt que l'opinion publique accorde à ces décisions – d'une atteinte à leur image lorsque l'augmentation des primes présentée est critiquée par le Conseil fédéral. Les experts recommandent par conséquent d'examiner l'influence de la Confédération sur l'aménagement des primes, d'autant que l'efficacité de cette mesure sur le niveau des coûts n'a jusqu'ici pas été établie.

Selon l'analyse des effets, l'Office fédéral des assurances sociales n'a pas tiré tout le parti possible de sa liberté d'action dans le cadre de l'élaboration de *directives relatives au calcul des coûts et des prestations* pour les fournisseurs de prestations. Le fait que le Conseil fédéral n'ait jusqu'ici pas encore édicté de disposition contraignante visant à harmoniser le calcul des coûts dans le secteur hospitalier et des soins de longue durée est considéré par les experts comme un obstacle majeur à la stabilisation des coûts dans ces secteurs.

La *garantie de la qualité* est réglementée pour la première fois dans la loi sur l'assurance-maladie. La LAMal donne au Conseil fédéral la possibilité, après avoir entendu les organisations intéressées, de prévoir des contrôles scientifiques systématiques visant à garantir la qualité ou l'utilisation appropriée des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Actuellement, l'Office fédéral des assurances sociales délègue largement cette tâche aux fournisseurs de prestations. En 1999, il a toutefois formulé des objectifs et des exigences concernant la mise en œuvre des mesures de garantie de la qualité, favorisant ainsi le débat et donnant une meilleure assise à la planification des fournisseurs de prestations. Les experts demandent à la Confédération de jouer un rôle nettement plus actif dans le domaine de la garantie de la qualité et d'engager à cet effet des moyens financiers (Faisst/Schilling 1999b).

Enfin, les auteurs de l'analyse des effets ont cherché à savoir si l'Office fédéral des assurances sociales s'était suffisamment acquitté de son *devoir d'information* de la population. En 2000, plus de la moitié des personnes interrogées disaient être moyennement bien informées en matière de la loi sur l'assurance-maladie. Un cinquième s'estimait bien ou très bien informé, un quart insuffisamment ou mal informé. La majorité des assurés disposaient des connaissances générales de base relatives à la LAMal (Peters et al. 2001). Cependant, un examen des demandes adressées aux organisations d'assurés indique que les conséquences du principe du libre passage intégral ne sont pas encore très

claires pour de nombreux assurés (Faisst/Schilling 1999a). Les experts recommandent par conséquent à l'OFAS de mettre en œuvre une politique d'information plus active. Ils pensent en outre qu'il faudrait envisager de renforcer les organisations de patients ou d'assurés afin qu'elles puissent assurer les tâches nécessaires dans ce domaine.

Pour résumer, on peut conclure des enquêtes effectuées que la Confédération n'a pas assumé pleinement son rôle de leader dans le domaine de l'assurance-maladie et qu'elle a essentiellement pratiqué une politique réactive en la matière. A l'avenir, elle devra clarifier les notions restées floues en tenant compte de toutes les données et préciser les exigences de la LAMal par le biais de directives en matière de tarifs, de planification hospitalière et de garantie de la qualité.

## 5. Synthèse et questions en suspens

L'analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie a pour objectif de fournir des informations pertinentes sur l'exécution et les conséquences de la loi et de permettre l'élaboration de mesures visant à optimiser l'exécution de la LAMal.

Dans les chapitres précédents, nous avons traité de l'application et des effets des différentes mesures déployées dans le cadre de la LAMal, nous avons examiné dans quelle mesure les trois objectifs principaux de la loi ont été atteints et nous nous sommes demandés si les acteurs en présence ont utilisé comme prévu la marge de manœuvre à leur disposition. Le moment est venu d'effectuer la synthèse des données collectées afin d'améliorer l'exécution de la loi et de préparer les modifications légales nécessaires. A cet effet, nous nous proposons tout d'abord de résumer les principales informations en rapport avec la réalisation des objectifs, ensuite, d'examiner dans quelle mesure les concepts de base de la LAMal ont fait leurs preuves et, enfin, d'aborder les questions restées en suspens.

### 5.1 Les objectifs ont-ils été atteints ?

La LAMal et, dans son sillage, l'assurance obligatoire des soins visent trois objectifs: renforcer la solidarité entre les assurés, garantir à l'ensemble de la population des soins de qualité et maîtriser les coûts.

#### 5.1.1 Solidarité

S'agissant du premier objectif, à savoir une *solidarité accrue* entre les assurés, jeunes et âgés, en bonne santé et malades, riches et pauvres, les évaluations effectuées par des experts indépendants montrent que l'introduction de la LAMal a permis de remédier à un certain nombre de carences inhérentes à l'ancienne loi. Le phénomène de désolidarisation croissante observé sous le régime de l'ancien droit a ainsi pu être jugulé de manière efficace. Des mesures telles que l'obligation de s'assurer, le libre passage intégral entre les caisses, la prime unique au sein d'une assurance et d'une région, la compensation des risques et la réduction individuelle de primes accordée aux personnes de condition modeste ont contribué pour une large part à cette amélioration. Bien que la loi n'indique pas avec précision l'objectif à atteindre, l'analyse des effets de la LAMal conclut que la solidarité est en grande partie réalisée.

Différents problèmes qu'il s'agira de résoudre ultérieurement ont néanmoins été relevés. Pour exemples: si la compensation des risques a permis de diminuer la sélection des risques par les assureurs, elle n'a toutefois pas réussi à écartier totalement cette pratique. La réduction individuelle de primes contribue certes à alléger efficacement la charge d'assurance pesant sur les ménages de condition modeste, mais elle reste insuffisante dans les cantons qui pratiquent des primes élevées. Dans certains cantons, l'exécution de la LAMal suscite par ailleurs des critiques. Les experts estiment en particulier que l'information des assurés quant à leur droit de bénéficier d'une réduction de primes est parfois insuffisante. En outre, différentes mesures qui ont été introduites dans le souci de garantir une plus grande solidarité dans l'assurance-maladie sociale risquent de modifier les incitations économiques aménagées en faveur des assurés, des assureurs et des fournisseurs de prestations. Parmi les questions qui se posent, il y a celle de savoir si l'extension de la compensation des risques ne contribue pas à réduire la concurrence entre les assureurs et si cette mesure ne présage pas, à plus long terme, l'institution d'une caisse unique. On peut supposer également que la conception même de la réduction de primes peut jouer sur la

motivation des assurés à choisir un assureur meilleur marché ou une forme d'assurance plus avantageuse. Les projets de modifications devront tenir compte de manière équilibrée de l'objectif de solidarité et de la compétitivité visée dans le cadre de la LAMal.

### 5.1.2 Prestations

En ce qui concerne le deuxième objectif, à savoir une *offre de soins médicaux de qualité* pour l'ensemble de la population, les experts relèvent également que la LAMal a permis de combler d'importantes lacunes. En particulier, ils mentionnent les soins dispensés à domicile et dans les établissements médico-sociaux ainsi que le remboursement illimité des prestations pour les soins donnés en milieu hospitalier. Même en comparaison internationale, l'étendue des prestations disponibles en Suisse peut être considérée comme complète et les assurés ont la garantie d'y accéder.

Les milieux politiques ont reproché au le Département fédéral de l'intérieur de ne pas accorder suffisamment d'attention aux coûts liés à l'admission de nouveaux médicaments et d'être de ce fait largement coresponsable de l'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins. Une analyse empirique de cette critique a effectivement montré que, de manière générale, la Commission fédérale des prestations (CFP) n'attache pas l'attention voulue aux suites financières des décisions qu'elle prend. Les personnes chargées des évaluations ont toutefois constaté que les répercussions financières des prestations soumises à l'appréciation de la CFP ne pouvaient être estimées que grossièrement. Quoi qu'il en soit, la part des prestations admises par la commission au total des dépenses occasionnées par des modifications de la loi sur l'assurance-maladie ne représente qu'un pourcentage minime, de sorte qu'il n'est guère justifié de parler ici d'un effet déterminant sur l'évolution des coûts. Néanmoins, les experts recommandent d'estimer et de contrôler plus systématiquement à l'avenir les répercussions sur les coûts des décisions prises par le Département fédéral de l'intérieur.

Les études ont par ailleurs établi que la garantie de la qualité est encore peu développée dans le domaine de la santé. Enfin, on a pu observer que l'intégration de prestations de médecine préventive dans l'assurance obligatoire des soins a amené certains cantons à ne plus financer certaines campagnes de santé publique, ce qui n'a pas été sans conséquence sur une prévention à vaste échelle.

### 5.1.3 Coûts

Le troisième objectif principal de la LAMal vise à *maîtriser l'évolution des coûts*. Sur ce point, force est de constater que la nouvelle loi n'a pas été à la hauteur des espoirs placés en elle. Considérant l'élargissement de la gamme des prestations, l'augmentation des coûts a certes été inférieure aux prévisions lors de l'introduction de la loi. Combinés avec l'augmentation générale, les coûts ont toutefois subi une hausse de 11 % au moment de l'introduction de la LAMal. Côté primes, l'augmentation a même atteint 21 %, essentiellement du fait que sous le régime de la LAMal, les subventions générales ont été remplacées par le système de la réduction individuelle de primes. Les primes générales ont ainsi progressé de quelque 15 %.

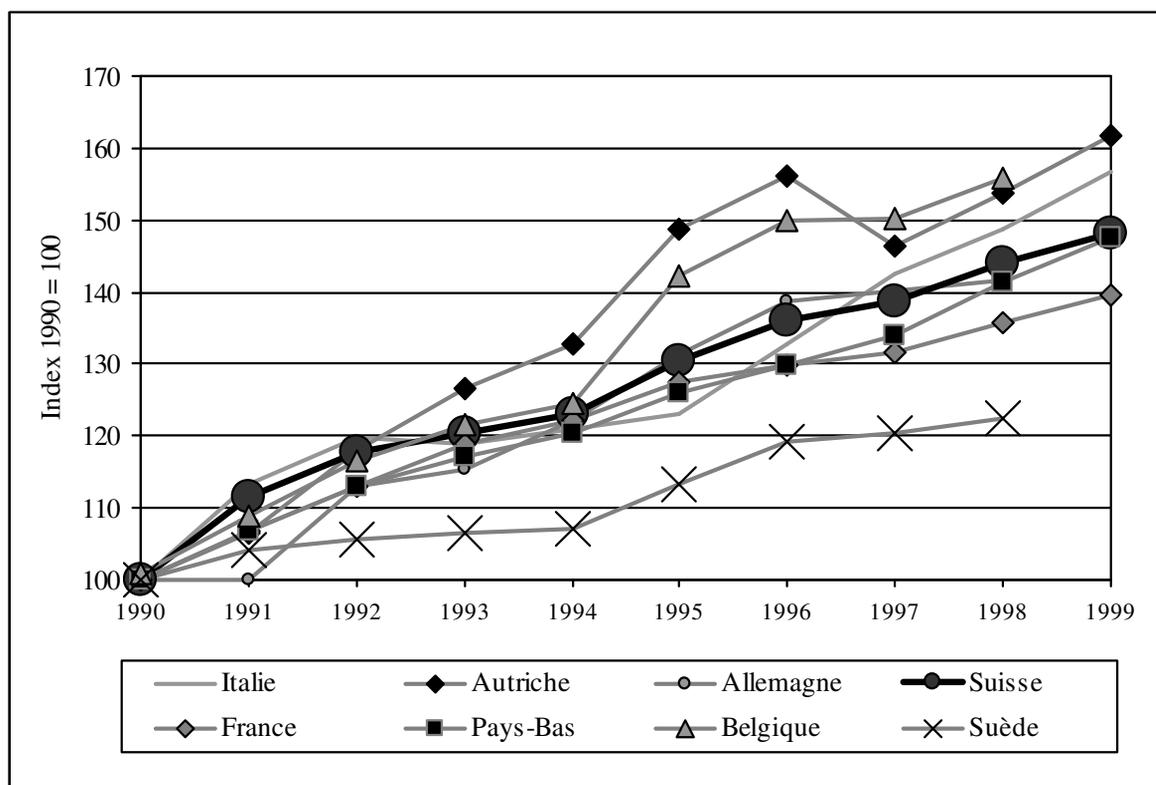
Abstraction faite des conséquences directes de l'introduction de la loi, l'augmentation annuelle des coûts depuis l'entrée en vigueur de la LAMal a crû de 5,3 % jusqu'en 2000. Elle était donc inférieure aux taux correspondants de la période 1985–1995 (6,6 %), mais déjà, comme pendant la période précédente, nettement supérieure à la croissance économique.

La hausse des coûts a été particulièrement marquée dans les secteurs des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex. S'agissant des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex, les experts estiment qu'il s'agit là d'un effet décalé de l'introduction de la LAMal et que le phénomène ne manquera pas de se stabiliser ces prochaines années. En revanche, l'augmentation des coûts des médicaments et des traitements ambulatoires en milieu hospitalier va s'accélé-rant. Pour les médicaments, l'augmentation résulte surtout d'une hausse de volume, le prix des médicaments ayant eu tendance à baisser, tandis que pour les prestations hospitalières ambulatoires, le phénomène s'explique par un transfert des soins, du secteur hospitalier au sens strict vers les soins ambulatoires. Si l'on ne tient pas compte des effets dus à l'introduction de la LAMal, les tendances sont similaires à celles enregistrées avant l'entrée en vigueur de la loi.

Les analyses à disposition n'ont pas véritablement permis d'établir de lien de cause à effet entre la loi sur l'assurance-maladie et l'évolution globale des coûts de santé (Greppi et al. 2000). L'augmentation a certes été légèrement inférieure à la moyenne des quatre années précédentes, mais nettement supérieure à la hausse annuelle moyenne du coût de la vie (0,8 %) ou à l'évolution des salaires réels (- 0,3 %).

Des comparaisons à l'échelle internationale montrent que dans tous les pays développés, la hausse des coûts de la santé engendre des réformes du système de santé. Un constat s'impose toutefois: ni les systèmes déréglementés, comme aux Etats-Unis, ni les systèmes centralisés, comme en France, n'ont réussi à freiner durablement la hausse des coûts. Comme il ressort du graphique ci-dessous (fig. 5.1), l'évolution des coûts de la santé en Suisse ne se démarque donc pas des tendances enregistrées chez nos voisins.

Fig. 5.1: Total des dépenses de santé par habitant, en monnaie nationale



Source: OCDE Données de santé 2001

En comparaison internationale, les études révèlent que le système suisse de l'assurance obligatoire des soins se distingue par la qualité élevée des prestations, la facilité d'accès aux prestations pour toutes les couches de la population et la grande liberté de choix laissée aux assurés et aux patients. Parallèlement, une part relativement importante des soins médicaux est prise en charge par le marché privé, de sorte que les préférences individuelles des assurés sont bien prises en compte. Une étude relativement récente parvient néanmoins à la conclusion que, comparé aux autres pays, le système suisse de santé ne peut pas être considéré comme performant puisque des pays comme la Belgique ou la Suède, où les coûts de santé par habitant sont inférieurs de moitié, réalisent de meilleurs scores au regard de la santé et de satisfaction de la population (Dominighetti/Quaglia 2001).

## 5.2 Les concepts de base ont-ils fait leurs preuves ?

En introduisant la loi sur l'assurance-maladie, la Suisse a posé les conditions-cadres d'une concurrence dûment réglementée. L'assurance obligatoire des soins s'applique à l'ensemble de la population dans les cas de maladie et son financement s'inspire du principe d'une solidarité entre les assurés bien portants et malades, jeunes et vieux, hommes et femmes et de niveaux de revenus différents. Dans le cadre fixé, les assureurs disposent d'une certaine marge de manœuvre et peuvent proposer de nouvelles formes d'assurance, les plus innovatrices étant les solutions de type managed care.

Si la loi a pour effets positifs, d'une part, de renforcer la solidarité entre les assurés qui présentent des risques variables face à la maladie et qui disposent de niveaux de revenus différents et, d'autre part, de garantir des prestations de qualité pour l'ensemble de la population, il n'est pas possible de déceler des effets comparables sur l'évolution des coûts. Alors que les prix ont pu être stabilisés dans le domaine de la santé, on observe une augmentation des volumes qu'il n'est pas possible de maîtriser par le biais de la LAMal.

La LAMal misait sur un changement de comportement de la part des acteurs en présence. Or, les expertises disponibles montrent que les parties concernées n'ont que partiellement joué le jeu et que, bien souvent, elles n'ont fait que reproduire un schéma connu. Les fournisseurs de prestations n'ont guère été exposés à la concurrence. Leur sort est, de plus, intimement lié à la politique menée par les cantons, dont la double fonction d'exploitant d'établissements hospitaliers et d'autorité chargée d'approuver les tarifs n'exclut pas les conflits d'intérêts. Pour leur part, les assureurs et les assurés n'ont guère montré d'intérêt pour les nouvelles formes d'assurance. Les assurés disposent certes d'un vaste choix de possibilités, mais il semblerait que leur assurance leur donne satisfaction et, dans l'ensemble, ils ne voient pas les avantages d'un changement. Jusqu'ici, les formes particulières d'assurance n'ont pu contribuer à une meilleure maîtrise des coûts. La LAMal voulait pousser les assureurs à davantage de compétitivité et les inviter à abandonner leur rôle d'administrateurs au profit de celui d'entrepreneurs. Si cette évolution est effectivement en cours, il faut néanmoins reconnaître que ce principe, comme celui d'une véritable garantie de la qualité de la part des assureurs et des fournisseurs de prestations, n'en est encore qu'à un stade initial. Au demeurant, les modifications apportées aux conditions-cadres de la LAMal en matière tarifaire n'ont encore eu que peu d'incidence sur une réduction des coûts de la santé.

En dépit de toutes ces réserves, les analyses disponibles concluent généralement que les concepts de base de la loi sont à l'origine de nombreux développements positifs qui devraient permettre de renforcer l'efficacité du système suisse de santé dans les cinq à dix années à venir. Ainsi, la LAMal a contribué à améliorer la transparence du système de santé et à renforcer la liberté de choix des assurés tout en développant leur sens des

responsabilités en tant que partenaires du marché. Le catalogue des prestations assure une médecine de qualité dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les principes de libre passage, de compensation des risques et de réduction de primes garantissent la solidarité entre les assurés, et des mesures visant un professionnalisme accru des assureurs ont été introduites. On observe également que les décisions des fournisseurs de prestations se fondent toujours plus fréquemment sur des considérations économiques et que des innovations sont en cours dans les domaines les plus variés.

Pour toutes ces raisons, la plupart des analyses à disposition parviennent à la conclusion que dans l'ensemble, les concepts de base de la LAMal ont fait leurs preuves. Cela dit, l'équilibre entre les objectifs socio-politiques de la loi, les conditions-cadres correspondantes et les impératifs de concurrence demeurera précaire. Relevant de la nature même des choses, cette évidence ne saurait être écartée mais peut néanmoins faire l'objet d'une compensation plus judicieuse. Les études à disposition mettent en évidence que la LAMal contient un certain nombre d'incitations peu compatibles avec le principe d'une saine gestion économique et que celles-ci constituent autant d'obstacles à une véritable maîtrise des coûts. De l'avis des experts, les huit domaines suivants se prêtent à des améliorations décisives.

### 5.2.1 Managed care

Certaines évaluations relèvent que tout devrait être entrepris pour inciter les assurés à se tourner davantage vers des *organisations de type managed care*. Les experts continuent à placer de grands espoirs dans ces modèles et estiment qu'ils peuvent contribuer efficacement à une meilleure maîtrise des coûts de la santé. Ils préconisent l'introduction d'un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques afin de suivre de manière fiable l'évolution des nouvelles formes d'assurance. Ils estiment par ailleurs que certaines des dispositions applicables actuellement freinent l'essor des organisations de type managed care. Ils relèvent que les assureurs ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à se lancer dans une voie n'excluant pas que leur participation à la compensation des risques puisse dépasser leurs rentrées de primes. Par ailleurs, le fait que la formule HMO ne permette de répercuter que 20 % des économies réalisées sous la forme de primes plus avantageuses pendant les cinq premières années nuit à la diffusion de ce système. Enfin, estiment les experts, l'obligation de contracter n'incite pas les médecins à s'intéresser à ces modèles d'assurances.

### 5.2.2 Financement des hôpitaux

Certains experts estiment que le *financement des hôpitaux* doit faire l'objet d'une nouvelle réglementation. D'après eux, les subventions cantonales ne bénéficient qu'à une partie du système de santé, ce qui débouche fatalement sur des distorsions et la création d'incitations inopportunes. Pour cette raison, ils préconisent de préparer le passage à un système moniste. Dans la pratique, les assureurs auraient à assumer intégralement les coûts des soins hospitaliers au sens strict. Les subventions ne seraient plus versées aux hôpitaux, mais directement aux assureurs, voire à un fonds commun des assureurs. Le système en question a notamment pour objectif de renforcer la concurrence entre les prestations ambulatoires et celles fournies en milieu hospitalier. La concurrence reposerait ainsi sur des bases identiques.

Les experts ont proposé la création d'un fonds alimenté en partie par les subventions versées jusqu'ici par les cantons au titre des séjours hospitaliers et en partie par des moyens supplémentaires provenant des recettes fiscales, ce qui permettrait d'augmenter la

part des prestations de l'assurance obligatoire des soins financée par le biais des recettes fiscales. L'objectif consiste en l'occurrence à financer les hôpitaux d'une seule main. Les cantons verseraient leurs subventions directement aux assureurs, ce qui aurait pour effet d'atténuer le conflit d'intérêts résultant de leur double fonction d'autorité de surveillance et de fournisseur de prestations. Les experts sont d'avis que sur ce point, la deuxième révision partielle de la LAMal va dans la bonne direction, mais qu'elle ne résout pas le cœur du problème.

### 5.2.3 Obligation de contracter

Plusieurs évaluations recommandent de supprimer l'obligation de contracter. L'obligation faite aux assureurs de conclure des conventions tarifaires avec les fournisseurs de prestations agréés – principe connu sous le nom d'obligation de contracter – n'incite guère les fournisseurs de prestations à prendre des risques économiques. La suppression de cette disposition amènerait les assureurs, estime-t-on, à réduire considérablement le nombre des fournisseurs de prestations habilités à exercer à la charge de l'assurance-maladie. Cette mesure permettrait de limiter l'extension du volume des prestations dans le secteur ambulatoire et, partant, freinerait l'augmentation des coûts à la charge de l'assurance-maladie. Les avantages financiers liés en Suisse à l'ouverture d'un cabinet médical privé s'en trouveraient diminués. Considérant le risque économique entraîné par l'ouverture d'un cabinet si l'obligation de contracter devait être supprimée, nul doute que de nombreux médecins renonceraient à s'installer et préféreraient rester dans le secteur hospitalier, où sévit d'ailleurs une pénurie de médecins. Il faut savoir au demeurant que les médecins hospitaliers occasionnent moins de coûts à l'assurance obligatoire des soins que les médecins indépendants.

Du point de vue des assurés, la suppression de l'obligation de contracter aurait toutefois pour effet de réduire le libre choix du fournisseur de prestations. Or, cette liberté constitue précisément un des principes fondamentaux de l'assurance-maladie sociale et les citoyennes et citoyens y sont très attachés. Par ailleurs, la suppression de cette obligation pourrait avoir des conséquences regrettables pour les patients plus âgés et les personnes souffrant de maladies chroniques qui, on le sait, accordent généralement une grande importance à la relation qu'ils entretiennent avec leur thérapeute. Enfin, la disparition de ce principe poserait encore un autre problème en ce sens que les groupes de patients occasionnant des frais élevés risqueraient de se trouver exclus du système d'assurance si les assureurs se dégageaient de toute obligation à l'égard de certains fournisseurs de prestations.

### 5.2.4 Compensation des risques

Les études consacrées à la compensation des risques établissent que cette pratique en vigueur depuis presque dix ans fonctionne bien et qu'elle est relativement bien acceptée sous sa forme actuelle, à savoir celle d'un plus petit dénominateur commun. De l'avis des experts, la prime unique suppose que la compensation des risques entre les assureurs restera maintenue pour une période indéterminée. Les experts recommandent toutefois une forme de compensation différente de celle en vigueur aujourd'hui et précisent que les dispositions actuelles incitent les assureurs à pratiquer une sélection des risques relativement marquée, ce qui, à terme, pourrait saper l'objectif de solidarité.

Les experts demandent également d'étudier la possibilité de financer un pool de gros risques au moyen de rentrées fiscales. Si, avant le début de l'exercice comptable, les assureurs avaient la possibilité de céder à un pool de risques les coûts qu'occasionneront les cas très onéreux, la sélection des risques diminuerait. Le pool interviendrait dans un sec-

teur où les incitations financières n'ont aucune influence sur le comportement des assurés. Ce dispositif permettrait également de pratiquer la gestion par cas de manière suivie.

### **5.2.5 Réduction de primes**

L'application de principes relevant de l'économie de marché ne doit pas remettre en cause l'objectif de solidarité visé par l'assurance-maladie. D'un point de vue économique, les mesures de redistribution ne devraient pas tabler sur les différents instruments de politique sociale. C'est par le biais de l'imposition ou d'autres types d'aide au revenu qu'elles devraient bénéficier à des personnes de condition modeste. Le système actuel de réduction de primes est en contradiction avec ce principe théorique; les experts recommandent toutefois de maintenir cette mesure qui s'est révélée être un instrument efficace pour renforcer la solidarité entre les assurés. Les experts demandent néanmoins une meilleure uniformisation des systèmes cantonaux d'application et la définition d'un objectif social dont le respect puisse et doive être systématiquement contrôlé. Au demeurant, il y a lieu de mettre en œuvre des incitations permettant de garantir que les assurés de condition modeste choisissent véritablement des assurances avantageuses. Cela pourrait se faire notamment en calculant le montant de la réduction de primes sur la base des primes dues par les assurés ayant choisi un modèle d'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations. La réduction de primes couvrirait un pourcentage dégressif de la prime si l'assuré choisit une assurance plus chère.

### **5.2.6 Prestations**

Se fondant sur une analyse consacrée à la procédure de désignation des prestations et à la procédure de recours contre les décisions des assureurs, les experts ont proposé que les organisations qui militent en faveur des droits des patients et des assurés soient habilitées à s'adresser directement à la commission des prestations, à agir en cours de procédure et à s'opposer aux décisions des assureurs. Concernant la pratique de remboursement des assureurs, la Confédération est invitée à améliorer l'information des assurés et des fournisseurs de prestations.

Au sujet des incidences financières, l'analyse de la documentation à disposition de la Commission des prestations a mis en évidence deux points nécessitant des mesures supplémentaires: d'abord, il y a lieu d'élaborer à l'intention des requérants un guide leur permettant de calculer les incidences sur les coûts. L'instrument en question devrait également fournir des données servant à ce calcul et des moyens de combler les lacunes en matière d'information. Ensuite, il faudrait veiller qu'en cas de nouveaux développements dans les sources de données (par ex.: facturation des coûts par prestation), les besoins particuliers de la surveillance des coûts soient pris en compte suffisamment tôt.

Enfin, les experts relèvent un certain nombre d'effets pervers en matière de prévention et demandent à la Confédération de fixer des priorités claires et précises tenant dûment compte de l'application des mesures envisagées.

### **5.2.7 Garantie de la qualité**

Les fournisseurs de prestations médicales et leurs organisations ont déployé différentes activités en matière de garantie et de promotion de la qualité. Grâce à un projet réalisé dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, l'OFAS a pu avoir un aperçu des activités menées au niveau des organisations. Il a été établi qu'au moment de l'enquête (1999), la plupart des organisations avaient déjà conclu une convention-cadre de garantie de la qualité avec le Concordat des assureurs-maladie suisses (aujourd'hui: santéssuisse) ou

qu'elles étaient en train d'élaborer des conceptions et des programmes à ce sujet. Des conventions-cadres au sens où l'entend le législateur n'existaient que pour les travaux de laboratoire. Les exigences de la LAMal étaient donc encore loin d'être remplies. Les experts invitent la Confédération à être nettement plus active en matière de garantie de la qualité et à y consacrer des moyens financiers. Il est souhaitable que la Confédération et les fournisseurs de prestations adoptent ensemble une position claire et qu'ils la rendent publique. Enfin, les experts recommandent davantage de transparence en ce qui concerne les mesures envisagées ou déjà prises en matière de garantie et de promotion de la qualité, par exemple par la publication de rapports annuels à ce sujet.

### **5.2.8 Information des assurés**

Les études dénoncent un manque d'information des assurés. Souvent, estiment les experts, des indications essentielles comme la possibilité de changer de caisse, l'existence de formes alternatives d'assurance ou encore le choix entre différentes franchises, ne leur sont pas fournies. Des questions souvent adressées aux organisations de défense des assurés à propos des modalités de passage dans une autre caisse pour l'assurance obligatoire des soins révèlent que de nombreux assurés ne sont pas encore au clair sur la question du libre passage. En outre, l'étude portant sur l'information des assurés établit qu'il n'existe guère d'informations relatives à la qualité et aux performances des assureurs-maladie. L'élaboration de listes de primes et de conseils à l'intention des assurés faciliterait l'accès aux informations importantes. Dans le souci d'améliorer la transparence du marché et d'augmenter le nombre de changements de caisse économiquement justifiés, les experts proposent la réalisation d'un "guide des produits". L'une des études estime judicieux de mettre à la disposition des organisations de patients et d'assurés les ressources humaines et matérielles qui leur permettraient d'assumer elles-mêmes ces tâches.

### **5.2.9 Planification hospitalière**

Plusieurs évaluations demandent que la planification hospitalière soit améliorée et accélérée. Le rapport qui traite spécifiquement de cette question estime que les carences inhérentes à la planification hospitalière sont avant tout imputables à l'absence d'une politique de santé à l'échelle suisse. Pour cette raison, il recommande un vaste échange d'expériences entre les cantons et une meilleure information sur la santé de la population, le rapport prix/prestations des fournisseurs de soins et la qualité des prestations fournies. Les rapports de santé disponibles dans certains cantons devraient exister pour l'ensemble de la Suisse.

Les experts relèvent également que les relations et interdépendances entre les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont si fortes qu'une planification sectorielle ne tenant pas compte des autres secteurs ne pourrait atteindre son but. Ils préconisent une extension de la planification hospitalière dans le sens d'une offre de soins véritablement intégrée (médecin de famille, secteur ambulatoire, secteur semi-hospitalier, prise en compte des mesures de réadaptation, de psychiatrie et de gériatrie). Il convient toutefois de relever qu'en matière de fourniture de soins, les cantons n'ont que rarement créé des régions de planification véritablement pertinentes, de sorte qu'il est actuellement nécessaire d'en définir de nouvelles.

Enfin, plusieurs études demandent qu'une planification à l'échelle fédérale soit introduite pour la médecine de pointe et la médecine spécialisée.

### 5.3 Questions importantes en suspens

Conformément au concept arrêté en 1998, dont la présentation fait l'objet du premier chapitre du présent rapport, l'analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie aborde la question des conséquences de la loi sous des angles très variés. Si les travaux de quelque 25 études ont permis de répondre à de nombreuses questions en suspens, il n'en demeure pas moins que maints aspects restent à traiter. Les domaines suivants méritent encore d'être éclaircis:

- Les conséquences de la loi sur les *structures de soins* sont encore mal connues. La question de la planification hospitalière n'a pas été suffisamment approfondie. Les effets de la loi au niveau des cantons doivent être étudiés qualitativement au moyen de cas-types et quantitativement à l'appui de données concrètes. Par ailleurs, il y a lieu d'analyser la manière dont évolue la coordination, la collaboration et la concurrence entre les différents fournisseurs de prestations.
- Seule l'évolution des coûts de certains acteurs de la santé a été analysée dans le cadre des études menées. On ne dispose que d'informations qualitatives en matière d'effets de substitution et de transfert. Une *analyse globale des coûts* serait nécessaire pour apprécier les effets de substitution, les transferts et les variations de volume engendrés par la LAMal. Les mouvements entre les soins hospitaliers au sens strict et les soins ambulatoires dispensés en milieu hospitalier devraient faire l'objet d'une attention particulière.
- Les *cantons* font un usage très divers des possibilités d'action à leur disposition dans le domaine de la santé. Une étude comparative serait l'occasion de relever les différences existantes. Une recherche de ce type permettrait notamment de débattre des "bons exemples" et de se demander dans quelle mesure leur pratique peut être transposée à d'autres cantons.
- Des acteurs d'horizons très variés estiment que les *modèles de managed care* peuvent contribuer dans une large mesure à une meilleure maîtrise des coûts. Toutefois, on ne dispose toujours pas de données statistiques fiables en ce qui concerne les coûts liés à ces modèles. Il y a lieu de procéder à une saisie et à une analyse standard des données en question. Les conséquences qu'entraînerait pour les formes alternatives d'assurance une suppression partielle ou générale de l'obligation de contracter demeurent inconnues.
- Il s'avère important également d'étudier avec attention l'évolution des coûts dans le *secteur des médicaments*. Il a été établi que, dans ce domaine, la hausse des coûts est particulièrement marquée. Il convient notamment de s'interroger sur l'évolution du volume des médicaments, sur la propension à prescrire des médicaments nouveaux et chers en lieu et place de médicaments plus anciens et plus avantageux, sur la tendance à prescrire des génériques, et enfin sur la disposition des pharmaciens à délivrer effectivement à leurs clients des génériques plutôt que des préparations originales.
- *L'évolution des prestations* doit être observée attentivement. A ce titre, les effets sur la santé et les conséquences économiques des nouvelles prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être suivis attentivement. L'évolution des "anciennes" prestations doit elle aussi être observée de près. Là encore, le problème se pose en termes de complémentarité et de substitution. A cet égard, les travaux réalisés dans le cadre du programme d'évaluation de l'efficacité, du caractère économique et de l'adéquation de la médecine complémentaire revêtiront une importance toute particulière.

- Jusqu'ici, les études à disposition n'ont examiné qu'accessoirement les conséquences des différents modèles applicables au remboursement des fournisseurs de prestations. Parallèlement au nouveau mode de rémunération des pharmaciens, il s'agira d'observer aussi les effets du nouveau modèle tarifaire applicable aux médecins (TARMED).
- Enfin, il conviendra d'observer les développements résultant des *accords bilatéraux avec l'Union européenne*. Nous pensons notamment aux coûts engendrés au titre des réductions de primes en faveur de nouveaux groupes d'assurés et aux conséquences de la libéralisation de l'accès au marché suisse de la santé pour les médecins en provenance de l'Union européenne.

L'analyse des effets liés à l'introduction de la LAMal est maintenant achevée. La liste des questions restées en suspens montre toutefois que les recherches entreprises dans ce domaine doivent se poursuivre.

L'Office fédéral des assurances sociales prévoit d'accorder une importance toute particulière à ces interrogations lors de la prochaine étape de l'analyse des effets et de les soumettre à des évaluations rigoureuses. Il envisage également d'instituer un système de monitoring afin de déceler suffisamment tôt les évolutions à venir. Par exemple, le monitoring des recours déposés par les patients, celui de la réduction individuelle de primes ou encore des formes particulières d'assurance et de différents aspects de l'évolution des coûts doivent être reconduits. Enfin, il s'agira d'améliorer généralement les bases statistiques en matière de santé en Suisse et, plus particulièrement, en matière d'assurance-maladie. Comme par le passé, les partenaires de l'office actifs dans le domaine de la santé seront associés à la réalisation de ce programme.

## 6. Evaluation des propositions des experts et mesures à introduire

Nous rappellerons ici les principales conclusions de l'analyse des effets par domaine (cf. chap.5.2.) et nous présenterons l'évaluation que l'OFAS fait des propositions qu'en tirent les experts, ce qui a déjà été réalisé et ce qui est en cours de réalisation ou en phase d'élaboration.

Les résultats globaux de l'analyse montrent que les objectifs principaux énoncés par le Conseil fédéral, en 1991, dans son Message sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie sont atteints. L'exception réside avant tout dans le but de maîtrise des coûts. Le correctif social que devait apporter le système de réduction individuelle peine quant à lui à remplir sa fonction. L'analyse de l'OFAS prend donc en compte les éléments qui permettent de consolider la réalisation des principes fondamentaux à la base du système d'assurance sociale introduit en 1996. L'office privilégie les aspects aptes à permettre une régulation des coûts mis à la charge de l'assurance-maladie sociale.

### 6.1 Formes particulières d'assurance / Managed care

La particularité du système suisse est de faire cohabiter l'élément fondamental de l'obligation de contracter avec le libre choix des modèles d'assurance. Les formes particulières d'assurance qui peuvent être classifiées sous le titre de "Managed Care" sont celles qui limitent le choix du fournisseur de prestations (article 41, al.4., LAMal) en échange d'une réduction de la prime à payer. Elles sont à distinguer des formes particulières d'assurance qui prévoient une réduction de la prime lorsque l'assuré consent à une participation aux coûts plus élevée (franchise supérieure à la franchise ordinaire) ou dans lesquelles le montant de la prime dépend de savoir, si pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations (assurance bonus). Le Conseil fédéral était d'avis, lors de l'introduction de la LAMal, que les modèles d'assurance avec franchise élevée conduiraient les assurés à solliciter les prestations en ayant davantage conscience des coûts. Il a été démontré par de nombreuses études qu'ils sont plutôt choisis pour l'avantage financier immédiat qu'ils représentent et pour l'économie sur les primes ainsi réalisée. La possibilité offerte aux assurés de revenir à la franchise ordinaire à chaque début d'année civile diminue l'incitation à changer de comportement.

Les formes de managed care constituent des instruments susceptibles de contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie en modifiant à la fois les comportements des patients et ceux des fournisseurs de prestations. Le modèle du médecin de famille réduit, par exemple, le "tourisme médical" et permet ainsi d'éviter des traitements multiples par des médecins différents pour une même affection. Le nombre d'assurés qui a choisi des modèles particuliers d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations augmente certes, mais pas de manière significative (données 2000: 7,9 % des assurés, augmentation de 6,6 % par rapport à 1999). Leur existence et les conditions nécessaires à leur développement sont analysées dans plusieurs rapports en lien, en particulier, avec la suppression de l'obligation de contracter, dans le sens d'une alternative possible à cette proposition.

*Les évaluations relèvent que tout devrait être entrepris pour inciter les assurés à se tourner davantage vers des organisations de type managed care. Certaines dispositions en vigueur actuellement vont toutefois à l'encontre d'une plus grande acceptation de ce type*

*de structures. Les assureurs ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à se lancer dans une voie où la participation à la compensation des risques dépasse parfois les rentrées de primes. Par ailleurs, le fait que la formule HMO ne permette, pendant les cinq premières années, de ne répercuter que 20 % des économies réalisées sous la forme de primes plus avantageuses ne favorise pas sa diffusion. A cela s'ajoute l'obligation de contracter, un élément qui dissuade les médecins de s'intéresser à ces modèles d'assurance. Enfin, les experts proposent un système permanent de monitoring accompagné de rapports annuels et d'enquêtes statistiques afin d'étudier rigoureusement l'évolution des nouvelles formes d'assurance.*

Le faible écho rencontré dans notre pays par ce type d'assurance a été confirmé et analysé. Les assurés sont peu enclins à adhérer aux formes d'assurance qui restreignent le choix du fournisseur de prestations. L'évolution est très lente. Les assureurs n'ont pas véritablement utilisé la marge de manœuvre très large que la LAMal avait mis à disposition pour créer et promouvoir des modèles originaux de managed care. Ils auraient pu inventer, en collaboration avec des fournisseurs de prestations, des variantes des modèles anglo-saxon uniquement axés sur le profit des compagnies d'assureurs. Le managed care donne aux assureurs, dans notre système, les moyens d'agir sur le contrôle des coûts et sur celui de la qualité. Ce sont précisément ces moyens qu'ils souhaitent obtenir par une suppression de l'obligation de contracter. Dans l'esprit d'une meilleure exploitation des dispositions de la LAMal, il incombera à l'avenir aussi essentiellement aux assureurs-maladie et aux fournisseurs de prestations de développer et d'introduire des offres et des modèles d'assurance visant un changement des comportements.

Le Conseil fédéral a proposé, dans la deuxième révision partielle de la LAMal, que les assureurs soient tenus de présenter une offre de ce type à leurs assurés. Il y aura donc une obligation pour les assureurs de proposer ce type d'assurance. Une intervention issue du débat politique au Parlement prévoit même l'introduction obligatoire pour tous les assurés du modèle de médecin de famille. Elle ne devrait pas être suivie car le caractère obligatoire de la mesure ne saurait avoir un effet incitatif ou déboucher sur un changement des comportements.

Il s'agit maintenant d'étudier en détail les modifications législatives nécessaires pour que la compensation des risques et la fixation du rabais de prime soient plus favorables à ces formes d'assurances tout en les maintenant dans le système de solidarité créé par la LAMal. Il faudra aussi être particulièrement attentif aux dangers d'une sélection des risques et d'une désolidarisation dans l'assurance obligatoire que la modification des rabais dans les modèles de franchise à option a voulu combattre.

D'autres questions sont encore ouvertes: la forme du paiement des prestations prodiguées par le fournisseur de soins ou encore l'utilité de fixer une durée minimum d'affiliation à ce type d'assurance. La réflexion qui doit être menée comprend aussi, comme le suggèrent les auteurs de la recherche, une réflexion sur les mesures incitatives non-financières. En effet, ces modèles sont parfois présentés comme des concrétisations d'une médecine de médiocre qualité. Il est tout à fait important que la confiance dans ce type de structure soit développée. Les aspects de prise en charge globale du patient, de garantie de la continuité des soins et de la qualité de ceux-ci (par la supervision et le travail en commun des fournisseurs de soins, par exemple) sont des éléments fondamentaux à communiquer à la population par des efforts communs (Confédération, assureurs et fournisseurs de prestations). Une intensification de la recherche et la mise en place d'un monitoring permanent sont nécessaires pour suivre l'évolution de ces formes d'assurance.

## 6.2 Obligation de contracter

*Plusieurs évaluations recommandent de supprimer l'obligation de contracter. L'obligation faite aux assureurs de conclure des conventions tarifaires avec les fournisseurs agréés de prestations – principe connu sous le nom d'obligation de contracter– n'incite guère ces derniers à prendre des risques. Si l'on supprimait cette réglementation, les assureurs réduiraient nettement le nombre des fournisseurs de prestations qui travaillent à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Une telle pratique se traduirait, pour les assurés, par la perte de la liberté de choix du fournisseur de prestations. La suppression de ce principe pourrait aussi avoir des conséquences négatives pour les patients plus âgés et pour les personnes souffrant de maladies chroniques qui, on le sait, accordent une grande importance à la relation qu'ils ont avec leur thérapeute.*

Dans son message accompagnant la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, le Conseil fédéral a rejeté l'idée de supprimer généralement l'obligation de contracter (FF 2001 741, en particulier 770 et ss). Il retient cependant le principe d'une suppression partielle, qui serait exclusivement applicable aux fournisseurs de prestations de soins ambulatoires âgés de plus de 65 ans. Par ailleurs, le Conseil fédéral entend développer les instruments prévus par la LAMal en matière de régulation des quantités, notamment obliger les assureurs à proposer des formes particulières d'assurance dans toute la Suisse et faciliter l'exclusion d'un fournisseur de prestations (art. 59 LAMal). Dans le cadre des délibérations portant sur la 2<sup>e</sup> révision partielle de la LAMal, le Conseil des États a approuvé ces dernières propositions; il s'est néanmoins prononcé en faveur d'une suppression générale de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire et a élaboré des propositions allant dans ce sens.

Dans son message, le Conseil fédéral a déclaré que la suppression générale de l'obligation de contracter et, partant, l'introduction d'un contrat-type basé sur la concurrence suppose que le marché soit transparent: les assurés doivent être informés des primes pratiquées par les assureurs et de la qualité des prestations (qualité des résultats) des fournisseurs de soins sollicités pour un traitement, de manière à pouvoir s'assurer auprès d'un assureur dont les prix/prestations correspondent au plus près à ce qu'ils attendent. A l'heure actuelle, les informations sur la qualité des prestations et des résultats sont encore rares. La question se pose aussi de savoir comment apprécier le caractère économique d'une prestation, sachant que cet élément est constamment source de conflits entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les questions quant à la manière de garantir les soins, au caractère économique des prestations et à la qualité tout en évitant l'avènement d'une médecine à deux vitesses reste ouverte. Ce qui est toutefois certain, c'est que, comparé à ce qui existe pour les soins hospitaliers, domaine dans lequel une autorité est chargée d'élaborer un budget global et une planification pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, la loi prévoit moins d'instruments destinés à réguler les volumes et à maîtriser les coûts des soins ambulatoires. Il convient de souligner ici que les instruments de contrôle des quantités dans le domaine hospitalier sont peu utilisés ou alors de manière partielle et peu efficace. Cet état de fait peut être imputé, en tout cas en partie, aux difficultés d'application de ces instruments.

Malgré cela, dans son message du 21 septembre 1998 sur la première révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (FF 1999 791), le Conseil fédéral a proposé, au titre d'une meilleure maîtrise des coûts, d'élargir les critères d'introduction de budgets globaux: dans le domaine ambulatoire, à la fois comme une mesure ordinaire (par les cantons) et comme une mesure extraordinaire (à la demande des assureurs). Le Parlement n'a pas débattu jusqu'au bout de cette extension des compétences; la question a été reportée et devrait être traitée dans le cadre de la deuxième révision partielle de la loi. A l'époque, un certain

nombre de députés avait en effet estimé qu'il était encore prématuré d'introduire des budgets globaux dans le domaine ambulatoire et semi-hospitalier au niveau des cantons, en raison notamment du manque de clarté quant à la manière de procéder et de l'insuffisance de bases statistiques. Pour ce qui précède, l'introduction de budgets globaux, tout comme la suppression de l'obligation de contracter, est liée à l'élaboration préalable de conditions-cadres et de modalités d'application concrètes.

### 6.3 Financement des hôpitaux

*Certains experts estiment que le financement des hôpitaux doit faire l'objet d'une nouvelle réglementation. A leurs yeux, les subventions cantonales ne bénéficient qu'à une partie du système de santé, ce qui débouche fatalement sur des distorsions et la création d'incitations inopportunes. Ils préconisent donc d'adopter un système moniste de financement et demandent que les hôpitaux n'aient qu'une seule source de financement. Les cantons verseraient leur participation directement aux assureurs, ce qui aurait pour effet d'aplanir quelque peu le conflit d'intérêts résultant de leur double fonction d'autorité de surveillance et de fournisseur de prestations. Les experts sont d'avis que sur ce point, la deuxième révision partielle de la LAMal va dans la bonne direction, mais qu'elle ne résout pas le problème de fond.*

Dans son message sur la 2<sup>e</sup> révision partielle de la LAMal (FF 2001 763ss.), le Conseil fédéral a proposé d'introduire un financement des hôpitaux selon un modèle dualiste qui marquerait le passage du financement de l'objet (hôpital) à celui du sujet (assuré). Un autre, un traitement à égalité des hôpitaux privés et publics et la prise en charge des coûts des prestations indépendamment du statut de l'assuré doivent contribuer à supprimer les distorsions de concurrence et à renforcer les incitations à la maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral entend par là continuer à associer les cantons au financement du secteur hospitalier et persévérer dans la voie choisie, soit la prise en charge d'une partie des coûts par les pouvoirs publics et une répartition plus sociale de la charge financière, par comparaison avec ce qui se passerait dans un système financé exclusivement au moyen de primes individuelles indépendantes du revenu. En maintenant parallèlement la planification financière, on garantit d'une part que les cantons assument leur responsabilité en matière de couverture des soins de la population et d'autre part que la compétence de décision et l'obligation de financement concordent.

Le Conseil des États a donné son accord de principe à cette proposition, tout en invitant le Conseil fédéral à présenter, cinq ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, un projet de passage à un système moniste prévoyant une seule source de financement. Ces travaux supposent l'étude de différentes variantes de systèmes monistes et des conditions applicables étant donné qu'à l'étranger, aucun pays n'a à ce jour fait l'expérience d'un système exclusivement basé sur un modèle moniste. En ce qui concerne le financement de l'assurance obligatoire des soins, le système moniste retenu devra lui aussi respecter les principes généraux de la LAMal, à savoir la solidarité, l'accès à des prestations de qualité pour tous les assurés et les mesures d'incitation à une maîtrise des coûts. Les effets des variantes de financement moniste devront être établis à la lumière de ces objectifs prioritaires et l'on se penchera sur la forme à donner aux actuelles mesures de compensation des risques et de réduction de prime. Un système de financement moniste ne saurait déboucher uniquement sur une modification des flux financiers, phénomène forcément associé à une redistribution d'un important volume d'argent, mais doit au contraire exercer l'effet escompté sur les coûts, tant pour les assureurs que pour les hôpitaux. De même, il faudra étudier la manière dont les cantons exerceront leur rôle de

garants de la couverture des soins de la population et comment injecter leur argent dans le nouveau système de sorte qu'ils puissent eux aussi être séduits par des mesures de maîtrise des coûts, notamment dans le domaine hospitalier.

## 6.4 Compensation des risques

*Les résultats de l'analyse des effets montrent que jusqu'ici, les critères d'âge et de sexe n'ont débouché que sur une compensation des risques peu satisfaisante entre les assureurs d'un même canton et leurs structures de risques respectives. Pour cette raison, les experts proposent, d'appliquer le système également aux mineurs ou de l'affiner au moyen de critères supplémentaires (p. ex: risque d'hospitalisation, facteur de santé) et de reconduire le principe de la compensation des risques sans limite de temps. Ils ont également recommandé de créer, à titre prospectif, un pool de hauts risques financé par le biais des impôts qui servirait à compenser les coûts de santé prévisibles de groupe de risques particulièrement élevés (p. ex. patients atteints de maladie chronique). Le financement de ces coûts au moyen de fond publics plutôt que par des contributions des assureurs allègerait efficacement leur charge financière. Il y a lieu de créer, en parallèle, des mesures d'incitation afin que les assureurs persévèrent dans la voie des mesures de réduction des coûts.*

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, l'objectif initial de la compensation des risques, qui consistait à éliminer la sélection des risques pratiquée par les assureurs, n'a que partiellement été atteint. Si les distinctions usuellement faites avant l'introduction de la LAMal quant à l'âge et au sexe des assurés ont effectivement pu être supprimées, force est de constater que ces deux critères ne reflètent pas réellement la différence de risque, surtout en ce qui concerne les assurés qui changent fréquemment de caisse. Aujourd'hui comme hier, les assureurs restent principalement intéressés par une structure de risques aussi avantageuse que possible et par une réduction des coûts de santé (contrôle des coûts) de leur communauté d'assurés. Il est communément admis que le principe de la compensation des risques doit être maintenu au moins sous sa forme actuelle si l'on veut empêcher une nouvelle sélection d'après le sexe et l'âge des assurés. Cette mesure constitue à n'en point douter une condition impérative si l'on veut garantir un fonctionnement de l'assurance-maladie aussi proche que possible du marché. Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose par conséquent de reconduire la compensation des risques sans limitation dans le temps.

Toute définition de critères supplémentaires de compensation des risques fondée sur des groupes de coûts de diagnostics ou de médicaments entraîne le danger de stigmatiser certains groupes de patients. D'ailleurs, le fait d'affiner la formule de la compensation des risques au moyen de critères supplémentaires a pour résultat une compensation accrue des coûts plutôt que des risques. Une évolution dans ce sens réduirait davantage encore l'incitation, pour les assureurs, à agir efficacement sur l'évolution des coûts de la santé. La création d'un pool de hauts risques permettrait par contre de résoudre en partie les problèmes actuellement liés à la compensation des risques. En effet, une compensation des coûts limitée aux cas engendrant des coûts élevés a des chances de réduire la tendance des assureurs à vouloir sélectionner les risques, en particulier en ce qui concerne ce groupe d'assurés. L'introduction d'un pool de hauts risques est envisageable indépendamment de la conception du financement des hôpitaux. Le jour où ce financement sera exclusivement à la charge des assureurs-maladie (financement moniste), un pool de hauts risques pourrait très bien être financé totalement ou en partie par des rentrées fiscales. Ce type d'instrument se prête parfaitement à un financement par les pouvoirs publics, sans modifier en rien les

mesures d'incitations prévues par le système. En définitive, le pool de hauts risques permettrait de contrecarrer institutionnellement la diminution croissante des coûts de santé financés par les rentrées fiscales.

D'après les conclusions de l'analyse des effets, la conception actuelle de la compensation des risques constitue un frein au développement des modèles d'assurance de type managed care. Pour les risques relativement bons qui choisissent une forme particulière d'assurance, l'assureur doit souvent contribuer à la compensation des risques pour un montant supérieur à celui des primes réduites. Le risque d'une couverture insuffisante étant réel, les assureurs concernés sont ainsi amenés à ne pas proposer de formes particulières d'assurance dans leur secteur d'activité, ou alors à un niveau régional exclusivement. En raison de la garantie qu'il offre quant à la prise en charge des cas coûteux, le pool de hauts risques constitue effectivement un instrument à même d'inciter les assureurs à développer des modèles de managed care. Selon le message du Conseil fédéral relatif à la deuxième révision partielle, les assureurs auront l'obligation de proposer des formes particulières d'assurance dans l'ensemble de leur secteur d'activité. Pour ce qui est des assurés, des mesures doivent être élaborées pour les convaincre des avantages liés aux modèles de managed care et, partant, leur faciliter le choix d'une assurance de ce type.

## 6.5 Réduction des primes

*Les résultats des différentes études montrent que le but de politique sociale ne peut être réalisé que de manière partielle avec les moyens mis à disposition et le niveau des primes. Le système de réduction des primes peine à jouer son rôle de correctif social à la prime unique en particulier pour les familles à revenu moyen et dans les cantons où les primes sont élevées. Les experts recommandent le maintien de la réduction de primes, mais demandent d'une part, une plus grande uniformisation des systèmes cantonaux d'application et, d'autre part, la définition d'un objectif social dont le respect peut et doit être systématiquement contrôlé. Des incitations permettant de garantir que les assurés de condition économique modeste choisissent effectivement des assurances avantageuses doivent également être créées.*

La réduction individuelle des primes introduite par la LAMal a remplacé le système des subsides versés directement aux caisses-maladie qui débouchait sur une diminution de prime égale pour tous les assurés. Elle est le correctif social au système de la prime par tête. Les cantons responsables de l'exécution de la réduction des primes ont amélioré leur procédure depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Divers ajustements ont été introduits lors de la première révision partielle de la loi pour garantir que les procédures mises en place répondent à des critères plus exigeants. Les bénéficiaires potentiels sont mieux informés et leur situation financière la plus récente est prise en compte, l'objectif visé étant de mettre en oeuvre une allocation des ressources la plus équitable possible.

La proposition d'introduire un pourcentage du revenu imposable que la charge des primes d'assurance-maladie pour un ménage ne devrait pas dépasser a d'ores et déjà été acceptée par le Conseil des États dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal. Il a été décidé que la charge des ménages ne devait pas dépasser 8 % du revenu imposable selon l'impôt fédéral direct, majoré de 10 % de la fortune imposable selon le droit cantonal. Le but social à atteindre doit être clairement défini et s'appliquer à tous les assurés. Tous les subsides ne pourront être utilisés pour les personnes qui sont aidées par le canton au titre des prestations complémentaires ou à celui de l'assistance; ils devront être attribués aux assurés et aux ménages qui répondent aux critères fixés par le droit fédéral. Sur la base des expériences faites jusqu'ici, il y a lieu de souligner que, dans l'esprit de l'objectif social, les

réductions de prime doivent effectivement contribuer à apporter un allègement supplémentaire au budget des ménages.

L'obligation de verser le subside directement à l'assureur, le passage à un système de requête avec information individuelle sur la base des données fiscales, la prise en compte de la fortune de manière uniforme constituent des améliorations des systèmes cantonaux en tant qu'elles concrétisent les caractéristiques optimales des procédures. Elles pourraient être proposées et discutées avec les cantons en vue d'une unification des procédures cantonales. Les autres mesures nécessaires pour évaluer si le but social est atteint par le système cantonal devraient alors aussi être introduites ou poursuivies pour celles qui se réalisent déjà: Monitoring et fixation d'un pourcentage maximal du revenu disponible à atteindre pour remplir l'objectif de la réduction des primes.

L'obligation pour les cantons qui n'atteignent pas le but social de demander l'entier des subventions fédérales sera certainement encore examinée. Il faut noter que, dans la plupart des cas, ce sont les cantons à faible prime moyenne qui ne demandent pas l'entier des subventions fédérales.

Dans son récent message relatif au projet de Nouvelle péréquation financière et de redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons (NPF), le Conseil fédéral, dans le souci d'uniformiser les dispositions et par analogie à ce qui se pratique dans d'autres assurances sociales, a proposé à la Confédération de définir les catégories de revenu ayant droit à des réductions de prime. La proposition prévoit de verser aux cantons l'équivalent d'un quart des coûts de santé moyens à l'échelle nationale pour 30 % de la population résidente (sur la base du chiffre d'affaires annuel de l'assurance obligatoire des soins, autrement dit des primes d'assurance). De leur côté, les cantons sont tenus de compléter les subventions fédérales de manière que la participation aux coûts due par la population, établie pour chaque canton sur la base de son volume des coûts de santé ou d'assurance, ne soit pas dépassée. La part à la charge de la population équivaut à un certain pourcentage du revenu imposable (majoré de 10 % de la fortune imposable). Le rapport des experts part du principe d'une participation aux coûts de 8 % à l'échelle suisse. Le taux de participation fixé par la Confédération a force obligatoire pour les cantons et est fonction de l'écart, par rapport à la moyenne suisse, des coûts de santé à la charge de l'assurance obligatoire des soins de chaque canton. La solution envisagée doit permettre une utilisation transparente et plus ciblée des ressources. Selon ce modèle de réduction de prime, la Confédération participe à hauteur d'environ 45 % aux réductions de prime, les 55 % restants étant à la charge des cantons. Eu égard à la deuxième révision partielle de la LAMal actuellement en traitement au Parlement, le Conseil fédéral, dans son message relatif à la nouvelle péréquation financière, s'est toutefois réservé le droit d'attendre que lorsque le Parlement ait fini de débattre de cette deuxième révision partielle, avant de décider s'il entend présenter un projet dans le sens de celui décrit ci-dessus.

## 6.6 Prestations

*Les experts proposent une participation plus importante des organisations d'assurés et de patients par l'octroi d'un droit à proposer la prise en charge d'une prestation et un droit de recours contre les décisions prises. Des améliorations de l'évaluation du caractère économique des prestations sont souhaitées. Une simplification de la procédure de contestation entre assuré et assureur qui consisterait à instaurer le principe de la décision formelle – à savoir une décision écrite, motivée et indiquant les voies de recours – obligatoire à rendre, par l'assureur, en cas de décision refusant la prise en charge d'une prestation figure parmi les recommandations énoncées. Selon les résultats de la*

*comparaison établie entre les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en Suisse et celles remboursées par des systèmes étrangers ainsi que la comparaison avec les recommandations de «bonne pratique médicale, des améliorations devraient être apportées, en particulier dans le domaine de la prévention, de l'aide à domicile, des soins dentaires ainsi que la prise en charge des psychothérapies dispensées par des thérapeutes non-médecins.*

La procédure de désignation des prestations est assurée par des commissions consultatives spécialisées. Elles sont composées d'experts, représentants les milieux intéressés, y compris de celui des organisations d'assurés et de patients. La tâche principale de ces commissions est d'évaluer les dossiers qui lui sont soumis, en grande majorité, par les fournisseurs de prestations. Toute personne est autorisée à déposer une demande, à la condition que le dossier soit conforme aux directives (Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales, édité par l'OFAS). Il convient de satisfaire d'une autre manière la demande – justifiée au demeurant – d'une plus grande reconnaissance des secteurs de prestations non suffisamment pris en compte par l'actuelle procédure de définition des prestations. Pour garantir une définition objective et fondée sur des résultats scientifiques des prestations à charge de l'assurance-maladie, il est préférable de maintenir un système qui privilégie l'apport des experts dans l'évaluation des prestations sans introduire un droit formel de proposition. Le processus de désignation des prestations sans droit de recours, à l'exception de la liste des spécialités (constituée par des décisions individuelles et donc susceptibles de recours) garantit une sécurité du droit suffisante et permet des adaptations rapides à l'évolution scientifique et technique, si nécessaire.

De nouveaux modèles plus performants sont déjà mis en place pour évaluer les coûts des prestations nouvelles qui pourraient être mises à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Ces modèles sont inclus dans le "Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales", qui définit le contenu obligatoire des dossiers d'évaluation. À l'avenir, il conviendra d'accorder nettement plus d'importance à cet aspect. L'introduction de la structure tarifaire uniforme que constitue TARMED permettra à l'avenir de disposer d'une meilleure base de données, que les demandeurs devront utiliser pour évaluer les implications financières d'une prestation.

Les conséquences de la proposition d'instaurer le principe de la décision formelle doivent certainement être étudiées plus à fond. Une simplification de cette nature peut, en effet, modifier la pratique des assureurs-maladie et celle des tribunaux cantonaux des assurances. Une évaluation plus fine des changements proposés semble tout à fait nécessaire afin d'être sûr que les répercussions seraient favorables aux assurés et qu'une telle solution, particulière dans l'assurance-maladie par rapport aux autres branches d'assurances sociales, se justifierait.

Les études comparatives avec les prestations remboursées par des systèmes étrangers et avec les recommandations de «bonne pratique médicale» ont montré que les prestations thérapeutiques étaient particulièrement bien couvertes par la LAMal mais que des améliorations pouvaient être apportées en particulier dans le domaine de la prévention. Il y a lieu de convenir d'un arrangement en ce qui concerne la répartition des frais entre les cantons, les organisations privées, les patients et les assurés. La première chose à faire est d'examiner la répartition des tâches entre les services publics de santé et l'assurance-maladie. Il est en effet essentiel que les cantons continuent à financer des programmes de prévention et de dépistage précoce dans les structures qu'ils ont à disposition comme les écoles, par exemple. La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure et à quel moment les prestations préventives individuelles atteignent les objectifs fixés en matière

de prévention. La Commission des principes de l'assurance-maladie étudie cette problématique. Elle devrait avoir avancé dans ses travaux durant le premier semestre 2002. La suppression de la participation aux coûts pour les mesures de prévention est une mesure qui existe dans les pays de comparaison et est recommandée par les experts. Elle a été introduite dans la LAMal de manière restrictive, l'assuré est exonéré de la franchise mais il doit s'acquitter de la quote-part et uniquement pour des mesures prévues par un programme. Il sera nécessaire de poursuivre la réflexion sur les effets de cette mesure avant de l'étendre à d'autres types de mesures préventives.

Si la question du financement des soins est régulièrement soulevée par les assureurs, elle l'est aussi par le Parlement. Mais la réponse ne peut être trouvée que s'il existe des bases de décision sérieuses. Pour cette raison, le Conseil fédéral a demandé un rapport sur le financement des soins. Le rapport en question doit établir qui, actuellement, finance quoi (y compris en dehors de l'assurance-maladie), quelles sont les éventuelles lacunes en matière de financement et comment les combler.

La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des prestations de soins à domicile a permis de combler une des lacunes de l'ancien catalogue des prestations. Les prestations remboursées à ce titre sont celles qui sont considérées comme des soins (art. 7, OPAS) et ne couvrent pas d'autres prestations fournies à domicile, telle l'aide pour le ménage ou la préparation des repas. Une répartition entre des mesures de soins financées par un système de primes par tête et des mesures de soutien à la charge des patients est une solution qui nécessite qu'elle soit accompagnée d'un subventionnement adéquat de la part des pouvoirs publics (cantons/communes) qui organisent ces services. Ces considérations sont valables pour les soins dentaires dont le remboursement par l'assurance-maladie répond aux mêmes conditions de lien avec une maladie. L'implication des pouvoirs publics se réalise, dans certains cantons, par le financement des services dentaires scolaires par les pouvoirs publics. Cette organisation facilite notablement l'accès aux soins dentaires pour les enfants de condition économique modeste.

Notre système est l'un des seuls qui prévoit le remboursement des psychothérapies uniquement lorsqu'elles sont prodiguées par un médecin. La création jurisprudentielle de la "psychothérapie déléguée" et le souci que les troubles psychiques puissent être traités dans l'ensemble du pays par des professionnels en nombre suffisant et de qualité amènent à terminer les études préparatoires et à envisager une procédure de consultation.

## **6.7 Gestion de la qualité**

*Les experts invitent la Confédération à être plus active en matière de garantie de la qualité et à mettre des moyens financiers à la disposition de cette cause. Il est souhaitable que la Confédération et les fournisseurs de prestations adoptent ensemble une position claire et qu'ils la rendent publique. Les experts recommandent également davantage de transparence en ce qui concerne les mesures envisagées ou déjà prises en matière de garantie et de promotion de la qualité, par exemple par la publication de rapports annuels à ce sujet.*

En introduisant le principe du contrôle de la qualité des prestations, l'OFAS vise à instituer un processus d'amélioration faisant l'objet d'une évaluation permanente et porté par les fournisseurs de prestations. En application de l'article 77 OAMal, l'OFAS n'est d'ailleurs pas chargé d'élaborer lui-même des directives en matière de garantie de la qualité. Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont liés par le principe de l'obligation de contracter. L'OFAS a cependant fixé des objectifs concrets à l'attention des fournisseurs de

prestations et des assureurs, en qualité de partenaires contractuels. Parmi ces objectifs: l'évaluation de la qualité des prestations au moyen d'indicateurs des résultats. L'office estime en l'occurrence que l'important n'est pas d'indiquer la voie menant à l'objectif (méthode), mais d'évaluer la réalisation proprement dite de l'objectif. Cette approche est liée à la possibilité de quantifier et de mesurer de manière uniforme les résultats des prestations médicales. L'OFAS entend laisser les partenaires contractuels libres de définir et d'introduire les mesures de garantie de la qualité qu'ils estiment appropriées.

Depuis peu, l'OFAS désigne également des thèmes prioritaires en matière de garantie de la qualité. Avec ces interventions, il a épuisé dans une large mesure la marge de manœuvre que lui accorde l'OAMal. L'office dispose encore de la possibilité d'intervenir ponctuellement, par voie d'ordonnance, au cas où les conventions de qualité ou leur application ne répondraient pas aux exigences de l'OFAS. Par le biais du thème "Renforcement de la sécurité du système des soins de santé", l'OFAS s'efforce d'élaborer, d'entente avec les médecins et les soignants, un processus d'amélioration minutieusement planifié. Donnant suite à la publication d'un rapport d'experts (avril 2001)<sup>16</sup>, les mesures correspondantes et les structures éventuellement nécessaires sont actuellement en voie d'élaboration.

S'agissant du financement des mesures de promotion de la qualité, l'OFAS estime que la qualité doit faire partie intégrante des prestations et qu'elle n'a pas à donner lieu à une rémunération particulière. Dans l'esprit d'un coup de pouce au financement, il est néanmoins prêt à assumer une partie des frais d'évaluation des résultats par les assureurs, dans la mesure où les procédures appliquées respectent les critères définis sur une base contractuelle.

Dans l'optique de dégager, à titre d'exemple, les perspectives de développement existantes, l'OFAS a initié, en collaboration avec l'association Outcome, un projet-pilote baptisé "émerge – une aide rapide et efficace aux urgences" et a assumé une partie de son financement. Douze établissements hospitaliers désireux d'améliorer la qualité de leurs prestations se sont ainsi unis en réseau et bénéficient de l'appui de modérateurs indépendants lors de la planification, de la réalisation et de l'évaluation de mesures destinées à améliorer la qualité des prestations. Il devrait arriver à son terme dans le courant de l'été 2002. En soutenant de tels projets, l'OFAS souhaite montrer ce qu'il est possible de réaliser dans ce domaine et stimuler la réalisation d'autres projets.

## 6.8 Information des assurés

*Les études réalisées montrent que la disponibilité des informations générales permettant aux assurés d'agir est bonne, mais qu'il existe des écarts entre les informations souhaitées et demandées et celles qui sont disponibles. La demande d'obtenir une information "neutre" a été relevée.*

La LAMal confère aux assurés un rôle actif sur le marché de l'assurance-maladie. En effet, ils peuvent choisir librement leur assureur-maladie ainsi que le modèle d'assurance qui leur convient. Or, une information adaptée est nécessaire pour qu'ils puissent jouer le rôle d'acteur économique souverain tel qu'il a été prévu par le législateur. Il faut constater que le pourcentage de changement d'assureur est somme tout assez faible et que les formes particulières d'assurances (à l'exception des franchises plus élevées) ne rencontrent pas l'intérêt espéré. Le manque d'une information "objective" ne constitue qu'un des éléments

---

<sup>16</sup> [www.swiss-q.org](http://www.swiss-q.org)

explicatifs. Il ne faut, en effet, pas sous-estimer les facteurs subjectifs liés directement aux rapports entre assurés et assureurs.

La demande d'obtenir une information "neutre" conduit l'OFAS à poursuivre l'information sur la structure du système et celle orientée sur l'action permettant à l'assuré de prendre une décision et de faire un choix en connaissance de cause. Il s'attachera à améliorer la qualité des documents produits pour qu'ils remplissent ces attentes. La diffusion des moyens d'information actuels, tels que "l'Aperçu annuel des primes" ou la brochure intitulée "L'assurance-maladie en bref" sera poursuivie. Ces documents figureront, parmi d'autres, sur le site Web de l'OFAS.

Pour réaliser une recommandation notamment dans le domaine de l'information neutre de l'assuré dans un cas particulier, une nouvelle entité spécialisée sera mise en place à l'OFAS. Elle regroupera toutes les demandes individuelles traitées jusque là dans plusieurs unités et sera chargée d'y répondre. Elle n'a pas pour tâche de remplacer l'Ombudsman de l'assurance-maladie mais de compléter l'offre par une information neutre et compétente.

La proposition visant à créer un organisme neutre chargé d'accomplir des tâches d'information et de conseil en relation avec l'assurance-maladie obligatoire n'est pas retenue pour le moment sous cette forme. La neutralité, sous quelque forme que ce soit, est pratiquement exclue. Sous l'angle d'une information la plus différenciée possible en direction du public, elle est à peine souhaitable. Par contre, l'OFAS étudie les possibilités de confier, sous forme de mandat de prestations, des tâches d'information ou de conseil à des organisations d'assurés/patients que certaines d'entre elles accomplissent déjà, en partie du moins.

## 6.9 Planification hospitalière

*Plusieurs évaluations demandent que la planification hospitalière soit améliorée et accélérée. Le rapport traitant spécifiquement de cette question recommande d'étendre à l'ensemble de la Suisse la pratique des rapports de santé qui existe dans certains cantons. De tels supports fourniraient de précieuses informations sur les besoins à venir en matière de capacités hospitalières. Les experts relèvent également que les relations et dépendances entre les secteurs ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont tellement marquées qu'une planification sectorielle ne tenant pas compte des autres secteurs ne présenterait guère d'intérêt. Ils demandent une extension de la planification hospitalière allant dans le sens d'une offre de soins intégrée. Enfin, ils estiment souhaitable que la médecine spécialisée et la médecine de pointe fassent l'objet d'une planification hospitalière à l'échelle suisse.*

L'introduction d'une planification hospitalière à l'échelle suisse est une demande qui a déjà été formulée à différentes reprises (FF 2001, p 741, en particulier 756 et s). Jusque-là, le Conseil fédéral a toujours rejeté cette idée, estimant que l'actuel système de partage des compétences et des responsabilités entre la Confédération et les cantons offrait à ces derniers la possibilité de réaliser les planifications. Il craint qu'une planification à l'échelle fédérale soit incompatible avec un partage des responsabilités et une collaboration efficace entre les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs. Les cantons doivent pouvoir disposer de cet instrument s'ils entendent assumer leur responsabilité non seulement dans le domaine de l'assurance-maladie, mais aussi en matière de maîtrise des coûts de la santé en général. La définition des critères de reconnaissance des établissements de soins – applicables également à la liste des hôpitaux – doit déboucher

sur l'élaboration de conditions-cadres permettant de réaliser une utilisation optimale des ressources et la maîtrise des coûts. A ce propos, les cantons ont eux aussi déclaré que des mesures supplémentaires de la part de la Confédération ne s'imposaient pas, en raison notamment de la pression financière considérable exercée en faveur de la suppression des surcapacités hospitalières et d'une intensification de la collaboration intercantonale. Au demeurant, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires a élaboré des directives applicables à la réalisation de la planification et veille ainsi à un bon échange entre les cantons.

La planification de la médecine de pointe comme une partie de la planification hospitalière apparaît dans "Politique nationale de santé", un projet conjoint de la Confédération et des cantons. Le projet en question introduit d'une part l'instrument d'un observatoire de la santé et concrétise par la même occasion la demande en faveur d'une diffusion des rapports de santé élaborés par les cantons et de leur institutionnalisation à l'échelle fédérale. D'autre part, il a pour objet de répertorier l'offre de soins sous un angle thématique. Un groupe de travail se penche actuellement sur la question.

Le projet de Nouvelle péréquation financière et de redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons, dont la première étape a été approuvée par le Conseil fédéral dans son message du 14 novembre 2001 à l'attention des Chambres, a pour objectif, à moyen ou long terme, de réglementer la médecine spécialisée et la médecine de pointe par le biais d'une convention entre les cantons. La Confédération est d'ailleurs aujourd'hui déjà en mesure d'exercer son influence en la matière en ce sens qu'elle peut préciser dans le catalogue des prestations que, par exemple, seules les transplantations effectuées dans des hôpitaux spécialement désignés à cet effet sont prises en charge par l'assurance des soins.

## **6.10 Conclusion**

Ce chapitre constitue une première évaluation des résultats de l'analyse des effets menée par l'OFAS. Il en résulte que certains éléments mis en évidence par les chercheurs ont tout de suite pu être traduits dans les faits et que d'autres ne constituent que la première étape d'un processus plus long et vraisemblablement plus complexe. Par conséquent, le travail d'évaluation devra se poursuivre puisqu'il s'agit d'un processus de transformation d'un système qui a été initié par l'introduction de la LAMal.

## Bibliographie

**Ayer, Ariane; Despland, Béatrice; Sprumont, Dominique – Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel (2000):** Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 14/00, Berne (numéro de commande 318.010.14/00 f).

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (1998):** Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 21/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.21/98 d).

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (1998):** Efficacité socio-politique de la réduction de primes dans les cantons. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 21/98, Berne (numéro de commande 318.010.21/98 f).

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2000a):** Energie 2000, Programmwirkungen und Folgerungen aus der Evaluation, Bundesamt für Energie, Verlag Rüegger, Chur/Zürich.

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2000b):** „Evaluationssynthesen: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen“. In: LeGes – Gesetzgebung & Evaluation, 2000/1, S. 13–25, Bern.

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2001):** Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 2/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.2/01 d).

**Balthasar, Andreas – Interface Institut für Politikstudien (2001):** Efficacité socio-politique de la réduction de primes dans les cantons. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche no 2/01, Berne (numéro de commande 318.010.2/01 f).

**Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver – Interface Institut für Politikstudien (2001a):** Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Basel-Stadt, Vertiefung zur Rahmenstudie des Bundesamtes für Sozialversicherung, Luzern.

**Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver – Interface Institut für Politikstudien (2001b):** Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Appenzell Ausserrhoden, Vertiefung zur Rahmenstudie des Bundesamtes für Sozialversicherung im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Luzern.

**Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001a):** Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 5/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.5/01 d).

**Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001a):** Evaluation de l'application de la réduction de primes. Une enquête dans les cantons de Genève, Neuchâtel, Bâle-Ville, Zurich, Lucerne et Appenzell Rhodes-Extérieures. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 5/01, Berne (numéro de commande 318.010.5/01 f).

**Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia – Interface Institut für Politikstudien (2001b):** Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung im Kanton Luzern. Eine Untersuchung im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern, Luzern.

**Bandi, Till (1999):** “Politique des risques, compensation des coûts et solidarité dans l’assurance-maladie.” Dans: Sécurité sociale 2/1999, Berne, p. 70–72.

**Battaglia, Markus; Junker, Christoph – Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern (2001):** Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 9/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.9/01 d).

**Baur Rita; Hunger, Wolfgang; Kämpf, Klaus; Stock, Klaus – Prognos AG (1998):** Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.1/98 d).

**Baur, Rita; Braun, Ulrike – Prognos AG (2000):** Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 15/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.15/00 d).

**Baur, Rita; Heimer, Andreas – Prognos AG (2001):** Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/01 d).

**Biersack, Ortrud – Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel (2000):** Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG. Die Planungsmethoden der Kantone, zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, Basel.

**Böcken, Jan; Butzlaff, Martin; Esche, Andreas (Hrsg.) (2000):** Reformen im Gesundheitswesen, Ergebnisse der internationalen Recherche Carl Bertelsmann Preis 2000, Gütersloh.

**Message** concernant la révision de l’assurance-maladie, du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77).

**Message** concernant l’arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l’assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l’assurance-maladie, du 21 septembre 1998 (FF 1999 727).

**Message** du 31 mai 2000 concernant l’initiative populaire « La santé à un prix abordable » (initiative-santé) (FF 2000 3931).

**Message** relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l’assurance-maladie, du 18 septembre 2000 (FF 2001 693).

**Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter (1997):** Gesundheitsökonomie: mit 41 Tabellen, Berlin/Heidelberg/New York, S. 160 ff.

**Bundesamt für Statistik (1998):** Schweizerische Gesundheitsbefragung, 1997, Neuenburg.

**OFAS (1998):** Analyse des effets de la LAMal. Plan de réalisation, Berne.

**OFAS (1999a):** Evolution des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire 1996–2000, Berne (OFAS Service des imprimés 00.340).

**OFAS (1999b):** Statistique des assurances sociales suisses 1999, Berne (numéro de commande 318.122.99 f).

**OFAS (2000a):** Statistique des franchises à option dans l'assurance-maladie 1999; Statistiques de la sécurité sociale 12/00, Berne (numéro de commande 318.918.99 f).

**OFAS (2000b):** Statistique des assurances sociales suisses 2000, Berne (numéro de commande 318.122.00 f).

**OFAS (2000c):** Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération 1999, Berne (numéro de commande 318.916.99 f).

**OFAS (2000d):** Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales, Berne.

**OFAS (2001):** Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération 2000, Berne (numéro de commande 318.916.00 f).

**Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich; Knoepfel, Peter (1997):** Einführung in die Politik-evaluation, Basel/Frankfurt a. Main.

**Commission externe d'évaluation des politiques publiques (2000):** Subsidies en matière d'assurance-maladie. Evaluation de la politique cantonale, Genève.

**Dominighetti, Gianfranco; Quaglia, Jacqueline (2001):** „Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“. In: Die Volkswirtschaft 9/2001, Zürich, S. 9–13.

**Faisst, Karin; Schilling, Julian – Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999a):** Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- & Versichertenorganisationen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/99 d).

**Faisst, Karin; Schilling, Julian – Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999b):** Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 10/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.10/99 d).

**Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond; Strüwe, Wolfram – Bundesamt für Statistik (1998):** Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 15/98, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.15/98 d).

**Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond; Strüwe, Wolfram – Office fédéral de la statistique (1998):** Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 15/98, Berne (numéro de commande 318.010.15/98 f).

**Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas – Bundesamt für Statistik (2000):** Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 5/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.5/00 d).

- Greppi, Spartaco; Ritzmann, Heiner; Rossel, Raymond; Siffert, Nicolas – Bundesamt für Statistik (2000):** Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection social. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 5/00, Berne (numéro de commande 318.010.5/00 f).
- Gurtner, Felix (2000):** „Thèses de la Commission fédérale des principes . Réflexions de principe sur le financement des mesures médicales coûteuses“. Dans: Sécurité sociale 4/2000, Berne, p. 197–199.
- Haari, Roland – Coplan Empirische Sozialforschung (2001):** Kosten neuer Leistungen; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 13/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.13/01 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2000):** Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.07/00 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Iten, Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2001a):** Auswirkungen des KVG auf die Versicherer; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 6/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.6/01 d).
- Hammer, Stephan; Pulli, Raffael; Schmidt Nicolas; Iten Rolf; Eggimann, Jean-Claude – Infrass (2001b):** Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 8/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.08/01 d).
- Hornung, Daniel; Röthlisberger, Thomas; Stiefel, Adrian – Büro für Raum- und Umweltplanung (2001):** Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 12/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.12/01 d).
- Kommission für Konjunkturfragen (2000):** Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, 377. Mitteilung, Beilage zur Volkswirtschaft, Bern.
- KSK – Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (2001):** Auszug aus der Rechnungssteller-Statistik. Jahre 1995-1999, Solothurn.
- Marcuard, Claudine (1999):** „Assurance-maladie et solidarité“. Dans: Sécurité sociale 2/99, Berne, p. 69.
- Mathis, Georg A.; Herren, Ruth (1998):** Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: Erste breitflächige Auswertungen, Managed Care 1/1998, Neuhausen, S. 8 ff.
- Müller, Klaus – Integria Consult (1999):** „La jurisprudence actuelle du Conseil fédéral en matière de liste des hôpitaux. Précisions et questions en suspens“. Dans: Sécurité sociale 6/1999, p. 317–321.
- Nef, Robert (2000):** „Krankenversicherung für mündige Menschen“. In: Schweizerische Monatshefte, 80. Jahr, Heft 10, Zürich, S.23–28.
- Peters, Matthias; Müller, Verena; Luthiger, Philipp – IPSO (2001):** Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, Beiträge zur Sozialen Sicherheit BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/01 d).

**Polikowski, Marc; Lauffer, Régine; Renard, Delphine; Santos-Eggimann, Brigitte – Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (2000):** Analyse des effets de la LAMal: „Le catalogue des prestations“ est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche no 12/00, Berne (numéro de commande 318.010.12/00 f).

**Rossel, Raymond – Office fédéral de la statistique (2000):** „Effets de la LAMal dans le coût et le financement de la santé“. Dans: Sécurité sociale 3/2000, Berne, p. 153–157.

**Rothenbühler, Martin (1999):** Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten nach Artikel 39 KVG, Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK, Bern.

**Rüefli, Christian; Vatter, Adrian – Politikforschung und -beratung (2001):** Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 14/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.14/01 d).

**Sager, Fritz; Rüefli, Christian; Vatter, Adrian – Politikforschung und -beratung (2001):** Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog. Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallstudien. Schlussbericht; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 10/01, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.10/01 d).

**Schmid, Heinz (1997):** Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht zur Prüfungsmethode des BSV; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/97, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/97 d).

**Sommer, Jürg H.; Bürgi, Marianne; Theiss, Roland – Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel (1998):** Komplementärmedizin in der Krankenversicherung, Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen des Einbezuges komplementärmedizinischer Leistungen in die Krankenversicherung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, ISBN 3-7965-1111-2.

**Spycher, Stefan – Büro BASS (1999):** Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 1/99, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.1/99 d).

**Spycher, Stefan – Büro BASS (2000):** Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 3/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.3/00 d).

**Stürmer, Wilhelmine; Wendland, Daniela; Braun, Ulrike – Prognos AG (2000):** Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, BSV-Forschungsbericht Nr. 4/00, Bern (EDMZ-Bestellnummer 318.010.4/00 d).

**Widmer, Dieter (2001):** Die Sozialversicherung in der Schweiz, Zürich.

**Widmer, Thomas; Landert, Charles; Bachmann, Nicole (2000):** Evaluations-Standards, empfohlen von der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL), Bern/Genève.

**Fehler! Unbekanntes Zeichen im Bild-Schalterargument.**<sup>[SN1]</sup>Même passage que 4.3.2

**Fehler! Unbekanntes Zeichen im Bild-Schalterargument.**<sup>[SN2]</sup>Cette phrase me semble encore chancelante...