



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

***Analyse des effets de la LAMal:
Différences
intercantonales en matière
de coûts de la santé***

Analyse des politiques cantonales

Rapport de recherche n° 15/01

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

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: Roland Haari
COPLAN Empirische Sozialforschung
Socinstrasse 81
4051 Basel
Tel. 061 272 44 40
E-mail: rhaari@bluewin.ch

Renseignements: Herbert Käzigg
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 91 48
E-mail: herbert.kaenzig@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-52-6

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
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Numéro de commande: 318.010.15/01 f 11.02 150

Rapport

Analyse des effets de la LAMal

Différences intercantionales en matière de coûts de la santé

Analyse des politiques cantonales

effectuée par

COPLAN Recherches sociales empiriques
Socinstrasse 81, 4051 Bâle

Chef de projet

Roland Haari, ing. dipl./M.S. en sociologie

avec la collaboration de

Ilse Haari-Oberg, Dr ès lettres

Karl Schilling, programmeur dipl.

Marco Torrisi

sur mandat de

l'Office fédéral des assurances sociales

Août 2002

Avant propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Les différences considérables observées d'un canton à l'autre en ce qui concerne les coûts de la santé, de l'assurance-maladie, et donc aussi le montant des primes d'assurance-maladie, sont depuis longtemps au centre des discussions politiques : ces disparités sont-elles dues à la manière propre à chaque canton d'organiser son système de santé ? On se demande aussi dans quelle mesure la densité de la couverture sanitaire ou le degré d'urbanisation influent sur les coûts.

L'OFAS a décidé de confier l'étude des différences intercantionales en matière de coûts de la santé à deux bureaux de recherches qui ont adopté des approches distinctes. Le résultat de leurs travaux fait donc l'objet d'une double publication. La première étude consistait en une analyse statistique de l'ensemble des cantons (Bureau Vatter, Berne, publiée au 1^{er} semestre 2002). La seconde étude, ici présentée, se fonde sur une analyse qualitative de sept cantons-types qui, sur la base des indices structurels élaborés dans le premier rapport, se distinguent nettement les uns des autres (COPLAN, Bâle).

La première étude a confirmé que des composantes souvent évoqués dans les discussions, tels que le degré d'urbanisation, la densité de la couverture sanitaire et les écarts de coûts entre Suisse latine et Suisse alémanique (orientale en particulier), étaient effectivement significatifs statistiquement parlant. Il est également intéressant de constater que les coûts sont plus élevés dans les cantons où le système de santé est centralisé que dans ceux où les tâches sont décentralisées.

La présente étude s'occupe essentiellement de la répartition des tâches et des responsabilités dans le domaine de la santé, ainsi que de la gestion et du contrôle de la fourniture des prestations, dans les sept cantons-types. Les résultats de la recherche se fondent sur des documents écrits des autorités cantonales, des fournisseurs de prestations et des assureurs, ainsi que sur des entretiens avec différents acteurs du domaine de la santé. Cette étude parvient elle aussi à la conclusion que dans les cantons où le système de santé est centralisé, les coûts de la santé sont plus élevés. On ne doit pas pour autant en déduire que cette relation est de pure causalité : si, d'un côté, l'on peut penser qu'une organisation centralisée est plus coûteuse parce que les frais d'administration et de contrôle sont plus élevés, mais aussi parce que les décisions centrales sont moins en phase avec les besoins locaux, l'on peut aussi imaginer, d'un autre côté, que des coûts de la santé en forte augmentation, qui se traduisent aussi par une hausse des primes, nécessitent une intervention accrue de l'Etat.

Les résultats de l'enquête sur les modèles cantonaux seront publiés dans un rapport séparé. (seulement en allemand).

Herbert Käzig, chef de projet
Analyses fondamentales, Statistique 2

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die beträchtlichen kantonalen Unterschiede der Kosten des Gesundheitswesens, der Kosten der Krankenversicherung und damit auch der Krankenversicherungsprämien sind seit längerer Zeit schon ein zentraler Punkt der politischen Diskussion: Sind die Differenzen durch die 26 kantonal unterschiedlichen Versorgungssysteme im Bereich des Gesundheitswesens begründet? Diskutiert wird auch, wieweit die Versorgungsdichte oder der Urbanitätsgrad die Kosten beeinflussen.

Das BSV beschloss die Untersuchung der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen in zwei Teilstudien durchführen zu lassen. Die erste Studie befasste sich mit der statistischen Analyse sämtlicher Kantone (Büro Vatter, Bern, erschienen in der ersten Jahreshälfte 2002). Die zweite nun vorliegende Studie basiert auf einer qualitativen Analyse von sieben ausgewählter Kantonen, die sich durch aufgrund der im ersten Bericht erarbeiteten Strukturmerkmale deutlich voneinander unterscheiden (COPLAN, Basel).

In der ersten Studie bestätigen sich als statistisch relevante Faktoren für die Kostendifferenzen die in Diskussionen häufig angeführten Kriterien wie Urbanitätsgrad, Versorgungsdichte und das Kostengefälle zwischen lateinischer Schweiz und Deutschschweiz (insbesondere Ostschweiz) und die Versorgungsdichte. Interessant ist weiter, dass Kantone mit einem zentral organisierten Gesundheitssystem eher höhere Kosten aufweisen als solche mit einer dezentralen Aufgabenteilung.

Die vorliegende zweite Studie geht schwergewichtig der Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen sowie Management und Kontrolle der Leistungserbringung in den sieben Modellkantonen nach. Die Untersuchungsergebnisse beruhen auf schriftlichen Unterlagen der kantonalen Behörden, Leistungserbringern und Versicherern und Leitfadengespräche mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Auch diese Studie kommt zum Schluss, dass Kantone mit einer zentralisierten Organisation des Gesundheitswesens auch höhere Gesundheitskosten ausweisen. Von diesen festgestellten Beziehungen darf jedoch nicht auf eine Kausalität geschlossen werden: es ist einerseits vorstellbar, dass zentralisierte Organisationen wegen des grösseren Verwaltungs- und Kontrollaufwands, aber auch wegen der auf die lokalen Bedürfnisse wenig abgestimmten zentralen Entscheidungen höhere Kosten verursachen, andererseits ist es denkbar, dass stark steigende Gesundheitskosten, die sich in Form von Prämien erhöhungen manifestieren, nach verstärkten staatlichen Eingriffen rufen.

Die detaillierten Resultate der Befragungen in den Modellkantonen werden in einem Materialienband separat veröffentlicht.

Herbert Känzig, Projektleiter
Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Statistik 2

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Le considerevoli differenze cantonali nei costi della sanità pubblica, nei costi dell'assicurazione malattie e quindi anche nei premi dell'assicurazione malattie sono già da parecchio tempo uno dei temi centrali del dibattito politico. Le differenze sono dovute ai 26 diversi sistemi cantonali di copertura sanitaria? Si discute anche fino a che punto la densità della copertura o il grado di urbanizzazione influenzino i costi.

L'UFAS ha deciso di far eseguire in due studi successivi l'analisi delle differenze nei costi della sanità pubblica. Il primo studio si era occupato dell'analisi statistica dei dati di tutti i Cantoni (Ufficio Vatter, Berna, pubblicato nella prima metà del 2002). Il presente studio, invece, si fonda su un'analisi qualitativa della situazione in sette Cantoni, che in base alle caratteristiche strutturali evidenziate nel primo rapporto si distinguono chiaramente l'uno dall'altro (COPLAN, Basilea).

Il primo studio ha confermato la rilevanza statistica di fattori comunemente citati nelle discussioni quali il grado di urbanizzazione, la densità della copertura e il dislivello dei costi tra la Svizzera latina e quella tedesca (in particolare la Svizzera orientale). E' inoltre interessante osservare che i Cantoni con un sistema sanitario centralizzato registrano costi tendenzialmente superiori rispetto a quelli con una decentralizzazione dei compiti.

Il presente studio analizza principalmente la ripartizione dei compiti e le responsabilità nella sanità pubblica come pure la gestione ed il controllo della fornitura di prestazioni nei sette Cantoni modello. I risultati dell'analisi si basano su documenti delle autorità cantonali, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori e su interviste strutturate svolte con i diversi operatori della sanità pubblica. Anche questo studio giunge alla conclusione che i Cantoni con un'organizzazione centralizzata della sanità pubblica presentano costi sanitari più elevati. Non si deve tuttavia dedurre dalla relazione constatata alcun rapporto di causalità: da un lato può essere vero che organizzazioni centralizzate generino costi più elevati a causa del maggiore carico amministrativo e di vigilanza (ma anche di decisioni a livello centrale che non tengono sufficientemente conto delle esigenze locali); dall'altro si può però argomentare che i forti aumenti dei costi sanitari, che si manifestano sotto forma di premi sempre più alti, mostrano la necessità di un intervento ancora maggiore da parte dello Stato.

Risultati e analisi delle interviste eseguite nei Cantoni modello saranno integralmente pubblicati in un volume separato (soltanto in lingua tedesca).

Herbert Känzig, responsabile del progetto

Centro di competenza analisi fondamentali, Settore Statistica 2

Preface by the Federal Office of Social Insurance

The considerable cost differences between the various cantons with regard to health care, health insurance and thus also health insurance premiums have for some time now been a subject of political debate: are these differences due to the varying systems of health-care provision applied by the cantons? Another aspect which has been much discussed is the extent to which the density of health-care facilities or the degree of urbanisation influences costs.

The FOSI decided to carry out a 2-part study of differences in the cost of health care. The first part of the study comprised a statistical analysis of all cantons and was carried out by Vatter in Berne, the results being published in the first half of 2002. The second part of the study, which is the present document, is based on a qualitative analysis of seven selected cantons which differ considerably from the point of view of the structural characteristics noted in the first report. This part was carried out by COPLAN in Basle.

The first part confirmed that the frequently mentioned criteria such as the degree of urbanisation, density of health-care facilities and the difference in costs between the French and Italian speaking parts of the country and the German-speaking part (in particular eastern Switzerland) are statistically relevant factors in relation to cost differences. A further interesting observation was that cantons with a centrally organised health-care system tend to incur higher costs than those with a decentralised system.

The second report concentrates on distribution of tasks and responsibilities in the health-care sector, as well as management and monitoring of the provision of services in the seven sample cantons. The results of this study are based on written documents provided by the cantonal authorities, service providers and health insurance companies, as well as discussions with various players in the health-care sector. This study also concludes that cantons where health care is centrally organised incur higher costs in this field. It should not be concluded from this, however, that the one is the cause of the other. On the one hand it is possible that centralised organisations incur higher costs owing to the larger volume of administrative and monitoring tasks as well as central decisions which go less far in meeting local needs. On the other, it is possible that health-care costs which are rising steeply, as can be seen from increases in premiums, require stricter control on the part of the state.

Detailed results of the questioning in the sample cantons will be published separately (only in German).

Herbert Känzig, Project Manager
Basic Concepts Unit, 2nd Statistics Sector

Synthèse

Problème

Les différences parfois frappantes observées d'un canton à l'autre en ce qui concerne les coûts de la santé par habitant invitent à s'interroger sur les causes de ces différences. Elles pourraient tenir à la diversité des réglementations cantonales en matière de santé publique, qui se répercuterait sur l'aménagement de l'offre dans les secteurs ambulatoire et hospitalier. Elles pourraient aussi être dues aux manières différentes dont les cantons appliquent la législation fédérale, par exemple en ce qui concerne la planification hospitalière ou le financement des hôpitaux. L'on suppose aussi qu'elles sont liées à l'offre, ou qu'elles proviennent de différences de comportement en matière de demande de prestations. Une étude appropriée permettra d'analyser les causes des différences intercantionales en matière de coûts de la santé et d'avancer des propositions en vue d'améliorer la LAMal et les politiques cantonales de santé publique.

Méthode

L'Office fédéral des assurances sociales a confié cette analyse au bureau de recherches et de conseils en matière politique Vatter et au bureau de recherches sociales empiriques COPLAN. Le bureau Vatter a réalisé une analyse statistique transversale et longitudinale des différences de coûts entre les 26 cantons sur la base de données disponibles. Le bureau COPLAN a étudié la situation dans sept cantons-types sélectionnés au moyen d'une analyse de regroupement, sur la base d'entretiens et de documents détaillés.

L'analyse des différences de coûts postule une action conjointe des divers acteurs du domaine de la santé, qui se répercute sur les réglementations légales, la répartition des tâches entre les cantons et les communes, la planification et le financement des offres, ainsi que sur l'organisation, les structures de direction, le controlling interne et la situation du personnel des fournisseurs de prestations.

La présente étude se fonde sur des documents des cantons et des fournisseurs de prestations, ainsi que sur des entretiens avec des représentants des directions cantonales de la santé, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux (EMS), des organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex), du corps médical et des assureurs. Les documents écrits ont été recueillis durant les mois de mars et avril 2001, les entretiens dans les cantons ont eu lieu de mai à août 2001.

Aperçu des systèmes de santé dans les sept cantons-types

Les sept cantons-types sont, énumérés selon le volume croissant des coûts de la santé par habitant, Argovie, Appenzell Rh.-Ext., Zurich, Tessin, Vaud, Bâle-Ville et Genève.

- Canton d'Argovie

Le canton d'Argovie est responsable de la fourniture des soins spécialisés dans les deux hôpitaux cantonaux et la clinique psychiatrique. Les communes sont responsables des soins de premier recours dans les hôpitaux régionaux, des soins de longue durée dans les EMS, ainsi que de l'aide et des soins apportés à domicile par les services Spitex. Le canton participe au financement des infrastructures communales. Il élabore en outre des concepts par lesquels il s'efforce d'orienter le système de santé aux niveaux cantonal et communal: il s'agit d'adapter les EMS à des exigences plus hautes en matière de soins, de soigner les malades psychiques de manière plus décentralisée et ambulatoire, de confier l'aide et les soins à domicile à des organisations interdisciplinaires et de répondre aux besoins en soins hospitaliers par un réseau comprenant différents degrés de spécialisation. L'économicité des hôpitaux cantonaux doit également être améliorée au moyen de contrats de prestations, de budgets globaux, d'une gestion plus indépendante des établissements, ainsi que par l'introduction de forfaits par cas. Par ailleurs, le modèle du médecin de famille s'est bien diffusé ces dernières années grâce à la collaboration entre médecins et assureurs.

- Canton d'Appenzell Rh.-Ext.

Depuis la transformation des hôpitaux communaux en hôpitaux cantonaux, le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures est désormais compétent pour les soins de premier recours et la psychiatrie, les communes pour les soins de longue durée en EMS ainsi que pour l'aide et les soins ambulatoires. Le canton participe au financement des infrastructures cantonales. Il a adhéré à la convention des établissements hospitaliers de Suisse orientale; ses besoins en médecine spécialisée et en médecine de pointe sont satisfaits par les cantons voisins. Les deux hôpitaux cantonaux accomplissent leurs tâches dans le cadre de contrats de prestations et de budgets globaux et

recourent à une infrastructure administrative commune. Les EMS développent constamment leurs capacités de soins. L'aide et les soins à domicile sont organisés en associations rattachées à une fédération cantonale et se transforment toujours plus en organisations régionales interdisciplinaires. Parmi les médecins, le modèle du médecin de famille gagne du terrain.

- Canton de Zurich

Le canton de Zurich est responsable de la psychiatrie, des cliniques spécialisées et des hôpitaux universitaires, tandis que la médecine hospitalière de premier recours, les soins de longue durée, l'aide et les soins à domicile sont du ressort des communes. Ces dernières années, la politique cantonale de santé publique s'est concentrée sur le redimensionnement de l'offre hospitalière et l'économie des prestations fournies dans ce secteur. La fermeture des hôpitaux régionaux se traduira par la suppression de quelque 600 lits. Dans les hôpitaux cantonaux, de nouveaux horaires de travail, des mandats de prestations, des budgets globaux et un controlling axé sur l'efficacité doivent permettre de mieux utiliser les ressources sans perte de qualité. Dans le secteur psychiatrique, on vise une décentralisation des soins en misant sur l'ambulatoire. Au chapitre du personnel, les horaires prolongés des médecins-assistants et des médecins-chefs, ainsi que la rémunération du personnel soignant ont suscité bien des controverses. La facture des améliorations apportées dans ce domaine devrait s'élever à plusieurs dizaines de millions de francs. Les EMS ont développé leurs capacités de soins. Les associations d'aide et de soins à domicile se transforment toujours plus, par fusion, en organisations interdisciplinaires, rattachées à une fédération cantonale. Quant aux médecins, ils sont toujours plus nombreux à ouvrir des cabinets de groupe et les spécialistes se regroupent en centres de compétences.

- Canton du Tessin

Le canton du Tessin est responsable de la planification, de la coordination et, pour une large part, du financement du système de santé. Les communes sont les organes d'exécution du canton et elles doivent participer en partie au financement. La politique de la santé voue une attention particulière à la prévention. La moitié des lits d'hôpitaux se trouve dans des établissements privés non subventionnés. Depuis l'introduction de la LAMal et avec la diminution du nombre de patients en division privée ou semi-privée, les cliniques privées surtout luttent pour leur survie. La réduction du nombre de lits n'a commencé que ces dernières années et touche surtout le domaine privé. La plupart des EMS sont neufs, les autres sont rénovés et adaptés aux exigences croissantes en matière de soins. En vertu d'une loi cantonale, l'aide et les soins à domicile ont été répartis en six régions de soins et confiés à des organisations interdisciplinaires. Il est déploré que le nombre de cabinets médicaux augmente, alors que celui des patients reste le même.

- Canton de Vaud

Le canton de Vaud est responsable de la santé publique et les communes sont ses organes d'exécution. Le plus important projet en cours est la création de réseaux de fournisseurs de prestations comprenant toutes les offres: hôpital, EMS, services d'aide et de soins à domicile et cabinets médicaux. Les contrats de prestations et le financement des fournisseurs de prestations doivent être réglés au sein du réseau. L'affectation des moyens devrait être liée aux contrats de prestations et aux prévisions d'activité plutôt qu'aux budgets globaux, qui manquent de souplesse. La révision de la loi sur la santé doit notamment étendre les droits des patients et créer de nouvelles possibilités de recours. Le nombre d'hôpitaux a diminué de moitié au cours des dix dernières années. En ce qui concerne les EMS, une commission parlementaire d'enquête a fait état d'irrégularités dans la tenue des comptes, le traitement des pensionnaires et la situation du personnel. Par ailleurs, un projet s'occupant de questions de qualité et de contrôle des coûts est en cours. Pour l'aide et les soins à domicile, un organisme de droit public a été créé dans les années 80 déjà. Le territoire cantonal est divisé en dix régions couvertes par des organisations interdisciplinaires.

- Canton de Bâle-Ville

Le canton de Bâle-Ville s'efforce depuis les années 90 de mieux maîtriser les coûts de la santé. L'objectif est une promotion accrue des services Spitex et des EMS, ainsi qu'un redimensionnement du secteur hospitalier. Une liste des hôpitaux commune a été établie avec le canton de Bâle-Campagne pour les soins aigus en médecine somatique. Le canton de Bâle-Ville a une liste des hôpitaux séparée pour la réadaptation, la gériatrie, la psychiatrie et les offres spéciales. Depuis quelques années, des lits d'hôpitaux sont supprimés en soins aigus et surtout en soins de longue durée. Dans les EMS, soit on augmente le nombre des lits, soit on transforme des places de

homes pour personnes âgées en places d'EMS. Grâce au développement des services Spitex, les personnes âgées peuvent rester plus longtemps à domicile et ne passent en EMS que lorsque leur besoin en soins augmente. Depuis 1987, les EMS sont regroupés en une association. Quant aux associations Spitex autrefois indépendantes, elles sont regroupées depuis 1996 en une fondation cantonale et l'aide et les soins à domicile sont prodigués par des centres de quartier interdisciplinaires. Il existe des contrats de prestations pour toutes les offres et le financement est assuré par des budgets globaux.

- Canton de Genève

Le canton de Genève est responsable du système de santé et les communes sont ses organes d'exécution. Depuis dix ans, en raison d'une situation financière tendue, la politique cantonale de santé vise avant tout à maîtriser les coûts, et cela au moyen d'un redimensionnement du secteur hospitalier et d'une extension du secteur ambulatoire. Des budgets globaux devraient limiter les dépenses dans le secteur financé par les pouvoirs publics (hôpitaux, EMS, aide et soins à domicile). Depuis 1990, des lits sont supprimés dans les hôpitaux, cependant que le taux d'occupation augmente. Au niveau organisationnel, les hôpitaux fusionnent. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux a entraîné une multiplication des EMS jusqu'en 1992, lorsque la décision a été prise, en relation avec la promotion de l'aide et des soins à domicile, d'interdire la construction de nouveaux homes. Les EMS se sont réunis en fédération en 1998. L'aide et les soins à domicile sont maintenant apportés par des équipes interdisciplinaires dans des centres d'action sociale et de santé. Les trois organisations qui existaient précédemment dans ce domaine ont fusionné pour former une fondation commune. Les nouveaux médecins qui s'installent ouvrent des cabinets de groupe.

Comparaison des sept cantons-types

Une comparaison des sept cantons-modèle révèle une série de caractéristiques qui sont corrélées avec les différences de coûts. Ces relations invitent à se demander quels sont leurs effets sur les coûts de la santé. Entre les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, où ces coûts sont bas, et ceux du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, où ils sont élevés, on relève les différences suivantes:

- Répartition des tâches

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, les soins hospitaliers de premiers recours, les soins de longue durée ainsi que l'aide et les soins à domicile sont du ressort des communes, alors que dans les cantons où ces coûts sont élevés, l'ensemble du système de santé est sous la responsabilité du canton.

- Organes de planification et de consultation

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, une commission sanitaire permanente conseille le gouvernement. Les cantons où ces coûts sont élevés connaissent pour leur part une multiplicité de commissions pour les hôpitaux, les EMS, l'aide et les soins à domicile, dont la composition est souvent réglementée en détail par la loi.

- Financement

Là où les coûts de la santé sont bas, les institutions cantonales sont financées par le canton et les infrastructures communales conjointement par le canton et les communes. Là où ces coûts sont élevés, le financement du système de santé est l'affaire du canton et les communes doivent apporter leur contribution dans certains domaines.

- Planification

Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, la planification peut provoquer des conflits avec la répartition actuelle des tâches entre le canton et les communes, comme le montre l'exemple de la planification hospitalière dans le canton de Zurich. Mais les cantons essaient aussi de respecter les structures et la répartition des tâches actuelles et, comme dans le canton d'Argovie, veillent surtout à donner des directives aux EMS pour leur permettre de répondre à de plus hautes exigences. Dans ces cantons, les communes procèdent aussi à leurs propres planifications. Dans ceux où les coûts de la santé sont élevés, il n'existe que des planifications cantonales et les lois en la matière contiennent déjà des prescriptions détaillées sur l'aménagement et l'organisation des offres. Les lois exigent également une évaluation régulière des planifications.

- Etablissements médico-sociaux
Là où les coûts de la santé sont bas, la transformation des homes pour personnes âgées en EMS est en cours; là où ces coûts sont élevés, cette transformation est presque achevée.
- Aide et soins à domicile
Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, les associations auparavant vouées à des domaines précis se transforment toujours plus en organisations interdisciplinaires et professionnelles. Les organisations faïtières sont avant tout pourvoyeuses de services pour leurs membres « indépendants ». Dans les cantons où ces coûts sont élevés, l'aide et les soins à domicile sont réparties en régions de soins confiées à des organisations interdisciplinaires regroupées en fédération ou fondation cantonale.
- Révisions
Dans les cantons où les coûts de la santé sont bas, le canton devrait désormais être responsable des hôpitaux pour soins aigus, les communes des soins de longue durée ainsi que de l'aide et des soins à domicile. Les cantons où ces coûts sont élevés envisagent des réseaux de fournisseurs de prestations.

Interprétation des résultats

Les corrélations entre les caractéristiques exposées ci-dessus et les coûts de la santé peuvent avoir des significations diverses et interagir avec d'autres particularités du système de santé. Elles doivent donc être interprétées plus avant. La comparaison des cantons permet de voir qu'un système de santé centralisé induit des coûts élevés, alors qu'un système décentralisé est lié à des coûts bas. Cela tient probablement à la plus grande complexité de la conduite d'un système centralisé. Dans un système décentralisé, les tâches sont réparties entre le canton d'un côté, responsable des offres spécialisées, et de l'autre plusieurs régions clairement définies, où les communes ont la compétence des soins de premier recours, des soins de longue durée, ainsi que de l'aide et des soins à domicile. Dans les systèmes de santé centralisés, il est fréquent que chaque offre ait son organe de planification, uniquement préoccupé de l'optimisation de sa spécialité. Dans les systèmes décentralisés, proches des communes, le financement et les connaissances concrètes sur les prestations fournies dans les diverses offres sont plus étroitement liés. Grâce aux institutions de démocratie directe, les utilisateurs (potentiels) du système de santé et les contribuables ont voix au chapitre tant au niveau cantonal que communal, ce qui a pour effet de discipliner la politique financière des autorités.

Conclusions

La comparaison des sept cantons-types et l'interprétation des résultats tend à montrer que des mesures isolées ne peuvent influencer sur les coûts de la santé dans les cantons. Des améliorations ne peuvent venir que d'un modèle global de santé publique dont les divers éléments s'imbriquent. Les résultats du présent rapport permettent de tracer le modèle idéal suivant:

- Répartition des tâches
Les régions s'occupent des soins hospitaliers de premier recours, des soins de longue durée, ainsi que de l'aide et des soins à domicile; le canton, des soins spécialisés et de la médecine de pointe. A l'intérieur des régions, les fournisseurs de prestations doivent être intégrés dans des réseaux.
- Organes de planification
Les organes de planification, tant au niveau communal que cantonal, doivent être interdisciplinaires.
- Financement
Le financement doit être séparé conformément à la répartition des tâches entre le canton et les régions. L'affectation détaillée des ressources doit être laissée aux réseaux et aux fournisseurs de prestations.
- Planification
Les compétences en la matière doivent correspondre à la répartition des tâches entre le canton et les régions. Le canton doit garantir la coordination entre les régions et avec les autres cantons au moyen d'un plan directeur qui tienne compte de toutes les offres.
- Coopération extracantonale
Il convient de créer des organismes responsables communs pour les infrastructures de soins spécialisés utilisées par la population de plusieurs cantons.

- Fournisseurs de prestations

Les organismes responsables et les fournisseurs de prestations fixent conjointement les priorités aux niveaux cantonal et communal et planifient ensemble les modifications et la répartition des ressources. Les fournisseurs de prestations conservent leur indépendance opérationnelle en matière de gestion des services et d'utilisation des ressources.

Zusammenfassung

Fragestellung

Die Gesundheitskosten der Kantone, die nach Einwohner zum Teil auffallend differieren, werfen Fragen über die Ursachen auf. Ein Grund kann die unterschiedliche kantonale Regelung des Gesundheitswesens sein, die sich auf die Gestaltung des ambulanten und stationären Angebots auswirkt. Ein anderer Grund mag im abweichenden Vollzug der Bundesgesetzgebung beispielsweise in bezug auf Spitalplanung oder -finanzierung liegen. Vermutet wird auch, dass die Kostendifferenzen entweder angebotsbedingt sind, oder dass sie durch das divergierende Nachfrageverhalten der Bevölkerung bewirkt werden. In einer Untersuchung sollen deshalb die Ursachen der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen analysiert und Verbesserungsmöglichkeiten für das KVG und die kantonale Gesundheitspolitik vorgeschlagen werden.

Methodisches Vorgehen

Das Bundesamt für Sozialversicherung beauftragte deshalb die beiden Büros Dr. A. Vatter, Politikforschung und -beratung sowie COPLAN Empirische Sozialforschung mit der Analyse. Das Büro Dr. A. Vatter führte ausgehend von bestehenden Datenbeständen eine statistische Quer- und Längsschnittanalyse der Kostendifferenzen zwischen den 26 Kantonen durch. Das Büro COPLAN untersuchte die Situation in sieben Modellkantonen, deren Auswahl mit einer Cluster-Analyse der Kantone erfolgte, anhand von Fachgesprächen und Dokumenten im Detail.

Die Analyse der Kostendifferenzen geht von einem Zusammenwirken der Akteure im Gesundheitswesen aus, die sich niederschlagen in den gesetzlichen Regelungen des Gesundheitswesens, der Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Gemeinden, der Planung und der Finanzierung der Angebote sowie der Organisation, den Führungsstrukturen, dem betriebsinternen Controlling und der Personalsituation der Leistungserbringer.

Die Untersuchung beruht auf Dokumenten der Kantone und der Leistungserbringer sowie Gesprächen mit Vertretern der Gesundheitsdirektionen, der Spitäler, der Alterspflegeheime, der Spitex-Organisationen, der Ärzteschaft und der Versicherer. Die Sammlung der schriftlichen Unterlagen fand in der Zeit von März bis April 2001 statt. Die Gespräche in den Kantonen wurden vom Mai bis August 2001 durchgeführt.

Übersicht über das Gesundheitswesen der sieben Modellkantone

Die sieben Modellkantone Aargau, Appenzell AR, Zürich, Tessin, Waadt, Basel-Stadt, und Genf sind in der Reihenfolge zunehmender Gesundheitskosten dargestellt.

- Kanton Aargau

Der Kanton Aargau ist für die beiden Kantonsspitäler mit spezialisierter Versorgung und die Psychiatrische Klinik verantwortlich. Die Gemeinden sind zuständig für die Grundversorgung in regionalen Spitälern, für die Langzeitpflege in Heimen und für die ambulante Betreuung durch die Spitex. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung der kommunalen Einrichtungen. Durch Konzepte versucht der Kanton das Gesundheitswesen auf kommunaler und kantonaler Ebene zu steuern: Heime sind an die gestiegenen Pflegeanforderungen anzupassen, psychiatrische Kranke sollen vermehrt dezentral und ambulant betreut werden, die ambulante Hilfe und Pflege Spitex soll durch interdisziplinäre Organisationen erfolgen, die Spitalversorgung durch ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Versorgungsnetz geschehen. Mit Leistungsaufträgen, Globalbudgets, selbständigere Betriebsführung, und Einführung von Fallpauschalen soll die Wirtschaftlichkeit der Kantonsspitäler erhöht werden. Durch die Zusammenarbeit der Ärzte und der Versicherer hat sich das Hausarztmodell in den letzten Jahren verbreitet.

- Kanton Appenzell AR

Nach der Umwandlung der Gemeinde- in Kantonsspitäler ist der Kanton Appenzell AR jetzt für die Grundversorgung und Psychiatrie sowie die Gemeinden für die Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege zuständig. An kommunale Einrichtungen leistet der Kanton einen

finanziellen Beitrag. Der Kanton ist dem Ostschweizer Spitalabkommen beigetreten und befriedigt den Bedarf an spezialisierter und hochspezialisierter Medizin in den Nachbarkantonen. Die beiden Kantonsspitäler führen ihre Tätigkeit im Rahmen von Leistungsaufträgen und Globalbudgets durch und nutzen gemeinsam die administrative Infrastruktur. Alterspflegeheime bauen zunehmend ihre pflegerische Kapazität aus. Die Spitex ist in Vereinen organisiert, die in einem kantonalen Dachverband zusammengeschlossen sind und sich zunehmend durch Fusionen in regionale und interdisziplinäre Organisationen umwandeln. Unter den Ärzten verbreitet sich zunehmend das Hausarztmodell.

- Kanton Zürich

Der Kanton Zürich ist für die Psychiatrie, die Spezialkrankenhäuser und für die Universitätsspitäler zuständig, während die Gemeinden für die stationäre Grundversorgung, die Langzeitpflege und die Hilfe und Pflege Zuhause verantwortlich sind. Die kantonale Gesundheitspolitik konzentrierte sich in den letzten Jahren auf die Redimensionierung des Spitalangebots und auf eine effizientere Leistungserbringung im Spitalbereich. Durch die Schliessung der Regional-spitäler sollen rund 600 Betten wegfallen. In den kantonalen Spitälern sollen durch neue Arbeitszeitmodelle, Leistungsaufträge, Globalbudget und wirkungsorientiertes Controlling eine bessere Nutzung der Ressourcen ohne Qualitätseinbusse erreicht werden. In der Psychiatrie wird eine ambulante und gemeindenahe Versorgung angestrebt. Zu Auseinandersetzungen führten die langen Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzte und die Entlohnung des Pflegepersonals. Die Verbesserungen im Personalbereich dürften zu einem Kostenschub in zweistelliger Millionenhöhe führen. In den Heimen werden die pflegerischen Kapazitäten ausgebaut. Die Spitexvereine fusionieren zunehmend zu interdisziplinären Organisationen und sind in einem kantonalen Verband zusammengeschlossen. Bei den Ärzten entstehen immer mehr Gruppenpraxen und die Fachärzte schliessen sich zu Kompetenzzentren zusammen.

- Kanton Tessin

Der Kanton Tessin ist für die Planung, Koordination und weitgehend für die Finanzierung des Gesundheitswesens verantwortlich. Die Gemeinden sind ausführendes Organ des Kantons und müssen sich teilweise an der Finanzierung beteiligen. In der Gesundheitspolitik wird besonderer Wert auf die Prävention gelegt. Die Hälfte der Spitalbetten befinden sich in privaten nicht subventionierten Spitälern. Durch die Einführung des KVG und die Abnahme der Patienten in den halbprivaten und privaten Abteilungen kämpfen insbesondere die privaten Spitäler ums Überleben. Die Bettenreduktion hat erst in den letzten Jahren begonnen und findet vor allem im privaten Bereich statt. Die meisten Alterspflegeheime sind neu, die anderen werden baulich erneuert und den steigenden pflegerischen Anforderungen angepasst. Die Spitex wurde kürzlich aufgrund eines kantonalen Gesetzes in sechs Gebiete mit interdisziplinären Organisationen aufgeteilt. Die Zunahme der Arztpraxen bei gleichbleibender Menge der Patienten wird beklagt.

- Kanton Waadt

Der Kanton Waadt ist für das Gesundheitswesen verantwortlich und die Gemeinden sind ausführende Organe. Das wichtigste laufende Projekt ist die Schaffung von Netzwerken von Leistungserbringern, die alle Angebotsformen von Spital, Heimen, ambulante Hilfe und Pflege Zuhause und Arztpraxen umfassen. Im Netzwerk sollen Leistungsaufträge und Finanzierung der Leistungserbringer geregelt werden. Anstelle der unflexiblen Globalbudgets soll die Mittelzuteilung an die Leistungsaufträge und die Voraussage der künftigen Tätigkeit geknüpft sein. Die Revision des Gesundheitsgesetzes soll u.a. bessere Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten schaffen. Die Anzahl der Spitäler hat sich in den letzten zehn Jahren halbiert. Zur Situation der Alterspflegeheime berichtet eine parlamentarische Enquete von Missständen bezüglich der Rechnungslegung, Behandlung der Pensionäre und Personalsituation. In den Alterspflegeheimen ist ein Projekt im Gange, das sich mit Qualitätsfragen und Kostenkontrolle auseinandersetzt. Bei der Spitex wurde bereits in den 80er Jahren ein öffentlich-rechtlicher Dachverband geschaffen. Das Kantonsgebiet ist in zehn Regionen mit interdisziplinären Spitex-Organisationen aufgeteilt.

- Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt finden seit den 90er Jahre Bemühungen für ein kostengünstiges Gesundheitswesen statt. Beabsichtigt wird eine vermehrte Förderung der Spitex und Alterspflegeheime und eine Redimensionierung des Spitalsektors. Mit dem Kanton Basel-Land wurde eine gemeinsame Spitalliste für die somatische Akutmedizin erarbeitet. Eine separate Spitalliste des Kantons Basel-Stadt besteht für die Bereiche Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie und Spezialangebote. Seit einigen Jahren werden in den Spitälern Akut- und vor allem Langzeitbetten abgebaut. Bei den Alterspflegeheimen wurden entweder neue Betten geschaffen oder Altersheimplätze in Pflegeheimplätze umgewandelt. Durch den Ausbau der Spitex sind in den Heimen kaum noch leicht pflegebedürftige Pensionäre zu finden. Seit 1987 sind die Heime in einem Verband zusammengeschlossen. Die vorher selbständigen Spitexvereine sind seit 1996 in einer kantonalen Stiftung zusammengefasst und die Hilfe und Pflege zuhause erfolgt jetzt in interdisziplinären Quartierzentren. Für alle Angebote bestehen Leistungsaufträge und die Finanzierung erfolgt im Rahmen von Globalbudgets.

- Kanton Genf

Der Kanton Genf trägt die Verantwortung für das Gesundheitswesen und die Gemeinden sind ausführende Organe. Im Vordergrund der Gesundheitspolitik steht seit zehn Jahren die Kostendämpfung und zwar wegen der angespannten finanziellen Lage des Kantons. Das Ziel soll durch die Redimensionierung des stationären Sektors und durch den Ausbau des ambulanten Bereichs erreicht werden. Globalbudgets sollen die Ausgaben im öffentlich finanzierten Bereich (Spitäler, Heime, Spitex) limitieren. In den Spitälern findet seit 1990 ein Bettenabbau statt und gleichzeitig wird die Auslastung gesteigert. Auf organisatorischer Ebene fusionierten die Spitäler. Durch den Bettenabbau vervielfachten sich die Alterspflegeheime, bis dann 1992 im Zusammenhang mit der Förderung der Spitex ein Baustopp verfügt wurde. Die Alterspflegeheime haben sich 1998 in einem Verband zusammengeschlossen. Die Hilfe und Pflege Zuhause werden jetzt durch Sozial- und Spitexzentren mit interdisziplinären Equipen erbracht. Bei der Spitex entstand durch die Fusion der bisherigen drei Organisationen ein gemeinsamer Dachverband. Neuzugelassene Ärzte schliessen sich in Gemeinschaftspraxen zusammen.

Vergleich der sieben Modellkantone

Der Vergleich der sieben Modellkantone weist auf eine Reihe von Charakteristika hin, die mit den Kostendifferenzen korrelieren. Diese Beziehungen werfen Fragen zu den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten auf. Zwischen den Kantonen Aargau, Appenzell AR und Zürich mit niedrigen sowie den Kantonen Tessin, Waadt, Basel-Stadt und Genf mit hohen Gesundheitskosten bestehen folgende Unterschiede:

- Aufgabenteilung

In Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten liegt die Spitalgrundversorgung, die Langzeitpflege und die ambulante Hilfe und Pflege Zuhause in den Händen der Gemeinden, während die Kantone mit hohen Gesundheitskosten für das gesamte Gesundheitswesen verantwortlich sind.

- Planungs- und Beratungsgremien

In der Gruppe mit niedrigen Gesundheitskosten berät eine ständige Gesundheitskommission die Regierung. Die Gruppe mit hohen Gesundheitskosten kennen eine Vielzahl von ständigen Kommissionen für Spitäler, Heime und Spitex, deren Zusammensetzung häufig nach Gesetz detailliert aufgeschlüsselt ist.

- Finanzierung

Bei niedrigen Gesundheitskosten erfolgt die Finanzierung von kantonalen Institutionen durch den Kanton. Die kommunalen Einrichtungen zahlen die Gemeinden und der Kanton gemeinsam. Bei hohen Gesundheitskosten liegt die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Händen des Kantons und die Gemeinden müssen teilweise finanzielle Beiträge leisten.

- Planung

Bei Planungen in Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten können bei der heutigen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden Konflikte entstehen, wie die Spitalplanung des Kantons Zürich zeigt. Die Kantone versuchen aber auch die vorhandenen Strukturen und Aufgabenteilung zu respektieren und wie im Kanton Aargau vor allem Hinweise zur Erfüllung der gestiegenen Anforderungen an Heime zu geben. In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten führen die Gemeinden ebenfalls eigene Planungen durch. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten gibt es nur kantonale Planungen und die Planungsgesetze enthalten bereits detaillierte Ausführungen über die Gestaltung und Organisation der Angebote. Die Gesetze verlangen ebenfalls eine regelmässige Evaluation der Planungen.

- Alterspflegeheime

In der Gruppe mit niedrigen Gesundheitskosten ist die Umwandlung von Alterswohnheimen in Alterspflegeheime im Gange, während sie in der Gruppe mit hohen Gesundheitskosten nahezu abgeschlossen ist.

- Spitex

In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten verändern sich die nach Sparten gegliederte Spitexvereine zunehmend in interdisziplinäre und professionelle Organisationen. Die Dachverbände sind in erster Linie Dienstleister für ihre „unabhängigen“ Mitglieder. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten ist die Spitex in Versorgungsregionen mit interdisziplinären Organisationen aufgeteilt, die in einer kantonalen Spitexorganisation zusammengefasst sind.

- Revisionen

In den Kantonen mit niedrigen Gesundheitskosten sollen neu die Kantone für die Akutspitäler und die Gemeinden für die Langzeitpflege und Spitex verantwortlich sein. In den Kantonen mit hohen Gesundheitskosten wird über Netzwerke von Leistungserbringern nachgedacht.

Interpretation der Ergebnisse

Die Korrelationen der oben dargestellten Merkmale mit den Gesundheitskosten können mehrdeutig sein und in Wechselbeziehungen mit anderen Charakteristika des Gesundheitswesens stehen. Sie bedürften deshalb einer weiteren Interpretation: Der Vergleich der Kantone lässt erkennen, dass ein zentrales kantonales Gesundheitssystem zu hohen Kosten führt, während ein dezentrales Gesundheitssystem mit niedrigen Kosten verbunden ist. Ursache dürfte die höhere Komplexität der Steuerung eines zentralen Gesundheitssystems sein. Im dezentralen System verteilen sich die Aufgaben zum einen auf den Kanton, der für die spezialisierten Angebote verantwortlich ist, und zum anderen auf mehrere übersichtliche Regionen, wo die Gemeinden für die Grundversorgung, Langzeitpflege und ambulante Hilfe und Pflege Zuhause zuständig sind. In zentralen Gesundheitssystemen finden sich häufig für jedes Angebot eigene Planungsgremien, die einseitig auf die Optimierung ihrer Spezialität ausgerichtet sind. In den dezentralen und gemeindenahen Gesundheitssystemen sind Finanzierung und konkrete Kenntnisse der Leistungserbringung in den verschiedenen Angeboten stärker verknüpft. Die direktdemokratische Mitsprache der (potentiellen) Nutzer des Gesundheitswesens und der Steuerzahler ist sowohl auf kommunaler als auch auf kantonalen Ebene möglich und hat eine disziplinierende Wirkung auf die Ausgabenpolitik der Behörden.

Folgerungen

Der Vergleich der sieben Modellkantone und die Interpretation der Ergebnisse weist darauf hin, dass nicht mit isolierten Einzelmassnahmen sich die Gesundheitskosten in den Kantonen beeinflussen lassen. Ausgangspunkt für Verbesserungen muss ein Gesamtmodell des Gesundheitswesens sein, dessen Bestandteile ineinander greifen. Folgendes idealtypisches Modell lässt sich aus den Ergebnissen des vorliegenden Berichts ableiten:

- Aufgabenteilung

Die Regionen kümmern sich um die Spitalgrundversorgung, Langzeitpflege, und ambulante

Hilfe und Pflege Zuhause und der Kanton um die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung. Innerhalb der Regionen sollen die Leistungserbringer in Netzwerke integriert werden.

- Planungsgremien
Planungsgremien auf kantonaler und kommunaler Ebene sollen interdisziplinär zusammengesetzt sein.
- Finanzierung
Die Finanzierung soll entsprechend der Aufgabenteilung zwischen Regionen und Kanton getrennt sein. Die Feinallokation der Ressourcen soll den Netzwerken und den Leistungserbringern überlassen werden.
- Planung
Die Planungskompetenz soll der Aufgabenteilung zwischen den Regionen und dem Kanton entsprechen. Der Kanton soll mit Hilfe einer Richtplanung, die alle Angebote berücksichtigt, die Koordination zwischen den Regionen und mit anderen Kantonen sicherstellen.
- Ausserkantonale Zusammenarbeit
Für Einrichtungen der spezialisierten Versorgung, deren Einzugsgebiet mehrere Kantone umfassen, sind gemeinsame Trägerschaften zu bilden.
- Leistungserbringer
Die Träger und Leistungserbringer auf kantonaler und kommunaler Ebene legen gemeinsam die Prioritäten fest und planen zusammen Veränderungen und die Aufteilung der Ressourcen. Die Leistungserbringer behalten ihre operationelle Selbständigkeit bei der Betriebsführung und bei der Verwendung der Geldmittel.

Sintesi

Formulazione della domanda

I costi sanitari dei Cantoni, che secondo gli abitanti differiscono in parte notevolmente, sollevano domande sulle cause. Le diverse regolamentazioni cantonali del settore sanitario, che incidono sulla struttura dell'offerta del settore ambulatoriale ed ospedaliero, possono costituire uno dei motivi. Un'altra ragione può essere la diversa applicazione della legislazione federale per esempio per quanto riguarda la pianificazione o il finanziamento ospedalieri. Si pensa anche che le differenze di costi siano dovute all'offerta oppure al comportamento divergente della domanda della popolazione. L'inchiesta è quindi volta ad analizzare le cause delle differenze dei costi tra i Cantoni e a presentare proposte di miglioramento nel campo della LAMal e della politica sanitaria cantonale.

Procedura metodica

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha quindi incaricato gli uffici *Dr. A. Vatter, Politikforschung und -beratung* e *COPLAN Empirische Sozialforschung* di eseguire l'analisi. L'ufficio *Dr. A. Vatter* ha condotto un'analisi statistica trasversale e longitudinale delle differenze di costi tra i 26 Cantoni sulla base dei dati disponibili. L'ufficio *COPLAN* ha esaminato la situazione in sette Cantoni modello, scelti mediante un'analisi di Cluster dei Cantoni, sulla base di colloqui specializzati e documenti dettagliati.

L'analisi delle differenze di costi si basa sull'interazione degli operatori del settore sanitario, che si riflette nelle disposizioni legali sulla sanità, nella ripartizione dei compiti tra Cantoni e Comuni, nella pianificazione e nel finanziamento delle offerte e dell'organizzazione, nelle strutture di gestione, nel controlling in seno all'azienda e nella situazione del personale dei fornitori di prestazioni.

L'inchiesta si fonda su documenti dei Cantoni e dei fornitori di prestazioni e su colloqui con i rappresentanti di Direzioni della sanità, ospedali, case di cura per persone anziane, organizzazioni che operano nel settore Spitex, medici e assicuratori. La raccolta della documentazione scritta ha avuto luogo tra il mese di marzo e il mese di aprile del 2001. I colloqui presso i Cantoni sono stati condotti dal mese di maggio al mese di agosto del 2001.

Panoramica della sanità nei sette Cantoni modello

I Cantoni modello Argovia, Appenzello Esterno, Zurigo, Ticino, Vaud, Basilea Città e Ginevra sono elencati in ordine crescente secondo i costi della sanità.

- Canton Argovia

Il Canton Argovia è responsabile per entrambi gli ospedali cantonali che offrono un'assistenza specializzata e la clinica psichiatrica. I Comuni sono competenti per le cure di base fornite negli ospedali regionali, per le cure che comportano una lungodegenza in case di cura e per l'assistenza ambulatoriale fornita dallo Spitex. Il Cantone partecipa al finanziamento degli istituti comunali. Per mezzo di progetti cerca di controllare la sanità a livello comunale e cantonale: le case di cura devono essere adeguate alle maggiori esigenze nel campo delle cure, si deve aumentare l'assistenza decentrale e ambulatoriale delle persone che si trovano in psichiatria, l'assistenza e le cure ambulatoriali dispensate dallo Spitex devono essere eseguite da organizzazioni interdisciplinari, l'assistenza ospedaliera deve essere fornita attraverso una rete di cure graduale e adeguata alle esigenze. S'intende aumentare l'economicità degli ospedali cantonali mediante mandati di prestazioni, stanziamenti globali di bilancio, gestione aziendale autonoma e introduzione di forfait calcolati in base al numero di casi. Negli ultimi anni la collaborazione di medici e assicuratori ha fatto sì che il modello del medico di famiglia si diffondesse.

- Canton Appenzello Esterno

Dopo la trasformazione degli ospedali comunali in ospedali cantonali, le cure di base e la psichiatria sono di competenza del Cantone Appenzello Esterno, mentre la lungodegenza, l'assistenza e le cure ambulatoriali dei Comuni. Il Cantone contribuisce al finanziamento degli istituti comunali. Esso ha aderito all'accordo ospedaliero della Svizzera orientale e sovviene alle

esigenze dei Cantoni limitrofi per quanto riguarda la medicina specializzata e altamente specializzata. Entrambi gli ospedali cantonali svolgono la loro attività nel quadro dei mandati di prestazioni e degli stanziamenti globali di bilancio e usufruiscono congiuntamente dell'infrastruttura amministrativa. Le case di cura per persone anziane ampliano gradualmente la loro capacità di fornire cure. Lo Spitex è costituito da associazioni riunite in un'associazione mantello cantonale, che si trasformano sempre più spesso in organizzazioni regionali e interdisciplinari. Tra i medici si diffonde sempre più il modello del medico di famiglia.

- Canton Zurigo

La psichiatria, gli ospedali specializzati e gli ospedali universitari sono di competenza del Canton Zurigo, mentre le cure di base ospedaliere, la lungodegenza, l'assistenza e le cure a domicilio dei Comuni. Negli ultimi anni la politica sanitaria cantonale si è focalizzata sul ridimensionamento dell'offerta degli ospedali e su una fornitura più efficiente delle prestazioni nell'ambito ospedaliero. Con la chiusura degli ospedali regionali i posti letto sono stati ridotti di 600 unità. Negli ospedali cantonali i nuovi modelli di orario lavorativo, i mandati di prestazioni, gli stanziamenti globali di bilancio e il controlling orientato sugli effetti sono volti a migliorare lo sfruttamento delle risorse senza limitarne la qualità. In psichiatria si mira ad un'assistenza ambulatoriale analoga a quella comunale. I lunghi orari di lavoro dei medici assistenti dei primari nonché le retribuzioni del personale curante hanno dato adito a discussioni. Le misure di miglioramento nell'ambito del personale comporteranno un'impennata dei costi dell'ordine di decine di milioni di franchi. Le case di cura ampliano la loro capacità di fornire cure. Le associazioni Spitex si riuniscono sempre più spesso in organizzazioni interdisciplinari e fanno parte di un'associazione cantonale. Per quanto riguarda i medici, gli studi gestiti in gruppo aumentano e i medici specialisti si uniscono in centri di competenze.

- Canton Ticino

La pianificazione, il coordinamento e gran parte del finanziamento della sanità competono al Canton Ticino. I Comuni sono l'organo esecutivo del Cantone e devono in parte partecipare al finanziamento. La politica sanitaria accorda particolare importanza alla prevenzione. La metà dei posti letto degli ospedali sono in ospedali privati non sovvenzionati. L'introduzione della LAMal e la diminuzione dei pazienti nei reparti privato e semiprivato mettono soprattutto a repentaglio la sopravvivenza degli ospedali privati. La riduzione dei posti letto è recente e avviene soprattutto in ambito privato. La maggior parte delle case di cura per persone anziane sono nuove, le altre vengono ristrutturate e adeguate alle crescenti esigenze sanitarie. Conformemente a una legge cantonale, lo Spitex è stato suddiviso in sei regioni con organizzazioni interdisciplinari. Si critica l'aumento di studi medici nonostante il numero invariato di pazienti.

- Canton Vaud

La sanità compete al Canton Vaud e i Comuni sono l'organo esecutivo. Il progetto più importante in corso è l'istituzione di reti di fornitori di prestazioni comprendenti ogni forma di offerta di ospedali, case di cura, assistenza e cure ambulatoriali a domicilio e studi medici. Le reti devono disciplinare i mandati di prestazioni e il finanziamento dei fornitori di prestazioni. Anziché a rigidi stanziamenti globali di bilancio, la ripartizione dei mezzi deve essere legata ai mandati di prestazioni e alle previsioni dell'attività futura. La revisione della legge concernente il settore sanitario sarà volta anche a ottenere più diritti e migliori possibilità di ricorso per i pazienti. Negli ultimi dieci anni il numero di ospedali si è dimezzato. Per quanto riguarda la situazione delle case di cura per persone anziane un'inchiesta parlamentare ha permesso di portare alla luce abusi inerenti il rendiconto, il trattamento dei pensionanti e la situazione del personale. Nelle case di cura per persone anziane è in corso un progetto che si occupa delle questioni relative alla qualità e del controllo dei costi. Per quanto riguarda lo Spitex, già negli anni Ottanta è stata istituita un'associazione mantello di diritto pubblico. Il territorio del Cantone è stato suddiviso in dieci regioni con organizzazioni Spitex interdisciplinari.

- Canton Basilea Città

Dagli anni Novanta il Canton Basilea Città s'impegna per avere una sanità con costi poco elevati. Esso mira a un maggior promovimento dello Spitex e delle case di cura per persone anziane e ad un ridimensionamento del settore ospedaliero. Con il Canton Basilea Campagna ha elaborato un elenco degli ospedali comune per la medicina somatica acuta. Per gli ambiti riabilitazione, geriatria, psichiatria e offerte speciali esiste un elenco separato degli ospedali. Da alcuni anni negli ospedali si riducono i posti letto per la medicina acuta e in particolare per la lungodegenza. Nelle case di cura per persone anziane sono stati aumentati i posti letto oppure una parte dei posti di queste case sono stati trasformati in posti per case di cura per anziani. In seguito all'ampliamento dello Spitex i pensionanti delle case di cura che richiedono solo poche cure sono ormai molto pochi. Dal 1987 le case di cura sono riunite in un'associazione mantello. Dal 1996 le associazioni Spitex, un tempo indipendenti, sono riunite in una fondazione cantonale e l'assistenza e le cure a domicilio sono ora dispensate da centri di quartiere interdisciplinari. Tutte le offerte si fondano su mandati di prestazioni e il finanziamento avviene nel quadro dello stanziamento globale di bilancio.

- Canton Ginevra

Il Canton Ginevra è competente per la sanità e i Comuni sono l'organo esecutivo. Da dieci anni l'obiettivo primario della politica sanitaria consiste nel contenimento dei costi, a causa della difficile situazione finanziaria del Cantone. Esso dovrebbe essere raggiunto mediante il ridimensionamento del settore ospedaliero e l'ampliamento di quello ambulatoriale. Gli stanziamenti globali di bilancio dovrebbero limitare le spese nell'ambito finanziato dall'ente pubblico (ospedali, case di cura, Spitex). Dal 1990 negli ospedali si riducono i posti letto e allo stesso tempo si aumentano le infrastrutture ospedaliere. Gli ospedali hanno istituito un'organizzazione comune. La riduzione dei posti letto ha comportato una moltiplicazione delle case di cura per persone anziane finché nel 1992 è stato imposto un blocco delle costruzioni, in relazione al promovimento dello Spitex. Nel 1998 le case di cura per persone anziane si sono riunite in un'associazione. L'assistenza e le cure a domicilio sono ora fornite dalle équipe interdisciplinari di centri Spitex e centri sociali. Nell'ambito dello Spitex è stata fondata un'associazione mantello mediante la fusione delle precedenti tre organizzazioni. I nuovi medici riconosciuti si riuniscono in studi gestiti in gruppo.

Confronto dei sette Cantoni modello

Il confronto dei sette Cantoni modello ha rilevato una serie di particolarità correlate alle differenze dei costi. I nessi sollevano domande relative alle ripercussioni sui costi del settore sanitario. Tra i Cantoni Argovia, Appenzello Esterno e Zurigo, che presentano costi esigui nel settore sanitario, e i Cantoni Ticino, Vaud, Basilea Città e Ginevra, che invece presentano costi elevati, vi sono le seguenti differenze:

- ripartizione dei compiti

Nei Cantoni con costi sanitari esigui le cure di base ospedaliere, la lungodegenza e l'assistenza e le cure ambulatoriali a domicilio sono di competenza dei Comuni, mentre ai Cantoni con costi sanitari elevati compete l'intero settore sanitario.

- Organi di pianificazione e consulenza

Nel gruppo con costi sanitari esigui il Governo consulta una commissione permanente per le questioni ivi inerenti. Il gruppo con costi sanitari elevati si rivolge a numerose commissioni permanenti per ospedali, case di cura e Spitex, la cui composizione è spesso organizzata in modo dettagliato ai sensi della legge.

- Finanziamento

I Cantoni con costi sanitari esigui finanziano gli istituti cantonali. Gli istituti comunali sono finanziati congiuntamente dai Comuni e dai Cantoni. Nei Cantoni con costi sanitari elevati, il Cantone finanzia la sanità e i Comuni sono tenuti a contribuire al finanziamento.

- Pianificazione

Nei Cantoni con costi sanitari esigui, possono sorgere controversie nell'ambito della pianificazione dovute all'attuale ripartizione dei compiti tra Cantoni e Comuni, come lo mostra la pianificazione ospedaliera del Canton Zurigo. I Cantoni però cercano di rispettare anche le strutture e la ripartizione dei compiti esistenti e di fornire soprattutto indicazioni affinché le case di cura soddisfino l'aumento delle esigenze, come per esempio nel Canton Argovia. Nei Cantoni con costi sanitari esigui i Comuni eseguono anche pianificazioni proprie. Nei Cantoni con costi sanitari elevati vi sono solo pianificazioni cantonali e le leggi sulla pianificazione contengono già spiegazioni dettagliate su struttura e organizzazione delle offerte. Conformemente alla legge si devono regolarmente valutare le pianificazioni.

- Case di cura per persone anziane

Nel gruppo con costi sanitari esigui è in corso la trasformazione degli istituti per persone anziane in case di cura per persone anziane, mentre nel gruppo con costi elevati la trasformazione è quasi terminata.

- Spitex

Nei Cantoni con costi sanitari esigui le associazioni Spitex strutturate in categorie lasciano sempre più il posto a organizzazioni interdisciplinari e professionali. Le associazioni mantello prestano in primo luogo servizi ai loro membri „indipendenti“. Nei Cantoni con costi elevati lo Spitex è suddiviso in regioni che prestano assistenza con organizzazioni interdisciplinari, riunite in un'organizzazione Spitex cantonale.

- Revisioni

Nei Cantoni con costi sanitari esigui d'ora in poi gli ospedali per cure acute competono ai Cantoni, mentre la lungodegenza e lo Spitex ai Comuni. Nei Cantoni con costi elevati si riflette sulla possibilità di istituire reti di fornitori di prestazioni.

Interpretazione dei risultati

La correlazione delle particolarità sopra esposte con i costi del settore sanitario può avere più significati e variare in funzione di altre particolarità della sanità. È necessario quindi un'ulteriore interpretazione: il confronto dei Cantoni permette di rilevare che un sistema sanitario cantonale centrale comporta costi elevati, mentre un sistema sanitario decentrale comporta costi esigui. Ciò è probabilmente riconducibile alla maggiore complessità del controllo di un sistema sanitario centrale. Nel sistema decentrale i compiti sono ripartiti sul Cantone competente per l'offerta specializzata e su più regioni relativamente estese, dove i Comuni sono competenti per le cure di base, la lungodegenza e l'assistenza e le cure ambulatoriali a domicilio. Nei sistemi sanitari centrali spesso vi sono per ogni offerta comitati di pianificazione propri, orientati all'ottimizzazione della propria specialità. Nei sistemi sanitari decentrali e in quelli analoghi ai sistemi comunali il finanziamento e le conoscenze concrete sulla fornitura delle prestazioni sono maggiormente correlati tra le varie offerte. La partecipazione democratica diretta dei (potenziali) beneficiari della sanità e dei contribuenti è possibile sia a livello comunale che cantonale e ha un effetto disciplinatore sulla politica delle spese delle autorità.

Conclusioni

Il confronto dei sette Cantoni modello e l'interpretazione dei risultati rilevano che nei Cantoni non è possibile influire sui costi del settore sanitario con singole misure isolate. La base per qualsiasi miglioramento deve essere un modello globale della sanità, i cui elementi si sovrappongono parzialmente. I risultati del presente rapporto danno quale modello ideale quello che presenta le seguenti caratteristiche:

- ripartizione dei compiti

Le regioni si occupano di cure di base ospedaliere, lungodegenza e assistenza e cure ambulatoriali a domicilio e i Cantoni delle cure specializzate e altamente specializzate. All'interno delle singole regioni si devono istituire reti per i fornitori di prestazioni.

- Organi di pianificazione
Organi di pianificazione a livello cantonale e comunale devono essere interdisciplinari.
- Finanziamento
Il finanziamento deve essere separato secondo la ripartizione dei compiti tra regioni e Cantone. L'attribuzione nel dettaglio delle risorse deve essere delegata alle reti e ai fornitori di prestazioni.
- Pianificazione
La competenza della pianificazione deve corrispondere alla ripartizione dei compiti tra regioni e Cantone. Il Cantone, con l'ausilio di una pianificazione direttrice che tenga conto di tutte le offerte, deve garantire il coordinamento tra le regioni e con altri Cantoni.
- Collaborazione extracantonale
Per gli istituti che forniscono cure specializzate, il cui campo d'attività comprende più Cantoni, deve essere istituito un soggetto giuridico comune.
- Fornitori di prestazioni
I soggetti giuridici e i fornitori di prestazioni a livello cantonale e comunale stabiliscono insieme le priorità e pianificano insieme le modifiche e la ripartizione delle risorse. I fornitori di prestazioni mantengono la loro indipendenza operativa nella gestione dell'azienda e nell'impiego dei mezzi finanziari.

Summary

Issue in question

The fact that cantonal expenditure on health-care per inhabitant, which in certain cases varies considerably from one canton to another, raises questions concerning causes. One reason may be the different cantonal regulations applied in the health-care field, which affect the range of out-patient and in-patient treatment offered. A further cause may lie in the difference in application of federal legislation, for example in relation to hospital planning or funding. It is also thought that the differences in cost either depend on the treatment offered or that they are influenced by diverging demand from the population. A study was therefore planned to analyse the reasons why cantonal expenditure on health-care varies and to propose possible improvements in the cantonal health laws and cantonal health policy.

Methods

The Federal Office of Health mandated two institutions – Dr. A. Vatter, Political Researchers and Consultants and COPLAN Empirical Social Research – to carry out the necessary analyses. Dr. A. Vatter's office carried out a statistical cross and in-depth analysis of the difference in expenditure between 26 cantons, based on existing data series, while COPLAN examined in detail the situation in seven sample cantons, chosen on the basis of a cluster-analysis system, using interviews with experts and documents.

Vatter's analysis of cost differences presumed the interaction of actors in the health-care field who influence legislation concerning health care, the distribution of tasks between cantonal and local authorities, and planning and funding the range of treatment offered, as well as organisation, management structures, internal controlling and human resources among the service providers.

COPLAN's investigation was based on documents from the cantonal authorities and the service providers, as well as interviews with representatives of public health-care departments, hospitals, nursing homes for the elderly, Spitex services, doctors and health insurance companies. Written documentation was gathered in March and April 2001, while the interviews were carried out in the different cantons between May and August 2001.

Overview of health care in the seven sample cantons

The seven sample cantons (Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Zurich, Tessin, Vaud, Basel-Stadt and Geneva) are analysed below in order of increasing expenditure on health care.

- Aargau

The cantonal authorities are responsible for the two cantonal hospitals including their specialised equipment and the psychiatric clinic. The local authorities are responsible for providing basic equipment in regional hospitals, for long-term care in homes and for out-patient care through Spitex. The canton contributes towards the cost of local facilities. The cantonal authorities have drawn up concepts for governing health care at a local and cantonal level: homes are to be adapted to meet the increased demand for long-term care, psychiatric patients are to be cared for on a more decentralised principle and as out-patients, home assistance and care for out-patients (Spitex) are to be provided by inter-disciplinary organisations, and hospitals are to be supplied through an appropriate, multi-tier supply network. It is aimed to raise the efficiency of the cantonal hospitals through service contracts, global budgets, independent management and the introduction of global charges per case. Thanks to cooperation between doctors and health insurance companies the designated doctor system has become more common over the past few years.

- Appenzell AR

Following the upgrading of local hospitals to cantonal hospitals, the cantonal authorities of Appenzell AR are now responsible for basic supplies and psychiatric services while local authorities are responsible for long-term care and home assistance and care for out-patients. The canton makes a financial contribution towards the cost of local facilities. The canton has signed the Eastern Switzerland Hospital Agreement and meets the need for specialised and highly specialised medicine in neighbouring cantons. The two cantonal hospitals are run on the basis of service contracts and global budgets and have a common administrative infrastructure. Nursing homes for the elderly are constantly expanding their capacity. The Spitex service is provided by associations which come under a cantonal umbrella organisation and are increasingly merging to become

regional and inter-disciplinary units. The designated doctor system is being adopted by a growing number of doctors.

- Zurich

The cantonal authorities of Zurich are responsible for psychiatric care, specialised hospitals and university hospitals, while the local authorities take care of basic in-patient treatment, long-term care and home assistance and care for out-patients. Over the past few years, cantonal health policy has concentrated on reorganising hospital services and ensuring greater efficiency in this area. Around 600 beds will be lost through the closure of regional hospitals. In the cantonal hospitals resources are to be used to greater advantage through new work-time models, service contracts, a global budget and efficiency-oriented controlling, without compromising the quality of the services offered. In psychiatry the aim is to provide out-patient care at a local level. The long working hours put in by assistant doctors and senior consultants and the salaries paid to the nursing staff have led to disputes. Improvements in working conditions for hospital staff are expected to lead to an increase in cost in the double-digit million francs range. Nursing capacity in homes will be expanded. Spitex organisations are merging more and more to become inter-disciplinary units and have joined together to form a cantonal association. Independent doctors are getting together to set up joint practices and specialists are forming competence centres.

- Tessin

In the Tessin the cantonal authorities are responsible for planning and coordination and largely for funding the health-care sector. The local authorities are the canton's executive body and also have to contribute towards funding health-care services. In health-care policy particular importance is attached to preventive medicine. Half of the available hospital beds are to be found in private, non-subsidised hospitals. Following the introduction of the new health-insurance law and the subsequent drop in the numbers of patients in semi-private and private wards, private hospitals in particular are fighting to survive. It was only in recent years that the number of beds started to be reduced, mainly in the private sector. Most of the nursing homes for the elderly are new, while the older ones are being renovated and adapted to meet growing nursing requirements. In line with a new cantonal law, the Spitex service was recently split into six areas with inter-disciplinary units. The fact that the number of doctors' practices is rising while the number of patients remains unchanged is regretted.

- Vaud

In the canton of Vaud the cantonal authorities are responsible for the health-care sector and the local authorities are the executive body. The most important current project is the creation of networks of service providers, which include all forms of care from hospitals and nursing homes to out-patient care and nursing and doctors' practices. It is the network which lays down regulations for service contracts and funding the service providers. Instead of an inflexible global budget, funding is linked to service contracts and prognoses concerning future activities. The revision of the health-care law is aimed among other things at improving patients' rights and their possibilities for lodging complaints. Over the last ten years the number of hospitals has fallen by half. With regard to nursing homes for the elderly, a parliamentary commission is investigating complaints concerning accounting systems, treatment of residents and the staff situation. A project is underway which is looking into quality and cost control in nursing homes for the elderly. As far as concerns the Spitex service, a public umbrella organisation was set up in the 1980s; the canton is divided into ten regions covered by inter-disciplinary Spitex organisations.

- Basel-Stadt

Since the 1990s the canton of Basel-Stadt has been making efforts to reduce its expenditure on health care. Its aims include promoting the Spitex service and expanding nursing homes for the elderly, as well as reorganising the hospital sector. A joint hospital list for somatic acute diseases has been drawn up together with the canton of Basel-Land. The canton of Basel-Stadt maintains a separate list for rehabilitation, geriatrics, psychiatry and special services. Over a period of years, the number of hospital beds for the treatment of acute illnesses and in particular for long-term treatment has been reduced. As far as concerns nursing homes for the elderly, either new beds have been added or beds have been made available in old people's homes for the elderly who need nursing care. Thanks to the expansion of the Spitex service, hardly any residents who need light nursing care are now found in old people's homes. In 1987 the homes joined together to form an

association, while in 1996 the previously independent Spitex units merged to form a cantonal foundation and home assistance and care for out-patients are now provided through inter-disciplinary local centres. Service contracts exist for all services offered and the system is funded through a global budget.

- Geneva

Here the cantonal authorities are responsible for the health-care sector and the local authorities are the executive body. For the past ten years the main focus of health policy has been on reducing costs, principally owing to the financial difficulties that the canton has been facing. The measures for achieving this aim include reorganising the in-patient sector and expanding out-patient services. Expenditure in the public sector (hospitals, homes, Spitex service) is to be limited through global budgets. Since 1990 the number of hospital beds has been reduced and at the same time use of beds has been increased. At an organisational level, hospitals have merged. Thanks to the reduction in the number of hospital beds the number of nursing homes for the elderly increased to the point that in 1992 a halt was called to the construction of new homes, while the Spitex service was expanded. In 1998 the nursing homes for the elderly merged to form one association. Home assistance and care for out-patients is now provided through social and Spitex centres with inter-disciplinary teams. An umbrella organisation was formed through the merger of the three former Spitex units. Newly qualified doctors are setting up joint practices.

Comparison of the seven sample cantons

A comparison of the seven sample cantons reveals a series of characteristics which correlate with the differences in expenditure. This raises questions as to the effects on the cost of health care. The following differences exist between the cantons of Aargau, Appenzell AR and Zurich, where expenditure on health care is low, and the Tessin, Vaud, Basel-Stadt and Geneva, where expenditure is high.

- Distribution of responsibilities

In cantons where expenditure on health-care is low the local authorities are responsible for basic hospital supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients, while in those where expenditure is high the cantonal authorities are responsible for the entire health-care sector.

Planning and advisory committees

In the cantons with low health-care costs a permanent health-care committee advises the government. The cantons with high costs have a number of permanent committees for hospitals, homes and the Spitex service, in line with cantonal laws, whose composition is often very complicated.

- Funding

Where health-care costs are low cantonal institutions are funded by the canton. Local facilities are paid for jointly out of local and cantonal funds. In the cantons where health-care costs are high the cantonal authorities are responsible for funding the health-care sector and the local authorities make a contributions in some cases.

- Planning

With the present division of responsibilities, conflict may arise between the cantonal and local authorities with regard to planning in cantons with low health-care expenditure, as can be seen from hospital planning in the canton of Zurich. The cantons still try, however, to maintain existing structures and responsibilities and, as in the canton of Aargau for example, to make suggestions as to how the increased requirements regarding homes can be met. In cantons where the cost of health care is low, the local authorities also implement their own plans. In cantons with high health-care expenditure all planning is done at a cantonal level and the planning laws include details as to the format and organisation of the tendering system. By law planning must also be regularly evaluated.

- Nursing homes for the elderly

In the cantons where health-care costs are low old people's homes are still being converted into nursing homes for the elderly, whereas in the cantons where health-care expenditure is high this process has more or less been completed.

- The Spitex service

In the cantons where expenditure on health care is low the different types of Spitex associations are increasingly being transformed into inter-disciplinary and professional organisations. In

principle, the umbrella organisations are service providers for their “independent” members. In the cantons with a high rate of expenditure for health care the Spitex service is divided into supply regions with inter-disciplinary units which together form one cantonal Spitex organisation.

- Reorganisation

In cantons where health-care costs are low the cantonal authorities are now responsible for hospitals which treat acute diseases while the local authorities take care of long-term treatment and the Spitex service. The cantons where health-care costs are high, however, are considering the possibility of networks of service providers.

Interpretation of the results

The correlation of the above-mentioned characteristics with the cost of health care may mean many things and can represent interrelationships with other characteristics of health care. A further interpretation is therefore required: a comparison of the different cantons reveals that a centralised, cantonal health-care system leads to high costs, while a decentralised health-care system generates low costs. The reasons for this lie in the greater complexity of managing a centralised system. In the decentralised system responsibilities are distributed between the cantonal authorities on the one hand, which are responsible for specialised treatment, and a number of distinct regions, where local authorities take care of basic supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients. In a centralised health-care system there are often special planning committees for each field which focus exclusively on optimising their speciality. In systems which are decentralised and closer to local authority level there is a strong link between funding and practical knowledge among the service providers in the various fields. It is possible both at a local and a cantonal level for (potential) users of the health-care system and tax-payers to play a direct democratic role in decision-making and this has a disciplinary effect on official spending policy.

Conclusions

The comparison between the seven sample cantons and the interpretation of the results indicate that cantonal expenditure on health care is not influenced by isolated measures. The starting point for making improvements must be a global health-care system model whose component parts overlap. The following ideal model has been drawn up on the basis of the results of the present report.

- Division of responsibilities

Regional bodies should take care of basic hospital supplies, long-term care and home assistance and care for out-patients, while the cantonal authorities are responsible for specialised and highly specialised supplies. Within each region service providers should be integrated to form networks.

- Planning committees

Cantonal planning committees should be made up of representatives of different disciplines.

- Funding

Funding should be split between the regions and the cantonal authorities according to the division of responsibilities.

- Planning

Responsibilities with regard to planning should correspond to the division of tasks between the regions and the cantonal authorities. With the help of a general plan, the cantonal authorities should be responsible for coordination between the regions and with other cantons.

- Extra-cantonal cooperation

Joint bodies should be set up to be responsible for specialised installations which can be used for treating patients from several cantons.

- Service providers

Funding bodies and service providers at a cantonal and local level should jointly set priorities and plan changes and the distribution of resources, the service providers remaining operationally independent with regard to their management and the use of funds.

Contenu

1	Introduction	1
2	Conception et réalisation de la recherche	3
2.1	Choix des cantons-types	3
2.2	Méthode adoptée	4
2.3	Enquête et analyse	7
3	Systèmes de santé dans les cantons-types	9
3.1	Introduction	9
3.2	Canton d'Argovie	9
3.3	Canton d'Appenzell Rh.-Ext.	12
3.4	Canton de Zurich	14
3.5	Canton du Tessin	18
3.6	Canton de Vaud	21
3.7	Canton de Bâle-Ville	26
3.8	Canton de Genève	29
4	Comparaison entre les sept cantons-types	35
4.1	Introduction	35
4.2	Cantons et Communes	36
4.2.1	Organisation du système de santé	36
4.2.2	Financement	40
4.2.3	Planifications cantonales	42
4.2.4	Planifications communales	49
4.3	Fournisseurs de prestations et Assureurs	50
4.3.1	Hôpitaux	50
4.3.2	Etablissements médico-sociaux	52
4.3.3	Spitex	54
4.3.4	Médecins	58
4.3.5	Assureurs	59
4.4	Résumé	62
5	Interprétation des résultats et conclusions	67
5.1	Causes de différences de coûts	67
5.1.1	Introduction	67
5.1.2	Cantons et Communes	67
5.1.3	Fournisseurs de prestations et Assureurs	71
5.2	Conclusions	73
6	Bibliographie	76

GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Schéma 1: Aperçu des facteurs d'influence	5
Tab. 1: Cantons selon les groupes et les variables de l'analyse de regroupement	3
Tab. 2: Répartition des tâches et compétences	37
Tab. 3: Organes de conseil et de planification	38
Tab. 4: Révisions et modifications	39
Tab. 5: Structure de l'offre et collaboration extra-cantonale	40
Tab. 6: Financement	41
Tab. 7: Procédure de réduction du nombre de lits dans les hôpitaux	44
Tab. 8: Planification relative aux établissements médico-sociaux	45
Tab. 9: Planification dans le domaine des soins psychiatriques et politique de lutte contre les drogues	46
Tab. 10: Planification Spitex	47
Tab. 11: Planifications supra-professionnelles	48
Tab. 12: Instruments d'analyse des besoins	49
Tab. 13: Participation des communes à la planification	50
Tab. 14: Hôpitaux	52
Tab. 15: Etablissements médico-sociaux	54
Tab. 16: Spitex	57
Tab. 17: Médecins	59
Tab. 18: Assureurs	62
Tab. 19: Cantons et Communes	63
Tab. 20: Fournisseurs de prestations et Assureurs	63

Remerciements

Nombreuses sont les personnes qui ont contribué à la réussite de cette entreprise que constitue l'élaboration d'un rapport. Je remercie ici les représentants des directions de la santé des cantons d'Appenzell Rh.-Ext., d'Argovie, de Bâle-Ville, de Genève, du Tessin, de Vaud et de Zurich, qui ont répondu à nos questions avec beaucoup de compétence. Les représentants des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile ont aussi droit à toute notre gratitude pour avoir participé à l'enquête. Ma reconnaissance va également à nos interlocuteurs médecins et assureurs, pour la franchise avec laquelle ils se sont exprimés sur les problèmes de la santé publique. Je suis encore grandement redevable à toutes les personnes qui nous ont obligeamment permis de consulter divers rapports et documents. Je tiens en outre à relever tout particulièrement l'apport de MM. L. Gärtner, H. Känzig et M. Wicki, de l'Office fédéral des assurances sociales, et de M. R. Rossel, de l'Office fédéral de la statistique, membres du groupe de projet, qui ont contribué par leurs suggestions à la réussite de ce projet. Je m'en voudrais enfin de ne pas souligner l'excellence de la collaboration avec MM. Chr. Rüefli et A. Vatter, du Bureau de recherches politiques et de conseils Vatter, à Berne.

Roland Haari

1 Introduction

Le niveau des primes des caisses-maladie et des coûts de la santé par assuré suscitent toujours des controverses au sein de l'opinion publique. Ce sont surtout les différences frappantes observées d'un canton à l'autre que chacun cherche à s'expliquer.

Elles pourraient par exemple tenir aux réglementations cantonales qui conduisent à une diversité des politiques en matière de santé publique, à d'autres manières de concevoir l'offre dans les secteurs des traitements ambulatoires et des soins hospitaliers, ainsi qu'à une absence de concordance entre les structures tarifaires et à des divergences dans le subventionnement des fournisseurs de prestations. Une autre raison pourrait éventuellement être trouvée dans la structure de l'offre, qui a évolué différemment d'un canton à l'autre. Il est aussi possible que les différences au niveau des cantons dans l'exécution des compétences fédérales, comme l'obligation d'établir une planification hospitalière (art. 39 LAMal) ou la réglementation en matière de rémunération des traitements hospitaliers (art. 49 LAMal) soient responsables des différences des coûts financiers. Quant à savoir si les réglementations prévues par la LAMal concernant les structures tarifaires uniformes sur le plan suisse (art. 43, al. 5, LAMal) ainsi que l'approbation des tarifs de primes des assureurs (art. 61, al. 4, LAMal) ont des effets sur les différences de coûts, cela n'est pas certain.

Selon le subventionnement des prestations par les cantons, les charges pour l'assurance-maladie peuvent être différentes pour des coûts identiques dans le domaine de la santé. De la même manière, la proportion des coûts supportés par les assurés dont les franchises annuelles sont élevées est de nature à influencer sur les dépenses des assureurs.

L'on suppose également que les différences de coûts sont dues aussi bien à l'offre qu'à la demande. Plus la densité de médecins par rapport à la population totale est forte, plus les coûts en matière de santé sont élevés. Selon les circonstances, il se peut que les écarts entre les dépenses pour les prestations médicales soient dus à des différences dans les comportements en matière de demande de prestations dictées par les particularités culturelles ou la structure démographique de la population.

L'évolution des différences de coûts dans le temps n'est pas certaine non plus. Les dispositions de la LAMal qui ont des effets sur les coûts et celles qui ont trait à la transparence des prestations et des coûts contribuent-elles à un nivellement? Ou les divergences croissantes entre les primes moyennes au niveau cantonal indiquent-elles que d'autres facteurs influent sur les coûts?

L'on ne sait toujours pas avec certitude lesquels des éléments précités sont responsables des différences de coûts et de primes entre les cantons et les régions. C'est pourquoi il convient d'examiner non seulement les causes, mais aussi l'évolution dans le temps des différences dans les coûts de la santé et de l'assurance-maladie. La présente étude tentera de répondre aux questions suivantes:

- Effets de l'offre et de la demande

Quelles incidences l'aménagement de l'offre ainsi que des capacités disponibles dans les secteurs des traitements hospitaliers et des soins ambulatoires a-t-il sur la demande?

Dans quelle mesure les subventions des pouvoirs publics influent-elles sur la formation des prix?

Quelles sont les incidences de la structure démographique en fonction de l'âge, du sexe, du niveau social et de la nationalité sur le recours aux prestations du secteur de la santé?

Quels sont les effets des différences régionales en matière de comportement?

Comment les caractéristiques de l'offre et de la population se répercutent-elles sur les différences de prix et de quantité et, par conséquent, sur les différences dans le coût des primes dans les cantons et les régions?

- **Influence des politiques de santé cantonales et communales**

Les pratiques différentes des gouvernements cantonaux en matière d'approbation des conventions tarifaires ont-elles des effets différents sur les prix? Les fournisseurs de prestations réagissent-ils à des prix bas par une augmentation des quantités?

Quels sont les instruments de conduite qui sont mis en œuvre pour influencer sur la demande, par exemple par l'information de la population, ou sur les prix et les coûts, en recourant par exemple à des budgets globaux pour les fournisseurs de prestations ou pour l'octroi de subventions?

Quelles modifications des structures de l'offre souhaite-t-on réaliser? Quelles modifications ont déjà été effectuées et comment se répercutent-elles sur les coûts de la santé et de l'assurance-maladie?

- **Evolution des différences de coûts**

Quels sont les principaux facteurs qui favorisent ou empêchent les divergences dans l'évolution des coûts?

Comment ces facteurs ont-ils évolué depuis 1990?

Quelles conclusions peut-on tirer dans la perspective de modifications futures?

La présente étude doit livrer de meilleures connaissances sur les causes des différences de coûts entre les cantons et entre les régions, mais aussi formuler des recommandations pour la réglementation de la LAMal et pour les politiques cantonales et communales de santé publique.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a chargé le bureau de recherches et de conseils en matière politique Vatter (Berne) et le bureau de recherches sociales empiriques COPLAN (Bâle) d'enquêter sur les causes de ces différences de coûts. Le bureau Vatter a réalisé une analyse statistique transversale et longitudinale des différences de coûts entre les 26 cantons sur la base de sa propre banque de données ainsi que d'autres données aisément accessibles concernant les fournisseurs de prestations, les demandeurs et le contexte économique et politique de base.

Le bureau COPLAN fonde sa recherche, portant sur sept cantons-types, sur des documents tels que lois, rapports de planification et de gestion, ainsi que sur des entretiens avec des représentants des directions cantonales de la santé publique, des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie. L'influence de l'organisation du secteur de la santé et des modifications survenues dans ce secteur, des planifications ainsi que du management des fournisseurs de prestations sur les différences intercantionales de coûts est expliquée sur la base d'une interprétation qualitative de la documentation et des entretiens.

Après cet aperçu général du sujet étudié et des objectifs poursuivis, le chapitre suivant expose les modalités de choix des cantons-types, la conception de la recherche, ainsi que la réalisation des enquêtes. Le troisième chapitre contient un aperçu des systèmes de santé publique dans les cantons-types. Le chapitre 4 contient une comparaison entre les cantons-types et une analyse des principales différences liées aux différences de coûts intercantionales. Dans le chapitre 5, l'on trouve une interprétation des résultats de la recherche; en outre, les caractéristiques propres à réduire les coûts sont mises en évidence dans un modèle idéal de système de santé. Le sixième chapitre contient un répertoire de la littérature et des documents utilisés.

Un fascicule séparé (non traduit) contient une description détaillée des systèmes de santé des sept cantons-types, un tableau de comparaison de ces cantons selon une grille uniforme, ainsi que les canevas des entretiens qui ont servi de matériel de base pour l'établissement du présent rapport.

2 Conception et réalisation de la recherche

2.1 Choix des cantons-types

Afin d'aboutir à un choix transparent et utilisable des cantons-types, le bureau Vatter a soumis les 26 cantons à une analyse de regroupement reposant sur des données déjà disponibles, datant de 1996. L'objectif était de faire porter la recherche sur des cantons-types différant les uns des autres au regard des coûts de la santé, des caractéristiques du système de santé et des conditions sociales, économiques et politiques de base. L'analyse de regroupement devait en outre fournir des indications sur les ordres de grandeur des diverses situations en Suisse et indiquer quels cantons se trouvent dans le même groupe que les cantons-types choisis.

Après une analyse des corrélations, 10 variables énumérées dans le tableau 1 ont été retenues pour l'analyse de regroupement parmi la soixantaine de variables figurant dans la banque de données. Tout d'abord, les valeurs des 10 variables sont présentées dans les groupes puis, pour mieux distinguer les différences entre ces groupes, les valeurs standardisées des variables sont indiquées. La standardisation a été effectuée en divisant les valeurs des variables par leur plus petite valeur.

Tab. 1: Cantons selon les groupes et les variables de l'analyse de regroupement

	LU,SZ,ZG		ZH,BE,SO		FR,TI			
	AI,SG,GR	UR,OW,NW	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU	VD	BS	GE
1996	AG,TG	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU	VD	BS	GE	
Coûts Caisses/assuré en Fr.	1136.95	1140.22	1441.73	1706.00	1897.60	2137.70	2224.50	
Coûts cantons, comm/hab.	530.13	803.68	731.01	703.62	783.98	1928.77	1946.42	
Prime moyenne en Fr.	124.75	129.87	152.56	177.00	250.86	191.44	249.79	
Signature: Initiative, Référendum	1.79	0.72	1.28	4.38	3.30	1.60	3.40	
Décentralisation	5.15	5.66	5.13	4.05	4.70	5.50	3.20	
Santé importante en %	69.70	70.98	64.85	67.38	56.90	68.90	56.90	
Hospitalisation / 100 000 hab.	124.95	126.40	144.45	168.35	148.10	194.80	119.80	
Dépenses sociales en % du PIB	26.63	28.07	31.93	31.55	40.86	29.41	57.21	
Degré d'urbanisation	40.63	0.00	63.20	47.80	60.20	100.00	100.00	
Personnel cantonal/1000 hab.	16.88	21.60	17.00	24.25	26.00	66.00	56.00	

Valeurs standardisées des variables								
	LU,SZ,ZG		ZH,BE,SO		FR,TI			
	AI,SG,GR	UR,OW,NW	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU	VD	BS	GE
1996	AG,TG	GL,AR	BL,SH,VS	NE,JU	VD	BS	GE	
Coûts Caisses/assuré en Fr.	1.00	1.00	1.27	1.50	1.67	1.88	1.96	
Coûts cantons, comm/hab.	1.00	1.52	1.38	1.33	1.48	3.64	3.67	
Prime moyenne en Fr.	1.00	1.04	1.22	1.42	2.01	1.53	2.00	
Signature: Initiative, Référendum	2.48	1.00	1.78	6.08	4.58	2.22	4.72	
Décentralisation	1.61	1.77	1.60	1.27	1.47	1.72	1.00	
Santé importante en %	1.22	1.25	1.14	1.18	1.00	1.21	1.00	
Hospitalisation /100 000 hab.	1.04	1.06	1.21	1.41	1.24	1.63	1.00	
Dépenses sociales en % du PIB	1.00	1.05	1.20	1.19	1.53	1.10	2.15	
Degré d'urbanisation	40.63	1.00	63.20	47.80	60.20	100.00	100.00	
Personnel cantonal/1000 hab.	1.00	1.28	1.01	1.44	1.54	3.91	3.32	

Si l'on considère ensemble les trois premières variables (coûts des caisses-maladie, coûts des cantons et prime moyenne) comme indicateur des coûts de la santé, les groupes se différencient, de gauche à droite, par un accroissement des coûts de la santé. L'expression des trois variables s'est certes légèrement modifiée depuis 1996, mais sans toutefois changer fondamentalement la situation. Nombre d'autres variables sont en corrélation avec l'augmentation des dépenses des cantons en faveur de la santé publique: les structures politiques de décision sont décentralisées dans une moindre mesure; dans la population, la proportion des personnes qui considèrent que la santé est

importante diminue. En revanche, l'on peut noter une certaine augmentation du taux d'hospitalisation par habitant, une proportion de la population plus élevée dans les communes citadines et plus de fonctionnaires cantonaux par habitant.

Ces différences, qui se déplacent des cantons ruraux vers les cantons-villes, peuvent être constatées aussi bien dans la Suisse germanophone que dans les régions francophones et italophones du pays. Ce qui est cependant frappant, c'est que dans les régions latines les dépenses pour la santé et le social, mais aussi la proportion de fonctionnaires cantonaux, commencent et prennent fin à des niveaux plus élevés que dans la Suisse germanophone. Par contre, l'importance donnée à la santé est moins grande en Suisse romande. On relève des écarts remarquables par rapport à ces relations générales dans les domaines suivants: les petits cantons ruraux alémaniques comme Uri et Unterwald ont tendance à avoir des dépenses des collectivités publiques pour la santé plus élevées que des cantons plus grands et plus urbanisés comme Lucerne ou Saint-Gall; c'est dans le canton-ville de Genève que le taux d'hospitalisation par habitant est le plus faible; en 1996, les primes des caisses-maladie dans le canton de Bâle-Ville sont sensiblement inférieures à ce qu'elles sont dans les cantons plutôt citadins de la Suisse romande.

L'aperçu sommaire des différences entre les sept groupes constitue un bon survol non seulement du système de santé en Suisse, mais aussi des conditions sociales, économiques et politiques générales. La question se pose toutefois des critères selon lesquels choisir les cantons-types dans les groupes comprenant plusieurs cantons. En accord avec les auteurs de la recherche, le groupe de projet de l'OFAS a choisi de retenir le canton le plus peuplé du groupe concerné. Ce sont ainsi les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich, du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève qui ont été retenus pour la recherche. Ces sept cantons représentent les trois régions linguistiques et comprennent aussi bien des cantons ruraux que des cantons-villes. Toutefois, le fait de choisir le canton le plus peuplé a pour effet qu'un seul canton rural de la Suisse germanophone a été retenu, celui d'Appenzell Rh.-Ext. Dans la Suisse francophone, les petits cantons ruraux ne sont pas pris en considération.

2.2 Méthode adoptée

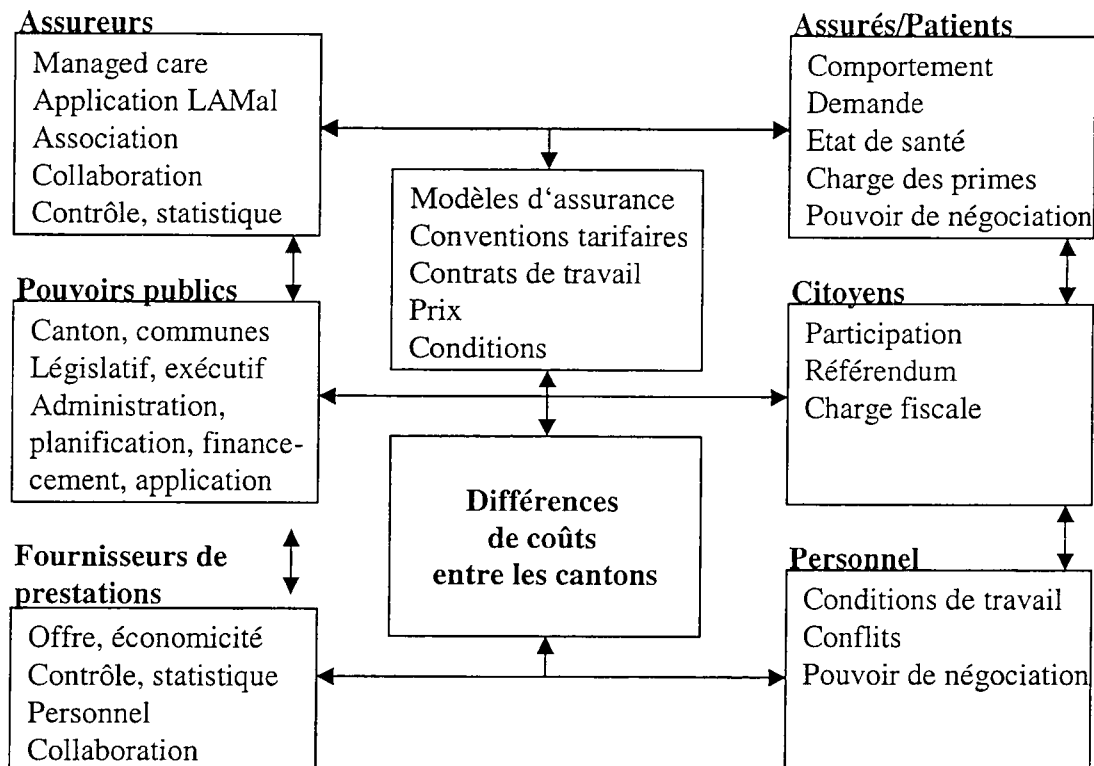
Remarques préliminaires

Pour déterminer la méthode à utiliser, il faut tout d'abord mettre en évidence les facteurs influant sur les différences de coûts dans les cantons. Ces facteurs permettent de déterminer ensuite les informations qui sont nécessaires et qu'il convient de se procurer dans le canton sur la base de documents et d'entretiens avec des représentants de l'administration, des fournisseurs de prestations ou des assureurs. Le choix des interlocuteurs dans les cantons-types peut également être fixé.

Aperçu des facteurs d'influence

Pour montrer les influences exercées par la politique de santé et les particularités du système de santé sur les différences de coûts entre cantons, le schéma suivant contient un aperçu sommaire des participants au réseau d'influence. Les acteurs institutionnels se trouvent dans la partie gauche du schéma, les acteurs individuels dans la partie droite. Les conventions entre acteurs figurent dans la partie médiane. Elles sont considérées comme étant la résultante des structures et des évolutions dans le domaine de la santé qui conduisent aux coûts globaux et aux différences intercantionales. Par conventions, l'on entend les conventions tarifaires, les diverses options disponibles dans l'assurance obligatoire de base et d'éventuelles assurances complémentaires, mais aussi toutes les ententes possibles qui ont des effets sur les coûts.

Schéma 1: Aperçu des facteurs d'influence



Les facteurs d'influence quantitatifs comme les dépenses de l'Etat, la structure des âges, la densité de lits ou le personnel engagé sont traités dans le rapport du bureau Vatter (« Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux »). Les commentaires suivants fournissent des indications sur les éléments, surtout qualitatifs, auxquels il faut s'intéresser dans les domaines d'enquête « Pouvoirs publics et Citoyens », « Fournisseurs de prestations et Personnel » ainsi qu'« Assureurs et Assurés ». Une liste détaillée des domaines d'enquête figure dans les canevas d'entretiens reproduits dans le fascicule relatif à la documentation utilisée.

Domaines d'enquête « Pouvoirs publics et Citoyens »

Parmi les acteurs du domaine de la santé, les cantons ont les fonctions les plus diverses. Ils fixent les tâches qui doivent être accomplies par le canton et les communes. Ils mettent également en place les commissions cantonales de planification et de conseil. Les cantons réglementent et mettent en place le cadre d'activité des autres acteurs, compte tenu du droit fédéral. Pour les hôpitaux et les homes admis à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie, les cantons fixent l'étendue et le degré de spécialisation de l'offre de soins aux patients hospitalisés. Les cantons réglementent les conditions d'admission et d'exercice des professions non scientifiques de la santé. Ils sont dans une large mesure compétents en matière de révisions législatives et de modifications des prestations fournies. En outre, ils fixent, dans des accords avec d'autres cantons, quels soins ils entendent fournir eux-mêmes et lesquels ils veulent se procurer dans d'autres cantons. Par le biais du financement, les cantons interviennent eux-mêmes dans l'offre de prestations. Ils déterminent l'engagement financier du canton et des communes dans les diverses tâches de santé publique. La forme concrète de la participation de 50 % aux frais d'exploitation des hôpitaux publics et des subventions aux homes peut varier d'un canton à l'autre. Par le biais de subventions, les cantons

influent sur les prestations offertes par les services d'aide et de soins à domicile (Spitex), car l'assurance-maladie ne couvre que les soins, ce qui ne suffit pas à assurer le plein fonctionnement du système Spitex. Les cantons diffèrent également dans leur conception de la mesure dans laquelle les hôpitaux publics doivent être placés sous la responsabilité de l'administration. Ces derniers temps, la conduite exercée directement par le département compétent tend à faire place à une séparation nette entre les conditions-cadres, de droit public, et le management d'exploitation, indépendant. En outre, il se peut que les pouvoirs publics réalisent des mesures de promotion de la santé et de prévention pouvant avoir des répercussions sur l'offre de soins nécessaire et les coûts. Les cantons fixent l'évolution future de l'offre de soins en procédant à des planifications relatives aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux, à la psychiatrie ou aux services Spitex. Entre ces fournisseurs de prestations, il existe toute une série d'interactions qui se répercutent sur les coûts de la santé. Un nombre insuffisant de homes dispensant des soins peut entraîner des hospitalisations inappropriées dans des établissements pour soins aigus et, ainsi, des coûts plus élevés. Un manque d'offres Spitex peut provoquer une plus forte demande dans les institutions hospitalières.

Domaines d'enquête « Fournisseurs de prestations et Personnel »

Les fournisseurs de prestations composent un groupe hétérogène d'acteurs du secteur de la santé et comprennent les hôpitaux, les homes et autres formes d'habitation collective, les services Spitex, les médecins indépendants et les professions paramédicales. S'y ajoutent encore les entreprises de technique médicale et leur personnel. Mais le personnel, qui représente environ 70 % des frais d'exploitation des hôpitaux, entre aussi dans la composition des coûts de la santé et peut être l'une des causes des différences intercantionales.

Les structures internes des fournisseurs de prestations et leurs modifications dans le temps jouent un rôle important pour ce qui est des coûts de la santé. Il faudrait se demander si les fournisseurs de prestations ont étendu, réduit, transféré ou modifié leur offre. Il est de plus intéressant de savoir comment se présente l'utilisation de l'offre et son volume et quels sont les plans directeurs qui définissent le management d'exploitation. La mise en œuvre des directives politiques et des plans directeurs propres, les mesures visant l'économicité de la fourniture des prestations, l'aménagement de la liberté d'entreprise ainsi que le controlling et le management des coûts ont une grande importance. Le rassemblement au sein d'associations professionnelles ainsi que la mise en réseau et la collaboration avec d'autres offres devraient également se répercuter sur la qualité et les coûts de la fourniture de prestations.

Il faut prendre garde aux particularités que l'on rencontre chez les fournisseurs de prestations. Si un hôpital a été admis à figurer sur la liste des hôpitaux, s'il bénéficie d'un financement par les pouvoirs publics ou sur le plan privé, tout cela se répercute sur les coûts de la santé du canton et sur les dépenses des caisses-maladie. En outre, les coûts sont influencés par la spécialisation de l'offre hospitalière et la dotation en grands instruments médico-techniques. Dans les homes aussi, des différences dans l'offre peuvent conduire à des différences de coûts. C'est ainsi que les institutions psychogériatriques nécessitent sensiblement plus de personnel que les foyers pour personnes âgées ou les homes médicalisés. Les services Spitex, qui déchargent les hôpitaux et les homes, sont soutenus de manière variable selon les cantons et les communes. La palette de l'offre peut se modifier par la mise sur pied de nouveaux services, comme un Spitex pour enfants. L'organisation des services d'aide et de soins à domicile repose (encore) dans une large mesure sur le travail bénévole, ce qui se répercute aussi sur les coûts. L'offre de médecins indépendants ne peut être que difficilement dirigée sur la base du droit actuel. Avec la nouvelle LAMal, il est toutefois possible de mettre en place, sur la base de contrats spéciaux pouvant favoriser une maîtrise des coûts, des cabinets médicaux alternatifs, comme dans les modèles HMO ou du médecin de famille.

Contrairement à ce qui se passe pour les médecins, la rémunération des entreprises de technique médicale et des laboratoires est fixée dans des tarifs valables pour toute la Suisse.

Domaines d'enquête « Assureurs et Assurés »

En prévoyant la liberté de changer d'assureur, la nouvelle LAMal doit conduire à une concurrence accrue entre les caisses-maladie. Il s'agit de créer ainsi des incitations à l'offre de nouveaux produits d'assurance, à un traitement plus efficace des cas, à un controlling plus actif et à la conclusion de conventions tarifaires avantageuses. Les assureurs doivent également exercer une influence sur l'évolution des coûts de la santé et des primes en procédant à la gestion par cas dans le secteur hospitalier, à l'information des assurés ou à l'examen des factures des fournisseurs de prestations.

L'augmentation des coûts de la santé et les primes des caisses-maladie provoquent une inquiétude grandissante chez les assurés et les patients. Les organisations de patients pourraient par conséquent tenter de plus en plus d'influer sur l'évolution des coûts. Le développement et l'influence des organisations de patients devraient toutefois se présenter différemment selon les cantons.

Choix des interlocuteurs dans les cantons-types

Les domaines d'enquête présentés ci-dessus montrent que des informations sur les administrations cantonales, les fournisseurs de prestations et les assureurs sont déterminantes pour l'analyse des différences de coûts. C'est pourquoi, les interlocuteurs suivants ont été choisis pour la recherche:

- Administration cantonale
 1. Secrétaire du département de la santé publique et/ou collaborateur de la division de planification
- Fournisseurs de prestations
 2. Directeur d'un hôpital public ou privé important,
 3. Responsable d'un établissement médico-social ou représentant de l'association des responsables de tels établissements,
 4. Directeur d'une organisation Spitex,
 5. Représentant de l'association des médecins
- Assureurs
 6. Représentant de l'association ou directeur d'un assureur important.

Dans chacun des cantons-types, il a fallu conduire six entretiens, soit 42 au total.

2.3 Enquête et analyse

Réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée en deux phases. La première phase a comporté une recherche d'informations sur le secteur de la santé dans les sept cantons-types sur Internet et dans des bibliothèques. Parallèlement, les canevas d'entretien ont été élaborés. La seconde phase a été constituée par les entretiens dans ces cantons. Avant la discussion, chaque interlocuteur a reçu le canevas d'entretien, ainsi qu'une liste des documents déjà trouvés sur Internet ou dans des bibliothèques, avec l'invitation à compléter la documentation.

La recherche sur Internet et dans les bibliothèques s'est déroulée au cours des mois de mars et d'avril 2001. Les entretiens dans les cantons ont eu lieu de mai à août 2001. Contrairement à ce qui avait été envisagé lors du choix des interlocuteurs souhaités, il n'y a pas eu d'entretiens avec l'hôpital universitaire ni avec le corps médical dans le canton de Vaud. Dans celui de Genève,

malgré de nombreuses tentatives, il n'a pas été possible d'avoir des entretiens avec des représentants des services d'aide et de soins à domicile ni des assureurs-maladie.

Analyse des documents et entretiens

Dans le cadre des enquêtes dans les sept cantons-types, un matériel volumineux a été accumulé qui a dû être démêlé en trois étapes pour l'analyse. Dans une première phase, il a fallu examiner entre 200 et 2000 pages par canton sous l'angle de leur pertinence par rapport aux questions de l'enquête et, pour chaque canton, regrouper les principaux points en prélevant des extraits. Dans une deuxième phase, les analogies et les différences les plus importantes ont été relevées, les cantons comparés entre eux et les principales différences mises en évidence dans des tableaux. Dans la troisième phase, les différences intercantoniales supposées déterminantes pour les différences de coûts ont été interprétées sous l'angle des causes et des arrière-plans de l'évolution des coûts et les conséquences des résultats des enquêtes représentées sous forme d'un modèle idéal.

3 Systèmes de santé dans les cantons-types

3.1 Introduction

L'aperçu donné ici des principales caractéristiques des systèmes de santé dans les sept cantons-types a été articulé selon les acteurs canton, communes, hôpitaux, établissements médico-sociaux (EMS), services d'aide et de soins à domicile (Spitex), médecins et assureurs.¹ Le but du présent chapitre est de constituer une base de comparaison des systèmes de santé cantonaux.

3.2 Canton d'Argovie

Dans le canton d'Argovie, tous les secteurs du système de santé se sont développés continuellement au cours des dix dernières années, sans problèmes majeurs. Selon la loi, le **canton** est avant tout responsable de la fourniture de soins hospitaliers dans les deux hôpitaux cantonaux ainsi que pour la clinique psychiatrique. La tâche des **communes**, des associations de communes ou des organisations d'utilité publique qui prennent en charge des soins porte sur les soins hospitaliers de premier recours, les soins de longue durée dans les homes médicalisés et les EMS, les sanatoriums et les établissements thermaux, les services Spitex, ainsi que la prévention des toxicomanies. La direction de la santé publique est appuyée par une commission permanente de la santé, de même que par des commissions de surveillance pour les établissements médicaux cantonaux. Les communes ou les associations de communes peuvent également mettre sur pied des commissions de la santé pour leurs propres besoins. Le canton soutient financièrement les communes ou d'autres organismes d'utilité publique dans le secteur des hôpitaux régionaux, des homes médicalisés, des EMS et des services Spitex. Le canton supporte les coûts de la construction et du terrain pour les hôpitaux et les homes médicalisés; il y participe pour les EMS. Le canton couvre également 60 % du déficit d'exploitation des hôpitaux et des homes médicalisés. Les services Spitex bénéficient d'une contribution unique lors de la création de centres de services et reçoivent régulièrement des contributions financières pour leur travail public, la formation continue et les frais de l'association faîtière. Une révision de la loi sur les hôpitaux est prévue, qui doit permettre un financement orienté vers les prestations et plus d'indépendance des hôpitaux. A l'avenir, le canton doit être responsable pour les prestations hospitalières et le secteur social et pour les soins aux personnes âgées.

Le canton tente de contrôler le secteur de la santé aux niveaux cantonal et communal à l'aide d'une série de plans directeurs et de concepts:

- Les soins aux personnes âgées font partie des tâches communales. Le concept 1991 de soins aux personnes âgées dans le canton d'Argovie [„Konzeption für die Betagtenbetreuung im Kanton Aargau (Altersheimkonzept) 1991“] doit par conséquent fournir un cadre d'orientation pour leurs activités aux organismes qui ont la charge d'institutions pour personnes âgées. Les questions de la prévention, de l'aide et des soins ambulatoires, des centres de jour, de la rééducation, des formes d'habitat pour les personnes âgées, des homes, des divisions gériatriques dans les hôpitaux et de la coordination entre les divers fournisseurs de prestations sont abordées dans le cadre d'un concept global. L'accent est mis sur la modernisation des EMS afin de les adapter aux exigences plus élevées en matière de confort et aux besoins accrus en matière de soins.
- L'intention formulée dans le rapport 1991 sur la planification dans le domaine de la psychiatrie dans le canton d'Argovie [„Planungsbericht Psychiatrie im Kanton Aargau 1991“] est de

¹ Des informations plus complètes se trouvent dans le chapitre 1 [„Detaillierte Darstellung des Gesundheitswesens der Modellkantone“] du fascicule relatif au matériel utilisé pour la recherche.

développer les soins ambulatoires décentralisés aux personnes souffrant de maladies psychiques et de créer les conditions d'une diminution du nombre de lits dans le secteur hospitalier. A cet effet, les conditions nécessaires sur le plan de l'organisation doivent être créées. Un organe de conduite et de coordination est responsable de l'ensemble de la psychiatrie hospitalière et ambulatoire. Le canton est subdivisé en deux secteurs psychiatriques avec une offre complète. Les services psychiatriques ambulatoires ne dépendent plus de la clinique mais sont indépendants. Parallèlement, le réseau de soins ambulatoires doit être développé. Cela concerne notamment les ateliers protégés, les communautés thérapeutiques pour malades psychiques, le développement des services Spitex et les soins de psychogériatrie décentralisés dans des homes, ainsi qu'un réseau de soins pour toxicomanes avec prévention, sevrage, thérapie et suivi.

- Les services Spitex font partie des tâches des communes et sont généralement pris en charge en leur nom par des associations d'utilité publique. Le plan directeur Spitex 1995 du canton d'Argovie [„Spitex-Leitbild Kanton Aargau 1995“] vise à regrouper les associations disséminées dans les régions et les communes dans le cadre d'organisations interdisciplinaires fournissant tous les services de base d'aide et de soins à domicile. Le plan directeur exige que les prestations soient fournies à des coûts supportables et que les personnes âgées soient encouragées à se prendre elles-mêmes en charge. Il doit être possible d'atteindre les services 24 heures sur 24, ainsi que le week-end, dans un centre de services Spitex disposant de son propre numéro de téléphone.
- Le concept hospitalier 2005 du canton d'Argovie [„Spitalkonzeption 2005 des Kantons Aargau“] a été adopté en 1994 par le parlement cantonal et adapté en 1997, en vertu de la LAMal, aux nouvelles exigences concernant la détermination des besoins et les listes d'hôpitaux. Le concept hospitalier vise à répondre aux besoins en soins au moyen d'un réseau de soins comprenant différents degrés de spécialisation, sur la base de mandats de prestations conclus avec les institutions. Les soins spécialisés doivent être fournis principalement par l'hôpital cantonal d'Aarau, en partie aussi par l'hôpital cantonal de Baden. Le canton subvient également aux besoins de la clinique psychiatrique de Königsfelden. La médecine de premier recours est fournie surtout par les hôpitaux régionaux et de district. Les hôpitaux cantonaux doivent pouvoir bénéficier d'une plus grande autonomie pour améliorer leur rentabilité. La garantie de déficit est remplacée par des budgets globaux pour les hôpitaux et des contributions forfaitaires pour les hôpitaux régionaux.

Les autres instruments de conduite du canton, qui ne sont pas traités dans ce rapport, sont la planification de la formation aux soins, le concept de réadaptation et le concept de sauvetage.

Dans les **hôpitaux**, il est frappant de constater que depuis 1995, dans le domaine des soins aigus, le nombre de lits occupés diminue constamment par rapport au nombre de lits prévus. Dans l'hôpital cantonal d'Aarau, le taux d'occupation se situe depuis des années déjà aux environs de 85 %, ce qui est bon. Des pénuries de personnel ont entraîné un léger recul du nombre de patients soignés à l'hôpital. La surcharge de travail du personnel est par conséquent un sujet permanent. Des mandats de prestations et des budgets globaux ont été introduits dans le cadre du concept de conduite de l'administration orientée vers l'efficacité, afin de préparer les hôpitaux à une plus grande indépendance. A cela s'ajoute l'introduction d'un système de salaires dépendant des prestations et indépendant du sexe. Afin d'optimiser les processus, des protocoles de prise en charge des patients (Modell integrierter Patientenpfade, MIPP) ont été développés, qui se présentent aussi comme une alternative aux All Patients Diagnosis Related Groups (AP-DRG) pour le financement de prestations. Il est prévu de faire fusionner les hôpitaux de Menziken et de Leuggern. Les hôpitaux de Laufenburg et de Rheinfelden ainsi que les homes médicalisés qui en dépendent doivent être regroupés pour former un centre de santé du Fricktal.

Dans le canton d'Argovie, il est fait une distinction entre les **établissements médico-sociaux** et les homes médicalisés. S'y ajoutent les divisions de soins dans les hôpitaux pour soins aigus. Les communes sont responsables pour les soins hospitaliers de longue durée. Les organismes qui ont la charge des EMS et des homes médicalisés sont soit les communes ou des associations de communes, soit des corporations d'utilité publique mandatées par les communes pour un secteur géographique déterminé. Environ un tiers des homes ne figurent pas sur la liste des établissements médico-sociaux. Les exigences en matière de soins se sont accrues. C'est pourquoi, au cours des dix dernières années, d'une part le parc immobilier des homes de construction ancienne a été renouvelé et adapté aux exigences de confort actuelles et, d'autre part, le nombre de lits de soins dans les homes pour personnes âgées a été augmenté, de même que la quantité de personnel soignant. Dans le même temps, de nouvelles constructions ont été réalisées. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, c'est la section argovienne de l'Association suisse des maisons d'éducation et de retraite qui mène avec les assureurs les négociations relatives aux tarifs obligatoires pour tous les homes.

Les soins et l'aide à domicile sont l'affaire des communes et ils sont fournis, sur mandat de ces dernières, par des associations d'utilité publique. Ces dix dernières années, les services **Spitex** sont devenus de plus en plus professionnels. Le nombre des petites associations diminue continuellement en raison de fusions sous forme d'organisations régionales et interdisciplinaires. Les raisons du processus de concentration sont à chercher dans une meilleure qualification du personnel, due aux exigences croissantes en matière de prestations, ainsi que dans la différenciation dans les décomptes des groupes de prestations définis par les conventions tarifaires avec les assureurs. En outre, les efforts du canton pour créer des centres de services Spitex, de même que les mandats de prestations des communes devraient jouer un rôle. L'association cantonale des services Spitex conseille par conséquent les associations pour l'exécution de tâches comme l'introduction d'un logiciel Spitex et mène aussi les négociations avec les assureurs.

En ce qui concerne les **médecins**, le nombre de cabinets de groupe augmente. La raison est à rechercher dans le décalage des horaires de travail des cabinets individuels par rapport aux conditions actuelles. Les HMO n'ont aucune chance, sauf dans les grandes villes. En revanche, le modèle du médecin de famille s'est répandu ces dernières années dans le canton d'Argovie. Environ un sixième de la population a opté pour ce système. Les revenus des médecins n'ont pas changé au cours des dernières années. La collaboration avec les EMS et les services Spitex se développe positivement. Dans de nombreuses organisations Spitex locales, un médecin fait partie du comité. Le travail associatif de l'association des médecins a porté principalement sur la protection des patients, le secret médical et la garantie de la qualité. Un sujet important est celui de l'interdiction de la pharmacie dans le canton d'Argovie.

Les **assureurs** offrent le modèle du médecin de famille. Ce dernier a toutefois déjà été abandonné par la CSS parce que les économies réalisées n'atteignaient pas les rabais accordés. Les assurés ne demandent quasiment pas d'autres formes particulières d'assurance. Les assurés ne changent en outre pas souvent de caisse. Quelques assureurs importants procèdent à la gestion par cas afin de déterminer, avec le patient et l'hôpital, le déroulement optimum du traitement. Le financement des fournisseurs de prestations devient de plus en plus transparent avec des instruments tels que le Resident Assessment Instrument/Resident Utilisation Groups (RAI/RUG), les protocoles de prise en charge ou les forfaits par divisions. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les petits assureurs notamment éprouvent de plus en plus de difficultés lorsque leurs demandes de majoration des primes ne sont pas acceptées. C'est pourquoi, le processus de concentration se poursuit. Depuis l'introduction de la LAMal, l'association est active surtout dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, dans l'assurance-maladie complémentaire uniquement sur la base de mandats. Des entretiens ont lieu régulièrement avec la direction de la santé publique et l'association participe aussi

aux procédures de consultation cantonales. Elle est représentée dans la commission de la santé publique du Grand Conseil où tous les objets du domaine de la santé sont discutés. Des difficultés sont survenues avec la liste des hôpitaux, parce que le canton y mentionnait des établissements de cure en mauvaise situation financière en tant que cliniques de réadaptation.

3.3 Canton d'Appenzell Rh.-Ext.

Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures est le plus petit des sept cantons-types examinés. Le système cantonal de santé n'assure que la médecine de premier recours, le besoin en médecine spécialisée devant être couvert dans les cantons voisins. Les attributions du **canton** se sont modifiées en 1993 par la transformation des hôpitaux communaux en hôpitaux cantonaux. En vertu de la loi sur les soins aux malades, le canton est maintenant compétent pour la fourniture des soins aigus et les communes pour les soins de longue durée dans les homes, ainsi que pour l'aide et les soins ambulatoires. Selon la loi, le canton est tenu de participer au financement des travaux de construction entrepris par les communes dans le domaine des homes. Il doit également soutenir les services Spitex. La convention des établissements hospitaliers de Suisse orientale règle la question du paiement des prestations hospitalières entre les cantons et celle de la collaboration dans le secteur hospitalier. Pour le canton d'Appenzell Rh.-Ext., la convention garantit principalement l'accès à la médecine spécialisée et à la médecine de pointe. Les instruments cantonaux de planification sont la planification hospitalière et celle relative aux établissements médico-sociaux.

- Selon la planification hospitalière 1997, l'on compte avec un besoin de 182 lits pour soins aigus en 2005. Les hôpitaux publics, les hôpitaux privés pour soins aigus, les cliniques de réadaptation et les établissements de cure figurent dans la liste des hôpitaux avec environ 750 lits. Cette disparité entre le besoin en lits et les lits disponibles est attribuée à l'absence de données permettant une appréciation précise de l'offre. L'hôpital de Teufen a été fermé en 2001. Le besoin pour les soins aigus en psychiatrie, de 72 lits, a été calculé pour une région comprenant les deux Appenzell et le canton de Glaris. Il n'a pas été fourni de données concernant l'hospitalisation de longue durée. Au total, ce sont 224 lits qui sont disponibles dans la clinique psychiatrique, dont 87 lits pour soins aigus. Des budgets globaux ont été introduits en 1995 pour les hôpitaux. Le mandat de prestations des hôpitaux depuis 1990 est de garantir la médecine de premier recours à la population. Il est prévu d'introduire dans les hôpitaux les forfaits par divisions, d'ici à 2002.
- La planification concernant les établissements médico-sociaux doit tout d'abord garantir que les institutions mentionnées dans la liste de ces établissements fournissent des prestations de bonne qualité et que les pensionnaires reçoivent les prestations d'assurance. L'offre actuelle va de la simple maison de retraite à la division spécialisée de psychogériatrie de la clinique psychiatrique cantonale. C'est pourquoi la liste des établissements médico-sociaux distingue plusieurs catégories, adaptées aux différents degrés de nécessité de soins. Le calcul du besoin ne repose toutefois pas sur la gravité de la nécessité de soins mais sur des indices dépendant de l'âge. Selon les calculs effectués, les homes couvrent actuellement largement les besoins.

Dans leurs domaines, les **communes** procèdent à leurs propres planifications. Dans la commune de Herisau, des manquements en matière de construction et d'exploitation dans un home ont été à l'origine d'un plan directeur pour la vieillesse. L'on a visé une amélioration de la qualité de vie. A cet effet, l'on a formulé des principes directeurs et la situation existante a été analysée de façon critique. Les propositions concernent le regroupement des associations Spitex, un point d'accès commun pour les services Spitex ou l'adaptation des chambres des homes aux exigences actuelles, la création d'un service centralisé de conseil et d'information, ainsi qu'un instrument pour la saisie des coûts en tant qu'outil de gestion pour le travail en faveur des personnes âgées.

Ces dernières années, tous les **hôpitaux** cantonaux se sont efforcés continuellement de diminuer la durée des séjours. Au cours des dix dernières années, environ 20 lits ont été supprimés. Le taux d'occupation des lits s'est amélioré grâce à l'instauration de cliniques de jour et à une offre accrue de prestations ambulatoires. L'on constate constamment des pénuries de personnel. En ce qui concerne les hôpitaux, on relèvera surtout la création du syndicat hospitalier qui comprend depuis avril 2001 les hôpitaux de Heiden et de Herisau, ainsi que la clinique psychiatrique de Herisau. Le syndicat hospitalier doit assurer la médecine de premier recours et un service de sauvetage pour les cas urgents. Il permet de disposer d'une infrastructure commune pour la comptabilité et les questions de personnel, l'informatique et l'achat de matériel, alors que les hôpitaux demeurent indépendants pour les prestations médicales et infirmières. Dans le cadre d'un budget global, il est prévu une couverture propre de 70 % par le syndicat hospitalier, les 30 % restants étant payés par le canton sous forme de garantie de déficit. Dans le secteur ambulatoire, le décompte se fait en fonction des prestations individuelles et dans le domaine hospitalier sur la base de tarifs forfaitaires. Il est prévu d'introduire des forfaits par divisions dans le secteur hospitalier. Un controlling systématique doit être prochainement introduit dans le syndicat hospitalier.

Les quelque 70 **établissements médico-sociaux** sont surveillés par une commission cantonale. Le canton dispose également d'un service spécialisé dispensant aux homes des conseils en matière de lois et de gestion d'entreprise. Le canton contribue jusqu'à 50 % aux frais de construction. Au surplus, les homes relèvent de la compétence des communes qui règlent les questions des tâches, de l'organisation, de la surveillance et des prix de pension. Le mandat de prestations de la commune de Herisau prévoit par exemple que les homes doivent subvenir à leurs propres besoins et présenter des comptes annuels équilibrés. Alors qu'auparavant chaque établissement était soumis à la commission ad hoc élue par le Conseil communal, ils sont maintenant tous deux réunis au sein d'une fondation et soumis au même conseil de fondation ainsi qu'à une direction commune. Quand bien même le règlement prévoit qu'il n'est pas possible d'admettre des personnes âgées nécessitant des soins, les homes étendent de plus en plus leur capacité de fourniture de soins. C'est pourquoi l'effectif du personnel a augmenté ces dernières années et la rénovation des constructions doit aussi permettre de satisfaire les exigences accrues en matière de confort. L'objectif est de permettre aux pensionnaires d'y habiter jusqu'à la fin de leur vie. La collaboration des homes avec d'autres fournisseurs de prestations a lieu de cas en cas, lorsqu'un pensionnaire doit être transféré. L'association des homes s'efforce de développer un instrument d'enregistrement des habitants et représente les homes vis-à-vis des assureurs.

Les services **Spitex** sont en premier lieu l'affaire des communes. Une ordonnance cantonale fixe toutefois l'étendue des prestations, le financement, la contribution du canton aux services Spitex, ainsi que l'organisation. L'ordonnance cantonale sur les services Spitex est complétée par des mandats de prestations entre les communes et les organisations locales. En plus de fournir les soins et l'aide à domicile, les services Spitex doivent collaborer à la promotion de la santé. Les prestations sont accordées sur la base d'examen des besoins qui tiennent aussi compte des ressources des clients et doivent encourager leur degré d'indépendance. Les services Spitex doivent fournir leurs prestations 24 heures sur 24 durant toute la semaine et être aisément atteignables. La collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations découle dans une large mesure du travail concret. L'indemnisation des prestations de soins par les assureurs varie entre l'examen des besoins et les soins de premier recours et de traitement. Les services Spitex sont actuellement organisés au sein de 12 associations. Ces dernières années, certains services ont fusionné et il existe déjà 3 organisations régionales. Les associations qui ont fusionné tentent de répartir leur activité entre différentes unités. Une association cantonale a été créée en 1990 et elle dispose depuis 1997 d'un secrétariat, avec une directrice à sa tête. L'association cantonale représente les associations Spitex,

par exemple à l'égard du canton et des assureurs. Elle conseille les organisations-membres pour les questions de personnel, les normes de qualité ou les demandes de subventions.

De nombreux **médecins** se sont regroupés ces cinq dernières années pour créer des réseaux de médecins de famille. L'avantage du modèle du médecin de famille réside dans l'amélioration de la communication entre les fournisseurs de prestations de premiers recours, dans une formation continue régulière et dans les cercles de qualité. La collaboration avec les services Spitex se déroule favorablement et la société de médecine a aussi un représentant au sein de l'organisation faîtière Spitex. Actuellement, un projet-pilote concernant l'échange électronique de données est en cours avec le syndicat hospitalier. Les attestations d'admission peuvent déjà être transmises par voie électronique. La société de médecine prend également position sur les questions relatives à la santé aux niveaux fédéral et cantonal et s'occupe de la formation continue des médecins.

Parmi les nouveaux modèles d'assurance offerts par les **assureurs**, seul celui du médecin de famille s'est répandu. Un assureur offre des réductions de primes si l'assuré renonce aux médecins coûteux, qui figurent sur une liste. De l'avis du représentant de l'association cantonale, les assurés « consomment » toujours plus, en raison du niveau élevé des primes. L'augmentation des primes de l'assurance de base provient du fait que la LAMal ne permet plus de subventionnements croisés. Les assureurs s'efforcent de maîtriser les coûts et examinent les factures du point de vue de leur conformité au contrat. Mais c'est le diagnostic qui est déterminant et l'assureur doit payer. Des augmentations de primes ne sont pas autorisées, en partie pour des motifs politiques, raison pour laquelle quelques assureurs se heurtent à d'énormes difficultés et les fusions se poursuivent. La LAMal provoque des problèmes juridiques sérieux car il n'est pas établi clairement quels sont les frais d'hospitalisation dont les assureurs doivent prendre en charge les 50 %. Il n'y a toujours pas de critères pour le calcul des coûts. Le travail associatif s'est compliqué depuis l'introduction de la LAMal. Dans le passé, l'association pouvait conclure des contrats avec les assureurs sans grande concertation. Il n'y avait pas non plus autant de fournisseurs de prestations qu'actuellement. Aujourd'hui, les assureurs veulent participer aux discussions. Il est prévu de réunir les associations cantonales dans des associations régionales afin d'acquérir plus de compétence en regroupant les connaissances professionnelles. La collaboration avec l'administration cantonale et les fournisseurs de prestations a lieu dans le cadre de procédures de consultation. Il y a eu des conflits au sujet de la liste des hôpitaux car le Conseil d'Etat voulait faire figurer les établissements de cure au nombre des cliniques de réadaptation.

3.4 Canton de Zurich

La politique de la santé, au cours de la dernière décennie, s'est principalement focalisée sur le redimensionnement de l'offre hospitalière. Selon l'actuelle loi sur la santé, c'est le **canton** qui est responsable pour les hôpitaux cantonaux centraux, les cliniques psychiatriques et les cliniques spécialisées ouvertes aux habitants du canton. Les communes sont compétentes pour la médecine hospitalière de premier recours, les soins hospitaliers de longue durée, l'aide et les soins à domicile et la prévention. Les établissements cantonaux sont financés uniquement par l'Etat. Ce dernier apporte une contribution aux investissements des hôpitaux régionaux et communaux, ainsi qu'aux frais d'exploitation des hôpitaux et des services Spitex. L'interdiction par la loi de la dispensation de médicaments par les médecins est contestée; cette loi fera prochainement l'objet d'une votation populaire. L'octroi de mandats de prestations et la gestion au moyen de budgets globaux font l'objet de deux ordonnances. Selon le projet de nouvelle loi sur la santé, la responsabilité pour les hôpitaux pour soins aigus et les cliniques psychiatriques et leur financement doit incomber aux cantons, les soins de longue durée et les services ambulatoires aux communes. Ce qui est aussi prévu pour l'avenir, c'est l'abandon de la garantie de déficit et l'indépendance des hôpitaux. L'hospitalisation

hors du canton est régie par divers contrats. Le canton de Zurich offre aux cantons voisins principalement des prestations spécialisées et hautement spécialisées du secteur universitaire. La convention des établissements hospitaliers de Suisse orientale vise en outre une collaboration intercantonale concernant la fourniture de prestations médicales et infirmières.

Le système de santé repose sur des planifications particulières concernant les hôpitaux, les soins de longue durée et la psychiatrie, ainsi que sur des réformes internes dans les hôpitaux cantonaux:

- Depuis la planification hospitalière de 1991 déjà, des efforts sont entrepris pour réduire l'offre hospitalière, efforts qui se sont heurtés à une opposition dans les régions et les communes concernées. L'introduction de la LAMal a entraîné un remaniement de la planification hospitalière afin de dresser les listes des hôpitaux et des établissements médico-sociaux cantonaux. L'offre hospitalière antérieure reposant sur quatre axes, à savoir les hôpitaux régionaux, les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux centraux et les hôpitaux universitaires, a été remplacée par un système à trois composantes à la suite de la suppression des hôpitaux régionaux. La médecine de premier recours est maintenant prise en charge par les hôpitaux spécialisés (supra)régionaux. Dans une première phase, environ 600 lits doivent être supprimés et d'autres suppressions sont prévues.
- Dans le rapport de planification relatif à la liste zurichoise des établissements médico-sociaux, il est déclaré que l'offre de lits pour soins dans les hôpitaux, les homes médicalisés, les EMS, les communautés thérapeutiques et les institutions pour personnes handicapées correspond dans une large mesure aux besoins, malgré des déséquilibres régionaux. D'ici à 2015, un fort manque de lits devrait toutefois se manifester. L'appréciation de la situation mène à la conclusion que tous les homes doivent figurer dans la liste des établissements médico-sociaux.
- Selon le concept spécial de psychiatrie intégrée de Winterthur, un modèle de réseau de soins centré sur les utilisateurs et proche des communes doit être réalisé pour garantir la continuité des soins aux patients en psychiatrie. Une clinique doit être fermée. En revanche, le traitement hospitalier aigu de psychogériatrie, la thérapie et la réadaptation, ainsi que la prévention des dépendances doivent continuer à être développés.
- Dans le secteur hospitalier, de nombreuses réformes internes ont lieu pour permettre une réduction des coûts sans pertes de qualité et sans créer de nouveaux cas sociaux. Avec le projet-pilote de nouveaux modèles d'aménagement du temps de travail (BAM), la réduction du nombre de lits devrait pouvoir être socialement supportable.
Le projet-pilote de fourniture de prestations et d'allocation des ressources transparente (LORAS) repose sur des instruments de conduite avec bases de données, sur le mandat de prestations figurant dans la liste des hôpitaux et sur un budget global qui en découle. L'approbation du tableau des effectifs a lieu avec le budget global et le bénéfice est conservé par l'hôpital.
L'association Outcome pour la mesure de la qualité des résultats des hôpitaux a été créée, pour éviter une détérioration de la qualité, par des hôpitaux, des assureurs, la direction de la santé, l'organisation des patients et des organismes qui envoient des patients aux hôpitaux.
Des modèles de passage à l'indépendance, des questions patrimoniales et financières, des conventions de prestations et la situation au plan du personnel doivent être examinés dans un projet pour l'indépendance de l'hôpital universitaire de Zurich et de l'hôpital cantonal de Winterthur. Le but est de simplifier les procédures de décision complexes qui entravent la gestion opérationnelle des hôpitaux en tant que divisions de la direction de la santé.
- Les planifications et les projets de la direction de la santé dont il est question ci-dessus et qui se concentrent principalement sur le secteur hospitalier sont regroupés dans la planification du développement 1999-2004 et mis en relation avec l'évolution de la population et le progrès de la

médecine. Les buts définis par la planification du développement sont des offres dans le secteur de la santé suffisantes et généralement accessibles, ainsi qu'une fourniture de prestations économique avec un taux de couverture de 50 % dans les hôpitaux. La planification du besoin de financement courant et pour les investissements est cependant au premier plan de la planification du développement.

- En ce qui concerne le personnel, la pénurie aiguë, qui a conduit à la fermeture de divisions dans les hôpitaux et aussi à des plaintes relatives aux salaires du personnel soignant pour violation du droit constitutionnel à l'égalité des salaires des hommes et des femmes, a entraîné plusieurs changements. D'une part, les salaires ont été augmentés dans le cadre d'une action extraordinaire de promotions et par l'annulation d'une diminution des salaires de 3 %. D'autre part, les classes de salaires des professions de la santé ont été revues. Ces modifications entraînent dans le secteur du personnel des coûts supplémentaires atteignant plusieurs dizaines de millions de francs.

La médecine hospitalière de premier recours, les soins de longue durée et les services ambulatoires sont les tâches des **communes**. Des planifications de l'aménagement de l'offre sont effectuées dans des communes et des associations de communes. Dans sa planification pour la vieillesse, la commune de Niederhasli tente d'améliorer le réseau de l'offre ambulatoire et hospitalière au moyen d'un centre de services Spitex. L'hébergement de longue durée doit continuer à se faire en collaboration avec les communes voisines. Le financement mixte des institutions communales par les communes et le canton repose sur des budgets établis par les communes et soumis à l'approbation de la direction de la santé. Le financement est également discuté dans un groupe de travail commun des communes et de la direction de la santé. De l'avis du canton, la LAMal a entraîné un allègement financier sensible des communes du fait de la fermeture d'hôpitaux et de la prise en charge des prestations de soins par les assureurs-maladie.

Les divers projets de la direction de la santé concernant les **hôpitaux** ont déjà été évoqués en relation avec la planification hospitalière. Du point de vue de l'hôpital universitaire de Zurich, c'est plutôt la stabilité du développement qui est soulignée. Le nombre de lits a légèrement diminué, leur taux d'occupation s'est accru, la durée des séjours s'est réduite et les effectifs du personnel ont légèrement augmenté. Le taux de couverture des coûts a également augmenté. L'hôpital est encore une division administrative de la direction de la santé et, malgré le budget global, la garantie de déficit du canton pour l'hôpital subsiste.

Les **établissements médico-sociaux** sont une tâche des communes, qui peuvent toutefois continuer à en déléguer la responsabilité. C'est pourquoi la forme juridique varie entre homes communaux, fondations, associations et homes privés. Malgré le déficit probablement considérable en lits pour soins, le canton ne voit pas de besoin d'intervenir. L'EMS « am See » à Küsnacht peut être retenu comme exemple pour les modifications qui se produisent. Etant donné que la population nécessite davantage de soins, l'évolution va dans le sens d'un home médicalisé. Il est beaucoup fait pour l'intégration des personnes malades souffrant de démence sénile. La demande de places en centre de jour et d'occupation temporaire de lits augmente. Une attention particulière est vouée à l'activation des pensionnaires. Les bâtiments sont en partie désuets en raison des modifications de la structure de la clientèle et des exigences actuelles en matière de confort et le besoin de rénovation est important. L'établissement doit être démoli en partie et reconstruit. Il est difficile de lier le personnel à long terme. Un nouvel instrument de direction a été introduit: les entretiens avec les collaborateurs. Il s'ajoute au programme directeur de l'établissement, qui est réexaminé chaque année. La collaboration entre établissements est bonne, l'infrastructure et la buanderie sont utilisées en commun et il y a des échanges de personnel. Selon le règlement sur les communes, tous les établissements sont soumis à la commission des homes. C'est le canton qui est l'autorité de surveillance de l'exploitation des homes. Le déficit de l'établissement est pris en charge par la

commune mais le budget, détaillé, doit être respecté. La LAMal a entraîné des changements sur le plan administratif comme la comptabilité des charges par centres de coûts ou la garantie de la qualité. L'activité de l'association des homes est concentrée sur les questions de salaire et de personnel, ainsi que sur les négociations tarifaires.

Les services **Spitex** sont également du ressort des communes qui soit les exploitent elles-mêmes, soit délèguent cette exploitation à des associations privées. Au cours des dix dernières années, toujours plus de petits services ont fusionné et ont donné naissance à des organisations plus grandes, travaillant davantage de façon interdisciplinaire et aussi supracommunale. Le processus de fusion se poursuit tout d'abord parce que les communes souhaitent disposer d'une offre en réseau orientée clients et, ensuite, parce que les assureurs exigent une fourniture de prestations et des décomptes transparents. L'étendue des prestations Spitex n'a que peu diminué au cours des cinq dernières années. L'introduction de la LAMal a entraîné un déplacement de la prise en charge des coûts des communes vers les clients et leurs assurances-maladie. Depuis 1992, il existe une association cantonale Spitex qui représente les intérêts des organisations-membres auprès du public, de la Confédération, du canton, des communes, ainsi que des assureurs-maladie. C'est ainsi que l'association Spitex a élaboré avec les assureurs le contrat Spitex et des directives sur la garantie de la qualité. Un cadre de prestations a été élaboré pour les services Spitex, pour l'ensemble du canton, avec le service de coordination Spitex de la direction de la santé. Il en découle que les services Spitex doivent non seulement fournir de l'aide et des soins à domicile mais aussi œuvrer dans les domaines de la réadaptation, du conseil et de la prévention. Il a en outre été décidé que les services Spitex doivent pouvoir être atteints durant toute la semaine par l'entremise d'un point d'accès commun. L'association Spitex soutient également les organisations-membres dans l'aménagement et la planification des prestations.

De l'avis des interlocuteurs, l'évolution chez les **médecins** va vers les cabinets de groupe pour la médecine de premier recours. Les médecins hautement spécialisés comme les neurologues ou les cardiologues se regroupent dans des centres de compétence. Les HMO et le modèle du médecin de famille n'ont pas beaucoup de succès en Suisse. Après dix ans, il n'y a même pas 5 % d'assurés HMO. Ce sont principalement les personnes jeunes et en bonne santé qui font usage de ces nouvelles formes. Des changements ont également découlé de la féminisation de la profession, car les femmes ont un état d'esprit moins commercial que les hommes. Quant au nouveau tarif médical unifié TarMed, il a l'avantage de rendre transparent le travail du médecin et de revaloriser le conseil. Le tarif en fonction du temps consacré au patient incite cependant à allonger la durée des traitements. La collaboration avec les fournisseurs de prestations n'appartenant pas au secteur médical s'est améliorée. L'on accepte les délégations aux psychothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux services Spitex et aux autorités d'assistance. Depuis douze ans, aucune compensation du renchérissement n'a été accordée lors des négociations tarifaires. Les médecins ont toutefois réalisé cette compensation simplement en augmentant le nombre de consultations par patient. Ce sont de plus en plus les économistes, les politiciens, l'industrie pharmaceutique, les médias, les directeurs d'hôpitaux et les directeurs de compagnies d'assurance qui déterminent ce que les médecins ont à faire.

Le représentant de l'association des **assureurs** estime que les Suisses ont des difficultés à admettre des limitations des prestations d'assurance. Concernant les nouveaux modèles des assureurs, c'est la franchise à option qui est la plus utilisée. Les modèles de médecin de famille en sont encore au stade des essais. Les communautés de médecins de famille qui peuvent regrouper 180 à 200 médecins sont souvent si grandes que l'on ne sait pas si la façon dont le groupement a été effectué est judicieuse. Les assureurs n'ont pas réalisé les économies attendues. Les centres HMO créés par des médecins fonctionnent très bien. L'on remarque que l'assuré a la possibilité de choisir

en vertu de la LAMal. Les assureurs ont passé du stade d'administrations à celui d'entreprises orientées vers la clientèle. Les augmentations de primes ne correspondent pas à l'évolution générale des coûts. Il faut s'attendre à des accroissements des coûts de 4 à 7 % par année. Certains coûts, par exemple dans le secteur des soins, ont été sous-estimés de plus du double par l'OFAS. Les assureurs effectuent un controlling d'entreprise normal avec objectifs annuels et contrôle des écarts. Le contrôle du caractère économique de l'activité des fournisseurs de prestations est très complexe. Il n'y a que des cas individuels et il n'y a pas de procédure standardisée. En cas de procès, il faut constituer un groupe d'experts composé de médecins. Les frais de procès peuvent facilement atteindre 300 000 francs.

3.5 Canton du Tessin

Le système de santé du Tessin est déterminé principalement par le **canton**. La loi sur la santé prévoit que le canton est compétent pour la planification et la coordination des ressources. En se fondant sur les besoins de la population dans le domaine de la santé, il peut soutenir financièrement les diverses institutions, participer à leur direction ou les gérer sous forme de services autonomes. La loi accorde une grande valeur à la prévention et à l'éducation sanitaires. Dans une modification de la loi sur la santé, il est prévu que le canton participe à concurrence de 75 % à la couverture des déficits. Selon la loi sur la santé, les **communes** sont avant tout les organes d'exécution du canton; elles doivent lui annoncer les violations de la loi et peuvent lui soumettre des propositions pour la prévention dans le domaine de la santé. Il est en outre prévu que les communes doivent participer aux coûts des services scolaires médicaux et dentaires en fonction de leur capacité financière.

La loi sur les hôpitaux arrête que le canton coordonne la gestion des hôpitaux et que les hôpitaux publics sont soumis à la Direction des hôpitaux (Ente ospedaliero). Le Grand Conseil discute tous les quatre ans les directives concernant la planification hospitalière et élit les membres du conseil d'administration de la Direction des hôpitaux. Cette dernière est flanquée d'une conférence hospitalière avec des représentants des assureurs, de la société de médecine, des syndicats et des communes de montagne. Il existe en outre un conseil hospitalier composé de représentants des communes, de médecins et d'assureurs. Le conseil d'administration exécute les décisions du Conseil d'Etat et élabore tous les quatre ans une planification hospitalière qui prend en considération aussi bien les hôpitaux publics, privés et extra-cantonaux que la médecine ambulatoire. Les principes de la planification sont une médecine de premier recours décentralisée, une médecine spécialisée centralisée et une collaboration avec les cantons voisins. La direction détermine les tâches des hôpitaux qui ne sont pas mentionnés dans la loi, ainsi que la structure nécessaire de l'offre hospitalière et ambulatoire. La Direction des hôpitaux peut créer des divisions psychiatriques dans certains hôpitaux. Elle est responsable du financement d'instruments et d'immeubles dans le cadre du budget approuvé par le Grand Conseil. L'acquisition de matériel coûteux doit être approuvée par une commission spéciale sur la base d'une analyse des besoins. Les dépenses d'exploitation et le déficit d'exploitation sont couverts par le canton. Les hôpitaux privés reconnus bénéficient aussi d'une garantie de déficit.

La loi sur l'aide socio-psychiatrique subdivise le canton en régions, avec des unités socio-psychiatriques qui doivent veiller à ce que les patients bénéficient d'une thérapie, d'une réadaptation et d'une formation adéquates dans l'environnement social. Ces unités sont également responsables de la prévention. Elles peuvent être des personnes morales ou physiques de droit privé et doivent être reconnues par le canton pour bénéficier de crédits supplémentaires. En outre, elles doivent collaborer au sein d'une organisation cantonale de socio-psychiatrie. Une commission cantonale de

socio-psychiatrie élabore tous les quatre ans des propositions et des planifications à l'intention du Conseil d'Etat.

La « loi Spitex » vise à coordonner l'aide et les soins à domicile et à garantir à chaque habitant du canton ayant besoin d'aide le recours aux services Spitex en tenant compte de ses propres ressources. Les conseils en cas de problèmes sociaux et l'éducation à la santé font également partie des tâches des services Spitex. Les fournisseurs de prestations sont des organisations Spitex interdisciplinaires qui sont compétentes pour chacune des six régions de soins de santé du canton. Les compétences dans le secteur Spitex appartiennent principalement au canton. Le Grand Conseil discute les directives de planification tous les quatre ans, se prononce sur les recours et approuve les investissements élevés. Le Conseil d'Etat coordonne les activités Spitex, reconnaît les services d'utilité publique, accorde des crédits supplémentaires pour l'exploitation et des projets-pilotes, réglemente la formation du personnel en relation avec les services Spitex, évalue l'activité de ces services et arbitre les différends entre les communes et les services Spitex. Les communes concluent des conventions avec les services Spitex, doivent garantir les prestations sur leur territoire et ont à supporter quatre cinquièmes du déficit. Elles doivent aussi être associées aux planifications du secteur Spitex établies par le Conseil d'Etat.

La législation cantonale met l'accent sur la prévention et prévoit que des planifications sont effectuées à intervalles réguliers.

- Conformément aux bases légales, des campagnes de prévention sont réalisées régulièrement et se déroulent en partie dans un cadre national. Les sujets sont notamment les maladies cardiaques et circulatoires, le cancer, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que l'obésité. Les médias utilisés sont la télévision, des concerts, le théâtre, des conférences ou une série de recettes pour une alimentation saine. Les campagnes sont accompagnées scientifiquement pour en constater les résultats. Une somme de 800 000 francs est disponible chaque année pour ces activités.
- Avant l'introduction de la LAMal, la planification hospitalière cantonale ne portait que sur les hôpitaux publics, quand bien même 50 % des lits se trouvent dans des hôpitaux privés. Si l'on tient compte de la totalité des lits, le canton a une forte surcapacité par rapport à l'ensemble de la Suisse. Les Tessinois se rendent aussi beaucoup plus souvent à l'hôpital et y séjournent plus longtemps. C'est pourquoi le canton entend donner une nouvelle orientation au domaine de la santé en coordonnant et en harmonisant mieux l'offre hospitalière, semi-hospitalière et ambulatoire, en supprimant les lits d'hôpital en surnombre et en introduisant une clause du besoin pour les technologies et les appareils coûteux. Un recours de l'association cantonale des assureurs a conduit à une refonte de la planification hospitalière en ce qui concerne la liste des hôpitaux. Sur la base de la planification hospitalière, près d'un cinquième des lits doivent être supprimés, surtout dans les hôpitaux privés. Des mandats de prestations ont été élaborés pour divers hôpitaux. Seuls les hôpitaux avec mandat de prestations peuvent prétendre à une participation financière du canton.
- La transformation en plusieurs phases des services Spitex en une organisation interdisciplinaire, qui est opérée depuis environ 6 ans sur la base de la loi de 1997 sur l'aide et les soins à domicile (« loi Spitex »), a été au centre de la politique de santé. Les éléments principaux du processus de transformation sont présentés dans divers rapports et publications. Dans la première phase, il convient de déterminer les buts, d'examiner l'offre, de constater les ressources et de tester un instrument multidimensionnel de saisie des données (Resident Assessment Instrument [RAI Home]). Lors de la deuxième phase, il s'agit de préciser les buts, les besoins en personnel et en financement, ainsi que les critères de reconnaissance des organisations Spitex, dont les services de transport et de repas font aussi partie. Il faut ensuite assurer la coordination entre les services

ambulatoires et les institutions semi-hospitalières et hospitalières. Les conseils et les services pour familles, mères et enfants doivent maintenant être intégrés dans les organisations Spitex interdisciplinaires des six régions de soins. Dans chaque région, les services Spitex doivent être placés sous la responsabilité d'une commission régionale élue de cinq membres. Les collaborateurs et les volontaires des anciennes associations doivent être associés aux commissions régionales. L'aide et les soins doivent être accessibles quotidiennement 24 heures sur 24 de façon à réduire le nombre d'entrées dans les hôpitaux et les homes.

Il n'y a pas eu beaucoup de changements au sein de la direction de la santé ces dernières années. Lors de campagnes de prévention, il y a une collaboration avec d'autres offices cantonaux des secteurs de l'environnement et du travail. Là aussi, les communes sont associées. En général, les initiatives dans le domaine de la politique de santé viennent du canton. Reste en suspens la question de la délimitation entre les frais de soins et les autres frais dans les hôpitaux et les homes. Jusqu'ici l'on a pu trouver un compromis avec les assureurs.

Environ un cinquième des lits d'**hôpitaux** doit être supprimé, dont quatre cinquièmes dans des institutions privées non subventionnées. Un hôpital public subventionné est transformé en EMS. Les hôpitaux publics doivent être englobés dans un réseau comprenant des institutions hospitalières, semi-hospitalières et ambulatoires. Dans les hôpitaux publics et privés, l'on passe de plus en plus à des forfaits par cas. De profondes modifications se sont produites dans les hôpitaux privés depuis l'introduction de la LAMal et la réduction du nombre de lits. C'est ainsi que le nombre de lits dans les hôpitaux Santa Anna et ARS Medica a diminué de 15 %. En 1990, 15 % des patients se trouvaient en division commune, alors qu'aujourd'hui il y en a environ 55 %. La situation financière est devenue très précaire ces dernières années. Les services administratifs ont été réunis et l'utilisation des grands appareils est commune pour réaliser des économies. Il n'y a en fait pas de coopération avec d'autres fournisseurs de prestations et d'autres acteurs du secteur de la santé. Le département des affaires sociales se limite à édicter des directives concernant la diminution du nombre de lits et les mandats de prestations.

Nombre des 40 **établissements médico-sociaux** n'ont été créés que récemment, les autres font l'objet d'un processus de renouvellement progressif tout en étant agrandis. Il est prévu d'augmenter le nombre de places dans les homes. La prise en charge des homes s'effectue de diverses manières. On peut prendre pour exemple celui d'Agno qui est entretenu par 4 communes. La proportion de personnes nécessitant des soins a quasiment doublé ces cinq dernières années, passant de 33 % à 60 %. Le budget du home est soumis au canton qui prend en charge l'intégralité du déficit. Toutefois, depuis sept ans, il n'y a plus eu de déficit. Dans son travail, le home s'efforce de se tenir aux directives convenues entre le "Forum helvétique pour l'accueil prolongé des personnes âgées" et santésuisse. En soutenant l'activité des pensionnaires, l'on s'efforce d'éviter les différences de qualité par rapport aux institutions privées. La justesse et la nécessité des prestations fournies sont démontrées par des indices. Une comptabilité analytique doit être introduite. La collaboration avec les autres homes est bonne et l'on s'entraide en cas de pénurie de personnel.

L'évolution du secteur **Spitex** est présentée de façon détaillée dans le commentaire relatif à la « loi Spitex » cantonale et à la planification Spitex. Ici figurent uniquement quelques informations supplémentaires concernant la région de Lugano. Cette région réunit environ 50 communes et est divisée en cinq zones comprenant entre 9000 et 26 000 habitants. Des équipes interdisciplinaires sont actives dans chaque zone. Chaque équipe comprend un chef, des infirmières, des aides familiales, des assistants en gériatrie et des aides. Pour la région de Lugano, il existe un centre ambulatoire pour parents et enfants. Le mandat de prestations est délivré par le canton et les communes. L'approbation et le contrôle du budget sont effectués par ceux qui ont la charge de l'institution puis, à titre définitif, par le canton. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, les

prestations et les coûts ont sensiblement augmenté. Les assureurs paient 35 francs par heure pour les soins. L'on recherche une collaboration avec les homes et les hôpitaux en raison des changements entre lits temporaires, hôpital et domicile.

Les **médecins** se plaignent surtout de l'augmentation du nombre de cabinets qui doivent partager une quantité stable de patients. Selon les interlocuteurs, l'on établit plus fréquemment un "Business Plan" et des cabinets de groupe sont créés pour optimiser les coûts et pour partager les investissements initiaux. De nouvelles formes d'offres, comme les modèles HMO n'ont aucune chance au Tessin, parce que les Tessinois veulent leur propre médecin. Le flux d'informations entre les médecins s'est amélioré ces dernières années, de même que le sens du travail en équipe. La société des médecins se préoccupe surtout de sujets tels que la garantie de la qualité, les moutons noirs parmi les médecins, un réseau électronique unissant les fournisseurs de prestations, ainsi que les conventions tarifaires. Etant donné qu'il y a beaucoup plus de médecins spécialistes que de généralistes, les discussions ont lieu principalement au sein des associations de médecins spécialistes.

Les **assureurs** considèrent aussi que des nouvelles formes d'offre comme les modèles HMO ne jouissent d'aucune popularité au Tessin. Les franchises élevées ne sont pas très répandues. L'on ne recourt quasiment pas à des demandes d'avis conforme parce que les personnes, âgées surtout, ont toujours confiance dans leur médecin. De grandes différences sont apparues entre les caisses en ce qui concerne le montant des primes. Les jeunes, en particulier, ont changé souvent d'assurance ces dernières années. La collaboration entre assureurs s'est améliorée ces derniers temps. Au sein de l'association, l'on aborde des sujets tels que les moutons noirs parmi les médecins, les fausses calculations de coûts, les déficiences de la planification hospitalière et le nouveau centre de cardiologie privé. Il existe une commission commune avec les médecins et la collaboration avec la direction de la santé est limitée à l'essentiel. L'interlocuteur est d'avis que la LAMal doit être revue en raison du grand nombre de nouvelles prestations que les caisses doivent prendre en charge.

3.6 Canton de Vaud

Les efforts des dernières années ont porté surtout sur la question de la réorientation du système de santé (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire NOPS) en vue de créer des réseaux de fournisseurs de prestations. Deux lois-cadres, à savoir la loi sur la santé publique et la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et de réseaux de soins, constituent la base des efforts entrepris par le **canton**. Selon la loi sur la santé publique, le gouvernement et l'administration sont appuyés par un conseil de la santé, une commission de planification et des commissions de zones. Les commissions permanentes sont élues par le Conseil d'Etat. Le conseil de la santé doit notamment assister le gouvernement pour la législation, l'attribution des postes de chefs et la récolte d'informations. Selon la loi, le Service de la santé publique et de la planification sanitaire est principalement responsable de la planification, des projets de constructions et de la formation dans le domaine de la santé, ainsi que de la lutte contre les drogues et de la prévention. Les **communes** n'ont pas de compétences propres prévues par la loi mais sont les organes exécutifs du canton. La loi sur la santé est actuellement en révision. Il est prévu d'instituer deux nouvelles commissions pour examiner les plaintes des patients et des pensionnaires de homes. Les droits des patients et des pensionnaires de homes doivent en outre être renforcés grâce à l'attribution d'un médiateur ou à une personne d'accompagnement. Sont également prévues l'admission de nouvelles professions de la santé ainsi que la création d'un cadre pour les situations d'urgence (aide en cas de catastrophes).

La loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public tente d'amener une réorientation du système de santé. La couverture des besoins en matière de santé

par des prestations d'un niveau qualitatif élevé à des coûts supportables doit être obtenue par l'association volontaire des fournisseurs de prestations dans des réseaux. Ces réseaux doivent être des personnes morales. Les membres gèrent les ressources en commun, mais ils planifient également leur affectation. Au nombre des compétences du canton, l'on peut citer l'octroi de mandats de prestations, le paiement d'investissements et de compléments de frais d'exploitation aux institutions hospitalières et aux réseaux de fournisseurs de prestations, la planification dans le secteur de la santé et l'information de la population. Le Grand Conseil se prononce sur la planification, le financement et les mandats de prestations. Pour l'aider dans sa politique sanitaire, le Conseil d'Etat nomme une commission permanente de politique de la santé qui comprend les divers acteurs du secteur de la santé. En vertu de la loi, la planification sanitaire concerne la médecine de premier recours, décentralisée, et la médecine spécialisée, centralisée, les tâches des fournisseurs de prestations et leur attribution à un réseau, l'inscription sur les listes d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux, les restructurations, la garantie de la qualité et la saisie des données pour les institutions du secteur de la santé. Les contributions financières cantonales sont liées à des mandats de prestations avec des contraintes concernant la comptabilité et les statistiques. Le canton finance également un fonds d'innovation pour la création des réseaux, destiné aussi à l'amélioration de la rationalisation, à l'information de la population et à la formation continue. En outre, il participe aux frais des divisions générales des hôpitaux publics et privés et supporte les coûts de la formation et de la recherche. Pour le financement, il existe un budget global, établi en commun avec les fournisseurs de prestations et qui tient compte des besoins et de la répartition des tâches dans le réseau. Selon la loi, les activités hospitalières doivent être déplacées vers le secteur ambulatoire. Les communes sont tenues de mettre à disposition les terrains pour les établissements sanitaires. La loi doit être révisée pour ce qui a trait aux questions de qualité, au contrôle des coûts et aux subventions accordées aux EMS.

Une institution indépendante du canton (Organisme médico-social vaudois [OMSV]) a été créée en vertu de la loi de 1967 qui régit les services médico-sociaux (le terme « Spitex » n'est pas utilisé dans les cantons francophones) et la prévention et de son règlement d'application. Cette institution peut subdéléguer ses tâches à d'autres corporations de droit public ou privé. Le financement se fait par le canton et, en fonction du nombre de leurs habitants, par les communes. L'OMSV est dirigé par un conseil d'administration et un comité de direction. Le conseil d'administration de 28 membres est constitué de représentants du canton et des communes, ainsi que de délégués des organisations concernées. Le comité de direction de 10 membres comprend des représentants du canton, des communes, d'associations régionales d'aide et de soins à domicile et d'institutions privées. L'OMSV conclut des contrats avec les associations régionales qui sont responsables des centres médico-sociaux (CMS). Les activités doivent être coordonnées avec la nouvelle politique de santé. L'OMSV mène aussi les négociations tarifaires avec le canton.

D'autres bases légales traitent d'une convention intercantonale des cantons de Suisse romande et du Tessin concernant l'hospitalisation extra-cantonale et prévoient en outre que les communes, pour ce qui est des EMS, et le canton, en ce qui concerne l'aide et les soins à domicile, n'ont pas d'obligations financières.

Quant aux motifs pour lesquels la planification cantonale est centrée sur la réorientation du secteur de la santé, ce sont le vieillissement de la population, le progrès technique et l'augmentation des coûts de la santé. Les buts et la procédure de formation des réseaux de fournisseurs de prestations sont décrits dans deux rapports.

- Les réseaux doivent constituer une chaîne complète de traitement et de prévention dans des institutions hospitalières et ambulatoires interdépendantes. Il convient de mettre aussi l'accent sur l'information de la population et la responsabilité personnelle des patients. L'utilisation commune de services de soutien dans les réseaux doit contribuer à la maîtrise des coûts. Les

réseaux doivent respecter les valeurs suivantes: accès égal aux prestations, continuité des traitements, garantie de la qualité, traitement technique moderne, respect du patient, proscription de l'acharnement thérapeutique, apaisement des douleurs et accompagnement jusqu'à la fin de la vie.

A propos des divers secteurs des réseaux il est dit notamment que la conduite exige de l'engagement, le développement d'une culture participative, une attribution adéquate de moyens et l'implication des médecins dans la direction. La stratégie doit être centrée sur la continuité des traitements en tenant compte des admissions d'urgence, de l'information aux patients, de l'approfondissement des relations et de la collaboration. Du côté du personnel, l'on tient beaucoup à l'information, aux conditions de travail, à la satisfaction du personnel, à la formation et au perfectionnement. Une part croissante des ressources financières doit être utilisée pour les projets prioritaires du réseau. En ce qui concerne l'exécution du travail, les points faibles doivent être identifiés et des propositions d'améliorations développées. Il faut analyser la satisfaction du personnel et des utilisateurs du réseau quant aux processus, ainsi que la disparité entre les attentes et les expériences faites. Les réseaux doivent en outre être intégrés dans leur environnement par des campagnes d'information. Dans les limites du cadre défini par le rapport, les réseaux peuvent aménager leur offre de prestations à leur guise. Pour être soutenus par le canton, ils doivent remettre une documentation. Le financement dépend de l'importance du projet et de sa compatibilité avec les objectifs du réseau et du canton.

Dans un rapport sur l'avancement des travaux, il est déclaré que huit réseaux sont en voie de s'établir. Un réseau a pu être reconnu. Une attention particulière est accordée à l'harmonisation des procédures dans les réseaux avec la planification hospitalière. Le rapport relève en outre que dans les régions-frontières du canton les hôpitaux collaborent avec ceux des cantons voisins. Les hôpitaux universitaires des cantons de Vaud et de Genève travaillent davantage ensemble. D'ici à 2002, une nouvelle planification hospitalière sera instaurée. Une nouvelle loi sur les EMS, ainsi que de nouvelles modalités de financement devant remplacer les budgets globaux, constituent d'autres priorités.

- L'effectif des lits a été examiné lors de l'entrée en vigueur de la LAMal. Les paramètres suivants ont été pris en compte dans l'évaluation des besoins: évolution de la population et taux d'hospitalisation en fonction des classes d'âges, durée moyenne du séjour selon les types d'hôpitaux, occupation des lits – avec distinction entre soins aigus, réadaptation et soins palliatifs – et flux de patients entre cantons. Selon les prévisions, le nombre de lits nécessaires devrait diminuer de 915 entre 1995 et 2005 pour passer à un total de 2456. Le calcul du besoin a servi ensuite de base pour établir la liste des hôpitaux en distinguant hôpitaux subventionnés et hôpitaux privés. Une nouvelle estimation a été effectuée à partir de meilleures données de base. Les paramètres ont été affinés par rapport à la première estimation et tiennent compte des traitements semi-hospitaliers, de la durée du séjour en fonction du diagnostic, des progrès de la médecine et d'erreurs d'estimation. D'après le nouveau calcul, le besoin en lits pour 2005 oscille entre 3076 et 3330, psychiatrie comprise.
- Les lits pour malades chroniques dans les hôpitaux entrent aussi dans la liste des établissements médico-sociaux. Une distinction est faite dans la liste établie par le Conseil d'Etat entre les homes avec tâches relevant de la gériatrie, de la psychogériatrie, de la psychiatrie et les hôpitaux avec lits pour malades chroniques. Une estimation pour 2010 est actuellement en voie d'élaboration.
- Afin qu'à l'avenir la population puisse être mieux renseignée sur le système de santé, le Service cantonal de recherche et d'information statistiques a mené une enquête sur les relations avec le médecin de famille, sur la fréquence des consultations, sur le comportement en matière de santé,

ainsi que sur la connaissance des droits des patients et de la LAMal. Il est apparu que 80 % des Vaudois ont un médecin de famille et que 70 % consultent un médecin au moins une fois par an; 80 % connaissent l'influence de l'alimentation et du mode de vie sur la santé. La population est par contre mal renseignée sur les droits des patients et sur la LAMal.

Il n'a pas été possible d'avoir un entretien avec les **hôpitaux**. Les informations sont fondées principalement sur des documents de l'administration cantonale. En 1990, il y avait encore 30 hôpitaux: suite à plusieurs fusions, il en reste 15. Trois hôpitaux ont été transformés en EMS. Le nombre de lits pour soins aigus a diminué d'environ un cinquième depuis 1989, une partie ayant toutefois été transformée en lits pour réadaptation ou pour soins de longue durée. Le nombre des patients a augmenté ces dernières années. Dans les hôpitaux universitaires, le degré de gravité des maladies a augmenté. La surcharge de travail du personnel soignant a fait l'objet d'une interpellation. Dans sa réponse, le Conseil d'Etat a relevé que les effectifs du personnel soignant avaient été augmentés. Parmi les autres modifications du secteur hospitalier, notons l'introduction des achats en commun par les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève. L'Hôpital de l'enfance travaille maintenant plus étroitement avec les hôpitaux universitaires. Les hôpitaux publics se défendent contre le manque de souplesse du budget global appliqué depuis les années 80. C'est pourquoi, à l'avenir, le financement doit être lié aussi bien au mandat de prestations qu'aux prévisions d'activité. Les cliniques privées du canton de Vaud souhaitent que leurs prestations soient couvertes par les assureurs, ce qui, en cas de décision positive du Conseil fédéral, entraînerait des dépenses sensiblement plus élevées pour le canton et les assureurs.

En 1999, il y avait dans le canton de Vaud environ 150 homes pour personnes âgées, avec près de 6000 lits; 3800 lits se trouvent dans des **établissements médico-sociaux**, 1350 lits dans des homes avec une offre en psychogériatrie et 800 lits dans des homes psychiatriques ou des maisons de repos. Presque tous les homes sont pris en charge à titre privé et deux tiers d'entre eux sont considérés comme étant d'utilité publique. Seuls 15 homes, comprenant 400 lits, ne se trouvent pas sur la liste des EMS. Depuis 1990, le nombre total de homes a diminué de 25, avec une augmentation des homes d'intérêt public et une diminution de ceux qui ne sont pas considérés comme tels. D'ici à 2005, on prévoit un besoin supplémentaire de 300 lits. Les établissements d'intérêt public sont financés par des subventions du canton sous la forme d'un budget global (enveloppe budgétaire), par des paiements forfaitaires des assureurs et par les contributions des pensionnaires. 80 % des homes ont eu des comptes équilibrés, un petit nombre d'entre eux réalisant même un bénéfice.

Le rapport d'une commission parlementaire d'enquête sur la situation actuelle des homes constate que les pensionnaires infirmes ont besoin de la protection et de l'accompagnement d'une personne de confiance. Le personnel est sous-qualifié et sous-payé; il faut plus d'argent pour la formation continue et des contrats de travail doivent être conclus entre les homes et leur personnel. Il y a des irrégularités dans la tenue des comptes, en particulier dans les homes privés. Les homes psychiatriques privés ne reçoivent pas de subventions. C'est pourquoi un nouveau statut devrait être trouvé pour eux. La situation problématique des homes est illustrée par une discussion avec le directeur d'une institution communale. Ces dernières années, l'âge moyen et le besoin de soins des pensionnaires ont fortement augmenté. Presque tous arrivent dans le home après un séjour à l'hôpital. L'on s'efforce de s'adapter aux exigences accrues en formant le personnel, notamment dans les domaines de la psychiatrie et de la psychogériatrie. Malgré tous les efforts entrepris, il y a un manque de personnel qualifié. Les problèmes ont continué à s'aggraver depuis l'introduction de la LAMal car l'on exige à la fois une activité plus professionnelle et de meilleure qualité et une exploitation moins coûteuse. Les difficultés en matière de collaboration concernent surtout les coûts qui ne sont pas payés par les assureurs en raison de leur manque de transparence. Depuis 1997, le

Conseil d'Etat a dû édicter le tarif car aucun contrat n'a pu être conclu. Ce tarif a été attaqué par l'association cantonale des assureurs. L'arrêt du Tribunal fédéral a eu pour conséquence que le tarif a été recalculé sur la base de l'instrument de mesure des besoins PLAISIR, selon huit degrés d'importance des soins requis.

Au chapitre de l'**aide et des soins à domicile**, le grand mouvement de réforme s'est déroulé dans les années 80 avec la création d'un organisme faîtière, l'OMSV, et de dix organisations interdisciplinaires, responsables chacune pour une région du canton. Ces 10 organisations exploitent un total de 40 centres médico-sociaux (CMS) avec 45 équipes interdisciplinaires. Le nombre des personnes soignées et la proportion des personnes gravement handicapées a augmenté constamment ces dernières années. Il en a résulté de 1992 à 1999 une augmentation du volume des interventions de 60 % et de celui des coûts de 40 %. Le financement provient des assureurs-maladie pour 30 %, du canton pour 27 %, de la Confédération pour 17 %, des communes pour 14 % et des clients pour 12 %. Si l'on compare l'évolution des services médico-sociaux et celle des homes, l'on peut admettre que les premiers ont permis d'économiser entre 450 et 500 lits.

Les services médico-sociaux s'efforcent d'adopter une approche globale dans leur travail. Ils doivent encourager les personnes à se prendre en charge elles-mêmes, la qualité de vie du client est respectée et ce dernier participe aux décisions. La fourniture de prestations repose sur les lois du marché, en veillant à la qualité. L'intervention des services a lieu à la suite d'une évaluation, de la fixation des objectifs, de l'élaboration d'un plan de travail, et elle est suivie d'une appréciation des résultats. La collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations a lieu dans le cadre des réseaux et elle est qualifiée de bonne. Les relations avec les assureurs sont passablement pénibles car il y a souvent des divergences de vues au sujet des coûts à prendre en considération. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, un niveau qualitatif élevé et une grande transparence sont exigés dans la fourniture de prestations. Depuis peu, le projet BARman est en cours. Les collaborateurs introduisent sur place, dans un ordinateur de poche, toutes les données déterminantes et les transmettent au CMS.

Il n'y a pas eu de discussion avec un représentant de l'association des médecins. Les quelques rares informations disponibles reposent sur les renseignements fournis par les autres interlocuteurs. Selon ces sources, il est prévu d'intégrer les **médecins** indépendants dans le groupement des fournisseurs de prestations.

Les nouvelles offres des **assureurs** comme les modèles HMO ne sont demandées que par environ 5 % des assurés. Selon l'interlocuteur, le Vaudois souhaiterait décider lui-même à quel médecin il s'adresse. En revanche, environ 70 % des assurés ont choisi une franchise élevée. L'introduction de la LAMal a cependant entraîné d'importants changements. Il y a eu beaucoup de résiliations dans les assurances complémentaires (privées et semi-privées). La plupart des assurés ne disposent plus actuellement que de l'assurance de base. De nombreux petits assureurs ont été repris ou ont fusionné avec d'autres. En relation avec le canton, les assureurs veulent présenter les coûts des fournisseurs de prestations de façon plus transparente. L'association travaille par conséquent avec le département de la santé à la conception des réseaux, à l'élaboration des directives de planification dans le secteur de la santé et à la conception des structures tarifaires. Quelques difficultés sont survenues en relation avec la rémunération des fournisseurs de prestations. Les hôpitaux fondent le coût des prestations sur le budget global. Toutefois, dans les divisions générales, une déduction devrait être effectuée pour les prestations ambulatoires et pour les divisions privées, de sorte que le taux de couverture s'élève à 47 %. Le Conseil d'Etat souhaitait échelonner la participation dans les EMS en fonction de huit degrés d'importance des soins requis, de sorte que le taux journalier moyen se serait élevé à 94 francs. Les services médico-sociaux souhaitaient un nouveau tarif fondé sur une étude qui, de l'avis de l'association, était insuffisante pour élaborer un

tarif. Les décomptes de coûts des hôpitaux sont contrôlés par les assureurs. La transparence fait toutefois encore entièrement défaut pour les homes.

3.7 Canton de Bâle-Ville

Dans le **canton** de Bâle-Ville, les bases légales pour le domaine de la santé sont disséminées dans une série de lois. Cette situation embrouillée doit être clarifiée grâce à une nouvelle loi sur la santé. De l'avis de l'interlocuteur, il n'y aura pas beaucoup de changements quant au contenu matériel. L'on pouvait déjà jusqu'ici recourir à des mandats de prestations et à des budgets globaux. Ce vers quoi l'on tend dans le canton de Bâle-Ville, c'est une réelle planification des capacités et des prestations qui doit être réalisée par le biais des conditions de subventionnement. En raison de la situation tendue des comptes du canton dans les années 90, l'on a cherché à rendre la fourniture de prestations plus économique par une promotion accrue des services Spitex et des EMS, ainsi que par un redimensionnement du secteur hospitalier. Les bases de planification figurent dans le concept de psychiatrie, dans les explications des gouvernements des deux Bâle relatives à la liste des hôpitaux, ainsi que dans le plan directeur "Vieillesse".

- Le concept de psychiatrie propose une meilleure coordination des nombreuses offres ambulatoires, semi-hospitalières et hospitalières dans le cadre d'un département de psychiatrie. Priorité doit être donnée aux soins ambulatoires fournis par une même personne ou une même équipe. Le canton doit être subdivisé en deux secteurs de soins, nord et sud. La gérontopsychiatrie doit collaborer avec les services de quartiers et les homes. Les services de conseils doivent être développés et il convient de créer un service d'intervention en cas de crise et des organisations intermédiaires comme des homes de jour, des communautés d'habitation et des services de réadaptation au travail.

Pour la médecine somatique (soins aigus), il existe une liste d'hôpitaux commune pour les deux Bâle, justifiée par la présence d'une grande proportion de patients du canton de Bâle-Campagne dans les cliniques universitaires de la ville. Dans les secteurs de la réadaptation, de la gériatrie, de la psychiatrie ainsi que pour les offres spéciales, il n'y a en revanche pas d'interpénétration et, par conséquent, les listes d'hôpitaux sont distinctes.

- Dans la médecine somatique (soins aigus), la planification hospitalière repose sur la comparaison entre l'offre et les besoins, ainsi qu'avec les autres régions de soins de santé. Les deux cantons ont une densité de lits de 6 pour 1000 habitants et un taux d'hospitalisation de 14,8 pour 100 habitants. La densité de lits de régions comparables se situe aux environs de 4 à 5 pour 1000 habitants. En tenant compte des patients provenant de l'extérieur, la densité de lits pour les deux Bâle devrait se situer aux alentours de 4,7 pour 1000 habitants. Le but de la planification hospitalière commune est par conséquent de réduire cette densité d'environ 23 %. Il est renoncé à fixer de façon détaillée des contingents de lits et l'on a préféré retenir un ordre de grandeur global à long terme.

Lors de négociations avec les hôpitaux bâlois, l'on a constaté d'autres pas vers un démantèlement. Dans un premier temps, c'est avant tout dans les hôpitaux privés que l'on a supprimé 270 lits jusqu'à 1998. Une maternité a été supprimée. Dans un deuxième stade, 291 lits doivent encore être supprimés, surtout dans les hôpitaux publics. La réduction du nombre de lits doit permettre aussi de réduire le personnel et la diminution du nombre de lits pour soins aigus doit aller de pair avec un développement de la chirurgie et de la médecine de jour et une extension du nombre de lits pour la réadaptation et le séjour dans les hôpitaux privés. Des pas supplémentaires en vue de la réduction des coûts doivent résulter de l'amélioration de la collaboration avec les cantons voisins. Les économies réalisées doivent profiter aussi bien au canton qu'aux assureurs-maladie.

- Le plan directeur "Vieillesse" repose sur le principe selon lequel les services Spitex doivent permettre à la personne âgée de demeurer aussi longtemps que possible à la maison. Les services Spitex assument la tâche qui était accomplie auparavant par les homes pour personnes âgées. Les soins de longue durée en hôpital gériatrique sont dorénavant donnés dans l'EMS accueillant des personnes âgées. Le pensionnaire doit pouvoir demeurer dans l'établissement jusqu'à la fin de sa vie. Dans les hôpitaux gériatriques, seuls des traitements médicaux de cas aigus ou de longue durée ou de la réadaptation doivent être offerts. La réduction du nombre de lits pour soins aigus entraîne plus tôt un passage de la personne âgée vers la réadaptation, les EMS ou les soins des services Spitex et implique ainsi des exigences plus élevées à l'égard du personnel. Il faut donc accorder une grande attention aux interfaces entre les diverses offres et à la garantie de la qualité. A propos des diverses prestations offertes, il est dit notamment que les centres Spitex de quartier doivent couvrir toute la palette de l'aide et des soins à domicile. La fondation "Spitex Basel" permet, en tant qu'unique partenaire de discussion, de mieux contrôler les augmentations de quantité. Les logements pour personnes âgées deviennent superflus en raison de l'existence de logements confortables sur le marché privé et de l'activité des services Spitex. Il faut saluer l'allègement que les homes de soins de jour et les lits temporaires procurent aux proches prodiguant des soins. Le nombre de lits pour soins aux personnes âgées a augmenté de près de 300 ces dernières années, quelques établissements ont également des divisions de psychogériatrie. Le canton veut déléguer à l'association des établissements pour personnes âgées ("Verband der Alters- und Pflegeheime" [VAP]) des tâches de coordination, de conduite et de contrôle. Environ 500 lits de gériatrie ont été supprimés dans les hôpitaux; dans le même temps, l'offre s'est diversifiée et comprend maintenant un service gériatrique d'accueil et de diagnostic, la clinique Memory, des divisions de psychogériatrie, des lits pour les soins aigus de courte durée, la réadaptation et les traitements de longue durée. A propos de la planification des besoins pour la vieillesse, il est fait état de la structure différenciée de l'offre qui empêche les comparaisons. En outre, l'espérance de vie et la longueur de la vie en bonne santé peuvent se modifier de sorte qu'un calcul des besoins est difficile. Les estimations sont limitées au secteur hospitalier et arrivent à la conclusion que les 528 lits dans les hôpitaux psychiatriques correspondent quasiment à la valeur indicative vers laquelle il faut tendre. Des 2700 lits pour soins désirés, près de 2500 se trouvent dans les homes, 147 doivent provenir de la transformation de lits d'hôpital en lits pour soins et 44 de l'agrandissement de homes.

Les **hôpitaux** publics et les hôpitaux privés subventionnés exercent leur activité dans le cadre de mandats de prestations et de budgets globaux. Dans les hôpitaux publics, un contrôle budgétaire est effectué et, pour les hôpitaux privés, les prestations sont surveillées au moyen d'indices. Pour l'hôpital cantonal, il y a un système de controlling avec des indications mensuelles sur les journées de soins, l'occupation des lits ou les frais de personnel et une surveillance des écarts par rapport au plan. L'indemnisation par les assureurs est variable en ce sens que les premiers jours, plus coûteux, sont indemnisés plus fortement. La durée moyenne des séjours a diminué, le nombre de patients a légèrement augmenté et le taux de couverture des coûts a passé de 63 % (1995) à 76 % (2000). Les hôpitaux publics restent des divisions administratives du département de la santé et ne peuvent pas reporter les économies réalisées sur l'exercice suivant. En 1996, les soins ont été rattachés à la direction de l'hôpital. En ce qui concerne le personnel soignant et les médecins, il n'y a que très peu de problèmes, sauf pour le service d'urgence. Il existe un plan directeur concernant l'évolution future de l'hôpital cantonal. Les principaux objectifs visés sont une conduite d'entreprise plus indépendante, le développement de l'hôpital cantonal en tant que centre médical de formation, de recherche et de compétences pour la région, ainsi que la collaboration avec d'autres hôpitaux. L'on vise également une affectation des ressources dépendant des prestations, une conduite du

personnel fondée sur la collaboration interdisciplinaire et le principe de la prestation, un management de la qualité et des analyses comparatives. Il s'agit également d'augmenter la transparence vis-à-vis des patients, des collaborateurs et des autorités. La collaboration entre hôpitaux s'est accrue aussi bien à l'intérieur du canton qu'avec les cantons voisins, celui de Bâle-Campagne notamment. Cette collaboration est importante surtout pour l'hôpital cantonal de Bâle, la plus petite clinique universitaire de Suisse, pour lui permettre d'affirmer sa position dans la recherche et la médecine. S'agissant de l'éventail des prestations, l'on attend des hôpitaux privés subventionnés qu'ils axent l'essentiel de leurs activités sur la médecine de premier recours, la chirurgie de jour, la réadaptation et l'offre de lits se substituant à ceux des homes.

La majorité des **établissements médico-sociaux** est réunie au sein de l'association "Verband der Alters- und Pflegeheime" (VAP) de Bâle-Ville. Le canton conclut avec la VAP un contrat-cadre réglant les questions du mandat de prestations, du financement, des taxes, du compte immobilier, des aides financières, du personnel et du droit cantonal de surveillance. En vertu du mandat de prestations, les homes doivent accueillir les pensionnaires jusqu'à la fin de leur vie et offrir des soins et un accompagnement thérapeutique actif, ainsi qu'un aménagement des loisirs. Grâce au développement des services Spitex, les personnes âgées peuvent rester à domicile plus longtemps et ne passent en EMS que lorsque leurs besoins en soins augmentent. Dès lors, les exigences à l'égard du personnel augmentent continuellement. Des directives concernant la garantie de la qualité et la formation continue sont élaborées en relation avec l'office pour les questions de la vieillesse. Le canton fixe aussi les critères pour l'exploitation des EMS, ainsi que la taxe de base et les suppléments pour soins en fonction de l'importance des soins nécessaires. Le canton soutient les homes principalement par un financement par tête des pensionnaires. A cela s'ajoutent les paiements d'intérêts du canton aux homes qui ont de lourdes charges dues aux travaux de construction et aux acquisitions de terrains. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les assureurs remboursent aux homes les prestations de soins. Il en a résulté une augmentation des exigences en matière de saisie des données relatives aux prestations dans les homes; le besoin d'aide et de soins des pensionnaires est maintenant déterminé au moyen du "Resident Assessment Instrument/Resident Utilisation Groups (RAI/RUG)".

Les services **Spitex** fournissent, sur la base du mandat de prestations convenu avec le département de la santé, une aide et des soins à domicile qui, dans des cas spéciaux, peuvent même être apportés en fin de semaine et le soir. Les prestations Spitex interviennent sur la base d'un examen des besoins et de plans d'intervention; elles tiennent compte des ressources personnelles de la personne ayant besoin d'aide. Outre l'aide et les soins à domicile, elles peuvent comprendre des conseils diététiques, la mise en relation avec d'autres formes d'aide ou l'accompagnement des personnes en fin de vie. L'offre n'a pas beaucoup changé; sont venus s'y ajouter ces derniers temps les soins en oncologie, le service d'urgence et le service Spitex pour enfants. En outre, la collaboration avec les hôpitaux concernant la planification des entrées et des sorties s'est intensifiée. Il y a par contre eu de grands changements dans l'organisation des services Spitex et dans les rapports avec le canton et les assureurs. Les anciennes associations de quartiers indépendantes et d'autres organisation d'aide et de soins à domicile ont été regroupées au sein d'une fondation cantonale. Une centrale représente les services Spitex à l'extérieur et les prestations – divisée en trois branches: aide au ménage, soins à domicile et soins infirmiers – sont fournies par des centres interdisciplinaires de quartier. Le financement par l'Etat a passé de l'ancienne garantie de déficit au mandat de prestations avec budget global. Depuis l'introduction de la LAMal, les prestations de soins sont prises en charge par les assureurs. La contribution des assureurs est trop faible et devrait être augmentée. Si la durée des soins dépasse 60 heures sur trois mois, l'office pour les soins aux personnes âgées doit effectuer une analyse détaillée du besoin. Actuellement, les services Spitex de

Bâle disposent d'un système d'examen du besoin axé plutôt sur la qualité, qui doit cependant être remplacé dans environ deux ans par un instrument uniforme utilisé dans toute la Suisse. L'augmentation du nombre de clients, le nombre plus élevé de personnes très âgées, l'avancement des sorties d'hôpital et le transfert plus tardif dans les homes entraînent une détérioration des conditions de travail qui conduit à des manifestations de mécontentement de la part des collaborateurs. La rémunération des collaborateurs doit à l'avenir tenir davantage compte des prestations; l'horaire à l'année a déjà été introduit afin de faciliter la planification des engagements.

Ces dernières années, toujours plus de **médecins** participent à de nouveaux modèles d'offre, comme les HMO et les cabinets de groupe. Mais, de l'avis de l'interlocuteur, les médecins n'ont jamais appris à exercer une médecine efficace et peu coûteuse. C'est pourquoi l'influence des nouvelles formes d'offre sur les coûts n'est que marginale, également parce que les patients d'un cabinet HMO ne se rendent pas dans un hôpital HMO. L'augmentation des possibilités de traitement influe davantage sur les coûts. Avec le vaste catalogue de prestations obligatoires, la suppression de l'obligation de contracter reviendrait à une interdiction d'exercer sa profession. Un rabais pour les patients qui ne recourent pas aux services de santé et une prime par tête pour chaque patient enregistré chez un médecin seraient préférables à des tarifs individuels et des franchises. Avec son mélange de tarif au temps consacré et de tarif à la prestation, TarMed entraînera une plus grande transparence des coûts, ce qui devrait aussi permettre d'obtenir plus de clarté quant à leur évolution. Un groupe de travail du département de la santé et des assureurs pour la stabilisation des coûts a existé à un moment donné. Le département de la santé craignait toutefois qu'on lui gâche son beau projet et le dossier est passé aux oubliettes. La portée des négociations tarifaires a diminué ces dernières années. Le travail de la société de médecine s'est davantage reporté sur le terrain politique. Qui d'autre que les médecins pourrait donner des avis éclairés aux politiciens?

De l'avis du représentant de l'association, les **assureurs** ne sont pas suffisamment novateurs. Le managed care n'apportant des avantages aux assurés qu'après cinq ans, un changement de système ne se produit que rarement. Il est également très rare que les assurés passent à un assureur plus avantageux. La CSS veut déjà abandonner le modèle du médecin de famille. La collaboration avec les fournisseurs de prestations et le canton n'a que peu évolué. Le canton continue d'être à la fois exploitant d'hôpital, payeur de subventions et arbitre. Il serait préférable d'avoir dans le canton de Bâle-Ville un financement moniste entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Avec l'association bâloise des hôpitaux, l'on voulait s'écarter des forfaits journaliers et tester, dans un projet-pilote, le recours à des modules tarifaires pour les consultations dans les premiers jours, les opérations importantes ou le temps passé au service des soins intensifs. Quand bien même les grands assureurs avaient été associés aux négociations, ils ont rejeté par la suite l'accord tarifaire. Le contrôle des fournisseurs de prestations en est encore à ses premiers balbutiements. Plusieurs assureurs ne disposent pas de banques de données suffisantes, permettant de déterminer le domicile ou le canton de résidence des assurés. Le budget global est une bonne chose. Mais il n'existe pas dans le canton de Bâle-Ville de modèle Spitex permettant d'identifier les coûts imputables. Le canton tente aussi de se retirer du financement des services Spitex et des EMS.

3.8 Canton de Genève

La situation financière tendue des années 90 a eu pour effet que la réduction des coûts du secteur de la santé a été la priorité majeure de la politique cantonale. La compétence dans le domaine de la santé est dans les mains du **canton**. C'est pourquoi la loi sur la planification de la santé se présente sous une forme simple. Le Conseil d'Etat soumet tous les quatre ans au Grand Conseil un plan directeur qui renseigne sur les buts, les activités, les institutions, le financement et la collaboration régionale. Dans la loi d'application de la LAMal, il est en outre prévu que le Grand

Conseil doit approuver la planification du secteur de la santé et que le Conseil d'Etat est compétent pour dresser les listes des hôpitaux et des EMS, l'admission des fournisseurs de prestations, les mandats de prestations, les conventions tarifaires, le budget global, les réductions de primes, etc.

Il y a des lois particulières pour les divers fournisseurs de prestations. La loi sur les hôpitaux est avant tout une loi d'organisation pour les hôpitaux publics. Après une description des prestations à fournir, il est prévu que les hôpitaux sont soumis au Conseil d'Etat qui, notamment, approuve le budget, le compte d'exploitation et les tarifs et contrôle les principaux employés. Le Conseil d'Etat et le Grand Conseil désignent le conseil d'administration qui, en tant qu'organe supérieur des hôpitaux, surveille les départements de médecine et désigne leurs comités de direction et approuve le budget, le compte d'exploitation, les négociations tarifaires, les programmes de travail, les règlements du personnel et les achats. Un comité de surveillance comprenant des représentants des professions de la santé et des partis assiste les hôpitaux. Les hôpitaux eux-mêmes ont aussi leur propre conseil d'administration composé de représentants des divers groupes sociaux et, pour les hôpitaux universitaires, de délégués du canton de Vaud et des régions françaises voisines. Des comités de direction dirigent l'activité des hôpitaux. Les divers départements de médecine sont dirigés par le professeur compétent et un comité de direction.

La loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées arrête que le canton est compétent pour la planification des homes, soutient la création de homes et leur exploitation, octroie des subventions, surveille les homes et prend des mesures pour améliorer la fourniture de prestations. Le canton délivre les autorisations d'exploitation si l'établissement répond aux conditions de la planification cantonale en matière de santé et satisfait aux exigences concernant l'aménagement, la nourriture, l'hôtellerie, les soins et l'animation. Les subventions cantonales sont liées à une série de conditions. Parmi celles-ci on peut mentionner le mandat de prestations, l'utilité publique, le contrôle des comptes par le canton et l'établissement d'une statistique. Concernant les établissements médico-sociaux, le Conseil d'Etat est assisté par une commission cantonale comprenant des délégués du canton et des représentants des divers fournisseurs de prestations.

La loi sur l'aide à domicile régit les centres d'action sociale et de santé (CASS) dans les districts du canton. Selon la loi, le travail des centres comprend l'aide et les soins à domicile, les services sociaux, l'information et la prévention. Les communes doivent mettre gratuitement à disposition des locaux pour les CASS. Le canton est compétent pour le contrôle, les subventions, l'organisation, la composition et la coordination des services sociaux et des services d'aide à domicile publics et privés. Le canton est appuyé par une commission comprenant des représentants de l'administration cantonale, des communes et d'acteurs du système de santé. La conduite opérationnelle des services d'aide et de soins à domicile incombe à un comité de direction composé de représentants des services sociaux et d'aide à domicile nommés par le Conseil d'Etat. Les CASS ont à leur tête des coordinateurs nommés pour deux ans. Des subventions sont attribuées aux services reconnus par le canton qui sont d'utilité publique, garantissent la qualité des prestations, respectent les conventions collectives de travail et offrent une formation continue au personnel.

La politique de santé dans le canton de Genève au cours des dix dernières années est présentée dans plusieurs rapports:

- Le rapport Gilliard aborde la question des interactions entre les diverses offres. Il est fait état de la diminution des charges des hôpitaux par les EMS accueillant des personnes âgées ainsi que des hôpitaux et de ces établissements par les services d'aide et de soins à domicile. Priorité doit donc être accordée au développement de ces services et le nombre des lits pour soins aigus doit être réduit au profit de l'offre dans les EMS. Ce qui est important aussi, selon le rapport, ce sont les transferts entre les diverses formes de soins de santé. La planification doit permettre de mieux répartir les ressources et de diminuer les coûts.

L'orientation du système de santé vers la prévention a été abordée dans trois rapports. Il en découle que la priorité doit être accordée à la prévention, à l'éducation à la santé et à la diminution des conditions sociales génératrices de maladie. Pour les malades chroniques, il s'agit de mettre au premier plan l'amélioration de la qualité de vie. Les services de santé doivent être intégrés dans la vie quotidienne et décentralisés. Le nombre de cabinets médicaux devrait dépendre d'une clause du besoin. Le système de tarification doit mettre davantage l'accent sur les conseils. Un carnet de santé électronique doit renseigner sur l'état des patients et leurs traitements.

- La planification sanitaire 1998-2001, qui est conçue comme planification roulante, repose sur les rapports évoqués ci-dessus. La planification est fondée sur les besoins de la population et sur l'intégration de l'ensemble du système de santé. Selon les besoins du patient, un transfert simple entre hôpital, home ou logement avec aide et soins à domicile doit être possible. Les homes doivent aussi accueillir les cas de psychogériatrie; sont également prévus des lits temporaires, des communautés d'habitation et l'accompagnement des personnes en fin de vie. Les ressources doivent être attribuées en fonction de la charge de travail. Il faut améliorer les conditions de travail et la formation du personnel. Une régularisation du système de santé doit être réalisée avec une plus grande transparence des coûts, le développement des statistiques et des études d'évaluation. En ce qui concerne la liste des établissements médico-sociaux, il est fait mention, au sujet des nouveaux homes, du moratoire édicté en 1995 en relation avec le développement des services d'aide et de soins à domicile, moratoire qui, pratiquement, définit déjà qui peut exercer à la charge de l'assurance-maladie. Un besoin de 450 lits supplémentaires devrait cependant se manifester d'ici à 2010. La liste des hôpitaux repose sur le rapport Gilliland qui, en relation avec la LAMal, signale avec beaucoup de scepticisme les nombreux recours en suspens devant le Conseil fédéral. Dans les hôpitaux publics, il faut poursuivre la réduction du nombre de lits, du nombre d'hospitalisations, ainsi que de la durée des séjours. D'autres propositions faites dans la planification sanitaire 1998-2001 sont la mise des homes et des services d'aide et de soins à domicile sur le même pied que les soins hospitaliers, le financement du séjour dans les homes par le canton, ainsi que la constitution de groupements de fournisseurs de prestations. Des budgets globaux doivent limiter les dépenses dans les hôpitaux et les homes et il faut créer un service commun pour les finances, l'informatique, le controlling et le personnel.
- Les réflexions visant à réformer la psychiatrie des adultes ont été déclenchées par l'augmentation du nombre d'entrées dans les hôpitaux. Les causes en sont l'augmentation des entrées en état de crise, l'abus de stupéfiants, le chômage et la disparition de structures sociales sur lesquelles on pouvait s'appuyer. Ce qui est proposé, ce sont un service d'urgences indépendant de l'hôpital psychiatrique, un renforcement des soins ambulatoires et un service social de garde pour les situations de crise, ainsi que le développement des soins psychiatriques dans les centres d'action sociale et de santé (CASS).
- La politique en matière de drogues repose sur les mêmes principes que celle du Conseil fédéral: prévention, traitement, intégration et répression. Les personnes qui ont la volonté de se désintoxiquer bénéficient d'une aide à la désaccoutumance et de mesures de réadaptation et d'intégration sociale. Pour ceux qui ne sont pas en mesure d'abandonner la consommation de drogues, des substituts thérapeutiques, comme la méthadone, sont disponibles. Aux personnes très fortement dépendantes, il est offert une aide à la survie par la remise de drogue et une assistance médico-sociale. Le canton participe aussi au programme de remise d'héroïne de la Confédération. Une commission mixte composée de l'administration publique et de spécialistes privés du secteur social et de la santé, placée sous la conduite du Conseil d'Etat, est responsable de la mise en œuvre des programmes. La commission propose aussi la mise en place de locaux

d'injection pour toxicomanes. Quand bien même de tels locaux sont contestés, le Conseil d'Etat veut en accélérer la création suite à une motion déposée au Grand Conseil.

- Un rapport d'évaluation de la loi sur les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées critique le fait que 20 % des chambres comptent encore plus d'un lit, que les dossiers de soins sont souvent médiocres et que les données disponibles ne sont pas systématiques. Il existe de grandes différences entre les homes en ce qui concerne les prestations. D'après l'instrument de mesure des besoins utilisé jusqu'ici, la dotation en personnel est suffisante. La méthode canadienne PLAISIR sera toutefois introduite dans peu de temps; elle devrait entraîner une meilleure qualité des données des dossiers de soins et de la dotation en personnel. Les différences qualitatives entre homes doivent être réduites. L'association des homes a conclu de nouvelles conventions collectives de travail qui sont alignées, sur le plan salarial, sur l'échelle des salaires du canton. Un demi-pour-cent de la masse salariale doit être réservé à la formation continue. Du point de vue de la qualité de vie des habitants, il faut donner la préférence à des homes comprenant de 50 à 70 lits, de 70 à 90 lits si l'on adopte un point de vue économique. De 1988 à 1998, la proportion des personnes nécessitant des soins légers a passé de 20 % à 7 %, tandis que celle des personnes nécessitant des soins moyens à étendus a augmenté, passant de 35 % à 54 %. Les homes qui ne figurent pas sur la liste des établissements médico-sociaux et ne reçoivent pas de subventions cantonales acceptent les personnes gravement atteintes pour pouvoir survivre. Il conviendrait de réfléchir à ce qu'il doit advenir de ces établissements, qui comptent 86 lits.
- Un autre rapport d'évaluation se préoccupe des effets de la loi sur l'aide à domicile. Le rapport attire l'attention sur de nombreuses lacunes, dont seules les plus importantes sont signalées. Le fait que le comité de direction se concentre non pas sur la conduite opérationnelle mais sur les options stratégiques est critiqué. Par contre, la commission cantonale qui devrait s'occuper de questions d'ordre supérieur ne fait pas usage de toutes ses possibilités. Certains organes, comme le comité pour les projets-pilotes, ne sont pas reliés comme prévu aux CASS mais sont centralisés par le comité de direction. La Fondation des services d'aide et de soins à domicile commence à faire une distinction entre les services centraux, comme le service d'urgence ou les soins hospitaliers à domicile, et les tâches des CASS. Des diagrammes de fonctions et des protocoles de soins ont été élaborés avec pour objectif d'intégrer plus rapidement les nouveaux collaborateurs. La réception commune des CASS éprouve des difficultés à remplir son rôle de centre de triage pour les deux types de services (services sociaux et services d'aide à domicile). La collaboration entre les services sociaux des communes et du canton se heurte à des tensions croissantes. L'Hospice général, le service social cantonal, s'occupe principalement de tâches administratives et néglige la clientèle. Les coordinateurs des centres ne peuvent accomplir leurs tâches que difficilement parce que leur activité est considérée comme n'étant qu'une tâche accessoire, parce qu'ils sont responsables aussi bien vis-à-vis des services que du comité de direction et parce qu'ils n'ont pas de pouvoir de décision. Les centres ne disposent pas de suffisamment de personnel, de sorte que les collaborateurs sont surchargés. Les commissions consultatives attachées aux centres devraient recevoir les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Le système d'information est encore en développement. Il y aurait cependant lieu de créer un système qui soit commun aux services de soins à domicile et aux EMS, et qui comprenne une interface avec l'hôpital. Au cours des quatre dernières années, le nombre de collaborateurs dans les CASS a augmenté de 18 %, le coût des soins et de l'aide à domicile de 15 %. En ce qui concerne les soins, l'on enregistre une augmentation des visites à domicile de 73 %, alors que l'aide à domicile a diminué de 11 %.
- Un autre point qui préoccupe les autorités et le parlement est celui du morcellement des services de sauvetage qui non seulement conduit à des tarifs différenciés les uns des autres mais a aussi pour

effet que plusieurs ambulances peuvent se présenter sur les lieux d'un même accident. Les services de sauvetage devraient dorénavant pouvoir être atteints à un numéro de téléphone unique et la coordination devrait être effectuée par un spécialiste du secteur de la médecine.

Les changements concernant les **hôpitaux** publics ont pour principale origine le département de l'action sociale et de la santé. Environ 500 lits, soit approximativement 20 % de l'effectif, ont été supprimés depuis 1990 dans les hôpitaux universitaires publics. Le nombre de lits pour les traitements de longue durée (psychiatrie, gériatrie) n'a que peu varié ces dernières années. Dans l'hôpital pour soins aigus, le taux d'occupation a passé de 80 % en 1994 à 97 % en 2000. Depuis l'introduction de la LAMal, le nombre de patients en division commune a nettement augmenté, au détriment de celui des assurés privés ou semi-privés. Il y a également diminution du nombre de contrats conclus entre les hôpitaux privés et les assureurs-maladie. Les 10 hôpitaux privés du canton de Genève comptent en tout quelque 500 lits.

La pression des assureurs-maladie sur l'évolution des coûts des soins hospitaliers a entraîné une augmentation des prestations ambulatoires. L'effectif du personnel a de nouveau légèrement augmenté après la fusion des hôpitaux publics, en 1995. Actuellement, il y a pénurie partielle de personnel. L'autonomie économique des divers hôpitaux et de leurs divisions a été étendue en 1995. Chaque hôpital et chaque division se voit attribuer des moyens financiers sur la base de mandats de prestations et de budgets globaux. La préparation des budgets est le fait de comités au sein des diverses divisions. Le système d'information en place permet une analyse mensuelle des coûts par division, analyse qui est comparée au budget. Un comité surveille également les coûts. Pour ce qui est de la mise en compte des coûts, plusieurs modèles existent parallèlement comme les forfaits journaliers, les prestations individualisées ou les forfaits par cas.

La collaboration avec les régions voisines est bien développée. Les frontaliers peuvent se faire hospitaliser à Genève. Les grands appareils médicaux sont achetés en commun avec le canton de Vaud. Il existe aussi un accord concernant la médecine de pointe. La coopération avec d'autres fournisseurs prestations du canton s'est aussi renforcée. Il y a un centre de coordination avec les homes et les services d'aide et de soins à domicile pour garantir un bon déroulement des transferts. Les divers hôpitaux universitaires genevois (HUG) partagent l'infrastructure entre eux. Depuis 1998, il y a environ 70 projets en cours dans les HUG qui doivent favoriser une meilleure fourniture de prestations et traitent de thèmes comme la qualité, la satisfaction des patients et les problèmes médicaux spécifiques aux divisions.

Il y a 57 **établissements médico-sociaux** dans le canton de Genève, dont 5 sont privés et ne figurent pas sur la liste des EMS. Depuis 1998, il existe une association des 52 autres homes, la Fédération genevoise de établissements médicaux-sociaux (FEGEMS). Ces établissements sont à la charge d'associations et de fondations publiques ou privées. La plupart des pensionnaires n'arrivent dans un home qu'à un âge avancé, après un séjour à l'hôpital. Les exigences quant aux soins ne peuvent qu'à peine être satisfaites car il y a un manque de personnel qualifié. Compte tenu du bas niveau des salaires, le problème ne pourra quasiment pas être résolu. Les conséquences en sont des problèmes de qualité, la démotivation et de nombreuses absences. Les homes collaborent, le plus souvent en raison de contacts personnels et de leur proximité géographique. Une collaboration étroite a lieu avec les hôpitaux, alors qu'avec les services d'aide et de soins à domicile elle intervient plutôt au cas par cas. La fédération des EMS travaille à une saisie exacte des coûts et s'efforce de développer un concept de la profession. Elle représente les établissements vis-à-vis du canton et il y a plusieurs groupes de travail. L'un d'eux s'occupe par exemple des liens entre services d'aide et de soins à domicile, hôpitaux et homes. La collaboration avec le département de l'action sociale et de la santé est mauvaise. Le département émet sans cesse des directives ou exige de nouvelles statistiques. C'est presque uniquement le canton qui décide du système de contrôle, de la comptabilité et de la

fourniture des prestations. Un home est examiné en détail au moins une fois par an par l'office cantonal des personnes âgées et le service médical cantonal. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, ces établissements sont pratiquement des services de l'administration cantonale. Si un home réalise un bénéfice, il ne peut pas en disposer librement mais c'est le canton qui décide. Les tarifs sont fixés sur la base d'une convention avec les assureurs et le canton en fonction de l'importance des soins nécessaires.

Il n'a pas été possible d'avoir un entretien avec un représentant des services **d'aide et de soins à domicile**. Des informations concernant ces services figurent ci-dessus dans les commentaires relatifs à la loi sur l'aide à domicile et au rapport d'évaluation des effets de cette loi.

L'Association des Médecins du canton de Genève (AMG) recommande aux **médecins** qui souhaitent s'établir d'ouvrir des cabinets de groupe. Depuis cinq ans, seul un médecin sur 200 a ouvert son propre cabinet. Ces derniers temps, quelques centres médicaux se sont ouverts avec divers médecins spécialistes sous un même toit et avec un service de 24 heures sur 24. Les modèles HMO ne sont pas très appréciés des Genevois. Ils attirent surtout des patients jeunes. Nombre d'entre eux ont besoin de traitements psychiatriques et une HMO a dû être fermée en raison des coûts élevés en psychiatrie. Il n'y a de contrats avec les assureurs-maladie que pour les prestations supplémentaires. La collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations intervient plutôt ad hoc et individuellement. Il existe avec le canton un projet IRIS qui sert à l'échange d'informations médicales par informatique. L'association des médecins tente de développer avec le département de l'action sociale et de la santé une planification qualitative en matière de santé. Il convient d'observer surtout les maladies psychiques, qui sont responsables de 25 % des coûts de la santé. Malgré plusieurs tentatives, il n'y a pas de collaboration avec les assureurs-maladie. Tout en défendant les intérêts des médecins vis-à-vis du canton et des assureurs, l'AMG s'efforce depuis quelques années surtout de conseiller ses membres pour des questions pratiques, telles que l'ouverture ou la gestion de cabinets.

Il n'a pas été possible d'avoir un entretien avec les **assureurs-maladie**. De plus, l'association cantonale n'a publié aucun document. Il a été uniquement possible d'apprendre qu'un recours a été déposé auprès du Conseil fédéral contre la fixation des tarifs des services d'aide et de soins à domicile par le Conseil d'Etat. Un projet-pilote concernant les effets de TarMed a été lancé en 2000 conjointement par le canton, l'association des médecins et l'association cantonale des assureurs-maladie. Cette année, un groupe-pilote doit continuer à débattre de cette question.

4 Comparaison entre les sept cantons-types

4.1 Introduction

Après la description des systèmes de santé donnée au chapitre 3, les sections 4.2 (Cantons et Communes) et 4.3 (Fournisseurs de prestations et Assureurs) présentent les similitudes et les différences entre les cantons. La section 4.2 (Cantons et Communes) traite de l'organisation du système de santé, du financement et des planifications cantonales et communales. La section 4.3 (Fournisseurs de prestations et Assureurs) aborde la situation des hôpitaux, des EMS, des services d'aide et de soins à domicile (Spitex), des médecins et des assureurs. L'on y traite des questions comme l'organisation, la fourniture de prestations, la collaboration avec d'autres acteurs, la conduite, le contrôle, le personnel et les activités des associations faîtières. La dernière section de ce chapitre offre une vue d'ensemble des systèmes de santé des sept cantons.

La comparaison entre les cantons-types est effectuée comme suit: les caractéristiques des sujets traités et les différences entre les sept systèmes de santé examinés sont résumées. Ces résumés permettent de déduire ensuite des variables, afin d'exprimer les différences entre les cantons. L'influence des variables sur les coûts de la santé est estimée à l'aide d'hypothèses. Des tableaux résumant chacun des points traités dans la comparaison figurent à la suite des commentaires.

Dans les tableaux, les cantons sont rangés de gauche à droite, par ordre croissant des coûts des systèmes de santé et en relation avec les variables retenues. Dans les tableaux relatifs à la section 4.2 (Cantons et Communes), les expressions des variables sont rangées selon une suite ordinaire (1, 2, 3, ..., n), c'est-à-dire que plus l'expression est grande, plus les coûts de la santé sont élevés, selon les hypothèses. Dans la section 4.3 (Fournisseurs de prestations et Assureurs), les différences entre cantons sont représentées à l'aide d'une série de variables dichotomisées qui doivent montrer si une caractéristique est présente ou non (X = oui, ■ = non). Les variables dichotomisées ne convenant pas sont également un indice de coûts de la santé plus élevés.

La dernière ligne des tableaux contient l'expression numérique des variables ordinaires ou la somme des variables dichotomisées «non»; ces nombres sont reportés dans les tableaux 19 (Cantons et Communes) et 20 (Fournisseurs de prestations et Assureurs), dans la section 4.4 (Résumé). Ces deux tableaux permettent de constater que les différences entre les systèmes de santé des cantons ne sont pas dues à une seule variable mais à une série de facteurs. Le texte qui suit résume les caractéristiques des systèmes de santé ayant des coûts de santé peu élevés ou au contraire élevés.

Les variables figurant dans les tableaux et les différences présentées dans les aperçus ne doivent cependant pas être considérées comme ayant un lien de causalité avec les différences de coûts entre les cantons. Ce lien de causalité sera dégagé au moyen d'interprétations plus fouillées qui, au chapitre 5, tiennent compte de la plurivocité des résultats et des interactions entre les variables.

Les principales caractéristiques de chaque canton sont résumées selon un schéma uniforme dans les tableaux figurant dans le chapitre 2 du cahier de documentation. Ils peuvent être consultés pour faciliter la compréhension de ce chapitre.

4.2 Cantons et Communes

4.2.1 Organisation du système de santé

Le présent paragraphe traite de la répartition des tâches et des compétences dans le secteur de la santé, des organes de conseil et de planification, des révisions et changements récents ou futurs ainsi que de la collaboration avec d'autres cantons (voir aussi tableau 1 dans le cahier de documentation).

Répartition des tâches et compétences

Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, les communes assument une part importante de la fourniture de soins, alors que pour les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, c'est le canton lui-même qui est pratiquement seul responsable du secteur de la santé.

La répartition des tâches entre canton et communes n'est certes pas identique dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, mais elle repose sur des modèles semblables. Les cantons sont responsables des hôpitaux pour soins spécialisés et hautement spécialisés qui assument en outre des tâches de médecine de premier recours, ainsi que des cliniques psychiatriques. La compétence des communes porte sur les hôpitaux pour soins de premier recours, les soins de longue durée dans les EMS ou les homes médicalisés, ainsi que sur l'aide et les soins ambulatoires. Selon les cantons, les communes ont également des tâches de prévention et d'éducation à la santé. Le plus petit des sept cantons-types examinés, Appenzell Rh.-Ext., ne connaît que des hôpitaux cantonaux destinés aux soins de premier recours. Les besoins en médecine spécialisée et hautement spécialisée sont satisfaits par les cantons voisins.

Dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, les communes ne jouent qu'un rôle marginal. C'est ainsi que dans les cantons du Tessin et de Vaud, par exemple, elles sont les organes d'exécution des tâches de police sanitaire dans le cadre de la législation en matière de santé publique et ont un devoir d'annonce vis-à-vis du canton. Dans le canton du Tessin, les communes concluent des contrats avec les services Spitex et c'est le canton qui tranche en cas de différends. Dans le canton de Vaud, les communes sont tenues de mettre du terrain à bâtir à disposition des établissements de santé et, dans le canton de Genève, elles doivent fournir les locaux et l'infrastructure des centres d'action sociale et de santé. Contrairement à ce qui se passe dans les cantons alémaniques, les communes n'ont pas de responsabilité pour les soins de longue durée ou l'aide et les soins à domicile. Toutefois, il se peut que les communes ou des associations de communes prennent en charge des EMS. Dans le canton de Bâle-Ville aussi, avec sa commune urbaine et ses deux communes rurales, ces dernières n'ont qu'un rôle marginal.

A l'exception des cliniques privées, les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève sont compétents pour tous les hôpitaux publics de médecine de premier recours. Les cantons de Vaud et de Genève réglementent aussi dans une large mesure le secteur des EMS. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, des lois sur les services d'aide et de soins à domicile ont réorganisé ces services au sein de régions comprenant des centres et des équipes interdisciplinaires. Dans ce domaine, le canton de Vaud a certainement été le précurseur puisqu'il a créé un organisme de droit public dans les années quatre-vingt déjà. La loi genevoise sur l'aide à domicile date de 1992, celle du Tessin de 1997.

Une autre différence frappante réside dans le fait que les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève règlent dans la loi de nombreux points qui, dans les cantons germanophones, n'apparaissent que dans les planifications cantonales et communales. C'est ainsi que le canton de Vaud fixe les

types de lits pour les hôpitaux et les EMS. Les cantons du Tessin et de Genève prévoient une révision de la planification tous les quatre ans. Dans le canton de Genève, les effets des lois concernant les EMS et les services d'aide et de soins à domicile doivent être évalués à intervalles réguliers. Ces évaluations sont susceptibles d'entraîner des révisions législatives, alors que dans la Suisse germanophone l'on agit plutôt dans le cadre de la planification cantonale et communale ou en relation avec les fournisseurs de prestations au sein de leurs organisations. A propos des services d'aide et de soins à domicile genevois, l'on signale la position insatisfaisante des coordonnateurs des centres d'action sociale et de santé qui doit être réglée à nouveau en modifiant les compétences et les responsabilités.

La description de la répartition des tâches et des compétences montre que la responsabilité en matière de santé publique est décentralisée dans les cantons alémaniques. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, cette responsabilité est centralisée. Les cantons de Vaud et de Genève se distinguent en particulier par des prescriptions légales bien plus détaillées. Le canton de Bâle-Ville occupe une position particulière, car du fait même qu'il ne comprend que la ville et deux autres communes, son système de santé est forcément centralisé. La comparaison entre les cantons tend à montrer que les coûts de la santé croissent lorsque la centralisation du système de santé est plus forte et que les prescriptions sont plus détaillées au niveau de la loi, sans qu'il faille y voir un lien de causalité.

Le tableau ci-dessous résume les différences entre les cantons en matière de répartition des tâches et des compétences. Les différences relatives aux planifications dans le secteur de la santé sont abordées au paragraphe 4.2.3 (Planifications cantonales).

Tab. 2: Répartition des tâches et compétences

Organisation du système de santé	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Fortement décentralisée	X	X					
2 Décentralisée			X				
3 Centralisée				X		X	
4 Centralisée avec de nombreuses prescriptions détaillées					X		X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	1	2	3	4	3	4

Organes de conseil et de planification

L'une des caractéristiques des cantons de Vaud et de Genève réside dans la diversité des commissions et organes prévus au niveau de la loi, ce qui permet la participation des spécialistes, des groupes sociaux et des partis politiques à la conduite des différents secteurs de la santé publique. Dans le canton de Vaud, le gouvernement est appuyé par un conseil de la santé, une commission de planification et des finances, ainsi que par des commissions locales. Les services d'aide et de soins à domicile sont dirigés par un conseil d'administration d'environ 30 membres, ainsi que par un comité de direction de 10 membres, composés de représentants du canton, des communes, d'associations professionnelles et d'associations d'aide et de soins à domicile. La loi hospitalière genevoise prévoit les organes supérieurs suivants pour tous les hôpitaux: conseil d'administration, comités de direction des départements de médecine, comité de direction et comité consultatif. Les hôpitaux universitaires ont également, de leur côté, un conseil d'administration et un comité de direction dont la composition, comme celle de tous les organes précités, suit une clé de répartition précise entre les divers secteurs représentés. En revanche, les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich disposent, en vertu de la loi sur la santé publique, d'une commission parlementaire cantonale de la santé qui peut éventuellement être complétée par des commissions de surveillance, par exemple pour les hôpitaux. Les communes peuvent instituer des organes de conseils et de planification pour leurs propres besoins. Dans le canton d'Argovie, la loi précise explicitement que les communes peuvent instituer leurs propres commissions sanitaires.

Le tableau 3 regroupe les différents types d'organisation en matière de conseil et de planification, dont les effets sur les différences de coûts ne sont toutefois pas évidents: les cantons avec des instances communales et un nombre restreint de commissions cantonales ont tendance à enregistrer des coûts de la santé plus faibles que les cantons ayant un grand nombre de comités cantonaux.

Tab. 3: Organes de conseil et de planification

Genre et nombre d'organes	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Organes communaux/Nombre restreint dans le canton	X	X	X				
2 Nombre restreint dans le canton				X		X	
3 Nombre moyen dans le canton					X		
4 Grand nombre dans le canton							X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	1	1	2	3	2	4

Révisions et modifications

Les différences entre cantons alémaniques et cantons latins en ce qui concerne la réglementation du système de santé s'expriment dans les révisions législatives de ces dernières années et celles qui sont en cours. Les cantons d'Argovie et de Zurich s'attachent surtout à la répartition des tâches entre le canton et les communes. A l'avenir, les hôpitaux pour soins aigus doivent relever de la compétence du canton, alors que les communes seront compétentes pour les soins de longue durée et l'aide et les soins ambulatoires. Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. a transformé les hôpitaux communaux en établissements cantonaux en 1993 déjà. L'on espère que la séparation des compétences, claire et hiérarchisée, permettra d'obtenir plus aisément une plus grande efficacité du secteur de la santé. Le canton de Bâle-Ville occupe une position particulière car il envisage uniquement de regrouper dans une loi unique des dispositions jusqu'ici disséminées sans cohérence.

Dans les trois cantons latins, l'on songe à réorienter le système de santé en regroupant des fournisseurs de prestations au sein de régions de santé. L'intégration des offres doit permettre de fournir des soins mieux adaptés aux besoins des patients et d'une plus grande économie grâce aux synergies. C'est dans le canton de Vaud que les travaux sont les plus avancés. Selon la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires, les fournisseurs de prestations des diverses régions du canton doivent se regrouper au sein de réseaux et couvrir tous les besoins en matière de santé sans lacunes, à des coûts supportables et en offrant des prestations de haute qualité. Le regroupement doit être réalisé dans le cadre d'une personne morale. Les réseaux reçoivent des mandats de prestations et leurs membres participent à la fixation des objectifs ainsi qu'à la gestion des ressources et à leur affectation. Un réseau a déjà pu être constitué, d'autres doivent l'être prochainement. D'autres modifications, récentes ou imminentes, concernent l'autorisation obligatoire pour l'acquisition d'instruments coûteux dans le canton du Tessin, la réorganisation des services d'aide et de soins à domicile et la fusion d'hôpitaux au Tessin et dans le canton de Genève, ainsi qu'une nouvelle loi vaudoise sur la santé publique améliorant les droits des patients et des personnes résidant dans des homes.

Il est difficile d'apprécier les effets des révisions et des modifications sur les coûts de la santé car celles-ci sont récentes ou seulement en cours de réalisation. Les réformes réalisées ou en cours peuvent cependant servir d'indicateurs des efforts entrepris pour accroître l'efficacité de la fourniture de prestations, en se fondant sur les hypothèses suivantes: les perspectives sont plus prometteuses lorsque la réorganisation du système de santé est déjà en cours. Ce qui est le plus coûteux, c'est de s'abstenir de réagir aux défis nouveaux et de ne pas modifier matériellement le système de santé.

Le tableau 4 a trait aux modifications récentes, en cours ou prévues dans les cantons.

Tab. 4: Révisions et modifications

Genre de modifications	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Hôpitaux pour soins aigus cantonaux; soins de longue durée et services d'aide et de soins à domicile communaux ou réseaux de fournisseurs de prestations en cours de réalisation		X			X		
2 A l'avenir, hôpitaux pour soins aigus cantonaux, soins de longue durée et services d'aide et de soins à domicile communaux ou réseaux de fournisseurs de prestations	X		X	X			X
3 Réglementation systématique sans modifications de fond						X	
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	2	1	2	2	1	3	2

Structure de l'offre et collaboration extra-cantonale

La collaboration avec d'autres cantons dépend de la grandeur du canton, de la structure de son offre de prestations et de la présence d'un hôpital universitaire. Les cantons d'Argovie et du Tessin offrent des prestations de santé différenciées sans toutefois disposer d'un hôpital universitaire. Ils peuvent recourir dans une large mesure à leurs propres ressources, sauf pour un petit nombre de disciplines spéciales couvertes sur la base d'accords conclus avec les hôpitaux des autres cantons. Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. n'offre dans ses propres hôpitaux que la couverture des soins de premier recours. La médecine spécialisée et de pointe doit être recherchée soit à Saint-Gall, soit à Zurich. Le canton de Zurich ne dispose pas seulement d'un système de santé différencié, mais il est par excellence exportateur net de médecine spécialisée et de pointe. C'est pourquoi les cantons d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich sont partenaires, avec d'autres cantons, de la convention hospitalière de Suisse orientale. Les deux cantons voisins de Vaud et de Genève disposent non seulement de systèmes de santé différenciés mais également d'hôpitaux universitaires. Tous deux exportent de la médecine spécialisée et de pointe et se signalent aussi par une collaboration intensive. Les hôpitaux universitaires collaborent pour les achats. Les deux cantons ont en outre conclu un accord hospitalier qui garantit à leurs habitants un traitement dans le canton voisin. Le canton de Vaud cherche à créer des syndicats hospitaliers avec d'autres cantons pour les régions limitrophes et aussi à mettre sur pied des prises en charge communes.

Tous les cantons collaborent avec d'autres, que ce soit comme importateurs ou comme exportateurs de prestations spécialisées. Les relations entre la collaboration extra-cantonale et le niveau de coûts de la santé dans les cantons conduisent aux hypothèses suivantes pour l'échelle ordinale du tableau ci-après: c'est un système de santé équilibré, avec soins de base et spécialisés couvrant dans le canton la quasi totalité des besoins, sans recours à la médecine universitaire, qui paraît être le plus avantageux (AG, TI). L'importation de soins spécialisés et hautement spécialisés entraîne, en partie, la prise en charge des coûts de la santé plus élevés du canton exportateur (AR). La présence d'un hôpital universitaire et l'exportation de prestations spécialisées ou hautement spécialisées est un indicateur d'un système de santé complexe et, par conséquent, coûteux (ZH). Lorsqu'en plus une collaboration avec d'autres cantons est recherchée, la situation du canton exportateur est considérablement tendue quant à ses propres capacités (VD, BS, GE). L'on ne peut pas déterminer dans le cadre de la présente étude dans quelle mesure la collaboration extra-cantonale apporte des avantages en matière de coûts. Les différences dans la structure de l'offre et dans la collaboration extra-cantonale sont représentées dans le tableau 5.

Tab. 5: Structure de l'offre et collaboration extra-cantonale

Importation et exportation de prestations et collaboration	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Couverture des propres besoins assurée dans une large mesure, pas d'hôpital universitaire	X			X			
2 Importation de prestations spécialisées		X					
3 Hôpital universitaire, Exportation de prestations spécialisées			X				
4 Hôpital universitaire, Exportation de prestations spécialisées et collaboration					X	X	X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	2	3	1	4	4	4

4.2.2 Financement

Le financement dans le domaine de la santé² varie surtout en fonction des divers fournisseurs de prestations: hôpitaux, établissements médico-sociaux et services Spitex. En outre, suivant les cantons et les structures des systèmes de santé, il y a d'autres éléments comme les modifications prévues ou déjà réalisées d'anciens régimes de financement (voir aussi le tableau 2 dans le cahier de documentation).

Fournisseurs de prestations

- Hôpitaux

Pour les hôpitaux et les autres établissements cantonaux, il y a peu de différences entre les sept cantons-types. Le financement se fait par le canton et il est lié à des mandats de prestations et à des budgets globaux. Il y a des différences dans les dispositions relatives au niveau du financement par le canton: dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext. l'on attend un autofinancement de 70 %, dans le canton de Zurich, le canton couvre 100 % des dépenses, le Tessin jusqu'à 75 % des dépenses mais seulement jusqu'à concurrence de 18 % des recettes fiscales, et pour Bâle-Ville et Genève une garantie de déficit pouvant aller jusqu'à 70 % est possible.

Il y a des écarts là où les communes sont responsables des hôpitaux communaux et régionaux, ainsi que des homes médicalisés. Le canton d'Argovie couvre les coûts d'acquisition d'immeubles et de terrains et supporte 60 % du déficit d'exploitation. Dans le canton de Zurich, la part du canton atteint jusqu'à 90 % des dépenses des hôpitaux cantonaux et régionaux, en fonction de la capacité financière des communes. Les cinq autres cantons examinés n'ont pratiquement pas d'hôpitaux placés sous la responsabilité de communes ou d'associations de communes. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., les hôpitaux communaux ont été transformés en hôpitaux cantonaux en 1993. Dans le canton de Bâle-Ville, il ne reste qu'un hôpital communal, à Riehen.

Le financement des hôpitaux privés varie également. Dans le canton d'Argovie, il peut y avoir des contrats de collaboration avec les cliniques privées. Au Tessin, la garantie de déficit dépend d'un mandat de prestations. Le canton de Vaud participe aux coûts de la division générale et celui de Bâle-Ville octroie des subventions liées à des mandats de prestations et à un contrôle sur la base d'indices. Il semble toutefois que c'est uniquement dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville que le soutien financier aux hôpitaux privés joue un rôle significatif. Les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., du Tessin et de Genève font figurer les établissements de cure et de réadaptation ainsi que les cliniques privées sur la liste des hôpitaux, mais ils n'octroient que rarement des prestations.

- Etablissements médico-sociaux

Dans tous les cantons-types examinés, ce sont surtout les communes, des associations de

² Il n'est pas question, dans ce paragraphe, du financement par les patients, par les pensionnaires, selon l'art. 101bis LAVS ou par les assureurs.

communes ou des associations d'utilité publique ou des fondations qui assument la prise en charge des homes, et parfois aussi des particuliers dans un but lucratif. Une offre suffisante de soins dans les établissements médico-sociaux est l'affaire des communes dans les cantons alémaniques examinés, sauf en ce qui concerne Bâle-Ville. C'est pourquoi la couverture des dépenses d'exploitation doit être garantie par les communes. Deux cantons contribuent toutefois aux frais de construction, à savoir Argovie jusqu'à concurrence de 34 % et Appenzell Rh.-Ext. jusqu'à 50 %. Les cantons latins et celui de Bâle-Ville assument un rôle plus important en ce qui concerne les dépenses d'exploitation, tout en connaissant des régimes différents. Le canton du Tessin garantit la couverture du déficit. Dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, les subventions sont liées à des mandats de prestations. Le canton de Vaud accorde celles-ci sous la forme d'un budget global pour les homes d'intérêt public. Dans le canton de Bâle-Ville, les homes sont soutenus par les participations individuelles des pensionnaires. A Genève, le financement est lié à des charges détaillées relatives aux immeubles et à la fourniture de prestations.

- Services Spitex et services ambulatoires

Un approvisionnement suffisant en aide et en soins à domicile est également l'affaire des communes dans les cantons alémaniques examinés, sauf pour Bâle-Ville. Les cantons alémaniques participent tout de même financièrement aux services Spitex. Cette participation est la plus faible dans le canton d'Argovie, qui octroie une aide unique pour les centres de services Spitex et pour l'aménagement des bureaux. Appenzell Rh.-Ext. couvre un tiers du déficit et Zurich un quart. Bâle-Ville lie sa contribution à un mandat de prestations et à un budget global. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, les services d'aide et de soins à domicile relèvent du canton. Les communes doivent toutefois contribuer à la couverture des frais. Dans le canton du Tessin, la contribution peut aller jusqu'à 80 % des frais, suivant la capacité financière des communes. Dans le canton de Genève, l'on demande aux communes uniquement de mettre à disposition les locaux pour les centres d'action sociale et de santé.

Le financement des fournisseurs de prestations varie entre les cantons, surtout quant au niveau de participation des communes. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, le canton octroie des contributions aux communes pour leurs dépenses; dans les cantons du Tessin et de Vaud, les communes doivent participer à la couverture des frais des services d'aide et de soins à domicile. Dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève, pratiquement tous les fournisseurs de prestations sont financés par le canton. Dans le tableau 6, la relation entre le régime de financement et la hauteur des coûts de la santé dans les cantons (coûts croissants de gauche à droite) se présente comme suit:

Tab. 6: Financement

Régime de financement	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Contribution du canton aux tâches des communes moyenne	X						
2 Contribution du canton aux tâches des communes importante		X	X				
3 Très peu de tâches communales, mais contribution des communes aux services d'aide et de soins à domicile				X	X		
4 Très peu de tâches communales, très faible contribution des communes aux services d'aide et de soins à domicile						X	X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	2	2	3	3	4	4

Autres réglementations en matière financière et autres modifications

Les divers développements du secteur de la santé ont entraîné d'autres particularités dans quelques cantons. L'on ne sait pas exactement quels en sont les effets sur les différences de coûts entre les cantons; c'est pourquoi, ils ne font pas l'objet d'un tableau particulier.

- Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal, le canton d'Argovie participait encore à concurrence de 50 % aux coûts des soins prescrits médicalement fournis par les services Spitex. Ces coûts sont maintenant pris en charge par les assureurs.
- En relation avec la nouvelle répartition des tâches entre canton et communes, le canton de Zurich envisage de prendre en charge le financement des hôpitaux alors que les communes assument celui des homes et des services Spitex. Etant donné que le canton d'Argovie envisage d'aller dans une direction semblable, cela devrait aussi se répercuter sur les coûts.
- Dans le cadre de la réorientation du système de santé, le canton de Vaud a mis sur pied un fonds d'innovation pour les réseaux. Le financement des fournisseurs de prestations doit dépendre de leur fonction au sein de ces réseaux. Le budget global doit être remplacé à l'avenir par une prévision de l'évolution de l'activité des fournisseurs de prestations. Un fonds de restructuration pour les hôpitaux et pour les homes est aussi prévu.
- La position, autrefois privilégiée, de la caisse OeKK dans le canton de Bâle-Ville a influé sur la réglementation, en ce sens que des subventions cantonales ne sont octroyées qu'aux caisses-maladie qui acceptent les mêmes conditions que l'OeKK par leur adhésion au contrat-cadre.

4.2.3 Planifications cantonales

L'on a déjà abordé le sujet des organes de conseil et de planification qui jouent un rôle dans le cadre des planifications cantonales. Dans ce paragraphe, il est question des planifications cantonales dont font en général partie les planifications particulières pour les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, la psychiatrie, la politique en matière de drogues ou pour les services Spitex. Il existe en plus, dans quelques cantons, des planifications portant sur plusieurs domaines qui sont également traitées dans ce paragraphe. En outre, il est question des instruments utilisés pour déterminer les besoins (voir aussi le tableau 3 dans le cahier de documentation).

Planifications hospitalières

Les planifications hospitalières des cantons-types portent sur la répartition des offres suivantes: soins de premier recours, soins spécialisés et hautement spécialisés, répartition des lits de soins aigus, réadaptation et soins de longue durée dans les divers hôpitaux et cliniques et dans les régions du canton. Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. constitue une exception en ce sens que seuls les soins de premier recours et de psychiatrie sont offerts dans le canton même, les besoins en médecine spécialisée et hautement spécialisée étant couverts par les cantons de Saint-Gall et de Zurich. Dans tous les cantons examinés, l'on constate des efforts visant à rendre les prestations plus économiques par une réduction du taux d'hospitalisation, une diminution de la durée des séjours, ainsi qu'une augmentation des taux d'occupation et l'auto-financement. De la même façon, l'on s'efforce de rendre la fourniture de prestations plus transparente. Pour cela, l'on recourt à des budgets globaux et à une comptabilité analytique ou l'on remplace les forfaits journaliers qui existaient jusqu'ici par des forfaits par cas ou par division. Les différences entre les cantons résident surtout dans la nécessité de réduire le nombre de lits et dans la façon dont ils entendent procéder à cette réduction. Les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et du Tessin recourent à une planification hospitalière traditionnelle. Les cantons de Vaud, Bâle-Ville et Genève considèrent pour leur part la diminution du nombre de lits en relation avec d'autres offres.

Seuls les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. ne mettent pas la question de la réduction du nombre de lits d'hôpitaux au premier plan, cela pour diverses raisons:

- Dans le canton d'Argovie, le nombre de lits exploités dans les hôpitaux publics subventionnés ne dépasse pas les estimations du nombre des lits nécessaires. La plupart des hôpitaux non subventionnés et des cliniques de réadaptation accueillent des patients de toute la Suisse.

- Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. a certes aussi réduit ces dernières années le nombre de lits dans les hôpitaux pour soins aigus. Mais l'effectif de 220 lits se situe encore un peu au-dessus de l'estimation de 183 lits nécessaires. Selon la liste des hôpitaux, le nombre total de lits disponibles dans les établissements publics et privés est d'environ 750. Cette pratique d'accueil libérale est justifiée par l'absence de bases pour une évaluation conforme à la loi. Cette décision a été facilitée par le fait que seuls les hôpitaux cantonaux reçoivent des subventions du canton et que les cliniques privées accueillent en grande partie des patients provenant d'autres cantons.

Dans les cinq autres cantons-types, c'est la réduction du nombre de lits d'hôpitaux qui est au premier plan, outre l'économicité de l'offre de prestations. L'on constate les différences suivantes dans les efforts entrepris par les cantons:

- Dans le canton de Zurich, l'offre de prestations hospitalières reposant sur quatre types d'hôpitaux: régionaux, spécialisés, centraux et universitaires, est transformée en un système à trois composantes par la suppression des hôpitaux régionaux exploités par les communes. La fermeture de ces derniers entraîne la suppression de 600 lits. L'argumentation opposée aux recours des communes contre la suppression des subventions cantonales relève avant tout la non-rentabilité des hôpitaux à fermer, en fonction de chiffres significatifs. L'un des arguments consiste aussi à déclarer que seule la fermeture totale d'hôpitaux, avec leur infrastructure, entraîne une réduction des coûts. Une réduction progressive du nombre de lits ne fait pas diminuer les coûts. En admettant un accroissement modéré de la population et une diminution du taux d'hospitalisation ainsi que de la durée des séjours, le nombre de lits excédentaires monterait à 1220 en l'absence d'un réaménagement structurel reposant sur des calculs des besoins.
- Dans le canton du Tessin, environ la moitié des lits d'hôpitaux se trouvent dans les hôpitaux privés non subventionnés. La suppression de l'offre excédentaire de 450 lits doit avoir lieu tout d'abord dans les hôpitaux privés. Les hôpitaux comprenant moins de 44 lits doivent être fermés.
- Dans le canton de Vaud, des effets de synergie entre les différentes offres doivent être utilisés dans le cadre de la réorientation du système de santé et de la création de réseaux de fournisseurs de prestations. Le nombre de lits dans les hôpitaux doit diminuer de 3371 à 2456 d'ici à 2005. Une nouvelle planification hospitalière est élaborée pour 2002.
- Dans le canton de Bâle-Ville, le besoin en lits est inférieur de 22,8 % à l'effectif existant. Avant 1998, 270 lits ont été supprimés, surtout dans les hôpitaux privés subventionnés. Dans une seconde étape, 291 autres lits devraient être supprimés. Les hôpitaux publics seraient également concernés. La diminution du nombre de lits est considérée en relation avec l'offre des établissements médico-sociaux et des services Spitex, ainsi qu'avec la réduction du personnel dans les hôpitaux.
- Dans le canton de Genève, la diminution progressive du nombre de lits doit être poursuivie par la réduction du taux d'hospitalisation et de la durée des séjours. La question des hôpitaux privés non subventionnés n'est pas examinée davantage car le canton n'a pas d'influence. La question de la réduction du nombre de lits est abordée en relation avec l'offre dans les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'avec une accentuation de la prévention.

Dans les planifications hospitalières, l'on observe quatre façons de procéder pour réduire le nombre de lits dans les cantons. Dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. il n'y a quasiment pas d'offre excédentaire dans les hôpitaux publics si l'on se fonde sur l'estimation des besoins et les cliniques privées ont des patients provenant de la Suisse entière. La diminution du nombre de lits doit être réalisée principalement dans les hôpitaux communaux, pour ce qui est du canton de Zurich, et dans les hôpitaux privés, pour ce qui est du Tessin. Les cantons de Vaud, Bâle-

Ville et Genève considèrent une diminution du nombre de lits en relation avec des réseaux regroupant d'autres offres, Vaud ayant créé à cet effet une nouvelle forme d'organisation du système de santé. En ce qui concerne les diverses stratégies adoptées par les cantons pour réduire le nombre de lits, l'on part de l'hypothèse suivante: l'absence de nécessité de réduire le nombre de lits est la situation de départ la plus favorable car l'offre correspond déjà dans une large mesure aux besoins; pour réaliser une fourniture en soins correspondant aux besoins, la mise en réseau de la réduction du nombre de lits dans le cadre d'une réorganisation du système de santé vient au deuxième rang; vient ensuite la mise en réseau de la réduction du nombre de lits avec d'autres offres; l'on peut considérer enfin que la plus mauvaise stratégie est celle qui consiste à réduire le nombre de lits dans les hôpitaux communaux et privés, sans tenir compte des structures du système de santé cantonal. Le tableau 7 montre les différences dans la manière dont les cantons procèdent pour réduire le nombre de lits.

Tab. 7: Procédure de réduction du nombre de lits dans les hôpitaux

Procédure lors de la réduction du nombre de lits	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Pas de nécessité de diminuer le nombre de lits	X	X					
2 Diminution du nombre de lits, réorganisation et mise en réseaux des offres					X		
3 Diminution du nombre de lits et mise en réseau des offres						X	X
4 Diminution du nombre de lits dans les hôpitaux communaux et les hôpitaux privés			X	X			
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	1	4	4	2	3	3

Planification relative aux établissements médico-sociaux

L'offre de soins de longue durée prodigués en établissement aux personnes âgées est en train de passer des homes d'hébergement aux établissements médico-sociaux. En raison du vieillissement de la population et du besoin croissant de soins pour les pensionnaires, l'on prévoit dans les sept cantons-types aussi bien un besoin accru de places dans les EMS que la nécessité de modernisations. Dans les cantons d'Argovie et de Zurich, il existe des homes médicalisés en plus des EMS. Les cantons attendent que la création et la gestion des homes soient le fait de fondations et d'associations d'utilité publique ou des communes. Dans les cantons alémaniques, à l'exception de celui de Bâle-Ville, ce sont les communes qui doivent veiller à ce qu'il y ait suffisamment de places dans les EMS. La LAMal a créé une situation nouvelle, puisque les cantons doivent arrêter les besoins avec la liste des établissements médico-sociaux. L'activité des cantons en relation avec les EMS, notamment avec l'obligation de dresser des listes de ces établissements, se présente comme suit:

- Le canton d'Argovie a élaboré en 1991 déjà un concept relatif aux établissements médico-sociaux destiné à fournir aux organismes exploitant les homes un cadre de référence ayant trait aux exigences architectoniques et à l'intégration des homes dans un concept global de soins aux personnes âgées. Dans une estimation des besoins, il est question de 500 à 600 lits supplémentaires. Jusqu'à 1998, 500 nouveaux lits ont été créés. A propos de l'effectif des lits, il est dit qu'il n'est pas supérieur aux besoins estimés. Environ un tiers des homes, qui ne disposent pas de capacité de soins suffisante, ne figurent pas sur la liste des établissements médico-sociaux.
- Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. prévoit un besoin de 35 lits supplémentaires d'ici à 2010. Etant donné que les genres de construction des homes et leur dotation en personnel sont fort divers, le canton fait une distinction dans la liste des établissements médico-sociaux en fonction de leur capacité de fournir des soins, légers, moyens ou importants.
- Comme base de la liste des établissements médico-sociaux, le canton de Zurich fournit un aperçu du nombre de lits disponibles pour les diverses formes d'offre, comme les homes médicalisés et les établissements médico-sociaux. En se fondant sur une estimation des besoins, il arrive à la

conclusion qu'il y a certes des déséquilibres régionaux mais qu'actuellement les besoins sont largement couverts. D'ici à 2015, l'on s'attend à un déficit de 1500 lits.

- Dans le canton du Tessin, les commentaires de la liste des établissements médico-sociaux parlent d'un besoin de 168 lits supplémentaires.
- Dans le canton de Vaud, l'on travaille à une estimation des besoins. L'on compte avec un besoin de 300 lits supplémentaires d'ici à 2005. Afin d'effacer les différences qualitatives entre les homes, une commission de restructuration doit être mise en place.
- Le canton de Bâle-Ville s'attend à ce que les EMS assument les soins de longue durée qui étaient donnés jusqu'ici par les hôpitaux gériatriques. L'association des homes pour personnes âgées doit assumer une fonction de contrôle et de pilotage sur mandat du canton. L'on compte avec un besoin de 200 lits supplémentaires pour les prochaines années.
- En relation avec le développement des services d'aide et de soins à domicile, le canton de Genève a édicté un moratoire en matière de construction d'établissements médico-sociaux. L'on estime à 450 le nombre de lits supplémentaires nécessaires à long terme. Le nombre des chambres à plusieurs lits et les différences qualitatives doivent être réduits.

Les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et du Tessin laissent à ceux qui en ont eu la charge jusqu'ici la responsabilité de mettre des établissements médico-sociaux à disposition. Mais alors qu'Argovie leur accorde un soutien pour réaliser le développement souhaitable et qu'Appenzell Rh.-Ext. se préoccupe de la capacité des homes à faire face aux différents degrés d'intensité des soins à fournir, Zurich et le Tessin se limitent à estimer les besoins. Les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève lient par contre l'estimation des besoins à des mesures d'adaptation de l'offre compte tenu des exigences nouvelles. L'appréciation des planifications cantonales concernant les établissements médico-sociaux part de l'hypothèse selon laquelle l'estimation des besoins avec un cadre de référence pour ceux qui ont la charge de ces établissements sur le plan local est la plus avantageuse. Viennent ensuite une estimation des besoins tenant compte des aptitudes des établissements existants, puis une estimation des besoins sans cadre de référence pour ceux qui ont la charge de ces établissements sur le plan local. L'on considère que la plus mauvaise solution est celle qui consiste à effectuer une estimation des besoins en centralisant l'offre de prestations, car elle ne laisse que peu de place pour des adaptations aux situations locales. Les différences entre les cantons sont présentées dans le tableau 8.

Tab. 8: Planification relative aux établissements médico-sociaux

Procédure en matière de planification	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Estimation des besoins et cadre de référence pour les établissements	X						
2 Estimation des besoins tenant compte des aptitudes des homes		X					
3 Estimation des besoins uniquement			X	X			
4 Estimation des besoins avec mesures pour l'adaptation de l'offre					X	X	X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	2	3	3	4	4	4

Planification dans le domaine des soins psychiatriques et politique de lutte contre les drogues

Les cantons d'Argovie, du Tessin, de Bâle-Ville, de Genève, ainsi que de Zurich avec son projet-pilote pour la région de Winterthur, suivent des concepts fort ressemblants: développement des soins ambulatoires, qui doivent être apportés dans un environnement social aussi proche que possible des patients. La coordination entre les divers services doit être améliorée pour garantir la continuité des soins. Afin de pouvoir faire face à des situations de crises, des services d'urgence ainsi qu'une station d'intervention en cas de crises doivent être mis sur pied. Les offres en matière

de lutte contre les drogues sont tout aussi diverses et visent à assister les personnes dépendantes sous forme d'aide à la survie, de participation à des programmes de remise de méthadone ou de sevrage, d'offre de prestations ambulatoires ou en établissement. Les différences portent sur les points suivants:

- le canton d'Argovie veut réduire l'offre de lits d'hôpitaux,
- le canton de Zurich réduit également le nombre de lits en fermant la clinique de Rheinau, mais veut créer dans le même temps de nouveaux lits pour les soins aigus de psychogériatrie,
- le canton du Tessin place les soins psychiatriques sous la responsabilité d'une organisation faîtière.

Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. se limite à une estimation des besoins en lits pour soins psychiatriques aigus; il n'y a pas d'indications pour le canton de Vaud. Les principales caractéristiques de la planification dans les sept cantons-types sont indiquées dans le tableau 9. Dans ce contexte, l'on admet que des soins ambulatoires décentralisés sont la variante la moins coûteuse.

Tab. 9: Planification dans le domaine des soins psychiatriques et politique de lutte contre les drogues

Procédure en matière de planification	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Encouragement des soins ambulatoires décentralisés	X			X		X	X
2 Encouragement des soins ambulatoires décentralisés dans un projet-pilote			X				
3 Planification du besoin en lits		X					
Pas d'indications					-		
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	3	2	1	-	1	1

Planification Spitex

Une grande importance est accordée aux services d'aide et de soins à domicile dans les sept cantons-types. Dans les cantons germanophones, ils font partie des tâches communales et dans la Suisse latine de celles des cantons. Dans le canton de Vaud, une organisation cantonale de ces services a été constituée dans les années quatre-vingt déjà avec la création de régions de soins, des centres médico-sociaux et des équipes interdisciplinaires. Ce modèle vaudois sert d'exemple dans la Suisse entière. En Suisse alémanique, la réalisation du modèle a cependant été effectuée principalement à l'initiative des organisations Spitex. Les cantons du Tessin et de Genève transposent le modèle sur la base de lois cantonales. En raison des différences dans la répartition des compétences et des décalages dans le développement, c'est uniquement dans les cantons d'Argovie, du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève qu'il y a des planifications et des rapports d'évaluation concernant les services d'aide et de soins à domicile:

- Dans le canton d'Argovie, la compétence pour les services Spitex est dans les mains des communes. Le canton a toutefois publié en 1995 un plan directeur Spitex qui, de la même façon que le concept relatif aux homes pour personnes âgées, doit donner inciter les responsables des organisations Spitex à une réorientation. Il est proposé que les associations actuellement dispersées se regroupent et exploitent en commun des centres de services Spitex avec des équipes interdisciplinaires.
- La planification Spitex tessinoise suit dans une large mesure le modèle vaudois et prévoit une subdivision du canton en régions de soins avec des organisations interdisciplinaires. Les services pour mères et enfants doivent être intégrés dans les centres de services Spitex. Dans le même sens, la coordination avec les institutions hospitalières et semi-hospitalières doit être améliorée. Le nouveau concept doit être examiné et précisé au cours d'une phase-pilote.
- Le canton de Vaud s'efforce d'arriver à ce que les services d'aide et de soins à domicile dans les régions de soins deviennent parties intégrantes des réseaux de fournisseurs de prestations.

- Dans le canton de Bâle-Ville, une fondation cantonale Spitex, avec des centres de quartier et des équipes interdisciplinaires, s'est constituée à l'initiative des diverses associations Spitex. L'évolution a été soutenue avec bienveillance par le canton, qui préfère avoir un seul interlocuteur plutôt que les 40 associations Spitex. Maintenant, les services Spitex de Bâle ont leur place assurée dans la planification cantonale. Il y est prévu qu'ils assument les tâches accomplies auparavant par les homes pour personnes âgées. Parallèlement, l'on espère pouvoir mieux contrôler la quantité des prestations, en relation avec la fondation «Spitex Basel». Les prestations complétant les services Spitex, comme le service de repas, doivent demeurer auprès de Pro Senectute.
- Dans le canton de Genève, l'on s'inspire aussi dans une large mesure du modèle vaudois. Toutefois, les aides sociales du canton et des communes sont plus fortement intégrées dans les centres d'action sociale et de santé; il est prévu dans chaque centre un poste de triage commun pour les clients et la structure de l'organisation est plus complexe. La loi sur l'aide à domicile prévoit des évaluations régulières de ces services. Dans les deux rapports d'évaluation réalisés à ce jour, l'on trouve une énumération des lacunes avec des propositions d'amélioration. A titre d'exemples, l'on peut mentionner que la commission cantonale n'assume pas de fonction de commande stratégique et que c'est le comité de direction qui s'en charge, alors que ce n'est pas souhaitable. Les personnes qui procèdent à l'accueil et assument des fonctions de triage et les coordonnateurs accomplissent leurs tâches de façon insatisfaisante, faute de compétences. Les rapports contiennent ensuite une série de propositions détaillées en matière de formation continue, de modifications de lois, allant jusqu'au niveau opérationnel.

En ce qui concerne la planification Spitex, l'on admet qu'un cadre de référence cantonal pouvant être transposé par les responsables de ces services au plan local conduit aux coûts les moins élevés. Vient ensuite l'absence de planification cantonale, qui laisse aux organismes responsables un large pouvoir d'aménagement des prestations offertes. Au troisième rang vient la fusion volontaire des associations Spitex; elle permet de procéder sans difficultés à des réorganisations internes et de réaliser des mises en réseau avec d'autres fournisseurs de prestations. Vient ensuite la réunion des services Spitex en vertu d'une loi et la mise en réseau avec d'autres fournisseurs de prestations. La solution considérée comme étant la moins bonne est celle selon laquelle une fusion est opérée sur la base d'une loi, qui conduit certes à une offre uniforme dans les régions de soins mais ne met pas au premier plan la mise en réseau avec d'autres fournisseurs de prestations. Les divers modes selon lesquels les cantons procèdent en matière de services Spitex sont récapitulés dans le tableau 10.

Tab. 10: Planification Spitex

Procédure en matière de planification	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Cadre de référence cantonal pour les responsables locaux	X						
2 Pas de planification cantonale		X	X				
3 Fusion volontaire, régions, interdisciplinarité, en réseaux						X	
4 Fusion, régions, interdisciplinarité, en réseaux, en vertu d'une loi					X		
5 Fusion, régions, interdisciplinarité, en vertu d'une loi				X			X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	2	2	5	4	3	5

Planifications supra-professionnelles

Outre les planifications fondées sur l'offre, certains cantons connaissent des concepts supra-professionnels:

- Le canton de Zurich dresse une liste des projets prévus dans les différents domaines de spécialisation. Il la justifie par l'évolution de la population, de la médecine et de la technique

médicale. La planification de l'évolution 1999-2004 sert toutefois avant tout à déterminer les besoins financiers pour les prochaines années.

- Dans le canton du Tessin, les priorités de la politique de la santé ont été fixées au moyen d'une enquête Delphi. Une grande importance est accordée à la réalisation de campagnes de prévention. Il est aussi prévu d'activer l'échange électronique de données entre les établissements ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers. Une carte électronique de patient est prévue.
- Dans le canton de Vaud, priorité est accordée à la création de réseaux de fournisseurs de prestations dans les régions de soins. Les réseaux doivent offrir une chaîne complète de traitements hospitaliers et ambulatoires et garantir aussi la continuité des traitements. Dans les limites du cadre fixé par les objectifs cantonaux, les fournisseurs de prestations réunis dans les réseaux peuvent déterminer dans une large mesure eux-mêmes la forme de leur organisation, les priorités et les modalités d'exécution. Le canton délivre des mandats de prestations pour les divers réseaux et met les moyens financiers à disposition.
- Dans le canton de Bâle-Ville, l'on tente d'optimiser le système de santé en évitant les hospitalisations inappropriées. Cela doit permettre de réduire le besoin en lits d'hôpitaux. Les passages entre hôpitaux, homes et services Spitex doivent par conséquent être mieux aménagés pour permettre d'avancer la sortie de l'hôpital.
- Le canton de Genève tente de mieux relier entre elles les diverses offres du système de santé en ayant une vue d'ensemble de ce système. Il doit être possible de changer facilement de forme d'offre. Le régime ambulatoire doit être davantage prioritaire par rapport aux institutions hospitalières. Il est également prévu d'introduire un système commun d'information médico-économique incluant une carte électronique de patient.

En ce qui concerne la planification supra-professionnelle, l'on part de l'hypothèse selon laquelle une approche globale du système de santé est de nature à réduire les coûts. Selon le tableau 11, ce sont surtout les cantons ayant de fortes dépenses de santé qui s'efforcent de mettre les offres en réseaux.

Tab. 11: Planifications supra-professionnelles

Objectif de la planification	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Mise en réseaux et optimisation des offres					X		
2 Optimisation de l'interaction entre les offres						X	X
3 Priorités en matière de santé				X			
4 Planification financière			X				
5 Pas de planification supra-professionnelle	X	X					
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	5	5	4	3	1	2	2

Estimation des besoins

Dans le cadre de la recherche, il convient aussi de s'intéresser à la façon dont sont effectuées les estimations des besoins qui servent de base à la planification de l'offre dans les cantons. En général, elles sont effectuées selon la méthode normative ou selon la méthode analytique³. La méthode normative repose sur des valeurs de référence déduites aussi bien de comparaisons avec d'autres cantons que des développements souhaités par le canton. La méthode analytique utilise une formule qui tient compte du taux d'hospitalisation, de la durée des séjours, du nombre d'habitants et de la mobilité des patients. Les cantons d'Argovie et du Tessin recourent de préférence à la méthode normative, ceux d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich préfèrent la méthode analytique pour la

³ Ortrud Biersack: Evaluation de la planification hospitalière et des listes d'hôpitaux selon l'art. 39 LAMal. Les méthodes de planification des cantons; Rapport à l'intention du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Berne, CDS, 2000.

planification hospitalière, alors que les cantons de Bâle-Ville et de Genève recourent aux deux méthodes.

C'est uniquement dans le canton de Vaud que l'on tente d'effectuer une prévision des besoins selon la méthode plus ambitieuse dite de décomposition de domaine. Les estimations varient non seulement en fonction du type de lits (lits pour soins aigus et soins de longue durée), mais le calcul repose aussi sur des paramètres différenciés. L'on tient par exemple compte de l'évolution de la population selon les groupes d'âges, de la durée du séjour selon les AP-DRG et de divers scénarios concernant les progrès de la médecine. Le tableau 12 donne un aperçu des méthodes utilisées dans les sept cantons. L'échelle relative aux instruments d'analyse des besoins repose sur l'hypothèse selon laquelle une méthode progressiste ou combinée permet mieux d'orienter l'offre et de réduire les coûts qu'une méthode simple.

Tab. 12: Instruments d'analyse des besoins

Méthode d'analyse des besoins	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Méthode de décomposition de domaine					X		
2 Méthode normative et analytique						X	X
3 Méthode normative ou analytique	X	X	X	X			
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	3	3	3	3	1	2	2

4.2.4 Planifications communales

Au cours de la recherche, ce n'est que pour les cantons d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich qu'il a été possible d'obtenir une connaissance détaillée des planifications dans les communes. Toutes les autres indications reposent sur des informations en provenance des cantons. Ce paragraphe décrit le rôle des communes pour permettre de mieux comprendre les systèmes de santé dans les cantons-types. On y aborde les questions des tâches communales, des planifications et des instruments de planification, ainsi que de la collaboration entre communes et canton (voir aussi le tableau 4 dans le cahier de documentation).

- Tâches

Dans tous les cantons-types, les communes peuvent assumer elles-mêmes la charge des homes ou déléguer cette tâche à des organisations d'utilité publique. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, les communes sont responsables pour les services Spitex et les soins de longue durée, dans ceux d'Argovie et de Zurich également pour les soins hospitaliers de premier recours. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., les anciens hôpitaux communaux ont été transférés au canton en 1993. Des personnes privées, le plus souvent réunies dans des associations d'utilité publique ou des fondations, peuvent aussi prendre l'initiative de la création d'un home ou d'un service Spitex.

- Planifications

Dans les cantons où, en vertu de la loi, les communes sont compétentes pour l'aide et les soins à domicile, les soins de longue durée et, éventuellement, encore pour les soins hospitaliers de premier recours, les communes planifient l'offre. Dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, les communes de Herisau et de Niederhasli ont élaboré un plan directeur pour la vieillesse afin de mieux intégrer les institutions hospitalières et les services ambulatoires. Les sujets traités concernent les homes, l'aide et les soins à domicile, les possibilités d'habitation pour les personnes âgées et les autres offres d'aide.

- Méthode de planification

Dans ces deux communes, c'est une commission ad hoc qui est compétente, assistée le cas échéant par un bureau de conseils. La commission comprend des membres exerçant dans la commune une activité professionnelle (responsable de home, infirmière de santé publique) ou

politique (comité d'assistance) liée au secteur social et de la santé. La commission s'efforce d'esquisser ce qui est souhaitable pour l'avenir en se fondant sur les connaissances qu'ont ses membres de la situation locale et de le comparer avec la situation existante. Un plan d'action est établi sur la base de cette comparaison. Les modifications envisagées correspondent aussi dans les grandes lignes aux planifications des cantons: meilleure intégration des offres ambulatoires et hospitalières, mise en place d'un centre de services Spitex avec, dans toute la mesure possible, des équipes interdisciplinaires dans les EMS, modernisation de ces établissements, mise à disposition de lits pour les soins de courte durée dans les EMS, etc.

- Collaboration entre canton et communes

Dans le canton de Zurich, le financement mixte des offres par le canton et les communes est discuté dans un groupe de travail commun. Les cantons du Tessin et de Vaud prévoient aussi certaines possibilités de participation des représentants des communes aux instances de planification et de conduite.

L'appréciation des possibilités de participation des communes repose sur l'hypothèse selon laquelle plus il y a d'apport local dans l'aménagement du système de santé, moins les dépenses de santé sont élevées. Le tableau 13 résume les possibilités de participation des communes à la planification des systèmes de santé.

Tab. 13: Participation des communes à la planification

Etendue de la participation	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
1 Propres planifications	X	X	X				
2 Possibilités de participer aux tâches cantonales				X	X		
3 Pas de participation						X	X
Report de l'expression numérique dans le tableau 19	1	1	1	2	2	3	3

4.3 Fournisseurs de prestations et Assureurs

4.3.1 Hôpitaux

Dans les sept cantons-types, l'on constate des modifications semblables en ce qui concerne l'organisation des hôpitaux, la fourniture de prestations, la collaboration avec d'autres acteurs, la conduite et le contrôle, ainsi que pour ce qui est du personnel, qui doivent contribuer à l'économicité de la fourniture des prestations tout en améliorant la qualité (voir aussi le tableau 5 dans le cahier de documentation). Ces réformes sont soit en cours depuis quelques années, soit planifiées pour un proche avenir.

- Organisation

Les hôpitaux sont transformés en établissements plus grands par fusion (AG, TI, VD, BS, GE) ou par création d'un syndicat hospitalier avec une infrastructure commune (AR, VD). Des hôpitaux sont fermés (AR, ZH, BS) ou transformés en établissements médico-sociaux (TI, VD).

- Fourniture des prestations

Le nombre de lits est diminué (AG, AR, ZH, TI, VD, BS, GE), la durée des séjours réduite (AR, ZH, BS, GE), le taux d'occupation des lits augmenté (AR, ZH) et le taux de couverture des frais doit être accru malgré la diminution du nombre de patients en division privée ou semi-privée (ZH, BS). D'autres changements que l'on peut observer dans les hôpitaux sont l'augmentation du nombre de patients (ZH, VD, BS), le transfert des traitements vers des institutions de soins semi-hospitalières ou ambulatoires (AR, GE) ou des projets d'amélioration de la fourniture des prestations (AG, AR, ZH, VD, TI, BS, GE). Dans le canton du Tessin, plusieurs hôpitaux privés ne figurent pas sur la liste des hôpitaux et devraient donc être fermés dans un proche avenir. Dans

le canton de Bâle-Ville, les soins de premier recours doivent être fournis par les hôpitaux privés et la médecine spécialisée et hautement spécialisée par l'hôpital cantonal.

- Collaboration avec d'autres acteurs

L'on attend de la collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations des effets positifs sur les coûts de la santé. La coopération des hôpitaux interrogés avec d'autres fournisseurs de prestations se présente sous les formes les plus diverses. Dans le canton d'Argovie, les services Spitex et les homes bénéficient de prestations de services hospitalières. En ce qui concerne les patients, le passage à la réadaptation a lieu maintenant plus rapidement et la gestion par cas est pratiquée par la caisse Helsana. En outre, une collaboration avec des hôpitaux en dehors du canton a lieu pour les disciplines particulières. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., la collaboration a aussi lieu surtout de cas en cas, les hôpitaux approvisionnent un home en économie domestique et les services Spitex en matériel. Dans les cantons de Zurich et du Tessin, il n'y a en fait qu'une collaboration ad hoc des divisions concernées avec d'autres hôpitaux, ainsi qu'avec des homes et des services Spitex. Dans le canton de Bâle-Ville, la planification des entrées et des sorties avec les services Spitex est institutionnalisée. Des instruments sont utilisés en commun avec d'autres hôpitaux du canton et des prestations particulières sont offertes. Il existe en outre une collaboration avec des hôpitaux hors du canton. Les hôpitaux universitaires des cantons de Vaud et de Genève ont une équipe commune pour les achats; les instruments médicaux de haute technologie sont aussi achetés en commun. Dans le canton de Vaud, la collaboration a lieu de plus en plus par le biais des réseaux. Dans le canton de Genève, il existe un centre de coordination pour les hôpitaux, les homes et les services d'aide et de soins à domicile.

- Conduite

Une modification du management des hôpitaux devrait améliorer l'efficacité de la fourniture des prestations. L'on enregistre dans les sept cantons-types des évolutions semblables dans la conduite des hôpitaux. Les hôpitaux doivent jouir d'une plus grande liberté de gestion. Des budgets globaux et des mandats de prestations se sont imposés comme cadre d'activité (AG, AR, ZH, TI, VD, BS, GE). Les excédents réalisés peuvent parfois être utilisés librement par les hôpitaux (AG, ZH). Les coûts de la fourniture de prestations doivent devenir plus transparents, soit par des forfaits par division, soit par des forfaits par cas (MIPP ou AP DRG). Le controlling et la transparence des coûts sont améliorés en permanence par le développement de la saisie des données, de la planification de l'engagement du personnel, de l'analyse comparative, de la mesure des résultats et de l'analyse mensuelle des coûts en fonction de centres de charges (AG, AR, ZH, TI, BS, GE). Pour optimiser la conduite des hôpitaux, les soins sont intégrés dans la direction de l'hôpital et celui-ci est subdivisé en divisions et services avec leurs propres instances de surveillance des coûts (BS, GE).

- Contrôle

Dans les sept cantons-types, malgré les efforts en vue de leur donner une plus grande liberté de gestion, les hôpitaux publics sont des divisions administratives du département de la santé. Le contrôle du budget est effectué par le département de la santé et par les commissions de la santé qui ont été instituées. Dans le canton de Genève, il y a encore un comité consultatif pour le domaine hospitalier.

- Personnel

Dans les sept cantons-types, l'on fait aussi état du manque de personnel, de l'insatisfaction provoquée par les longues durées du travail et la rémunération du personnel soignant. Les tensions qui en découlent sont restées jusqu'ici sans grandes conséquences dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext., du Tessin et de Bâle-Ville. Dans le canton d'Argovie, le régime salarial a été modifié et les salaires ont été augmentés dans le secteur des soins. Les cantons de Vaud et de

Genève ont autorisé de nouveaux postes. Dans le canton de Genève, il y a eu aussi une réduction du temps de travail pour les médecins-assistants et les médecins-chefs. C'est dans le canton de Zurich que les problèmes de personnel se sont manifestés de la façon la plus aiguë; des stations et des salles d'opérations ont dû y être fermées pour cause de manque de personnel. En vertu d'une décision judiciaire, le personnel doit être reclassé dans une nouvelle échelle de traitements. L'amélioration des conditions de travail devrait provoquer d'importantes augmentations de coûts.

La description des efforts de réforme montre que les hôpitaux de tous les cantons-types s'efforcent d'aménager la fourniture de prestations de façon plus économique. Toutes ces transformations sont en mouvement et sont plus avancées dans les grands hôpitaux avec leur exploitation plus complexe et moins transparente que dans les hôpitaux plus petits. Les effets des mesures prévues ou déjà réalisées ne peuvent cependant pas être constatés dans le cadre de la présente étude, notamment pour ce qui est de l'étendue de leurs conséquences dans le temps. C'est pourquoi, dans le tableau 14, le nombre de réponses négatives est utilisé comme indicateur indirect des facteurs d'accroissement des coûts. Des différences concernent la collaboration à l'intérieur du canton qui ne paraît pas être très marquée dans les cantons du Tessin et de Zurich. Il en va de même dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et du Tessin pour ce qui est de la collaboration avec les hôpitaux en dehors du canton. A l'époque de l'enquête, il semble que les problèmes de personnel n'étaient pas encore graves dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext., du Tessin et de Bâle-Ville. Il ressort du tableau 14 que le nombre de réponses négatives varie peu entre les cantons.

Tab. 14: Hôpitaux

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Fusions, Transformations, Fermetures	X	X	X	X	X	X	X
Mesures pour une fourniture économique des prestations	X	X	X	X	X	X	X
Collaboration renforcée à l'intérieur du canton	X	X	■	■	X	X	X
Collaboration renforcée hors du canton	X	■	■	■	X	X	X
Plus grandes libertés d'entreprendre	X	X	X	X	X	X	X
Plus grande transparence des coûts	X	X	X	X	X	X	X
Contrôle par le canton	X	X	X	X	X	X	X
Quasiment pas de problèmes concernant le personnel	■	X	■	X	■	X	■
Report du nombre de «non» dans le tableau 20	1	1	3	2	1	0	1

Plusieurs mentions possibles, X = oui, ■ = non

4.3.2 Etablissements médico-sociaux

Dans les sept cantons-types, les personnes âgées entrant dans les homes ont besoin de toujours plus de soins. L'augmentation des exigences en matière de soins conduit par conséquent aussi à des modifications concernant la fourniture des prestations, la collaboration et le contrôle des établissements, le personnel et l'activité de l'association des homes (voir aussi le tableau 6 dans le cahier de documentation).

- Fourniture des prestations

Le passage de homes abritant des vieillards encore verts à des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ayant besoin de soins, légers à importants, s'effectue à des rythmes variables. Plus l'adaptation à l'accueil de personnes âgées ayant besoin de soins ou atteintes de démence sénile est avancée, plus les dépenses concernant les EMS devraient être importantes. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et du Tessin, la transformation des homes par modernisation et augmentation de la capacité de fourniture de soins est actuellement en cours. Dans le canton de Zurich, les homes accueillent non seulement des personnes âgées ayant besoin de soins, mais déjà aussi des cas de psychogériatrie. Dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, la transformation en établissements médico-

sociaux, même si elle n'est pas achevée, est très avancée. Ces trois cantons ont aussi déjà une offre importante pour les patients en psychogériatrie. Dans tous les cantons, il y a davantage de lits pour les soins de courte durée.

- Collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations

Dans les cantons d'Argovie, du Tessin, de Bâle-Ville et de Genève, la collaboration entre les homes et la coopération avec d'autres fournisseurs de prestations a lieu plutôt au cas par cas et sur la base de contacts personnels. Dans les communes des cantons d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich qui comptent plusieurs homes, une utilisation commune de l'infrastructure permet de réaliser des économies. Dans ces deux cantons, il existe aussi une planification de la transition entre homes et hôpitaux. Dans le canton de Vaud, l'intégration des homes dans les réseaux devrait permettre d'améliorer la collaboration entre les diverses offres. Dans le canton de Genève, un groupe de travail s'occupe des transitions entre home, hôpital et services d'aide et de soins à domicile.

- Conduite

Dans les sept cantons-types, la transparence dans la fourniture des prestations s'est accrue, ce qui peut constituer une base pour une plus grande économicité. Les raisons en sont que les assureurs échelonnent leurs contributions à la couverture des soins en fonction de l'importance des soins nécessaires et que des programmes d'exploitation des données sont à disposition grâce à la diffusion de l'informatique. Cependant, les niveaux de développement ne sont pas partout les mêmes. Alors que les homes des cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et du Tessin travaillent avec un plan directeur simple et une saisie des données concernant les besoins en soins des pensionnaires et le personnel, ainsi qu'avec un plan comptable, le canton de Zurich utilise déjà, comme instruments de conduite, les entretiens avec les collaborateurs, les conventions relatives aux objectifs et les planifications annuelles. Dans le canton de Bâle-Ville, l'ancien système d'appréciation des prestations (BAK) doit être remplacé par un nouveau système (RAI/RUG). Dans les cantons de Vaud et de Genève, le nouveau système canadien (PLAISIR) est déjà utilisé. Le canton de Vaud connaît un système de saisie électronique des données pour la comptabilité et celui de Genève fixe la manière dont l'administration et la comptabilité doivent être effectuées.

- Contrôle

Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, où la garantie de l'offre de places dans les homes est du ressort des communes, les prix de pension sont fixés dans un règlement communal. Les homes sont surveillés par une commission des homes ou une commission des finances. Il y a également des autorités cantonales de surveillance qui s'occupent de l'exploitation (soins, hygiène). Dans les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, le contrôle de l'exploitation et du budget est effectué par le canton. Un contrôle par des autorités locales, qui ont de meilleures connaissances concernant les pensionnaires et les prestations fournies par les homes qu'une autorité cantonale, devrait favoriser une réduction des coûts.

- Personnel

Les besoins de soins des pensionnaires et les exigences à l'égard du personnel ont augmenté dans les sept cantons-types. A l'exception du canton du Tessin où de nombreux Italiens travaillent, l'on se plaint partout de la difficulté de trouver du personnel soignant qualifié. Un autre problème réside dans les fréquents changements de personnel. Dans le canton de Vaud, une commission d'enquête fait état de la sous-qualification du personnel et de l'insuffisance des rétributions. Dans le canton de Genève, l'on relève la démotivation et l'absentéisme du personnel. Des manques temporaires de personnel, notamment pour les soins qualifiés, ne peuvent être réduits que par des dépenses plus élevées pour la rémunération des collaborateurs.

- Activités de l'association des homes

La manière dont les homes sont organisés varie encore. Dans les cantons alémaniques, il existe des sections de l'Association suisse des maisons d'éducation et de retraite. Toutefois, le canton de Bâle-Ville a sa propre association cantonale depuis 1987. Dans les cantons latins, l'on rencontre des situations diverses. Dans le canton de Genève, par exemple, une association n'a été créée qu'en 1978. Dans le canton de Vaud, l'on estime qu'il faudrait créer dans un proche avenir une association pour l'ensemble de la Suisse, étant donné que les homes ont partout les mêmes problèmes. Les négociations tarifaires avec les assureurs font partie des tâches des associations. Dans les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, l'association représente aussi les intérêts des homes vis-à-vis du canton. Selon les cantons, l'on discute des problèmes des homes, comme les instruments d'enregistrement des résidents et des coûts, le personnel et sa rémunération, la modernisation des constructions ou de nouveaux concepts de la profession. Des débats sont en cours en particulier dans les cantons de Zurich, Bâle-Ville et Genève.

Les effets des facteurs d'influence que l'on vient de décrire ne peuvent pas être constatés de manière directe. C'est pourquoi le nombre de réponses négatives est pris ci-dessous comme indicateur indirect des caractéristiques susceptibles d'augmenter les coûts de l'offre dans les établissements médico-sociaux. Le tableau 15 montre que c'est dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, dans une moindre mesure dans celui de Zurich, que l'adaptation de l'offre des homes à l'accroissement des exigences en matière de soins est la plus avancée. De ce fait, les coûts pour les établissements médico-sociaux devraient y être plus élevés que dans les autres cantons. Par conséquent, c'est pour les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève que le nombre de réponses négatives est le plus élevé. Dans ces cantons, les instruments pour atteindre la transparence des coûts sont déjà à un stade de réalisation avancé, ce qui pourrait freiner les coûts. D'autres variables, comme la collaboration, le contrôle par les communes ou les manques passagers de personnel semblent dépendre davantage des constellations locales.

Tab. 15: Etablissements médico-sociaux

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Transformation en établissements médico-sociaux peu avancée	X	X	■	X	■	■	■
Faible offre en psychogériatrie	X	X	X	X	■	■	■
Collaboration institutionnelle en développement	X	X	X	■	X	■	X
Transparence des coûts avancée	■	■	X	■	X	X	X
Contrôle principalement par la commune	X	X	X	■	■	■	■
Quasiment pas de manques passagers de personnel	■	■	■	X	■	■	■
Représentation des intérêts des homes par l'association	X	X	X	X	X	X	X
Report du nombre de «non» dans le tableau 20	2	2	2	3	4	5	4

Plusieurs mentions possibles, X = oui, ■ = non

4.3.3 Spitex

Les services Spitex doivent épargner aux personnes ayant besoin d'aide et/ou de soins l'entrée dans un établissement hospitalier ou médico-social. L'on espère en outre réaliser des économies dans le secteur de la santé en évitant des admissions dans les hôpitaux et les homes. L'augmentation du nombre des personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins à domicile a provoqué une forte augmentation du volume des prestations au cours des deux dernières décennies et a eu aussi des répercussions sur l'organisation, la fourniture des prestations, la collaboration avec d'autres acteurs, la conduite et le contrôle des services Spitex, le personnel et l'association faîtière (voir aussi le tableau 7 dans le cahier de documentation).

- Organisation

Font partie des services Spitex l'aide à domicile, les soins aux familles, les soins infirmiers communautaires et d'autres services qui ont été créés par des associations d'utilité publique indépendantes les unes des autres. Le morcellement de l'offre, la difficulté d'en avoir une vue d'ensemble et l'importance croissante de l'aide et des soins à domicile ont conduit à une réorganisation des services, qui se présentent toutefois sous des formes diverses selon les cantons. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, les organisations Spitex locales ont fondé des associations faîtières cantonales au cours des dix dernières années. Les organisations Spitex locales, structurées par branches, se regroupent de plus en plus au sein d'organisations régionales avec des équipes interdisciplinaires. Dans le canton de Bâle-Ville, où la fondation «Spitex Basel» exploite des centres de quartier avec des équipes interdisciplinaires, ce processus est achevé. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et Genève l'évolution a été différente: des lois cantonales sur l'aide et de soins à domicile ont prévu de subdiviser le canton en régions de soins de santé avec des centres médico-sociaux et des équipes interdisciplinaires. Les associations d'aide et de soins à domicile privées ont dû ensuite s'intégrer à ces centres. Le canton de Vaud a déjà engagé ce processus dans les années quatre-vingt et a été suivi par Genève et le Tessin. Les principales différences entre les trois cantons sont les suivantes: au Tessin, le canton est responsable des organisations régionales; dans le canton de Vaud, un organisme de droit public indépendant de l'administration cantonale a été fondé; dans le canton de Genève, il existe une commission cantonale de l'aide à domicile, qui assiste le Conseil d'Etat dans la conduite stratégique des services d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'un comité de direction pour la conduite opérationnelle. Les trois associations d'aide et de soins à domicile privées qui existaient auparavant dans le canton de Genève ont fusionné et constituent maintenant une seule association faîtière cantonale. Pour ce qui est des coûts de la santé, l'on part de l'hypothèse selon laquelle une organisation Spitex régie par une loi est certes de nature à faciliter l'accès de la population à des offres équivalentes et à améliorer la subdivision du canton en régions avec des équipes interdisciplinaires, mais que ces progrès peuvent également provoquer des dépenses plus importantes.

- Fourniture des prestations

Dans les sept cantons-types, les prestations centrales des services Spitex sont l'aide et les soins à domicile ainsi que les conseils en matière de santé. Un service réduit est maintenu la nuit et durant les fins de semaines dans tous les cantons. Dans une mesure croissante, les prestations telles que celles qui ont été mentionnées ne sont plus fournies en fonction des branches dont elles relèvent, mais par des équipes interdisciplinaires. Ce processus est encore en cours dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, alors qu'il est pratiquement achevé dans ceux du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève. Dans ces quatre derniers cantons, d'autres services sont également offerts. Parmi ceux-ci, il y a les services d'aide et de soins à domicile pour enfants dans les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, les soins en oncologie dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, les soins hospitaliers à domicile dans les cantons de Vaud et de Genève, ainsi que, dans le canton de Vaud, l'assistance aux personnes ayant des problèmes psychiques. L'offre de prestations supplémentaires devrait aller de pair avec des coûts plus élevés.

- Collaboration avec d'autres acteurs

L'on attend de la collaboration avec d'autres acteurs une fourniture de prestations adaptée aux besoins des utilisateurs, conduisant à des économies. Les transferts de patients entre hôpital, home et services Spitex, en particulier, sont toutefois aménagés de manières différentes. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, chaque association a sa propre

réglementation. Dans les cantons du Tessin, de Bâle-Ville et de Genève, des groupes de travail se préoccupent des passages entre services d'aide et de soins à domicile, hôpitaux et homes, ou alors une planification formelle des entrées et des sorties est déjà établie avec les hôpitaux. La création des réseaux dans le canton de Vaud devrait, à court ou moyen terme, faciliter la collaboration entre les divers fournisseurs de prestations. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., les services Spitex apportent leur aide aux homes en cas de manque de personnel soignant. En outre, dans les cantons d'Argovie et de Zurich, une communauté de travail a encore été constituée avec les assureurs pour examiner par sondages le travail des services Spitex. Dans le canton de Bâle-Ville, cette tâche de contrôle est assurée par l'office des soins aux personnes âgées.

- Conduite

De nouvelles méthodes de gestion et de nouveaux instruments rendant la fourniture de prestations plus transparente doivent entraîner une plus grande économicité. Dans tous les cantons-types, les services Spitex travaillent dans le cadre de mandats de prestations, qui sont convenus avec les communes dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. Dans le canton de Zurich, ce sont également les communes qui concluent un contrat avec les services Spitex; il existe en outre un cadre de prestations cantonal pour ces services. Dans le canton du Tessin, les mandats de prestations aux organisations Spitex régionales sont donnés en commun par le canton et les communes. Dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville, il y a des contrats cantonaux qui, dans le canton de Vaud, sont de la compétence de l'organisme médico-social de droit public. A l'avenir, le canton de Vaud entend conclure des mandats de prestations avec les réseaux. Dans le canton de Genève, le mandat de prestations est déterminé par les dispositions détaillées de la loi sur l'aide à domicile, qui est évaluée à intervalles réguliers. Une statistique Spitex à l'intention de l'OFAS est établie dans tous les cantons, avec des indications concernant la clientèle et le financement. Le décompte des prestations en soins est effectué par les assureurs avec des tarifs différenciés pour la clarification, les situations stables et les situations instables. La planification de la fourniture des prestations est fondée sur des examens des besoins, des plans d'action et une évaluation a posteriori. Mais les instruments utilisés pour déterminer les besoins ne sont pas développés partout de la même manière. Dans la plupart des cantons, la détermination des besoins est réalisée sur la base d'une appréciation qualitative. Les services d'aide et de soins à domicile du canton de Genève élaborent des diagrammes de fonctions et des protocoles de soins comme bases de la garantie de la qualité. Un système d'information est en voie de développement. Le canton du Tessin teste un instrument formalisé adapté aussi à la saisie électronique des données. Cet instrument a aussi la faveur de Spitex Suisse et doit être bientôt appliqué dans tous les cantons. Dans le canton de Vaud, la saisie électronique des données est déjà bien développée: les prestations sont enregistrées directement chez le client à l'aide d'un ordinateur de poche, ce qui permet un traitement immédiat dans la comptabilité. Une comptabilité analytique a déjà été introduite, l'allocation des ressources et le programme d'activité sont réalisés avec l'assistance du traitement électronique des données. Les planifications, le contrôle financier, la politique en matière de personnel et la garantie de la qualité sont dirigés par l'organisation cantonale de façon centralisée, aussi bien dans le canton de Vaud que dans celui de Bâle-Ville.

- Contrôle

Dans les sept cantons, le contrôle des services Spitex est effectué par le canton. Les instances de contrôle sont des offices cantonaux ou des commissions instituées par le canton. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, les communes concluent des mandats de prestations avec les services Spitex et contrôlent aussi leur activité. Des économies devraient également découler de la connaissance plus précise que les communes ont des utilisateurs et des

associations Spitex. Les associations faîtières cantonales exercent aussi une fonction de surveillance dans ces trois cantons. Dans les cantons d'Argovie et de Zurich, il existe en outre un groupe de travail commun de l'association Spitex et des assureurs qui, comme on l'a déjà dit, contrôle par sondages la fourniture de prestations.

- Personnel

L'on ne fait état de problèmes de personnel que dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève. Il y a été dit que des conditions de travail difficiles conduisent à une surcharge et à des manifestations de mécontentement de la part des collaborateurs. Il ne peut être remédié à la surcharge de travail que par l'engagement de nouveaux collaborateurs, d'où des frais supplémentaires.

- Activités de l'association faîtière

Les associations faîtières cantonales représentent leurs membres vis-à-vis des cantons et des assureurs. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, qui ont un grand nombre d'organisations Spitex locales, l'association faîtière fournit à ses membres des prestations de services comme l'élaboration de règlements de salaires ou des conseils pour les mandats de prestations et en matière de garantie de la qualité. Les membres peuvent adapter ces aides à la situation locale, ce qui pourrait avoir un effet réducteur sur les coûts. Dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville, qui ont une organisation Spitex cantonale (institution de droit public ou fondation), ces tâches sont effectuées de manière centralisée.

L'effet immédiat que les facteurs d'influence indiqués ci-dessus ont sur les coûts ne peut pas être déterminé de façon directe. En particulier, le temps nécessaire à la transposition des efforts de réforme induit de fortes incertitudes. C'est pourquoi, c'est à nouveau le nombre de réponses négatives qui est utilisé comme indicateur des effets sur les coûts. Le tableau 16 fait apparaître d'une part les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich avec une organisation Spitex locale indépendante et un contrôle effectué principalement par les communes et, d'autre part, les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève avec une organisation centrale, des régions de soins avec des équipes interdisciplinaires et une offre de services supplémentaires. De la somme des mentions dans le tableau 16, l'on peut déduire que des organisations Spitex centralisées, des équipes professionnelles et interdisciplinaires, ainsi que des services supplémentaires spéciaux, se rencontrent surtout dans les cantons où les coûts de la santé sont élevés.

Tab. 16: Spitex

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Pas de réglementation légale de l'organisation Spitex	X	X	X	■	■	X	■
Quasiment pas de régions de soins avec des équipes interdisciplinaires	X	X	X	■	■	■	■
Quasiment pas d'offre de services supplémentaires, tels que Spitex pour enfants	X	X	X	■	■	■	■
Collaboration avec les hôpitaux et les homes institutionnalisés	■	■	■	X	X	X	X
Mandats de prestations	X	X	X	X	X	X	X
Pas d'instrument d'enquête adapté au TED et formalisé	X	X	X	■	■	■	■
Contrôle surtout par la commune	X	X	X	■	■	■	■
Quasiment pas de problèmes de personnel	X	X	X	X	X	■	■
Association faîtière: prestations de services à des membres «indépendants»	X	X	X	■	■	■	■
Report du nombre de « non » dans le tableau 20	1	1	1	6	6	6	7

Plusieurs mentions possibles, X = oui, ■ = non

4.3.4 Médecins

Le nombre de médecins pratiquant dans le domaine des soins médicaux ambulatoires est en constante augmentation. Les médecins sont aussi concernés par les nouveaux modèles d'assurance et une autre modification devrait intervenir dans l'exercice de leur profession par l'effet de TarMed. Les médecins jouent un rôle multiple lorsqu'ils fournissent des soins aux patients: en général, ils décident en première instance quel traitement est adéquat en cas de maladie; ils suivent et conseillent des malades chroniques et sont souvent responsables de l'envoi du patient vers d'autres fournisseurs de prestations. Les prestations fournies par les médecins, leur appréciation du comportement du patient, la collaboration avec d'autres acteurs et les activités des sociétés de médecins peuvent donc avoir des effets sur les différences de coûts entre les cantons (voir aussi le tableau 8 dans le cahier de documentation).

- Fourniture des prestations

Parmi les nouvelles formes d'assurance et d'offre, seul le modèle du médecin de famille s'est largement répandu dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. Dans le canton de Bâle-Ville, les HMO jouissent encore d'une certaine faveur. De l'avis des interlocuteurs, les modèles alternatifs intéressent surtout les personnes jeunes et en bonne santé. Ces nouvelles offres peuvent malgré tout avoir un effet réducteur sur les coûts, ainsi que le montrent les expériences faites aux USA. Le nombre des cabinets de groupe augmente dans tous les cantons, sauf celui d'Appenzell Rh.-Ext., surtout pour les jeunes médecins. Dans les cantons de Zurich et de Genève, il se forme toujours plus de centres de compétences avec des médecins spécialistes. L'augmentation du nombre des cabinets de groupe et des centres de compétences est expliquée par une meilleure utilisation des infrastructures, et aussi par les possibilités accrues de maintenir un service de 24 heures sur 24. Les cabinets de groupe et les centres de compétences pourraient conduire à une réduction des coûts si l'on prévoyait pour eux une structure tarifaire spéciale, tenant compte des économies réalisées. A l'heure actuelle, ils ont plutôt pour effet d'abaisser le seuil d'exercice d'une activité médicale et d'induire une augmentation des coûts de la santé.

D'autres modifications dans la fourniture des prestations qui ont déjà été évoquées sont la propharmacie (AG, ZH), la dépendance croissante de l'activité médicale des économistes et des managers, ainsi que la féminisation de la profession de médecin (ZH), et la méconnaissance, de la part des médecins, de traitements peu onéreux (BS).

La transparence que l'on attend du nouveau système tarifaire TarMed est accueillie favorablement par les interlocuteurs dans les sept cantons-types. Les voix discordantes relèvent que l'importance accrue du facteur temps encourage la lenteur (ZH), que TarMed favorise les chirurgiens (TI) et qu'il est trop compliqué (GE). La possibilité d'un traitement des données et de décomptes électroniques est considérée comme judicieuse dans les cantons de Zurich et de Bâle-Ville.

- Comportement des patients

Lors des discussions avec les médecins, il n'y a eu que très peu de remarques au sujet du comportement des patients. Dans les cantons d'Argovie et de Bâle-Ville, l'on déclare que l'influence des médecins sur les patients tend à disparaître. Par le biais des médias et d'Internet, les patients sont toujours mieux renseignés sur les maladies et les possibilités de traitement. Si les médecins avaient une connaissance plus précise du comportement des patients, il pourrait en résulter des économies pour le système de santé, à la condition qu'elles ne reposent pas sur des préjugés de groupe professionnel.

- Collaboration avec d'autres acteurs

La mise en réseau des médecins indépendants avec d'autres acteurs permet d'éviter des doubles emplois et d'obtenir des effets de synergie conduisant à une fourniture de prestations adaptée aux

patients. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., du Tessin et de Genève, l'on expérimente l'échange électronique de données entre médecins, assureurs et d'autres fournisseurs de prestations. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et du Tessin, soit des médecins collaborent au sein du comité des organisations Spitex, soit ils parlent de la garantie de la qualité avec les hôpitaux et les homes. De l'avis du représentant des médecins zurichois, le travail d'équipe vient davantage au premier plan aujourd'hui. Les sociétés de médecine collaborent à l'élaboration de la planification cantonale en matière de santé dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville; la discussion a toutefois été interrompue dans ce dernier canton.

- Activités de la société de médecine

Il n'est pas possible de distinguer, derrière les activités des associations de médecins, un modèle commun. L'activité la plus souvent mentionnée est la représentation des médecins vis-à-vis des assureurs (AR, TI, GE) et en ce qui concerne les questions de politique de la santé aux niveaux cantonal et fédéral, comme l'interdiction de la propharmacie et le rationnement des prestations (AG, AR, ZH, GE). A part cela, ce sont des questions touchant l'exercice de la profession qui sont au premier plan, comme la publicité, la garantie de la qualité (AG), la formation et le perfectionnement (AR, BS), les soins palliatifs et l'euthanasie (ZH), l'image donnée par les médecins (TI, BS), la défense de leurs intérêts économiques (BS), les conseils lors de l'ouverture de cabinets (GE).

La somme des caractéristiques dans le tableau 17 indique une fourniture de prestations moins coûteuse dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext., dans lesquels des formes d'offre alternatives ont aussi pu se propager de façon significative. Les cabinets de groupe, qui sont plus professionnels qu'un cabinet individuel quant à leur aménagement et leur gestion, sont en augmentation dans tous les cantons, à l'exception de celui d'Appenzell Rh.-Ext. Des centres de compétence avec des médecins spécialistes, plus coûteux en raison des équipements utilisés et des prestations fournies, se rencontrent surtout dans les grandes villes (ZH, GE). Les efforts entrepris pour institutionnaliser la collaboration s'accroissent, sauf dans les cantons de Zurich et de Bâle-Ville. Ce qui est frappant, c'est le peu de déclarations faites par les médecins au sujet du comportement des patients.

Tab. 17: Médecins

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Propagation de formes d'offre alternatives (modèle du médecin de famille)	X	X	■	■	■	■	■
Faible augmentation du nombre de cabinets de groupe	■	X	■	■	■	■	■
Quasiment pas de nouveaux centres de compétence (médecins spécialistes)	X	X	■	X	X	X	■
Déclarations relatives au comportement des patients	X	■	■	■	■	X	■
Collaboration institutionnelle (données, réseaux)	X	X	■	X	X	■	X
Report du nombre de «non» dans le tableau 20	1	1	5	3	3	3	4

Plusieurs mentions possibles, X = oui, ■ = non

4.3.5 Assureurs

L'introduction de la LAMal a fixé un nouveau cadre à l'activité des assureurs-maladie. L'on s'attend à ce que le fait de faciliter le changement d'assureur favorise la concurrence entre eux, que l'incitation à proposer des primes avantageuses et de nouveaux modèles d'assurance croisse et que la réduction des coûts prenne une place plus importante dans les négociations avec les fournisseurs de prestations. Les espoirs de voir les assureurs-maladie contrôler les coûts sont encore augmentés par les tentatives de réforme, telles que la suppression de l'obligation de contracter ou le financement moniste des fournisseurs de prestations. Les lignes qui suivent (voir aussi le tableau 9 du cahier de

documentation) doivent montrer les différences existant entre les assureurs dans les sept cantons examinés en ce qui concerne les produits offerts, le comportement des assurés, les primes, la conduite et le contrôle, la collaboration avec d'autres acteurs et le travail associatif.

- Offres d'assurances

D'après les interlocuteurs, les franchises élevées sont appréciées surtout dans les cantons d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich, du Tessin et de Vaud. Le modèle du médecin de famille a pu se propager dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. Dans le canton de Zurich, ce modèle se trouve encore à un stade expérimental, les communautés de médecins de famille comprenant 180 à 200 médecins apparaissant toutefois problématiques. Il semble que les nouveaux modèles ne sont pas appréciés par les assurés dans les cantons du Tessin et de Vaud. L'on estime dans le canton de Bâle-Ville que les assureurs ne sont pas assez novateurs lorsqu'ils mettent de nouveaux modèles sur le marché. Le rabais de 5 % offert pour le managed care ne constitue pas vraiment une incitation pour les assurés. L'on mentionne aussi l'intention de la CSS, et plus récemment d'Helsana, de renoncer à offrir le modèle du médecin de famille parce qu'il ne permet pas suffisamment d'économies. Malgré le scepticisme des assureurs, les offres de nouvelles assurances devraient avoir un effet réducteur sur les coûts si les stratégies de vente n'atteignent pas seulement les personnes les plus jeunes.

- Comportement des assurés

Les opinions exprimées dans les entretiens au sujet du comportement des assurés ne permettent pas de dégager une structure. Des informations précises font probablement défaut. Il faut toutefois accueillir positivement le fait que les assureurs se préoccupent du comportement des assurés. Dans les cantons d'Argovie et de Bâle-Ville, on ne relève quasiment pas de changements d'assureur. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., les assurés commencent à recourir davantage au système de santé en raison du niveau élevé des primes. Dans le canton de Zurich, l'on est d'avis que les assurés apprécient la liberté de choix, que les assureurs se sont de ce fait plus orientés vers la clientèle et que les rapports dans les médias influencent fortement le comportement des assurés en tant que demandeurs. Au Tessin, ce sont surtout les personnes âgées qui semblent consulter fréquemment les médecins, qui leur font confiance et qui consomment davantage de médicaments.

- Primes

En se préoccupant de l'évolution des primes, l'on peut développer de nouveaux éléments pour une gestion des coûts. Mais seuls les représentants des associations des cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich s'intéressent en détail aux effets des coûts et des primes sur les assureurs. Dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext., il est question du refus politique des augmentations de primes et dans celui de Zurich de la divergence entre l'évolution des coûts des soins estimés par l'OFAS et les primes. L'explosion des coûts de l'assurance de base est aussi due au fait qu'avec la LAMal, les financements croisés ne sont plus possibles. Les réserves ont été utilisées pour éviter des augmentations de primes et la chasse aux bons risques s'est accrue (AR). La faible marge de manœuvre financière dans l'assurance de base (AG) cause des problèmes entraînant des fusions d'assureurs (AG, AR). Les fusions les plus importantes devraient s'être déjà produites, estime-t-on dans le canton de Zurich. Selon le canton de Vaud, les calculs des primes reposent sur les coûts de l'année précédente, sur l'évolution dans la nouvelle année, ainsi que sur les réserves et le fonds de compensation des risques.

- Conduite et contrôle

L'on ne parle que rarement de méthodes de conduite chez les assureurs qui auraient des effets réducteurs sur les coûts. Il y est question d'un controlling d'entreprise normal avec rapport et analyses des écarts (ZH). L'OFAS contrôle également les frais des assureurs, les statistiques des

coûts sont dressées par santésuisse (VD). Les rapports et les statistiques des assureurs sont maintenant meilleurs grâce au traitement électronique des données (AR), mais on trouve aussi exprimé l'avis que les banques de données des assureurs sont encore insatisfaisantes (BS).

Un meilleur contrôle des décomptes pourrait aider à réduire les coûts de la santé. L'on estime toutefois que le contrôle des fournisseurs de prestations en est encore à ses premiers balbutiements (BS). Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et de Vaud, les factures sont examinées quant à leur conformité au contrat (AR), à partir d'un certain montant pour limiter l'étendue des contrôles (AR, ZH). Les factures contestées peuvent conduire à des procès coûteux (ZH). Le financement des fournisseurs de prestations est devenu plus transparent ces derniers temps grâce à une meilleure saisie des prestations (AR). TarMed permettra de réaliser à l'avenir des contrôles de plausibilité (AR).

C'est uniquement dans les cantons d'Argovie et de Bâle-Ville que l'on procède depuis peu à une gestion par cas susceptible d'endiguer les coûts grâce à une meilleure adaptation des traitements à la situation des patients.

- Collaboration avec d'autres acteurs

Une participation active des assureurs à des procédures législatives en cours, contribuant à une maîtrise des coûts de la santé, ne se produit que dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et de Vaud. Dans les cantons du Tessin et de Bâle-Ville, les discussions avec les cantons sont limitées aux négociations tarifaires. Dans le canton de Bâle-Ville surtout, l'on relève que le canton est en outre distributeur de subventions et arbitre et que la collaboration s'est à peine modifiée.

Des recours ont été déposés par les assureurs, dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext., à propos des listes d'hôpitaux et, dans le canton de Vaud, en relation avec les tarifs fixés pour les EMS, en vue de contribuer à une réduction des coûts d'hospitalisation.

Dans le canton de Zurich, les assureurs supportent, conjointement avec le canton et les hôpitaux, l'association Outcome, qui doit permettre de garantir l'économicité des prestations fournies, tout en maintenant les standards de qualité. Dans le canton du Tessin, les assureurs travaillent avec les médecins au sein d'une commission et ont régulièrement des entretiens avec les cliniques et les homes au sujet des coûts. Dans le canton de Genève, un projet-pilote a été réalisé avec le canton et les médecins au sujet des effets de TarMed, projet qui se trouve actuellement dans une deuxième phase.

- Travail associatif

Le travail des associations d'assureurs s'est profondément modifié à la suite de l'entrée en vigueur de la LAMal. D'une part, des conventions tarifaires doivent être conclues avec un plus grand nombre de fournisseurs de prestations (AG, AR). D'autre part, chaque assureur doit approuver les conventions tarifaires négociées par l'association (AG, AR, ZH). Dans le même temps, un processus de concentration s'est produit chez les assureurs. Il en a découlé une augmentation des tensions entre l'association et certains membres importants au sujet de la maîtrise des coûts. Ces divergences peuvent contribuer à une réduction des coûts de la santé. Dans le canton d'Argovie, par exemple, les assureurs négocient avec les fournisseurs de prestations individuels, indépendamment de l'association. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., l'on évoque le contrôle critique du travail de l'association par les assureurs. Dans le canton de Bâle-Ville, le refus de quelques grands assureurs d'adhérer à une convention tarifaire négociée a provoqué un esclandre. C'est uniquement au Tessin que l'on fait état d'une amélioration de la collaboration. Pour tenter de rééquilibrer les relations entre les associations cantonales et les assureurs, santésuisse envisage de remplacer les associations cantonales par des associations régionales (AR). Cette réorganisation doit améliorer le professionnalisme du travail associatif.

Les associations cantonales ne s'intéressent quasiment plus au domaine des assurances complémentaires et l'activité se concentre toujours davantage sur l'assurance de base (AG, ZH). D'autres tâches des associations sont les problèmes liés aux moutons noirs parmi les médecins, les fausses factures TarMed, l'analyse de la part de l'assurance à la couverture des coûts des soins (TI), la représentation vis-à-vis du public, les plaintes administratives (VD) et les remboursements dans les établissements médico-sociaux (BS).

- Problèmes divers

Lors des discussions avec les représentants d'associations, divers autres problèmes ont été abordés qui tournent autour de la question de nouveaux éléments de contrôle de l'évolution des coûts et qui ne peuvent pas être réduits à un seul point. Une prise en charge des coûts des services Spitex et des homes conduit à une explosion des coûts (AG, BS). Des critères pour une répartition des coûts d'hospitalisation entre le canton et les assureurs font défaut (AR, BS) et le financement de l'assurance complémentaire n'était (alors) pas encore résolu (AR). Un financement moniste serait préférable au financement mixte actuel et les négociations devraient avoir lieu avec les fournisseurs de prestations individuellement et non pas avec l'association (BS).

Les déclarations des représentants des associations sont présentées dans le tableau 18. L'on constate que le nombre de réponses négatives, considérées comme facteurs d'accroissement des coûts sur la base des considérations qui précèdent, croît de gauche à droite. En résumé, l'on peut relever, dans les cantons où les coûts de la santé sont moins élevés, que les modèles d'assurance alternatifs ont pu se propager, que les interlocuteurs se préoccupent davantage du comportement des assurés, s'expriment au sujet de l'évolution des primes et participent aux débats relatifs à la politique de santé. Le comportement des assureurs semble être dans l'ensemble plus actif dans les cantons où les coûts de la santé sont moins élevés que dans les autres.

Tab. 18: Assureurs

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Plus grande diffusion de nouveaux modèles (modèle du médecin de famille)	X	X	■	■	■	■	■
Déclarations concernant le comportement des assurés	X	X	X	X	■	X	■
Explications concernant l'évolution des primes	X	X	X	■	■	■	■
Attitude positive face au controlling d'entreprise	■	■	X	■	■	X	■
Contrôle formel des factures des fournisseurs de prestations	X	X	X	■	X	■	■
Gestion par cas	X	■	■	■	■	X	■
Participation au débat de politique de la santé	X	X	X	■	X	■	■
Recours (listes d'hôpitaux, fixation de tarifs)	X	X	■	■	X	■	X
Collaboration institutionnelle	■	■	X	X	■	■	X
Tensions entre les assureurs et leur association	X	X	■	■	■	X	■
Déclarations au sujet d'autres problèmes	X	X	■	X	X	X	■
Report du nombre de «non» dans le tableau 20	2	3	5	8	7	6	9

Plusieurs mentions possibles, X = oui, ■ = non

4.4 Résumé

Les comparaisons découlant des sections 4.2 (Cantons et Communes) et 4.3 (Fournisseurs de prestations et Assureurs) sont présentées dans deux vues d'ensemble différentes, afin d'illustrer les différences entre les sept cantons-types. La première comprend les tableaux 19 (Cantons et Communes) et 20 (Fournisseurs de prestations et Assureurs). Ces tableaux contiennent les totaux des expressions numériques des caractéristiques et des nombres de réponses négatives indiqués à la dernière ligne des tableaux des sections 4.2 et 4.3. La seconde vue d'ensemble résume les

principales caractéristiques des cantons où les coûts de la santé sont respectivement moins élevés et plus élevés et regroupe d'autres facteurs d'influence sur les coûts de la santé.

Tab. 19: Cantons et Communes

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Tab. 2: Répartition des tâches et compétences	1	1	2	3	4	3	4
Tab. 3: Organes de conseil et de planification	1	1	1	2	3	2	4
Tab. 4: Révisions et modifications	2	1	2	2	1	3	2
Tab. 5: Structure de l'offre et collaboration extra-cantonale	1	2	3	1	4	4	4
Tab. 6: Financement	1	2	2	3	3	4	4
Tab. 7: Procédure de réduction du nombre de lits dans les hôpitaux	1	1	4	4	2	3	3
Tab. 8: Planification relative aux établissements médico-sociaux	1	2	3	3	4	4	4
Tab. 9: Planification dans le domaine des soins psychiatriques et politique de lutte contre les drogues	1	3	2	1	(2)	1	1
Tab. 10: Planification Spitex	1	2	2	5	4	3	5
Tab. 11: Planifications supra-professionnelles	5	5	4	3	1	2	2
Tab. 12: Instruments d'analyse des besoins	3	3	3	3	1	2	2
Tab. 13: Participation des communes à la planification	1	1	1	2	2	3	3
Totaux	19	24	29	32	31	34	38

(2) = Estimation (pas d'indications)

Tab. 20: Fournisseurs de prestations et Assureurs

Caractéristiques	AG	AR	ZH	TI	VD	BS	GE
Tab. 14: Hôpitaux	1	1	3	2	1	0	1
Tab. 15: Etablissements médico-sociaux	2	2	2	3	4	5	4
Tab. 16: Spitex	1	1	1	6	6	6	7
Tab. 17: Médecins	1	1	5	3	3	3	4
Tab. 18: Assureurs	2	3	5	8	7	6	9
Totaux	7	8	16	22	21	20	25

Les deux tableaux montrent que les systèmes de santé se différencient en ce qui concerne les caractéristiques examinées entre les cantons, selon que les coûts de santé sont peu élevés ou élevés. Selon le tableau 19, le canton d'Argovie a des expressions numériques basses pour la plupart des caractéristiques; dans le tableau 20, il est le canton qui a le moins de réponses négatives. Dans le canton de Genève, par contre, aussi bien les expressions numériques des caractéristiques que le nombre de réponses négatives sont les plus élevés. Les totaux figurant à la dernière ligne de chaque tableau illustrent le fait que les différences entre les systèmes de santé des cantons se cumulent sur la base de toutes les caractéristiques examinées. L'on peut en déduire une influence multifactorielle sur ces différences. Dans le chapitre suivant, l'on examinera dans quelle mesure l'on peut déduire des liens de causalité entre les caractéristiques présentées dans les tableaux et les différences de coûts.

La vue d'ensemble qui suit décrit les systèmes de santé des cantons où les coûts sont peu élevés et de ceux où ils sont élevés selon les critères suivants: répartition des tâches, organes, financement, planification, établissements médico-sociaux, Spitex et révisions. Font partie des cantons ayant des coûts de santé peu élevés ceux d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Zurich, alors que les cantons du Tessin, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève appartiennent aux cantons ayant des coûts de santé élevés. Sont traités ensuite d'autres facteurs d'influence sur les coûts de la santé qui ne peuvent pas être attribués à l'une de ces deux catégories de cantons, selon les critères collaboration extra-cantonale, hôpitaux, médecins et assureurs.

Caractéristiques des cantons où les coûts de la santé sont peu élevés (AG, AR, ZH)

Répartition des tâches	Les communes sont responsables des soins hospitaliers de premier recours, des soins de longue durée et de l'aide et des soins à domicile, tandis que le canton est responsable des soins hospitaliers spécialisés et hautement spécialisés ainsi que des cliniques psychiatriques.
Organes	En général, une commission permanente de la santé conseille le gouvernement. Des commissions ad hoc sont désignées pour des questions d'actualité, comme un concept de psychiatrie ou un plan directeur Spitex.
Financement	Le financement des institutions cantonales est effectué par le canton et celui des institutions communales par le canton et les communes.
Planification	Les planifications cantonales traitent, traditionnellement et depuis quelques années en raison de la LAMal, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des cliniques psychiatriques. Mais il se peut aussi qu'elles concernent les services Spitex. Etant donné la répartition actuelle des tâches entre cantons et communes, des conflits peuvent en découler. Les cantons réagissent diversement à cette situation dans leurs planifications. Ils peuvent respecter soit les structures existantes, soit la répartition des tâches. Dans la liste des établissements médico-sociaux, le canton d'Appenzell Rh.-Ext. distingue les homes en fonction de leur aptitude à assumer les soins des divers degrés d'intensité. Dans ses concepts pour les établissements médico-sociaux et pour les services Spitex, le canton d'Argovie donne surtout des indications à ceux qui en ont la charge, alors que le canton de Zurich s'occupe certes du besoin de places dans les EMS, mais laisse aux communes le soin de garantir l'offre de places dans ces établissements et l'offre de services Spitex. Cependant la planification cantonale peut aussi déclencher des conflits avec les communes, comme le montre, dans le canton de Zurich, la réorganisation des soins hospitaliers liée à la fermeture d'hôpitaux communaux. Il existe aussi des planifications communales établies par des spécialistes du secteur des soins et du domaine social ainsi que par les responsables des services sociaux communaux.
Etablissements médico-sociaux	Dans les trois cantons, la transformation des homes pour personnes âgées en établissements médico-sociaux est en cours, le canton de Zurich étant le plus avancé dans ce domaine.
Spitex	De la même façon, les services Spitex sont en mutation dans les trois cantons et passent d'associations par branches à des organisations interdisciplinaires et professionnelles. Les associations faitières créées ces dernières années sont en premier lieu des prestataires de services en faveur de leurs membres «indépendants».
Révisions	Une nouvelle répartition des tâches entre cantons et communes est également prévue. Le canton doit dorénavant être responsable des hôpitaux pour soins aigus et des services Spitex. Le financement doit être adapté à cette répartition des tâches, qui a déjà été réalisée dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext.

Caractéristiques des cantons où les coûts de la santé sont élevés (TI, VD, BS, GE)

Répartition des tâches	Les cantons sont responsables du système de santé dans son ensemble. Dans le meilleur des cas, les communes sont les organes d'exécution du canton dans certains secteurs du système de santé.
Organes	Il y a un grand nombre de commissions permanentes et d'instances qui assistent le gouvernement pour les questions du secteur de la santé. Il y a souvent une ou plusieurs commissions ou organes dont la composition est prescrite en détail dans la loi pour chaque type d'offre, comme les hôpitaux, les établissements médico-sociaux ou les services Spitex. Fait exception le canton de Bâle-Ville qui, sur ce point, ressemble aux autres cantons alémaniques. Outre les commissions permanentes, il y a encore des commissions ad hoc pour des questions d'actualité.
Financement	Le financement du système de santé incombe principalement aux cantons. Les communes sont toutefois tenues de contribuer, par exemple, aux services Spitex ou de mettre des terrains à disposition pour les institutions de santé.
Planification	L'on trouve déjà dans les lois de planification des indications détaillées concernant l'aménagement et l'organisation des offres. Les lois contiennent aussi des réglementations imposant à intervalles réguliers des révisions des planifications ou des évaluations des effets des lois. Une exception est à nouveau constituée par le canton de Bâle-Ville, dont la législation en matière de santé est vieillie et morcelée. Le groupe ne connaît que des planifications cantonales avec, pour certaines instances, une représentation des communes.
Etablissements médico-sociaux	La transformation des homes pour personnes âgées en établissements médico-sociaux est achevée dans une large mesure. Il existe déjà une importante offre en psychogériatrie. Fait exception le canton du Tessin, où l'adaptation à des exigences plus élevées en matière de soins est en cours.
Spitex	Les services Spitex sont répartis par régions ou quartiers et les prestations sont fournies par des équipes interdisciplinaires. Dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, la transformation des services d'aide et de soins à domicile s'est effectuée par le biais d'une loi cantonale et, dans le canton de Bâle-Ville, les organisations existantes se sont regroupées au sein d'une fondation. Les services Spitex offrent une série d'autres services comme les services Spitex pour enfants ou les soins hospitaliers à domicile.
Révisions	Dans le canton de Vaud, la réorientation du système de santé par la création de réseaux de fournisseurs de prestations est en cours. Dans ces réseaux, les membres décident en commun de la répartition des tâches et de l'allocation des ressources. Dans les cantons du Tessin et de Genève, les réflexions vont dans le même sens, alors que le canton de Bâle-Ville, dans ses planifications, parle de la mise en réseaux.

Autres facteurs d'influence sur les dépenses de santé des cantons

Collaboration extra-cantonale	La collaboration extra-cantonale semble dépendre dans une large mesure de la grandeur du canton et de la présence d'un hôpital universitaire. Les résultats de la comparaison conduisent à admettre que des cantons comme Argovie et le Tessin, qui peuvent satisfaire dans une large mesure leurs
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

propres besoins sans hôpitaux universitaires, même dans les disciplines spécialisées, et ne recourent à des offres extra-cantoniales que pour les soins hautement spécialisés, ont des coûts de la santé moins élevés. Ces deux cantons sont, dans leur groupe respectif (coûts peu élevés et coûts élevés), celui où les coûts de la santé sont les plus bas. Le canton d'Appenzell Rh.-Ext., qui doit rechercher hors du canton aussi bien la médecine spécialisée que la médecine hautement spécialisée, a des coûts plus élevés que le canton d'Argovie, par exemple. Les cantons de Zurich, de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, qui ont des hôpitaux universitaires, offrent des soins spécialisés et hautement spécialisés aux régions voisines. Dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, il y a une collaboration avec d'autres hôpitaux pour la fourniture de prestations. Les cantons avec des hôpitaux universitaires ont les coûts de la santé les plus élevés dans leurs groupes respectifs.

Hôpitaux

Pour les hôpitaux publics des cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext., l'effectif des lits correspond quasiment aux besoins. Tous les autres cantons s'efforcent de réduire l'offre excédentaire de lits. Au Tessin, ainsi qu'à Bâle-Ville dans la première phase de planification, la réduction du nombre de lits se produit avant tout dans les hôpitaux privés et, dans le canton de Zurich, dans les hôpitaux communaux. Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Genève, les hôpitaux non subventionnés ont été inclus sans grandes difficultés dans la liste des hôpitaux.

Dans les hôpitaux des sept cantons-types, des efforts ont été entrepris pour fournir des prestations de façon transparente et économique, les démarches étant plus avancées dans les hôpitaux les plus importants. Les traitements hospitaliers sont remplacés par des traitements ambulatoires.

Médecins

Dans les cantons d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext., le modèle du médecin de famille s'est répandu, alors que dans les autres cantons l'on n'enregistre pas de progrès significatif des modèles de managed care. Sauf dans le canton rural d'Appenzell Rh.-Ext., le nombre de cabinets de groupe augmente. Dans les cantons avec des villes importantes, l'on rencontre de plus en plus de centres de compétences avec des médecins spécialistes.

Assureurs

Dans les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext., de Zurich et de Vaud, les associations d'assureurs font preuve d'esprit d'initiative face aux évolutions politiques, alors que dans les cantons du Tessin, de Bâle-Ville et de Genève elles se contentent de participer aux négociations tarifaires. Dans les cantons où les représentants des associations s'expriment au sujet des assurés, les avis sont plutôt négatifs et ne semblent pas reposer sur des recherches empiriques. La conduite et le controlling sont moins développés que pour les fournisseurs de prestations. A l'exception de tentatives de gestion par cas, il n'y a presque pas d'efforts de réduction des coûts.

5 Interprétation des résultats et conclusions

5.1 Causes de différences de coûts

5.1.1 Introduction

Les corrélations entre les caractéristiques des systèmes de santé et les coûts ne sont peut-être que des indicateurs pour des causes de différences de coûts qui ne sont pas discernables au premier abord. Lorsque les hôpitaux des cantons ayant des coûts de santé élevés renforcent leur collaboration avec des institutions extra-cantoniales, ce n'est pas nécessairement à cause de cette collaboration que les dépenses sont supérieures à la moyenne. Les résultats du chapitre précédent doivent donc être interprétés plus en détail étant donné qu'ils peuvent, d'une part, interagir avec d'autres caractéristiques du système de santé et, d'autre part, être plurivoques.

Les deux paragraphes suivants abordent dans une large mesure les mêmes points que ceux traités dans le chapitre 4, à savoir les cantons et les communes, ainsi que les fournisseurs de prestations et les assureurs. Pour les cantons et les communes, l'on traite les questions des répartitions des tâches, des organes, des révisions prévues, de la collaboration extra-cantonale, du financement, de l'organisation de la planification et des planifications de l'offre. En ce qui concerne les fournisseurs de prestations et les assureurs, il s'agit avant tout de questions relatives à la gestion et au personnel. L'interprétation des résultats sert ensuite de base pour formuler, dans le paragraphe 5.2, des propositions d'amélioration.

5.1.2 Cantons et Communes

L'on peut distinguer deux modèles d'organisation du système de santé: l'organisation décentralisée confie aux cantons la responsabilité des hôpitaux universitaires et cantonaux, ainsi que des cliniques spécialisées. Les communes sont, de leur côté, responsables des hôpitaux locaux de premier recours, des homes, ainsi que de l'aide et des soins à domicile. L'organisation centralisée du système de santé donne, elle, toute la responsabilité aux cantons. Les communes sont les organes d'exécution du canton pour certains secteurs du domaine de la santé.

Aussi bien l'organisation décentralisée que l'organisation centralisée ont des répercussions sur le financement et la planification du système de santé. L'organisation décentralisée connaît un financement mixte par le canton et les communes pour les institutions communales et des planifications sont réalisées tant au niveau cantonal que communal. Par conséquent, la population et les divers groupes de la société participent aux niveaux cantonal et local aux décisions en matière de santé. Dans l'organisation centralisée, le canton est compétent pour le financement et la planification. Les communes doivent contribuer à une partie du financement des offres. La population et les groupes de la société participent ainsi à la prise des décisions dans le domaine de la santé au niveau cantonal. La participation se concrétise dans un grand nombre de commissions et d'instances dont la composition est fixée dans la loi pour chaque offre.

L'organisation décentralisée est associée à des coûts de la santé peu élevés et l'organisation centralisée à des coûts élevés. Cela devrait tenir principalement à la cause suivante:

- Complexité des systèmes de santé

Le système de santé centralisé est sensiblement plus complexe que le système décentralisé, et cela pour deux raisons. Tout d'abord, dans le système centralisé, l'on a l'ambition d'être compétent pour toutes les offres: hôpitaux pour soins aigus hautement spécialisés et de premier recours, recherche et enseignement, soins hospitaliers de longue durée, aide et soins

ambulatoires. Deuxièmement, le système de santé centralisé couvre toute une région, ce qui entraîne une augmentation quantitative notable des diverses offres.

Le système de santé décentralisé répartit les offres entre deux niveaux de décisions. Le canton est responsable avant tout pour les hôpitaux pour soins aigus avec une médecine hautement spécialisée et spécialisée, ainsi que pour la recherche et l'enseignement, tandis que les communes le sont pour les soins de premier recours dans les hôpitaux, ainsi que pour l'aide et les soins ambulatoires. En outre, l'approvisionnement en soins, qui est proche des communes, est réparti dans plusieurs régions où chaque offre garde une taille contrôlable.

Ces deux constellations fondamentales du système de santé se répercutent ensuite sur les autres caractéristiques comme les instances de planification et de conseil, le financement et l'organisation de la planification.

- Organes de planification et de conseil

L'étendue des diverses offres, plus grande dans le système centralisé, nécessite un grand nombre d'instances, responsables pour les hôpitaux, les homes et les services Spitex; il arrive même qu'il y ait des commissions séparées pour la stratégie et la conduite opérationnelle. Chaque instance s'efforce ensuite d'optimiser son propre secteur, sans égard pour le système dans son ensemble. A cela s'ajoute le fait que dans un système centralisé, ce sont plutôt des titulaires de fonctions situées dans le haut de la hiérarchie et éloignés de la fourniture des prestations qui font partie de ces instances. Il en résulte que l'on cherche à obtenir des résultats optimaux – aussi en raison de l'éloignement de la fourniture de prestations – à partir de valeurs de référence prises comme normes. Cette façon de procéder a pour conséquence inéluctable que la fourniture des prestations est peu flexible, et coûteuse.

Dans les systèmes de santé décentralisés, ce sont certes les mêmes forces qui sont à l'ouvrage pour les diverses tâches mais, en raison de la part moins étendue du canton aux tâches du secteur de la santé, de façon moins marquée. Au niveau communal, de nombreux membres de commissions sont directement impliqués dans la fourniture de prestations. Et, puisque tous se connaissent, les offres fonctionnent – probablement sans intention consciente – davantage en réseau. Le système décentralisé favorise des processus pragmatiques et adaptés à la situation.

- Financement

Dans le système de santé centralisé, le financement des institutions de santé dépend du canton, les communes étant uniquement des contributeurs tenus de se conformer aux prescriptions cantonales. Ce sont dans une large mesure des indices qui servent de base aux décisions relatives aux besoins financiers, mais ils ne donnent qu'une image abstraite de la fourniture de prestations. Des connaissances concrètes des déroulements du travail, des relations entre les patients et le personnel, du climat d'entreprise et d'autres impondérables à prendre en considération pour une fourniture économique des prestations font défaut. Les utilisateurs (potentiels) et contribuables ne peuvent exercer une influence que par la voie de la démocratie directe, les obstacles à l'utilisation des droits populaires étant toutefois élevés dans les cantons où le système de santé est centralisé. La palette complexe et étendue des offres cantonales, dont le financement n'est orienté que sur la base d'indices faute de connaissance concrète de la fourniture de prestations, est de nature à provoquer une attribution des moyens plutôt généreuse. Les contribuables ne sont quasiment pas en mesure de discipliner la politique de dépenses des autorités lorsqu'ils ont le sentiment de subir de trop lourdes charges pour le système de santé.

Les systèmes de santé, qu'ils soient décentralisés ou centralisés, ont dans les grandes lignes les mêmes problèmes au niveau cantonal que ceux décrits ci-dessus. Mais, dans le système décentralisé, le financement par le canton exclusivement ne porte que sur une partie de l'offre. Le reste de l'offre est réalisé et co-financé au niveau communal. L'on y trouve dans une plus large

mesure des connaissances concrètes des conditions de la fourniture des prestations et les parts de gâteau sont plus petites que celles du canton. Les citoyens exercent leur droit de participation, par la démocratie directe, aussi bien au niveau cantonal que communal.

Dans les systèmes de santé, centralisés ou décentralisés, l'allocation de détail des ressources est de plus en plus effectuée par les fournisseurs de prestations eux-mêmes, ce qu'ils sont mieux à même de faire en raison de leurs connaissances du déroulement du travail et de la charge qui en découle. La possibilité de disposer eux-mêmes librement d'une partie des «bénéfices» réalisés peut inciter les fournisseurs de prestations à travailler de façon plus économique.

- Organisation de la planification

Dans le système de santé centralisé, la planification porte sur l'ensemble vaste – parce qu'il concerne l'ensemble du canton – des composantes de l'offre dans le secteur de la santé. Il existe encore souvent des planifications distinctes pour les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, la psychiatrie ou les services Spitex. Dans les cantons au système de santé centralisé, l'on prend mieux conscience que les diverses offres sont les éléments d'un tout dont les parties doivent s'insérer dans une chaîne de traitements. La planification d'un système cantonal complexe comporte de grandes exigences, aussi bien en ce qui concerne les bases de données qu'en ce qui concerne la méthode de planification. Dans le canton de Vaud, ce défi a été relevé en partie par un système ambitieux de prévision du besoin en lits qui constitue un progrès méthodologique par rapport aux actuelles estimations des besoins, normatives et analytiques. Etant donné qu'il est difficile de satisfaire aux exigences relatives aux bases de données et à la méthode de planification, le danger d'un déséquilibre coûteux entre les divers secteurs de l'offre subsiste.

Dans les systèmes de santé décentralisés, les exigences en matière de planification sont moins élevées, et cela pour deux raisons. Le canton n'est responsable que d'une partie de l'offre. L'autre partie est fournie par les communes au sein de régions de soins bien définies. Pour ce qui est de la planification au niveau cantonal, les problèmes concernant les bases de données et la méthode de planification ressemblent passablement à ceux qui se posent avec des systèmes de santé centralisés. Une question qui se pose, par exemple, est celle de savoir si les cantons qui recourent aux estimations des besoins «normatives» et «analytiques» usuelles pourront continuer à les utiliser quand bien même, depuis des décennies, elles ne correspondent plus au «state of the art» des méthodes de prévision. Le risque existe également d'un déséquilibre à la jonction des offres cantonales et communales en matière de santé, risque toutefois bien moindre que dans le système centralisé, parce qu'il est limité aux transitions entre les soins hospitaliers et les soins de premier recours. Ce qui est beaucoup plus important pour le système décentralisé, c'est qu'une grande partie de la gestion de l'offre relative aux soins de premier recours dans les hôpitaux pour soins aigus, dans les homes dispensant des soins de longue durée et l'aide et les soins à domicile est effectuée par les communes au niveau régional, dans le cadre de régions de soins. Dans ces régions, il est encore possible de garder une vision d'ensemble de la demande de prestations et de l'offre. Des contacts directs permettent aussi de mieux parer aux impondérables qui résultent de la charge de travail, du climat d'entreprise ou des recoupements entre les diverses offres. Les exigences relatives aux bases de données et aux méthodes de planification sont beaucoup moins importantes. Pour ces raisons, l'on peut admettre que les systèmes de santé décentralisés sont moins coûteux et mieux adaptés à la situation.

- Planifications, établissements médico-sociaux et Spitex

La transformation des homes pour personnes âgées en EMS avec un développement de l'offre en psychogériatrie est gérée par le canton dans le système de santé centralisé et a déjà conduit à une offre de meilleure qualité et plus onéreuse. Reste à savoir si ces «petits hôpitaux» fournissent leurs prestations à meilleur compte que les hôpitaux et s'ils ont entraîné des redimensionnements

correspondants dans le secteur hospitalier. L'on peut supposer que les coûts sont plus élevés en fin de compte. Dans le système de santé décentralisé, le canton établit dans le meilleur des cas des plans directeurs pour aider les responsables des homes. Le processus de transformation devant permettre aux homes de répondre aux exigences plus élevées en matière de soins, qui est entre les mains des communes et peut être adapté aux situations concrètes, est encore en cours et devrait être réalisé de façon avantageuse.

Dans le système de santé centralisé, les organisations Spitex ont été créées sur la base de directives cantonales et structurées en régions de soins avec des équipes interdisciplinaires, et elles disposent de services spéciaux comme les soins hospitaliers à domicile. Dans le système de santé décentralisé, les services Spitex ont encore des caractéristiques d'organisations bénévoles. Le canton tente éventuellement de soutenir ceux qui en ont la charge à l'aide de plans directeurs; au surplus, la maîtrise de l'offre est du ressort des communes. La fourniture professionnelle de prestations des services Spitex dans les systèmes centralisés devrait entraîner des coûts plus élevés que dans un système de santé décentralisé.

Dans les deux systèmes de santé idéaux, des révisions et des modifications sont en cours, dont les effets sur les différences de coûts de la santé entre les cantons ne sont pas encore visibles. La LAMal est aussi un élément nouveau, dont l'intégration dans les deux systèmes de santé est également intéressante.

- Révisions et modifications

L'idée de la mise en réseaux des offres est répandue dans les systèmes de santé centralisés. Le canton de Vaud a déjà procédé à une réorientation du système de santé, avec des régions de soins et des réseaux pour les fournisseurs de prestations. Les membres des réseaux décident ensemble l'allocation des ressources, les modifications ou les projets-pilotes. A l'intérieur du réseau, les divers fournisseurs de prestations conservent leur indépendance opérationnelle. L'on peut présumer que la division du canton en régions de soins bien définies avec une organisation en réseaux réduit la complexité de la gestion de l'offre, comme elle permet de mieux tenir compte d'impondérables grâce à des contacts directs. La meilleure adaptation du système de santé à la situation devrait aussi amener des réductions des coûts.

Dans les systèmes de santé décentralisés, l'on discute une nouvelle répartition des tâches entre canton et communes. Il est prévu de faire figurer la gestion des hôpitaux pour soins aigus dans les tâches cantonales et de confier aux communes les soins de longue durée dans les homes, ainsi que l'aide et les soins à domicile. Il en découle que le financement du système de santé doit aussi être réglé à nouveau. La nouvelle réglementation devrait rendre plus difficile la coordination entre les soins de premier recours dans les hôpitaux pour soins aigus, les soins de longue durée et les services Spitex dans les régions de soins des communes. La gestion de l'offre au niveau cantonal devient moins transparente. Dans l'ensemble, le risque de déséquilibre dans la fourniture de prestations augmente, conduisant à des coûts supplémentaires⁴.

Comme la législation fédérale dans d'autres domaines, la LAMal ne connaît que des cantons et ignore les communes. Les prescriptions concernant les listes d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux sont davantage adaptées aux cantons ayant un système de santé centralisé. Ces aspects centralistes de la LAMal devraient aller à l'encontre d'une maîtrise des coûts.

La collaboration extra-cantonale, ainsi que la planification hospitalière, diffèrent selon les cantons, mais ces différences sont sans rapport avec le fait que le système de santé soit centralisé ou décentralisé.

⁴ Les désavantages de la nouvelle répartition des tâches augmentent avec la grandeur du canton. Dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext., le plus petit des sept cantons-types, les hôpitaux communaux ont déjà été transformés en hôpitaux cantonaux.

- Collaboration extra-cantonale
Les différences dans le comportement des cantons peuvent être considérées comme étant des indicateurs des difficultés provoquées par la médecine universitaire hautement spécialisée ainsi que par l'enseignement et la recherche. Dans le groupe au système centralisé, comme dans le groupe au système décentralisé, les cantons qui peuvent satisfaire dans une large mesure leurs propres besoins ont les coûts les plus bas et les cantons avec des hôpitaux universitaires les coûts les plus élevés. Un canton rural comme Appenzell Rh.-Ext., qui est dépendant d'autres cantons pour les soins spécialisés et hautement spécialisés, a des coûts de la santé plus élevés que le canton d'Argovie. Le canton d'Appenzell Rh.-Ext. supporte, au moins partiellement, les coûts élevés de la médecine universitaire. Les cantons universitaires s'efforcent aussi d'exporter des prestations spécialisées et hautement spécialisées pour répartir les frais sur une base plus large. L'on tente aussi de répartir le travail avec d'autres cantons, d'utiliser en commun l'infrastructure et les installations de haute technologie ou de collaborer pour les achats. Ces efforts aident vraisemblablement à freiner les coûts. La question se pose ici de savoir si la collaboration n'a pas été trop timide.
- Planification hospitalière
A l'exception de ceux d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext. qui n'ont un excédent de lits que si l'on tient compte des hôpitaux privés avec des patients provenant de toute la Suisse, tous les cantons s'efforcent de réduire les coûts de la santé en diminuant le nombre de lits d'hôpitaux. Jusqu'ici, les cantons d'Argovie, d'Appenzell Rh.-Ext. et de Genève ne se sont pas beaucoup préoccupés des hôpitaux non subventionnés et les ont fait figurer sur la liste des hôpitaux. Reste à voir si cette attitude changera au cas où les cantons doivent verser des contributions aussi aux hôpitaux privés en vertu de l'arrêt du Tribunal fédéral.

5.1.3 Fournisseurs de prestations et Assureurs

Dans le paragraphe précédent, il a été question des fournisseurs de prestations, à l'exception des médecins, en relation avec la planification. Il convient maintenant d'aborder les questions de la conduite et du personnel quant à leurs effets sur les coûts. L'on se penchera également sur le rôle des assureurs dans les cantons.

- Fournisseurs de prestations
En ce qui concerne la gestion de la fourniture des prestations et le personnel, l'on constate dans tous les cantons des évolutions fort semblables, de sorte que de ce point de vue l'on peut s'attendre à des effets sur les coûts mais pas sur les différences de coûts entre les cantons. L'activité des hôpitaux est partout fondée sur des mandats de prestations et des budgets globaux. La conduite opérationnelle des hôpitaux est confiée de plus en plus à leurs directions. Les mandats de prestations et les budgets globaux sont affinés au sein des hôpitaux jusqu'au niveau des divisions. De plus en plus, de nouveaux instruments comme l'AP-DRG, le MIPP, les forfaits par cas ou par division apportent aussi davantage de transparence dans la fourniture des prestations et les coûts. Les écarts par rapport aux objectifs sont contrôlés mensuellement. Des progrès dans l'économicité de la fourniture des prestations peuvent être constatés dans tous les cantons par la réduction de la durée des séjours des patients et un taux d'occupation des hôpitaux plus élevé. Dans tous les hôpitaux l'on constate un passage des traitements hospitaliers à des traitements ambulatoires. Les économies réalisées grâce à une fourniture de prestations plus économique se remarquent à peine, car le nombre des thérapies possibles augmente en permanence. En outre, l'insatisfaction du personnel par rapport aux conditions de travail et à la rémunération conduit à d'autres hausses des coûts, comme cela a déjà été le cas dans le canton de Zurich.

Dans les établissements médico-sociaux, les mandats de prestations et les budgets globaux ne sont certes pas encore très répandus, mais des instruments de conduite tels que RAI/RUG, PLAISIR, BAK ou BESA sont déjà largement utilisés. Des programmes informatiques comme REPORTING apportent une plus grande clarté également en ce qui concerne l'utilisation des moyens financiers. Cette plus grande transparence de la fourniture des prestations et des décomptes ne vise toutefois pas à favoriser l'économicité des prestations, comme dans les hôpitaux, mais à faciliter les décomptes avec les assureurs-maladie, qui échelonnent leurs contributions selon le degré de nécessité de soins, et le contrôle par les autorités accordant les subventions. Les dépenses pour les homes auront plutôt tendance à croître en raison de l'augmentation de l'intensité des soins requis par les pensionnaires et du plus grand besoin de personnel qualifié. Une plus grande transparence dans la fourniture des prestations devrait cependant avoir l'avantage de permettre de vérifier si, en développant les établissements médico-sociaux au lieu de réaliser des économies dans le système de santé, l'on n'a pas lancé une gigantesque opération dans le vide⁵.

L'activité des services Spitex a pour base des mandats de prestations et des budgets globaux. Les interventions des services Spitex se font avec une évaluation des utilisateurs, effectuée déjà maintenant au moyen de RAI/RUG Home, qui doit être bientôt introduit dans l'ensemble de la Suisse. Le décompte avec les assureurs est effectué sur la base d'un tarif structuré selon les éléments clarification, situation stable et situation instable. La saisie des données relatives aux prestations est parfois effectuée directement auprès de l'utilisateur, à l'aide d'un ordinateur de poche. Une statistique Spitex pour l'ensemble de la Suisse a aussi été développée conjointement avec l'OFAS. Le passage de l'hôpital aux services Spitex est de plus en plus réglé avec un instrument d'enquête formalisé. Dans l'ensemble, la fourniture de prestations Spitex est toujours plus transparente, surtout dans le système centralisé. Il serait judicieux d'examiner maintenant, sur la base des données disponibles, dans quelle mesure les services Spitex répondent à l'espoir mis en eux pour freiner les coûts de la santé, étant donné surtout que ces services assument des tâches toujours plus exigeantes, comme les soins hospitaliers à domicile⁶.

Dans les cantons examinés, les modèles de managed care ne se sont imposés de façon notable auprès des médecins que dans ceux d'Argovie et d'Appenzell Rh.-Ext et ils sont mis en péril par l'abandon des modèles de médecin de famille par la CSS et HELSANA. Les cabinets de groupe et, dans les grandes villes, les centres de compétence avec des médecins spécialistes, semblent se répandre davantage. S'ils permettent une fourniture de prestations plus avantageuse, cela ne se répercute pas sur les coûts de la santé en raison du mode actuel de remboursement, fondé sur des tarifs.

- Assureurs

La nouvelle réglementation de l'assurance de base prévue par la LAMal a fait naître de grands espoirs. Le changement de caisse facilité doit accroître la concurrence entre assureurs. Cette pression concurrentielle devrait se traduire dans les nouveaux modèles d'assurance, dans les négociations tarifaires avec les fournisseurs de prestations ou dans le contrôle des coûts et contribuer ainsi à freiner les dépenses. L'enquête menée dans les sept cantons-types donne au contraire l'impression qu'il n'existe pas de stratégies de marketing pour encourager les modèles de managed care. Les difficultés rencontrées dans l'aménagement de ces modèles ne sont pas abordées de façon novatrice mais ont plutôt incité, par exemple, à retirer de l'offre le modèle du

⁵ Les personnes âgées grabataires ou atteintes de démence sénile ne peuvent être soignées que par du personnel qualifié, si bien que la différence entre home et hôpital s'estompe de plus en plus.

⁶ La dernière enquête relative aux coûts en Suisse de l'aide aux personnes âgées en milieu ouvert et fermé date de 20 ans. E. Rieben und R. Zimmermann: Kosten und soziale Integration in der geschlossenen und offenen Altershilfe, Bern, 1982.

médecin de famille. Les tarifs, négociés entre les groupes d'intérêts constitués par les fournisseurs de prestations et les assureurs, sont dans une large mesure de type cartellaire. Le contrôle des coûts a uniquement conduit à de premières tentatives timides de gestion par cas. Les contrôles des décomptes de prestations sont limités à des critères formels. L'on préfère éviter les conflits avec les fournisseurs de prestations plutôt que de développer de nouvelles méthodes de contrôle. Les assurés peuvent certes passer à un assureur meilleur marché, mais après quelques années les primes sont plus élevées qu'auparavant du fait des augmentations qu'elles subissent. Les assurés n'ont cependant pas d'influence sur les augmentations annuelles de primes, qui sont bien plus importantes que les différences de primes entre assureurs. Dans l'ensemble, les assureurs ne satisfont actuellement pas aux tâches que l'on attend d'eux dans le système de santé

5.2 Conclusions

Il ressort du chapitre 4 (Comparaison entre les sept cantons-types) et de la section 5.1 (Causes des différences de coûts) que les différences intercantionales des coûts de la santé ne sont pas dues à un seul facteur mais à plusieurs. L'on ne peut quasiment pas influencer sur les coûts de la santé avec des mesures isolées comme la propharmacie (fourniture de médicaments par les médecins) ou le financement moniste. La conclusion la plus importante à tirer de la présente étude est que l'on doit partir d'une combinaison d'effets. Le texte qui suit tente de déduire des résultats de la recherche un modèle idéal. Figurent à gauche les différents secteurs visés par les considérations relatives au modèle. Au premier plan de ces considérations figurent des caractéristiques qui conduisent à une réduction des coûts de la santé. Le modèle et les conclusions le concernant doivent servir d'incitations à une transformation du système de santé qu'il s'agira de réaliser en se fondant sur la situation concrète de chaque canton.

Modèle idéal de système cantonal de santé

Répartition des tâches La responsabilité de la fourniture de prestations doit être partagée entre des régions et le canton. Les régions se préoccupent des soins hospitaliers de premier recours, des soins de longue durée et de l'aide et des soins à domicile. A l'intérieur des régions, des réseaux de fournisseurs de prestations doivent présenter une offre complète, de l'hôpital aux services Spitex. Le canton doit être responsable des institutions de santé de portée supra-régionale (soins spécialisés et hautement spécialisés ainsi que, éventuellement, enseignement et recherche).

Les systèmes de santé décentralisés sont moins complexes et, par conséquent, plus faciles à gérer (cf. p. 67 s.).

Organes Les instances de planification et de conseil aux niveaux cantonal et régional doivent être interdisciplinaires. Les membres des réseaux régionaux doivent être associés à la planification de l'offre, à la fixation des priorités et à l'allocation des ressources. Des groupes de travail axés sur l'offre ne doivent être institués que pour des questions internes particulières.

Les instances interdisciplinaires ont davantage tendance à se préoccuper du système de santé dans son ensemble (cf. p. 68).

Financement Conformément à la répartition des tâches entre le canton et les régions de soins avec leurs réseaux interdisciplinaires, le financement des coûts de la santé devrait être séparé et inclure les soins ambulatoires dispensés dans les hôpitaux. La répartition des recettes fiscales doit tenir compte de la nouvelle répartition des tâches. Dans les régions et dans le canton, les contribuables devraient pouvoir exercer une influence appropriée

sur les décisions dans le domaine de la santé publique grâce au référendum financier. L'allocation de détail des ressources devrait être confiée aux réseaux et aux fournisseurs de prestations.

Le droit de codécision des citoyens en démocratie directe a un effet de discipline sur le gouvernement et les fournisseurs de prestations (cf. p. 68 s.).

Planification

Les compétences en matière de planification devraient également concorder avec la répartition des tâches entre le canton et les régions de soins. L'élaboration de bases de planification comme les estimations des besoins, les prévisions démographiques ou les analyses coût/efficacité doivent être des tâches des cantons. C'est également le devoir des cantons de prendre en considération toutes les offres à l'aide d'une planification directrice et de garantir la coordination avec les régions de soins et avec d'autres cantons.

La séparation des planifications régionale et cantonale réduit les exigences relatives aux bases de données et aux instruments de planification (cf. p. 69).

Collaboration supra-cantonale

Le besoin en soins spécialisés et hautement spécialisés doit être coordonné avec les autres cantons dans le cadre d'un plan directeur. La prise en charge des institutions pour soins spécialisés et hautement spécialisés dont la clientèle provient de plusieurs cantons doit être assumée en commun.

La prise en charge commune des soins spécialisés et hautement spécialisés conduit à une répartition plus équitable des coûts entre les cantons (cf. p. 71).

Réseaux de fournisseurs de prestations dans les réseaux de soins

La responsabilité des réseaux doit incomber aux communes appartenant à la région de soins. Les réseaux comprennent les hôpitaux pour soins de premier recours, les homes, l'aide et les soins à domicile, les soins médicaux ambulatoires ainsi que la prévention. Dans le cadre des plans directeurs des cantons, les instances responsables et les membres des réseaux fixent conjointement les priorités, planifient les modifications et les projets-pilotes et répartissent les ressources entre les membres en fonction de leurs tâches. Les membres conservent leur indépendance opérationnelle pour ce qui est de la gestion d'entreprise et de l'utilisation des moyens financiers. Il est veillé à ce que les utilisateurs puissent passer aisément d'un type d'offre à un autre à l'intérieur du réseau. La fourniture de prestations au sein du réseau est documentée par des données devant servir de bases pour garantir et promouvoir la qualité, pour optimiser la composition de l'offre à l'intérieur du réseau et pour attribuer les moyens aux membres des réseaux.

Les réseaux locaux favorisent les effets de synergie et permettent une meilleure adaptation à l'offre (cf. p. 70).

Fournisseurs de prestations avec clientèle cantonale ou supra-cantonale

La responsabilité de la fourniture de soins spécialisés et hautement spécialisés à une clientèle cantonale ou supra-cantonale doit être assumée par le canton ou par plusieurs cantons. Ceux qui en assument la charge fixent les priorités dans le cadre des plans-directeurs cantonaux conjointement avec les fournisseurs de prestations, planifient les changements et les projets-pilotes et répartissent les ressources en fonction des tâches respectives. L'enseignement et la recherche s'effectuent dans les institutions cantonales et intercantonales. Il convient de garantir, pour l'enseignement, l'accès aux offres des régions de soins. Les fournisseurs de prestations conservent leur indépendance opérationnelle en matière de gestion d'entreprise et d'utilisation

des moyens financiers. Il faut veiller à ce que le passage entre les prestations cantonales et intercantionales et les réseaux régionaux de soins soit aisé pour l'utilisateur. La fourniture de prestations cantonales et intercantionales est documentée par des données devant servir de bases pour garantir et promouvoir la qualité, pour optimiser la fourniture de prestations et pour attribuer les moyens aux membres des réseaux.

La coordination et la prise en charge commune des institutions de soins spécialisés et hautement spécialisés empêchent les doubles emplois et conduisent à une plus grande équité dans la répartition des coûts (cf. p. 71).

Assureurs

Les prestations des assureurs couvrent les frais supplémentaires dans les divisions demi-privées et privées, les frais de traitement et de soins dans les hôpitaux privés qui ne figurent pas dans la liste des hôpitaux, ainsi que le coût des médicaments et des traitements des soins médicaux ambulatoires.

Jusqu'ici, les assurés n'ont pas acquis les compétences leur permettant d'agir sur l'évolution des coûts. Ils n'ont aucune possibilité d'influer sur les augmentations annuelles des primes (cf. p. 72 s.).

La comparaison entre les sept cantons-types a conduit à la formulation de propositions concernant un modèle idéal de système cantonal de santé publique. Plusieurs de ces propositions sont déjà concrétisées dans les efforts entrepris par les cantons examinés. L'on peut mentionner par exemple la mise en réseaux des offres dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, la répartition du financement des institutions cantonales et intercantionales prévue dans le canton de Zurich, les réseaux de fournisseurs de prestations dans le canton de Vaud. Dans le modèle idéal, l'on a principalement regroupé des caractéristiques déjà présentes dans les systèmes cantonaux de santé dans la perspective d'une rationalisation et d'une maîtrise des coûts. Une meilleure organisation des systèmes cantonaux de santé ne signifie toutefois pas que d'autres augmentations des coûts dues aux progrès de la médecine sont exclues. En fin de compte, la décision touchant la part du produit national brut ou des recettes fiscales cantonales qui doit être consacrée à la santé publique est une décision politique. Le canton du Tessin, par exemple, prescrit qu'un maximum de 18 % des recettes fiscales peut être consacré aux hôpitaux. Une telle réglementation a l'avantage que le cadre financier du secteur de la santé publique peut être modifié par le Parlement et les citoyens en fonction de la situation économique, de la charge des contribuables et des exigences des utilisateurs potentiels. Les citoyens n'auraient ainsi plus l'impression qu'il sont sans défense face à l'augmentation des coûts de la santé et les fournisseurs de prestations seraient incités à gérer de façon économique les moyens financiers disponibles.

Les caractéristiques du modèle idéal de système cantonal de santé pourraient être fixées dans une loi fédérale constituant, comme la loi sur l'aménagement du territoire, un cadre pour la coordination intercantonale et pour les tâches cantonales et régionales.

6 Bibliographie

Littérature générale concernant les chapitres 2, 4 et 5

- Albring, Manfred und Wille, Eberhard (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Allokation im marktwirtschaftlichen System; Band 42, Frankfurt am Main, 1999
- Biersack Ortrud: Evaluation de la planification hospitalière selon l'art. 39 LAMal. Les méthodes de planification des cantons. Rapport à l'intention du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Berns, CDS, 2000
- Hammer, Stephan et al.: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; Forschungsbericht 7/00, BSV, Bern, 2000
- Maag Daniel: New Public Management (NPM) im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ansätze in den Kantonen; Schriftenreihe der SGGP, Band 61, Muri, 2000
- Moran, Michael: Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany; Manchester, 1999
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE): Nouvelles orientations dans la politique de santé; OCDE, Etudes de politique de santé N° 7, Paris 1995
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE): La réforme des systèmes de santé. Etude de dix-sept pays de l'OCDE; OCDE, Paris, 1994
- Rieben, Erwin und Zimmermann, Robert: Kosten und soziale Integration in der geschlossenen und offenen Altershilfe; Bern, 1982
- Rüfli, Christian et Vatter, Adrian: Analyse des effets de la LAMal: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux; Rapport de recherches N° 14/01, OFAS, Berne, 2001

Canton d'Argovie

- Aargauischer Krankenkassenverband: 96. Geschäftsbericht 1999; Baden, 2000
- Botschaft des Regierungsrates des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 24. September 1997, 97.005016: Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WOV), Pilotprojekt »Kantonsspitäler« für die Periode 1998-2001, Globalkreditvorlage 1998-2001, Genehmigung der Globalkreditvorlage, Bewilligung des Globalkredites und befristete Abweichung vom Finanzhaushaltsrecht
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: 2. Voraussetzungen zur Aufnahme auf die Spitalliste; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: 4. Überprüfung der Bettenbedarfsermittlung; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Laufende Hochbauprojekte, Gesundheitswesen; www.ag.ch/gesundheit/, 2000
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Akutspitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Krankenhäuser; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Leistungserbringer im Kanton Aargau, Spezialkliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 1: Innerkantonale Akutspitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 2: Innerkantonale Spezialkliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 3: Innerkantonale Psychiatrie; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 4: Innerkantonale medizinische Einrichtungen für Suchtkranke; www.ag.ch/gesundheit/, 1999

- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 5: Ausserkantonale Spitäler; Universitäts- und Vertragsspitaler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 6: übrige ausserkantonale Spitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Liste 7: Rehabilitationskliniken; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Mehr Selbständigkeit für die Spitäler; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Pflegeheimliste (Stand Januar 1998); www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Spitalkonzeption des Kantons Aargau (Spitalkonzeption 2005); www.ag.ch/gesundheit/, 1998
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Spitalliste für den Kanton Aargau gültig ab 1. Januar 1998; www.ag.ch/gesundheit/, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Spitalabteilung: Zahlen aus dem aargauischen Gesundheitswesen 1999; Aarau, 1999
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Konzeption für die Betagtenbetreuung im Kanton Aargau (Altersheimkonzept) 1991; Aarau, 1991
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Planungsbericht III Suchthilfe; Aarau, 1998
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: Planungsbericht Psychiatrie im Kanton Aargau 1991; Aarau, 1991
- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau: WOV Kantonsspitäler, Globalkreditvorlage, Version: 30.09.1997; non publié
- Kanton Aargau: Gesetz über den Bau, Ausbau und Betrieb sowie die Finanzierung der Spitäler und Krankenhäuser (Spitalgesetz); Vom 1. Januar 1972
- Kanton Aargau: Gesetz über die Leistung von Staatsbeiträgen an Altersheime (Altersheimgesetz AHG); Vom 1. Januar 1975
- Kanton Aargau: Gesundheitsgesetz (GesG); Vom 10. November 1987
- Kanton Aargau: Verordnung über die Beitragsleistungen des Kantons im Bereich der spitalexternen Krankenpflege (Spitexverordnung); Vom 10. Juli 1996
- Kanton Aargau: Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (V EG KVG); Vom 1. Mai 1996
- Kantonsspital Aarau: Jahresbericht 1999
- Kantonsspital Aarau: Jahresbericht 2000
- Kantonsspital Baden: Jahresbericht 1998
- Kantonsspital Baden: Statistik 1998
- Peyer Rolf E.: EDV-Einführung in der Spitex-Organisation; Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau (Hrsg.), Aarau, 1998, non publié
- Projektgruppe Spitex-Leitbild: Spitex Leitbild Kanton Aargau; Der Regierungsrat des Kantons Aargau; Aarau, 1995
- Protokoll des Grossen Rates des Kantons Aargau, Sitzung 31. März 1998, Art. Nr. 1998-0546: Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WOV), Pilotprojekt »Kantonsspitäler« für die Periode 1998-2001, Globalkreditvorlage 1998-2001, Genehmigung der Globalkreditvorlage, Bewilligung des Globalkredites und befristete Abweichung vom Finanzhaushaltsrecht; Auftrag an Regierungsrat
- Regionales Altersheim Unteres Aaretal: Leitbild Regionales Altersheim unteres Aaretal; Döttingen, 1999, non publié
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau: Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Jahr 2001; www.ag.ch/gesundheit/, 2000

- Spitex-Verband Aargau in Zusammenarbeit mit Bertasi Consulting: Finanzielle Transparenz der Leistungserbringung der Spitex-Organisationen, Auswertung für das Jahr 2000; Aarau, 2001, non publié
- Spitex-Verband Aargau und Gesundheitsdepartement Kanton Aargau: Leistungsauftrag; Aarau, 1997, non publié
- Spitex-Verband Aargau: Konzept Stichproben der Kontroll- und Schlichtungsstelle Aargau; Aarau, 1999, non publié
- Statistisches Amt Aargau: Gesundheit im Kanton Aargau, Ergebnisse der 2. Schweizer Gesundheitsbefragung 1997; www.ag.ch/staag/, 2000
- Statistisches Amt Aargau: Kantonale Durchschnittsprämien 2000/2001, Krankenpflege-Grundversicherung (mit Unfall); www.ag.ch/staag/, 2000
- Tarifvertrag zur obligatorischen Krankenversicherung zwischen dem Aargauischen Krankenkassenverband und dem Spitex-Verband Aargau gültig ab 1. Januar 1999, non publié
- Canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures**
- Altersheim Ebnet: Leitbild; Herisau, 1999, non publié
- Gemeinde Herisau: Altersleitbild für die Gemeinde Herisau, Standortbericht Mai 1993; non publié
- Gemeinde Herisau: Anhang zur Verordnung für das Altersheim Ebnet, 20. November 1984
- Gemeinde Herisau: Verordnung für das Altersheim Ebnet, 20. November 1984
- Gesundheitsdirektion Appenzell A.Rh.: Pflegeheimliste 2001; Herisau, 2000, non publié
- Gesundheitsdirektion Appenzell A.Rh.: Verzeichnis der Heime mit Betriebsbewilligung im Kanton Appenzell A.Rh.; www.appenzellerland.ch/Verwaltung/Gesundheitsdirektion
- Kanton Appenzell A.Rh.: Gesetz über die öffentliche Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) vom 12. März 2000
- Kanton Appenzell A.Rh.: Verordnung über die Unterstützung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung) vom 6. Dezember 1993
- Kanton Appenzell AR: Spitalliste des Kantons Appenzell A.Rh.; Kantonskanzlei Herisau, Amtsblatt Nr. 17, Mittwoch, 23. April 1997
- Kantonales Spital Heiden: Jahresbericht und Rechnung 1999
- Kantonales Spital Herisau: Jahresbericht 1999
- Leistungsauftrag zwischen der Gemeinde Trogen als Auftraggeberin und dem Spitex-Verein Speicher-Trogen-Wald als Auftragnehmerin, 1999, non publié
- Psychiatrische Klinik Herisau: 91. Jahresbericht 1999
- Regionalspital Heiden: 13 Jahresbericht und Rechnung 1991
- Regionalspital Herisau: Jahresbericht 1991
- Sanitätsdirektion Appenzell A.Rh.: Pflegeheimplanung 1997; non publié
- Sanitätsdirektion Appenzell A.Rh.: Spitalplanung 97, Somatische Versorgung, Psychiatrische Versorgung; Herisau, 1997
- Sanitätsdirektorenkonferenz Ostschweiz: Ostschweizer Krankenhausvereinbarung: Beiträge der Herkunftskantone, Kostenbeiträge ab 1. Januar 2000 der Herkunftskantone bei medizinisch notwendigen ausserkantonalen Spitalaufenthalten im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG; non publié
- Sanitätsdirektorenkonferenz Ostschweiz: Synopse zur Ostschweizer Krankenhausvereinbarung, Revisions-Entwurf gemäss Beschluss der SDK-O vom 8.11.99; non publié
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1997
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1998
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 1999
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Jahresbericht 2000
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Leitbild, 2000, non publié
- Spitex Kantonalverband Appenzell A.Rh.: Statuten

Spitex-Vertrag zwischen dem Kantonalverband Appenzellischer Krankenversicherer und dem Spitex Kantonalverband AR, 1997, non publié

Canton de Zurich

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Abteilung Planung: Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkrankenhäuser, Beilage zu RRB „Zürcher Spitalliste 1998“; Zürich, 1997, non publié

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1995 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1995

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1998 der Zürcher Spitäler; Zürich, 1999

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1996 der Zürcher Krankenhäuser; Zürich, 1997

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1990 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1993 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1994

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Kenndaten 1996 der psychiatrischen Krankenhäuser; Zürich, 1997

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Planungsbericht zur Zürcher Pflegeheimliste; Zürich, 1997, non publié

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Verfügung, Bezirkspital Dielsdorf (Entzug der Staatsbeitragsberechtigung); Zürich, 1997

Finanzdirektion und Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Einreichungsplan (Neueinreichung der Gesundheitsberufe); Zürich, 2001, non publié

Gemeinde Niederhasli: Altersplanung Niederhasli; 1989, non publié

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und Kantonsspital Winterthur: Leitungsorganisation (Führungsgremien des KSW); Zürich und Winterthur, September/November 1999, non publié

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Abteilung Gesundheitsversorgung: Zürcher Spitalliste 2000, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Erläuternder Bericht, Vernehmlassungsexemplar; Zürich, 2000, non publié

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Abschluss der Vernehmlassung zum neuen Gesundheitsgesetz: Neuerungen werden mehrheitlich begrüsst; Pressemitteilung vom 19. April 2000

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Aussprache mit dem Gesundheitspersonal vom 21. November 2000; Pressebericht vom 21. November 2000

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle (BAM); www.zh.ch/gd, sans date

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Erste Gesprächsrunde mit Gesundheitspersonal; www.zh.ch/gd, 2000

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Gesundheitsgesetz (Entwurf zu einem Neuerlass; Vernehmlassung); Zürich, 1999, non publié

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Globalbudgetierung für das Jahr 2000; www.zh.ch/gd/impuls, 1999

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Handbuch zum Qualitätsmanagement in der Pflege – am Beispiel der Pflegediagnostik; www.zh.ch/gd, sans date
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: inForm! Verselbständigung der kantonalen Akutspitäler; www.zh.ch/gd, sans date
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Integrierte Psychiatrie Winterthur; www.zh.ch/gd, 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Patientenrechtsgesetz (Entwurf), Schwerpunkte der Vernehmlassungsvorlage; Zürich, 2000, non publié
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Personal, Sofortmassnahmen; www.zh.ch/gd, 2001
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Pflegesituation im Kanton Zürich; www.zh.ch/gd/impuls, 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Schlussbericht Projekt LORAS; www.zh.ch/gd, 1999,
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Schwerpunkte der Revision des Gesundheitsgesetzes; Zürich, 1999, non publié
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Verfügung In Sachen Gemeinde Richterswil betreffend Rückforderung von Staatsbeiträgen für das Spital Richterswil; 1999
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich: Wenn fünf am gleichen Strick ziehen (OUTCOME); www.zh.ch/gd/impuls, 2000
- Gesundheitsdirektion Zürich: Erneut keine Mengenausweitung der Spitex-Leistungen im Kanton Zürich; Pressebericht vom 25. Oktober 2000
- Gesundheitsdirektion Zürich: Keine Mengenausweitung der Spitex-Leistungen im Kanton Zürich; Pressebericht vom 23. 08.1999
- Heimverband Schweiz: Grundsatzpapier des Heimverbandes Schweiz zur Diskussion über die Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen; Zürich, 2001, non publié
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999; Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 5, ISPMZ, Januar 1999
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Zürich: Gut - aber noch verbesserungsfähig; ISPMZ, 1999
- Kanton Zürich: Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) (vom 13. Juni 1999) FN1
- Kanton Zürich: Entwicklungsplanung Gesundheitsdirektion; Zürich, 2000, non publié
- Kanton Zürich: Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) (vom 4. November 1962) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über das Globalbudget (vom 2. Oktober 1996) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln (vom 28. Dezember 1978) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die Ärztinnen und Ärzte (vom 6. Mai 1998) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser (vom 28. Januar 1962) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patienten in staatlichen und vom Staat unterstützen Krankenhäusern (Patientenrechtverordnung) (vom 28. August 1991) FN1
- Kanton Zürich: Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege (vom 26. Februar 1968) FN1
- Kommission für die Planung von Alterswohnraum und der dazugehörigen Dienstleistungen: Altersplanung Niederhasli, Bericht an den Gemeinderat, Kommissionsarbeit vom 30. August 1989-31. Januar 1990; Niederhasli, 1991, non publié
- Meyer, Margot und Staub, Roger: Managed Care und die Spitex, Entwicklungen und Auswirkungen auf die Spitex; Spitex Verband Kanton Zürich, Zürich, 1999, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Aktivierungstherapie und Tagesheim; Küsnacht ZH, 2000, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Bestehender Stellenplan; Küsnacht ZH, 2001, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen, Richtlinien Heimverband Schweiz; Küsnacht ZH, 2001, non publié

- Pflegeheim am See Küsnacht: Informationsbroschüre Tagesheim Küsnacht; Küsnacht ZH, 1994, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Leitbild; Küsnacht ZH, 2001, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Organigramm; Küsnacht ZH, 2001, non publié
- Pflegeheim am See Küsnacht: Reglement; Küsnacht ZH, 1999, non publié
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 25. Juni 1997, 1347. Zürcher Spitalliste 1998 (Festsetzung); Zürich, 1997, non publié
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 22. Mai 1996, 1480. Krankenhäuser, Streichung von Staatsbeiträgen (Rekurs)
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Geschäftsbericht 1999, Separatauszug aus dem Geschäftsbericht des Regierungsrates des Kantons Zürich 1999, Gesundheitsdirektion; Zürich, 2000, non publié
- Regierungsrat des Kantons Zürich: Zürcher Spitalliste 1998, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkrankenhäuser; Zürich, 1997, non publié
- Santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer (Hrsg.): Vision und Leitsätze; Solothurn, sans date
- Schauplatz, Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Glarus, Schaffhausen, St. Gallen, Zürich; 19. April, 2001, Nr. 2
- Spitex Verband Kanton Zürich und Beratungsstelle für spitalexterne Dienste der Gesundheitsdirektion: Ein Leistungsrahmen für die Spitex; Zürich, 1997, non publié
- Spitex Verband Kanton Zürich: Jahresbericht 1999; Zürich, 2000, non publié
- Spitex Verband Kanton Zürich: Spitex im Kanton Zürich, Ein Überblick; Zürich, 2000, non publié
- Spitex Verband Kanton Zürich: Spitex-Finanzierung im Kanton Zürich; Zürich, 2000, non publié
- Spitex Verband Kanton Zürich: Statuten; Zürich, 1999, non publié
- Spitex Verband Kanton Zürich: Unterlagen und Arbeitshilfen; Zürich, sans date, non publié
- Spitex Vertrag zur obligatorischen Krankenversicherung zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) und dem Spitex Verband Kanton Zürich, Zürich, 2000, non publié
- Universitätsspital Zürich: Führungsstruktur, Unterlage für Direktionskonferenz vom 26.10.1998, non publié
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und dem Departement des Innern des Kantons Schwyz betreffend die Abgeltung von Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Schwyz am Universitätsspital Zürich (USZ); Zürich und Schwyz, Mai 2000, non publié
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und dem Departement des Innern des Kantons Schwyz über die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Schwyz in den Bereichen Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie und Herzschrittmacherimplantationen; Zürich und Schwyz, Februar 2000, non publié
- Vereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Sanitätsdirektion des Kantons Glarus über die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Glarus in den Bereichen Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie und Herzschrittmacherimplantationen; Zürich und Glarus, April/Mai 2001, non publié
- Verwaltungsgericht des Kantons Zürich: Entscheid der 3. Kammer, Sitzung vom 29. Januar 1998, In Sachen Stiftung Schwerpunkthospital Wädenswil betreffend Staatsbeiträge; VB.97.00025
- Verwaltungsgericht des Kantons Zürich: Entscheid der 3. Kammer, Sitzung vom 29. Oktober 1996, In Sachen Spitalverband des Bezirkes Dielsdorf betreffend Staatsbeiträge; VB.96.00101
- Canton du Tessin**
- Bonetti, Barbara et al.: La politica di promozione della salute in Ticino; Dipartimento delle opere sociali, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Bellinzona, 2000

- Cantone Ticino, Consiglio di Stato: Rapporto al Gran Consiglio sul primo aggiornamento delle linee direttive e del piano finanziario 2000-2003; Bellinzona, 2000
- Cantone Ticino: Decreto esecutivo concernente la definizione dei comprensori di attività dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) (del 17 novembre 1999)
- Cantone Ticino: Disegno di Decreto Legislativo concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausola del bisogno); Bellinzona, 2001
- Cantone Ticino: Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCMal) (del 26 giugno 1997)
- Cantone Ticino: Legge sugli ospedali pubblici (del 20 dicembre 1982)
- Cantone Ticino: Legge sull'assistenza e cura a domicilio (del 16 dicembre 1997)
- Cantone Ticino: Legge sull'assistenza e cura a domicilio (entrata in vigore il 1° gennaio 2000)
- Cantone Ticino: Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) (del 2 febbraio 1999)
- Cantone Ticino: Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) (del 18 aprile 1989)
- Cantone Ticino: Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989; modifica (del 19 dicembre 2000)
- Cantone Ticino: Proposta di nuovo Centro sociosanitario di Cevio/Someo, Conversione dell'Ospedale di zona di Cevio: consolidamento della Casa per anziani, Unità d'accoglienza per invalidi, Pronto soccorso e radiologia, Servizio di ergo- e fisioterapia, Servizio di assistenza e cura a domicilio; sans date, non publié
- Cantone Ticino: Regolamento d'applicazione della Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997, del 27 ottobre 1999
- Cantone Ticino: Regolamento di applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973
- Cantone Ticino: Rendiconto del consiglio di stato 2000, Allegato statistico; Bellinzona, sans date
- Cantone Ticino: Rendiconto del Consiglio di Stato; Bellinzona, 2000
- Cigardi, Giovanna et al.: Progetto Assistenza e cura a domicilio, Sperimentazione – L' infermiera consulente materna e pediatrica e la nuova impostazione del SACD per la valorizzazione dell'assistenza alle famiglie e all'infanzia; www.ti.ch/DOS, sans date
- Dipartimento delle opere sociali, Divisione della salute pubblica, Sezione sanitaria: Attività di promozione e di valutazione sanitaria a cura dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali, Sezione sanitaria: Promozione e valutazione sanitaria; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, prima parte; Bellinzona, 1999
- Dipartimento delle opere sociali: Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, seconda parte; Bellinzona, 2000
- Dipartimento delle opere sociali: Progetto Assistenza e cura a domicilio, TI-DOCC & MODULO RAI_HC, Dossier "cliente comune" nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio, Valutazione dei bisogni dell'utente e coordinamento degli interventi, Manuale per l'uso; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Progetto Assistenza e cura a domicilio, TI-DOCC-MI, Dossier "cliente comune" nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio, Valutazione dei bisogni dell'utente e coordinamento degli interventi per il settore della maternità e dell'infanzia, Manuale per l'uso; Bellinzona, 2001
- Dipartimento delle opere sociali: Rapporto della Commissione speciale sanitaria sul messaggio del 15 settembre 1999 concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e

- di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (clausola del bisogno); Bellinzona, 2001
- Domenighetti, Gianfranco et al.: Bilancio sullo stato di salute della popolazione del cantone Ticino (La Salute dei Ticinesi); Dipartimento delle opere sociali, Sezioni sanitaria, Bellinzona, 1995
- Forum stationäre Altersarbeit Schweiz und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Qualitätskonzept Forum/KSK, Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen gemäss KVG; Basel/Solothurn, 1999
- Forum stationäre Altersarbeit Schweiz und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Qualitätskonzept Forum/KSK, Programm zur Umsetzung des Qualitätskonzeptes Forum/KSK; Basel/Solothurn, 1999
- Gianocca, Cristina: Conto sanitario 1993; Documenti statistici 39, sezioni sanitaria – ufficio di statistica, Bellinzona, 1995
- Gruppo di pianificazione istituti di cura art. 39 LAMal del consiglio di stato: Pianificazione ospedaliera ed elenco degli stabilimenti sanitari autorizzati ad esercitare a carico dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal); Cantone Ticino, Bellinzona, 2000
- Invernitti, Carla et al.: Quanto costa restare a casa: valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio di anziani e invalidi; Aspetti statistici 12, Ufficio di statistica, Bellinzona, 1999
- Mariolini, Nicoletta: Progetto Assistenza e cura a domicilio, Sperimentazione – L'applicazione delle linee direttive per la qualità della gestione di progetti, progetto pilota; www.ti.ch/DOS, 2000
- Rapporto della Commissione speciale sanitaria del 26 ottobre 1999: Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, prima parte; www.ti.ch/DOS, 1999
- Rapporto del 24 ottobre 2000 della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, seconda parte; www.ti.ch/DOS, 2000
- Servizio cure a domicilio del Luganese (ScuDo): Consuntivo 2000; Lugano, 2001, non publié
- Villaret, Marianne et al.: Prima valutazione dell'impatto degli opuscoli informativi del DOS distribuiti a tutti i fuochi del Cantone Ticino; Informazioni statistiche 1990/10, Bellinzona
- Canton de Vaud**
- Anhorn, Philippe et al.: SANIMEDIA, Projet de l'Etat de Vaud pour une meilleure information de la population dans le domaine de la santé; Bureau d'information et de Communication de l'Etat de Vaud, Lausanne, 2000
- Bachelard, Bernard et al.: Nouvelles orientations de politique sanitaire, Construire les réseaux de soins, Priorités et objectifs pour la phase de transition; Service de la santé publique, Lausanne, 1998
- Bachelard, Bernard et al.: Nouvelles orientations de politique sanitaire, Construire les réseaux de soins, Cahier des charges en vue de la négociation d'un contrat de prestations; Service de la santé publique, Lausanne, 1998
- Canton de Vaud: Arrêté du 28 mai 1997 édictant la liste des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux (divisions C), mandatés par l'Etat pour héberger des personnes atteintes d'affections chroniques au sens de l'article 39, alinéa 3, LAMal
- Canton de Vaud, Service cantonal de recherche et d'information statistiques: Perspectives des besoins en lits hospitaliers pour le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015; Lausanne, 2000, non publié
- Canton de Vaud: Arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du Canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal)
- Canton de Vaud: Exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit d'ouvrage pour la transformation du bâtiment de la Maternité, destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV; Lausanne, 2000

- Canton de Vaud: Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique; Lausanne, 2001
- Canton de Vaud: Instruction de saisie, Reporting Version 2.1, sans date, non publié
- Canton de Vaud: Loi du 5 décembre 1967 créant un Organisme médico-social vaudois
- Canton de Vaud: Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et de réseaux de soins (mod. par la loi du 10.11. 1997)
- Canton de Vaud: Nouveautés, Reporting Version 2.1, sans date, non publié
- Canton de Vaud: Projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique
- Canton de Vaud: Règlement du 12 avril 2000 fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public
- Canton de Vaud: Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Noël Crausaz concernant la situation du personnel du CHUV et la réponse du Conseil d'Etat au rapport «surcharge et pénibilité du travail au CHUV»; Lausanne 2000
- Canton de Vaud: Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Pierre RoCHAT sur le suivi des nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS); Lausanne, 1999
- Cap Gemini, Ernst & Young: Etude de divers scenarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais, Rapport final – octobre 2000; Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, Lausanne, 2000, non publié
- Département de l'intérieur et de la santé publique, Service de la santé publique: Rapport au Conseil d'Etat du groupe de travail, liste LAMal des hôpitaux du canton de Vaud, Lausanne, 1997
- Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique: Annuaire de statistiques sanitaires du canton de Vaud; Lausanne, 2001
- Fédération Vaudoise des Assureurs-Maladie: Rapport d'activité de l'exercice 1999; Lausanne, 2000, non publié
- Fédération Vaudoise des Assureurs-Maladie: Statuts, Edition 1996; Lausanne, non publié
- Grand Conseil du Canton de Vaud, Commission d'enquête parlementaire: Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les EMS vaudois; Lausanne, 2001
- Organisme médico-social vaudois: La clientèle et les prestations des services d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud, recensement annuel des centres médico-sociaux (CMS) de novembre 1999 & Statistique mensuelle pour l'année 1999 des nouveaux dossiers des suivis post-hospitaliers et des hébergements de long séjour; Lausanne, 2000, non publié
- Organisme médico-social vaudois: Politique d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud; Lausanne, 2000, non publié
- Organisme médico-social vaudois: Programme de maintien à domicile, Conception de prise en charge Lausanne, 1987, non publié
- Organisme médico-social vaudois: Rapport annuel 1999; Lausanne, 2000, non publié
- Canton de Bâle-Ville**
- Bericht der Fachkommission Richtplan Alter: Alt werden in Basel-Stadt, Grundlagen für die Gestaltung der Alterspolitik im Kanton Basel-Stadt; Sanitätsdepartement des Kanton Basel-Stadt, Amt für Alterspflege, Basel, 1998, non publié
- Biedermann, Daniel: Von der Verwaltungsabteilung zum modernen Dienstleistungsbetrieb; Kantonsspital Basel, sans date, non publié
- Fasnacht, René et al.: Spitex in Basel, Zehn Jahre Organisationsentwicklung, Chronik und Analyse 1988-1998; Spitex Basel, 1998
- Jacobs Schmid, Inge: Migration und Spitex; Fachhochschule für Soziale Arbeit beider Basel, 2001
- Kanton Basel-Stadt: Beschluss des Regierungsrates betreffend Liste der Pflegeheime für den Kanton Basel-Stadt, Vom 12. Dezember 1995

- Kanton Basel-Stadt: Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV), Vom 15. November 1989
- Kanton Basel-Stadt: Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 1998, Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote; Basel, 1997, non publié
- Kanton Basel-Stadt: Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO), Vom 7. November 1995
- Kanton Basel-Stadt: Vertrag zwischen dem Kantonalverband der Hauspflege und Gemeindefrankenpflege Basel-Stadt einerseits und dem Kanton Basel-Stadt andererseits betreffend die Subventionierung der Hauspflege und der Gemeindefrankenpflege im Kanton Basel-Stadt in den Jahren 1994-1998, Vom 10. November 1993
- Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Erläuterung der Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Spitalplanung, zur Restrukturierung des Spitalangebots und zu den Spitallisten; Basel und Liestal, 1997, non publié
- Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft: Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Januar 1998, Somatische Akutmedizin; Basel und Liestal, 1997, non publié
- Kantonsspital Basel: Kantonsspital Basel 2000: Steigerung des Ertrages und verstärkte Zentrumsfunktion; Mediencommuniqué vom 9.4.2001
- Kantonsspital Basel: Zukunft KBS; Basel, 2001, non publié
- Medizinische Gesellschaft Basel: Leitbild. Die Visionen der MedGes für die Zukunft; Basel, 1999, non publié
- Medizinische Gesellschaft Basel: Verbandspolitik. Langfristige Ziele und Aufgaben der MedGes und Richtlinien für deren Verwirklichung; Basel, 1999, non publié
- Osswald, Beat: Die Kennzahlen im Überblick; Kantonsspital Basel, sans date, non publié
- Sanitätsdepartement Basel-Stadt: Psychiatriekonzept, Leitbild für die Psychiatriereform im Kanton Basel-Stadt; Basel, 1990
- Spitex Basel-Stadt: Austrittsplanung zwischen Spitex Basel und Felix-Platter-Spital; Medienorientierung vom 8. Mai 2001, Basel
- Spitex Basel-Stadt: Geschäftsbericht 2000; Basel, 2001, non publié
- Spitex Basel-Stadt: Jahresbericht 1996; Basel, 1997, non publié
- Spitex Basel-Stadt: Kritische Erfolgsfaktoren/KEF der Spitex Basel; Basel, 2000, non publié
- Spitex Basel-Stadt: Leitlinien für die Zukunft von Spitex in Basel; Basel, 1996
- Verband der Alters- und Pflegeheime Basel-Stadt; www.VAP-bs.ch, sans date
- Canton de Genève**
- Association des Médecins du canton de Genève: L'AMG, à votre service; Genève, sans date
- Canton de Genève: Arrêté déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 15 décembre 1997
- Canton de Genève: Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 29 mai 1997
- Canton de Genève: Loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires du 30 mars 1995
- Canton de Genève: Loi relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux du 18 décembre 1992
- Canton de Genève: Loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées du 3 octobre 1997
- Canton de Genève: Loi sur l'aide à domicile du 16 février 1992
- Canton de Genève: Loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980
- Canton de Genève: Loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968

- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001) et projet de résolution relative à la planification sanitaire (1998-2001); Genève, 1997
- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'évaluation des effets de la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées; Genève, 1999
- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion de Mmes et MM. Micheline Spoerri, Janine Berberat, Claude Howald, Geneviève Mottet-Durand, Bernard Annen et Olivier Vaucher pour des prestations sociales coordonnées et répondant aux besoins de la population genevois; Genève, 2000
- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion de Mmes et MM. Esther Alder, Loiza Mottaz, Jean-Pierre Restellini, Anne Briol, Véronique Pürro, Christine Sayegh, Jacqueline Cogne, Loly Bolay, Jeannine de Haller, Gilles Godinat, Roger Beer, Jean-Marc Odie, Marie-Françoise de Tassigny, Luc Barthassat et Philippe Glatz demandant l'ouverture rapide de lieux d'accueil en faveur des toxicomanes; Genève, 2001
- Canton de Genève: Rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le deuxième rapport d'évaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile; Genève, 2000
- Canton de Genève: Site internet aide à domicile; www.ge.ch/social/Aide_domicile, sans date
- Cap Gemini, Ernst & Young: Etude d'impact relative à la mise en application du TarMed dans le Canton de Genève; Genève, 2000
- Dayer, Pierre et al.: Situation de la Psychiatrie adulte à Genève; Rapport de la commission d'experts, Genève, 2000
- Gilliand, Pierre et al.: Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois; Les cahiers de la santé, Département de l'action sociale et de la santé, Genève, 1996
- Hôpitaux universitaires de Genève: Contrôle et analyse de gestion, Tableaux de bord HUG 2001; Genève, 2001
- Hôpitaux universitaires de Genève: Projet en cours; www.hug-ge.ch/Internet/projets, 1999
- Hôpitaux universitaires de Genève: Rapport d'activité 1999; Genève, 2000
- Reffet, Agnès et al.: Hôpitaux universitaires de Genève; Genève, 1995
- Rougemont, André et al.: Planification qualitative du système de santé genevois, Rapport 1: Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé; Les cahiers de la santé, Département de l'action sociale et de la santé, Genève, 1998
- Rougemont, André et al.: Planification qualitative du système de santé genevois, Rapport 2: La santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS; Les cahiers de la santé, Département de l' action sociale et de la santé, Genève, 1998
- Sanesco: Evaluation des projets de service, Présentation des résultats; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, 2001
- Wanner, Philippe et al.: La santé des genevois; Les cahiers de la santé, Direction de la santé publique, Genève, 1993

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleich- gewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): 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. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/00	EDMZ * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. (Analyse des effets de la LAMal).N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	EDMZ * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OCFIM* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	EDMZ * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	EDMZ * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OCFIM* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	EDMZ * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht: Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	EDMZ * 318.010.9/01 d
Forschungsbericht: Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politikforschung und Beratung: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Nr. 10/01	EDMZ * 318.010.10/01 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich (2001): Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Nr. 11/01	EDMZ * 318.010.11/01 d

- | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 12/01	EDMZ * 318.010.12/01 d
Forschungsbericht: Haari, Roland, Schilling, Karl: Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 13/01	EDMZ * 318.010.13/01 d
Forschungsbericht: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 14/01	EDMZ * 318.010.14/01 d
Rapport de recherche: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux (Analyse des effets de la LAMal). N° 14/01	EDMZ * 318.010.14/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01	EDMZ * 318.010.15/01 d
Rapport de recherche: Haari, Roland et al. : Différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse des politiques cantonales.(Analyse des effets de la LAMal). N° 15/01	OCFIM * 318.010.15/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. Materialband.(Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01.1	EDMZ * 318.010. 15/01.1 d
Forschungsbericht: Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Nr. 16/01	EDMZ * 318.010.16/01 d
Rapport de recherche: Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse. N° 16/01	EDMZ * 318.010.16/01 f
Ausschuss Realzins der Eidg. Kommission für berufliche Vorsorge: Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Hauptbericht: Über die Möglichkeit, bei den Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen auf Real- statt Nominalzinsen abzustellen. Ergänzender Bericht: Über den Aspekt der Lebensversicherer im Problemkreis Minimalzinsvorschriften gemäss BVG. Nr. 17/01	EDMZ * 318.010.17/01 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Sous-commission taux d'intérêt réel de la Commission fédéral de la prévoyance-professionnelle: Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport principal: sur la possibilité de se fonder sur les taux d'intérêts réels et non sur les taux nominaux pour fixer les prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport complémentaire: sur l'aspect de la problématique de la réglementation du taux d'intérêts minimal LPP du point de vue des assureurs-vie. N° 17/01	EDMZ * 318.010.17/01 f
Forschungsbericht: Annemarie Schiffbänker, Monika Thenner, Herwig Immervoll: Familienlastenausgleich im internationalen Vergleich. Eine Literaturstudie. Nr. 1/02	EDMZ * 318.010.1/02 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna