

Dossier

La LAMal a six ans – synthèse de l'analyse des effets

Prévoyance

Couverture insuffisante des caisses de pension

Politique sociale

Publication de la jurisprudence en matière
d'assurance sociale

Sécurité sociale

CHSS 1/2002

*Sécurité
sociale*

BSV / /
OFAS / /
UFAS / /

Sommaire Sécurité sociale CHSS 1/2002

Chronique décembre 2001/janvier 2002	2
--------------------------------------	---

Mosaïque	4
----------	---

Dossier

La LAMal a six ans : la solidarité et les soins sont garantis, mais les coûts restent à maîtriser	5
--	----------

Dans quelle mesure les objectifs visés par la LAMal ont-ils été atteints ? (Andreas Balthasar, Institut Interface)	6
--	---

Planification, réalisation et suivi d'un projet d'évaluation (Martin Wicki, OFAS)	10
---	----

Analyses des effets n° 14 et 15/01 : Comment s'expliquent les différences intercantionales des coûts de la santé (Roland Haari, COPLAN ; Christian Rüefli et Adrian Vatter, Bureau Vatter)	14
--	----

Analyse des effets n° 12/01 : Prestations LAMal : des remboursements à géométrie variable (Daniel Hornung, Bureau d'études économiques régionales)	17
--	----

Les propositions des experts et l'appréciation de l'OFAS (Daniel Wiedmer, OFAS)	20
---	----

Des économistes de la santé commentent :	
– Willy Oggier, Zurich	23
– Gianfranco Domenighetti, Bellinzona	25

Prévoyance

Prévoyance professionnelle : Placements des institutions de prévoyance et pertes sur les cours (Rinaldo Gadola, OFAS ; Markus Lustenberger, autorités cantonales de surveillance ; Daniel Dürr et Beat Christen, Fonds de garantie LPP)	27
---	----

Chiffres récents concernant l'AVS (Nicolas Eschmann, OFAS)	32
--	----

Santé publique

2 ^e révision de la LAMal : état de la discussion devant le Conseil des Etats (Christophe Guye, OFAS)	36
---	----

Statistique 2000 de l'assurance-maladie (Herbert Känzig et Paul Camenzind, OFAS)	38
--	----

Politique sociale

Nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons et sécurité sociale (Michel Valterio, OFAS)	42
---	----

L'OFAS se met au régime «fit» (Markus Buri et Jürg Brechbühl, OFAS)	46
---	----

Allocations familiales cantonales au 1 ^{er} janvier 2002 (COF, OFAS)	51
---	----

Publication de la jurisprudence en matière d'assurances sociales (Florence Aubry Girardin, TF)	52
--	----

Parlement

Interventions parlementaires	56
------------------------------	----

Législation : les projets du Conseil fédéral	60
--	----

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	61
---------------------------------------	----

Statistique des assurances sociales	62
-------------------------------------	----

Livres et sites	64
-----------------	----

Notre adresse Internet :

www.ofas.admin.ch

Pour que toutes les potentialités de la LAMal se réalisent



Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

S'il y a un mot qui ne laisse personne indifférent dans le débat politique, c'est bien celui de LAMal. La plus jeune des assurances sociales est entrée dans sa septième année. Le rapport de synthèse des experts – qui ont tiré un premier bilan globalement positif de la LAMal – a confirmé que la maîtrise des coûts reste le point faible de l'assurance de base. C'est une réalité qu'il faut reconnaître dans un marché qui est dominé par l'offre : les prix sont restés stables, mais le volume des prestations fournies a augmenté pour différentes raisons liées aussi à l'augmentation de la qualité de vie (il s'agit là d'un phénomène caractéristique des pays riches, dont témoignent entre autres l'amélioration des soins et l'augmentation de l'espérance de vie). J'ajouterai qu'il était illusoire de croire que l'on pouvait concilier sans problèmes un système accordant une grande liberté aux partenaires et la garantie publique d'un financement solidaire et d'une offre sanitaire digne d'un pays riche.

Mais la LAMal a des points forts mis en évidence avec vigueur par l'analyse des experts. La LAMal a permis de combler les principales lacunes en matière de prestations : elle garantit à tous les assurés l'accès à des soins de qualité. La solidarité entre les jeunes et les vieux, les malades et les bien-portants a été renforcée grâce à l'obligation de s'assurer, la prime unique et le libre passage intégral. La LAMal constitue un vrai progrès social dans le domaine de l'accès aux soins médicaux. C'est la raison

qui m'a poussée à me battre afin que cette loi puisse être approuvée en votation populaire en 1994. C'est la raison principale pour laquelle je continue à me battre pour défendre les conquêtes de cette loi contre toutes les tentatives visant à priver des malades des soins nécessaires et à miner la solidarité.

Pour mieux maîtriser les coûts, nous ne devons pas rationner les prestations, mais en rationaliser l'application, en demandant par exemple un second avis au médecin-conseil de l'assureur. De plus, le recours aux modèles alternatifs d'assurance (HMO, médecin de famille) doit être renforcé à travers une amélioration des conditions-cadre liées à ces modèles. Il faut donc certes poursuivre sur la difficile voie du contrôle des coûts, mais nous devons aussi trouver des mesures pour rendre plus social le système de financement, qui pénalise surtout les revenus moyens et les familles. La fixation d'un objectif social – qui propose de limiter la charge des primes à 8% du revenu imposable – est un pas dans la bonne direction.

Pour maîtriser les coûts, il faut que tous les partenaires assument leurs responsabilités. En ce qui me concerne, je continuerai à me battre pour que tous les assurés aient accès aux soins et à m'opposer à une médecine à deux vitesses. Je lutterai pour la solidarité entre malades et bien-portants et pour un système de soins de qualité, offrant une grande sécurité.

Le Conseil national a adopté la révision de la LACI

Le Conseil national a longuement débattu de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-chômage le 12 décembre 2001 (voir CHSS 2/2001 p.96, 4/2001 p.170 et 6/2001 p.306). Au vote d'ensemble, le projet a été adopté à une courte majorité, soit 32 voix contre 22, et 72 abstentions. Le projet passe maintenant au Conseil des Etats pour l'élimination des divergences. Les points suivants sont encore litigieux :

- **Cotisation de solidarité:** Le Conseil national a décidé de ne pas supprimer complètement la ponction sur les salaires compris entre 106 800 et 267 000 francs, comme l'avait décidé le Conseil des Etats, mais de ramener de 2 à 1% le taux de cotisation comme l'avait prévu le Conseil fédéral.
- **Durée d'indemnisation:** La Chambre haute a décidé que le Conseil fédéral pourrait prolonger de 120 jours la durée de perception des indemnités – actuellement 400 jours – dans les cantons aux prises avec un taux de chômage élevé.
- **Mesures du marché du travail:** Le Conseil national a décidé que le fonds de compensation de l'assurance-chômage devait contribuer à hauteur de 80% et les cantons de 20% aux mesures du marché du travail destinées aux chômeurs en fin de droit de plus de 55 ans.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) qui siégeait le 22 janvier, a décidé, par 10 voix contre 3, de s'en tenir à la décision du Conseil des Etats de supprimer totalement la cotisation de solidarité (voir CHSS 4/2001 p.170). La CSSS-E a en outre demandé au plénum, par 11 voix contre 2, de renoncer à accorder au Conseil fédéral la compétence de prolonger le droit aux indemnités journalières.

4^e révision de l'AI au Conseil national

Après un débat nourri, le Conseil national a, le 13 décembre, approuvé par 112 voix contre 1, et 21 abstentions, la 4^e révision de l'assurance-invalidité. Le premier objectif visé par cette révision est l'assainissement des finances de l'AI, et le deuxième, l'introduction d'une allocation d'assistance qui doit permettre aux personnes handicapées d'accroître leur autonomie (voir CHSS 4/2000). Sur le fond, le concept du Conseil fédéral a été approuvé par tous les partis. Les décisions du Conseil national :

- **Allocation d'assistance**
 - Cette allocation s'élève à 20% de la rente de vieillesse maximale, soit 412 francs, lorsque le besoin d'assistance est limité, à 50%, soit 1030 francs, lorsque le besoin d'assistance est moyen et à 80%, soit 1646 francs, lorsque le besoin d'assistance est étendu.
 - Les mineurs lourdement handicapés reçoivent un supplément pour soins intensifs de 309 francs par mois pour une assistance de 4 heures au moins par jour, 618 francs pour 6 heures au moins et 927 francs pour 8 heures au moins (autrement dit 15, 30 et 45% de la rente de vieillesse maximale).
 - Les personnes le plus lourdement handicapées qui vivent à domicile peuvent toucher des prestations complémentaires pouvant aller jusqu'à 90 000 francs par an.
- **Mesures d'assainissement**
 - Transfert de 1,5 milliard de francs du fonds des APG à l'AI.
 - Relèvement de la TVA de 1% en faveur de l'AI (sans qu'une part soit affectée à la caisse fédérale).
 - Suppression de la rente complémentaire en faveur du conjoint

non handicapé d'une personne bénéficiaire d'une rente (toute personne nécessitant une aide peut demander une allocation d'assistance).

- **Services médicaux régionaux:** Le Conseil a approuvé par 105 voix contre 31 la création de ces services qui devraient garantir que l'examen du droit à la rente se déroule de la même manière partout en Suisse.

Deux autres modifications adoptées par le Conseil ne faisaient pas partie du projet présenté par le Conseil fédéral:

- **Affinement de l'échelonnement des rentes:** Désormais il y aura aussi des trois-quarts de rente (il n'y avait jusqu'ici que des rentes entières, des demi-rentes et des quarts de rente) qui sont allouées à partir d'un taux d'invalidité de 60%, une rente entière étant versée à partir d'un taux de 70% (adopté par 93 voix contre 73). Une disposition particulière prévoit que la garantie des droits acquis s'applique aux assurés de plus de 50 ans présentant un taux d'invalidité de 66 2/3 à 69%, actuellement au bénéfice d'une rente entière (adopté par 95 voix contre 71).
- **Contrôle de gestion des offices AI:** La gestion de ces organes d'application de l'AI ne sera plus contrôlée par l'OFAS, mais par des experts indépendants, une fois par an.

TARMED: plus prêt du but

Le 13 décembre 2001, la Chambre médicale suisse, composée de 200 délégués de la Fédération des médecins suisses (FMH), a approuvé par 124 voix contre 29 le tarif à l'acte pour les hôpitaux et les cabinets médicaux TARMED applicable à toute la Suisse. Mais la voie n'est pas encore libre. La Chambre médicale a décidé d'organiser auprès des

quelque 29 000 membres de la FMH une votation générale dont le résultat devrait être connu à la fin mars 2002.

Révision de l'imposition des familles

Lors de sa séance du 17 décembre 2001, la Commission de l'économie et des redevances du Conseil des Etats (CER-E) a examiné deux volets du train de mesures fiscales 2001. S'agissant de l'imposition du couple et de la famille, la CER-E propose de suivre le Conseil fédéral et le Conseil national et d'opter pour le modèle de «splitting partiel». Ce dernier prévoit, comme le système actuel, l'imposition commune des personnes mariées en tant qu'unité économique, les revenus des époux étant additionnés puis divisés par 1,9 pour le calcul du taux de l'impôt (d'autres informations à ce sujet dans CHSS 4/2001 p.178). La commission espère pouvoir terminer la discussion par articles lors de sa séance du 21 février.

Lutte contre le travail au noir

Le 16 janvier, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet de loi prévoyant diverses mesures destinées à rendre le travail au noir moins attrayant, notamment en renforçant les contrôles et les sanctions. Le travail au noir est un phénomène grave et préjudiciable. Il est à l'origine de nombreux problèmes: absence de protection des travailleurs, distorsions de la concurrence, pertes de recettes pour l'administration fiscale et les assurances sociales, etc.

Afin de combler ces lacunes, le projet comporte les quatre catégories de mesures suivantes:

- simplifier les démarches auprès des assurances sociales pour faci-

ter l'annonce et le décompte en cas d'activités économiques de portée limitée (travaux domestiques, activités occasionnelles ou très réduites);

- obliger les cantons à désigner un service cantonal ou une commission cantonale de contrôle, avec possibilité d'intégrer les partenaires sociaux, accroître les compétences de ces organes de contrôle;
- mettre en réseau les données administratives et imposer la transmission des résultats des contrôles d'employeurs;
- renforcer les sanctions dans le domaine du droit des étrangers et des assurances sociales et créer une nouvelle sanction: l'exclusion des procédures d'adjudication de marchés publics.

Dans un deuxième temps, une campagne d'information sera organisée pour sensibiliser les acteurs économiques concernés.

11^e révision de l'AVS

Le 21 janvier, la CSSS du Conseil des Etats a entamé la discussion par articles de la 11^e révision de l'AVS qu'elle doit poursuivre à l'occasion de sa séance du 12 février. Le Conseil national a traité le projet lors de sa session extraordinaire de mai 2001 (voir CHSS 3/2001 p. 137).

Frais d'hospitalisation en division privée ou semi-privée

Les cantons doivent prendre en charge une part des frais hospitaliers en division privée ou semi-privée. Ainsi en a décidé le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 30 novembre 2001. Les cantons devraient déboursier quelque 700 millions de francs par an. Lors de sa

séance du 22 janvier, la CSSS du Conseil des Etats a cherché à amortir le choc. Le président de la Commission, Bruno Frick (PDC/SZ), a déclaré à la presse que la LAMal était pourtant claire dès le début et que les cantons ne sont pas «victimes d'une mauvaise surprise».

La commission hésite entre une mise en vigueur anticipée de la partie de la révision de la LAMal consacrée au financement des hôpitaux et une réglementation provisoire sous la forme d'un arrêté fédéral urgent, deux solutions qu'elle étudie soigneusement en collaborant avec la CSSS du Conseil national.

Les cantons ont fait valoir que la charge financière supplémentaire ne serait pas supportable dans un délai si court. Ils ont proposé de verser dès cette année 60% du tarif en division commune, ce qui leur coûterait 300 millions de francs par année. La CSSS du Conseil des Etats voudrait régler la situation entre les cantons et les caisses au plus vite. D'après M. Frick, l'arrêté fédéral urgent pourrait être adopté par les deux Chambres à la séance de printemps déjà. Si le financement des hôpitaux est séparé de la révision de la LAMal, la procédure prendra plus de temps.

Cotisations LPP et LAA des chômeurs

Les personnes qui reçoivent des indemnités de chômage sont obligatoirement assurées contre les accidents non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Le taux de cotisation est de 2,94 % ou de 2,33 % (lorsque la personne accomplit une «mesure du marché du travail»). Les chômeurs sont aussi assurés à la prévoyance professionnelle (LPP), mais uniquement pour les risques de décès et d'invalidité. Un nouveau taux de cotisation est en vigueur depuis le début de l'année 2002. Il s'élève à 2,2 % pour tous les assurés (jusqu'à là, le taux appliqué pour les personnes de plus de 55 ans était moins élevé). Les caisses de chômage prélèvent directement sur les indemnités journalières les cotisations LAA ainsi que les cotisations LPP. La modification du taux n'est pas indiquée dans l'article sur les modifications intervenant dans les assurances sociales publié dans *Sécurité sociale* 6/2002 (p. 345), car la décision a été prise après clôture du délai de rédaction.

Taux d'intérêt minimal LPP : maintien du taux nominal

Dans la prévoyance professionnelle minimale obligatoire, l'avoir de vieillesse comprend les bonifications de vieillesse – essentiellement des cotisations perçues sur le salaire dont le montant est calculé chaque année –, auxquelles viennent s'ajouter des intérêts. Le Conseil fédéral fixe le taux d'intérêt minimal en se fondant sur les possibilités de placement des institutions de prévoyance. Depuis l'introduction du régime obligatoire, le 1^{er} janvier 1985, ce taux est resté fixé à 4 %. La fixation du niveau de l'intérêt, qui sert avant tout à prévenir une dévalorisation

du capital, joue un rôle très important. Etant donné l'évolution défavorable des marchés financiers ces derniers temps, un abaissement du taux minimal LPP a été demandé par certains milieux.

Une sous-commission de la Commission fédérale LPP a élaboré un rapport sur ce thème. La sous-commission a étudié, à l'intention de la Commission, s'il était possible de rémunérer les avoirs de vieillesse en appliquant un taux réel et non plus un taux nominal. L'analyse aboutit à la conclusion qu'il n'est pas possible d'adopter une prescription imposant un intérêt réel strictement lié à des grandeurs économiques. En fin de compte, une autre procédure est proposée. Celle-ci permettrait, tout en gardant comme référence le taux d'intérêt nominal, d'adapter plus souplessement le niveau du taux d'intérêt.

L'OFAS réexamine le taux d'intérêt minimal selon la procédure proposée. Si nécessaire, une recommandation concernant une modification du taux est adressée à la Commission LPP, dont la composition est paritaire. La décision finale appartient au Conseil fédéral.

«Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance» (318.010.17/01 f). Commande: OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne; www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

L'OCFIM change de nom

Pour commander des publications de l'administration fédérale, il fallait jusqu'ici s'adresser à l'OCFIM (EDMZ en allemand). Ce sigle jouissait ainsi d'une certaine notoriété. La direction de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL) a cependant décidé de modifier l'appellation. Depuis janvier 2002, les commandes doivent être envoyées à une nouvelle adresse: **OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne**. Deux raisons sont à l'origine

de ce changement: d'une part, dans le cadre de la réforme de l'administration, l'ancien OCFIM a été intégré à l'OFCL et, d'autre part, le sigle OCFIM ne correspond plus aux structures actuelles. Seule la diffusion d'imprimés relève désormais de cette unité, et l'administration fédérale nomme les services d'après leur fonction.

Des changements ont aussi eu lieu en ce qui concerne Internet. Le site Web www.admin.ch/edmz, où se faisaient les commandes des publications fédérales, a été intégré à celui de l'OFCL. Voici la nouvelle adresse pour les commandes par Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen, vers laquelle sont déviés les sites www.ocfim.ch/ et www.edmz.ch, connus et faciles à mémoriser. Les adresses www.publicationsfederales.ch et www.bundespublikationen.ch, réservées par l'OFCL, servent aussi à transmettre les commandes des publications fédérales.

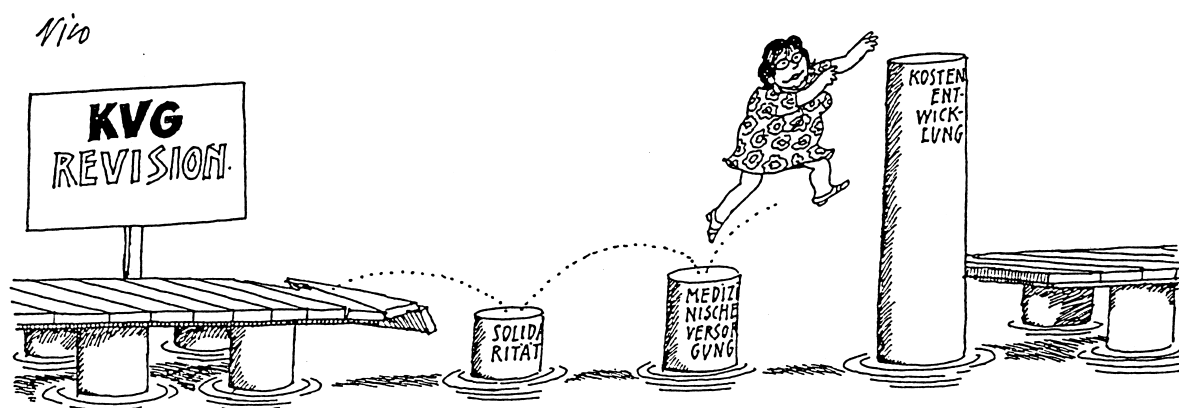
Un médiateur pour les assurés LAA

La Fondation Ombudsman de l'assurance privée a été créée il y a trente ans par l'Association suisse d'assurances. Jusqu'ici, cet organe de médiation ne traitait que les cas relevant de l'assurance privée et n'était pas compétent pour l'assurance-accidents obligatoire. Cette lacune a été comblée. La CNA/SUVA, qui est le plus grand assureur-accidents, est en effet entrée dans la Fondation. Les assurés LAA ont donc eux aussi la possibilité de solliciter le service de médiation.

Voici l'adresse: Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva, Lili Nabholz-Haidegger, Kappeler-gasse 15, 8022 Zurich; e-mail: help@versicherungsombudsman.ch; Internet: www.versicherungsombudsman.ch (site aussi en français).

La LAMal a six ans – synthèse de l'analyse des effets

La solidarité et les soins sont garantis, mais les coûts restent à maîtriser



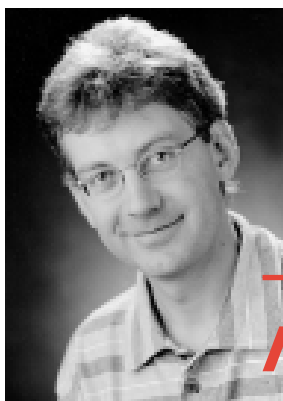
Dessin de Nico, paru dans le Tages-Anzeiger, Zurich, le 18 décembre 2001

Les trois arguments des partisans de la loi sur l'assurance-maladie sociale et obligatoire étaient les suivants: la loi accroîtrait la solidarité, comblerait les lacunes en matière de prestations et freinerait les coûts. Il n'est pas difficile de conclure des discussions sans fin sur l'assurance-maladie et notre système global de santé que la loi n'a que partiellement tenu ses promesses. Pourtant, l'analyse des effets, voulue par le législateur, dont le rapport de synthèse a été présenté le 17 décembre 2001, donne une image plutôt positive des résultats atteints. Le principal point noir confirmé par ce rapport reste celui des coûts à la charge de l'assurance-maladie. Les possibilités de maîtrise des coûts n'ont pas encore été suffisamment exploitées. Un inventaire en a été établi ainsi qu'un plan d'action à court et moyen terme.

Analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie

Dans quelle mesure les objectifs visés par la LAMal ont-ils été atteints ?

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a eu pour effet de réformer globalement le système suisse de l'assurance-maladie. Au vu de l'importance sociale des nouveautés introduites et des nombreuses incertitudes liées à l'évolution à venir, l'obligation d'un contrôle scientifique des effets de la nouvelle loi a été inscrite dans l'ordonnance correspondante. C'est sur cette base que des experts extérieurs à l'administration ont mené entre 1997 et 2001 environ 25 études (évaluations) analysant les effets de la LAMal. Les résultats de ces travaux sont résumés ci-dessous.¹



Andreas Balthasar

Institut d'études politiques Interface,
Lucerne
balthasar@interface-politikstudien.ch

La LAMal et, dans son sillage, l'assurance obligatoire des soins visaient trois objectifs: d'abord, renforcer la solidarité entre les assurés, ensuite, assurer une offre de soins de haute qualité, enfin, freiner l'évolution des coûts.

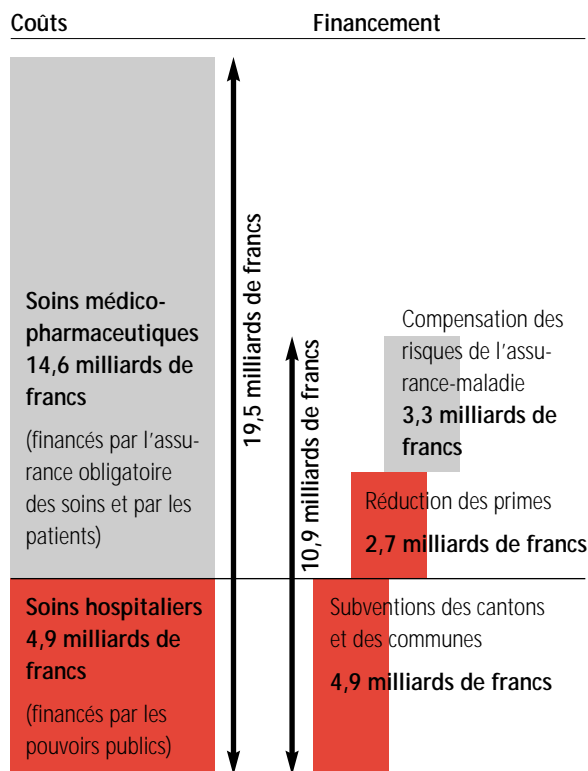
Solidarité

S'agissant du premier objectif, à savoir une *solidarité accrue* entre les assurés jeunes et âgés, en bonne santé et malades, riches et pauvres, les évaluations effectuées par les experts mettent en évidence que l'introduction de la LAMal a permis de remédier à un certain nombre de carences inhérentes à l'ancienne loi. Différents éléments ont contribué à ce succès: le caractère obliga-

toire de l'assurance, le libre passage intégral, l'uniformité de la prime au sein d'une même compagnie d'assurance et d'une région, la compensation des risques et, enfin, le système des réductions de primes au bénéfice de personnes de condition modeste. Si l'on met les divers éléments mesurables de la solidarité en regard des dépenses des assurés, on constate que l'expression directe de la solidarité dans l'assurance-maladie représente environ la moitié des coûts (**fig. 1**).

Ce calcul, il est vrai, ne tient pas compte de toutes les redistributions qui ont lieu dans le domaine de la santé publique.² Cependant, il est évident que les moyens utilisés pour financer les différentes formes de solidarité dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire repré-

Eléments mesurables de la solidarité dans la loi sur l'assurance-maladie obligatoire (1997) 1



Source: Bandi, Till (1999): «Politique des risques, compensation des coûts et solidarité dans l'assurance-maladie» dans: Sécurité sociale 2/1999, Berne, p. 70.

sentent des sommes considérables. Même si aucune valeur cible n'a été définie, on peut estimer que l'objectif en matière de solidarité a été atteint. Il n'en demeure pas moins, et la chose est préoccupante, qu'en raison de la forte croissance des coûts de la santé, le subventionnement des primes ne permettra plus, dans un nombre grandissant de cantons, de rendre la charge représentée par ces dernières financièrement supportable pour tous les assurés.

Les experts chargés de l'analyse des effets critiquent notamment la manière dont certains cantons ont appliqué la loi. Ils estiment en outre que l'information des assurés quant à leur droit de bénéficier d'une réduction de primes est parfois insuffisante. De plus, si la compensation des risques a permis de diminuer la sélection des risques par les assureurs, elle n'a toutefois pas réussi à écarter totalement cette pratique. Les mesures destinées à garantir la solidarité posent également un problème, car elles modifient obligatoirement les incitations économiques visant les assurés, les assureurs et les fournisseurs de prestations. A cet égard, la question se pose de savoir si l'extension de la compensation des risques ne contribue pas à réduire la concurrence entre les assureurs et si cette mesure ne présage pas, à plus long terme, de l'institution d'une caisse unique. Il n'est pas exclu non plus que le système de réduction de primes ait un impact sur la motivation des assurés à opter pour un assureur plus avantageux ou un modèle d'assurance moins onéreux. Les analyses des effets soulignent l'importance de veiller, en cas de propositions de modification, à ce que soient respectés les objectifs de solidarité et de concurrentialité visés par la LAMal.

Soins médicaux de haute qualité

En ce qui concerne le deuxième objectif, à savoir une *offre de soins médicaux de qualité* pour l'ensemble de la population, les experts estiment que la LAMal a permis de combler d'importantes lacunes. Ils mentionnent en particulier les soins prodigués à domicile et dans les établissements médico-sociaux, ainsi que le remboursement illimité des prestations en cas d'hospitalisation. Même en comparaison internationale, l'étendue des prestations peut aujourd'hui être considérée comme

complète et les assurés ont la garantie de pouvoir y accéder. L'analyse des effets a cependant relevé qu'en règle générale, la Commission fédérale des prestations (CFP) accordait trop peu d'importance aux implications financières de ses décisions. Les experts ont constaté que les coûts découlant des prestations qu'elle traite ne peuvent pas être évalués de manière détaillée. Mais leurs études mettent aussi en évidence le fait que de toute manière, les prestations acceptées par la CFP ne contribuent que pour un pourcentage minime à

De manière générale, la Commission fédérale des prestations (CFP) accorde trop peu d'importance aux implications financières de ses décisions.

l'évolution annuelle des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire. Il est donc hors de propos d'évoquer à ce sujet une influence décisive sur la progression des coûts.

Les spécialistes recommandent toutefois de procéder dorénavant à une estimation plus systématique des coûts engendrés par les décisions du Département fédéral de l'intérieur et de suivre leur progression. Leurs études ont par ailleurs démontré qu'en matière de santé publique, la garantie de la qualité est encore peu développée. Enfin, ils ont observé que l'intégration de prestations de médecine préventive dans l'assurance obligatoire des soins a amené certains cantons à ne plus financer de campagnes, ce qui n'a pas été sans conséquence sur la diffusion des mesures préventives.

Evolution des coûts

Le troisième objectif principal de la LAMal est de *maîtriser l'évolution des coûts*. A cet égard, les experts estiment que la loi n'a pas eu les répercussions escomptées. Les analyses à disposition n'ont pas véritablement permis d'établir de lien de cause à effet entre la loi sur l'assurance-maladie et l'évolution globale des coûts de la santé (Greppi et al. 2000³). Le taux de l'augmentation a été légèrement en deçà de la moyenne des quatre années précédentes, mais nettement au-delà de la hausse annuelle moyenne du coût de la vie ou de celle des salaires réels.

La hausse des coûts a été particulièrement marquée dans les secteurs des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex. S'agissant de ces deux der-

1 Le résumé qui suit se fonde sur le rapport de synthèse «Analyse des effets de la LAMal», publié par l'Office fédéral des assurances sociales, OFCL, diffusion des publications, 318.010.10/16/01 f; voir liste des projets à la page 12 de ce numéro.

2 Par exemple, il ne tient pas compte de deux faits : d'une part, les assurés ayant choisi une forme particulière d'assurance ont financé en plus de la compensation des risques, 1 milliard de francs environ sur les coûts des assurés ayant pris une franchise ordinaire; d'autre part, les assurés ayant opté pour des assurances complémentaires ne bénéficient pas de la participation des cantons à leurs frais d'hospitalisation.

3 Voir vue d'ensemble des projets, page 12, projet 5/00.

niers secteurs, les experts estiment qu'il s'agit là d'un effet décalé de l'introduction de la LAMal et que le phénomène ne manquera pas de se stabiliser ces prochaines années. En revanche, l'augmentation des coûts des médicaments et des traitements ambulatoires en milieu hospitalier va s'accroître.

Pour les médicaments, l'augmentation résulte d'une augmentation de volume, les prix ayant eu tendance à baisser, tandis que pour les prestations hospitalières ambulatoires, le phénomène s'explique par un transfert des soins du secteur hospitalier au sens strict vers le secteur ambulatoire. Si l'on ne tient pas compte des effets dus à l'introduction de la LAMal, les tendances sont similaires à celles enregistrées avant l'entrée en vigueur de la loi.

Des comparaisons internationales mettent en évidence que dans tous les pays développés, la hausse des coûts de la santé engendre des réformes du système de santé. Force est donc de constater que ni les systèmes déréglementés, comme aux États-Unis, ni les systèmes centralisés, comme en France, n'ont réussi à freiner durablement la hausse des coûts. L'évolution observée en Suisse ne se démarque donc pas des tendances enregistrées dans les pays voisins (fig. 2).

Les concepts de base ont-ils fait leurs preuves ?

En dépit de toutes ces réserves, la majorité des analyses disponibles concluent que les concepts de base ont permis d'amorcer des développements positifs et qu'à ce titre, ils ont fait la preuve de leur efficacité. Ces

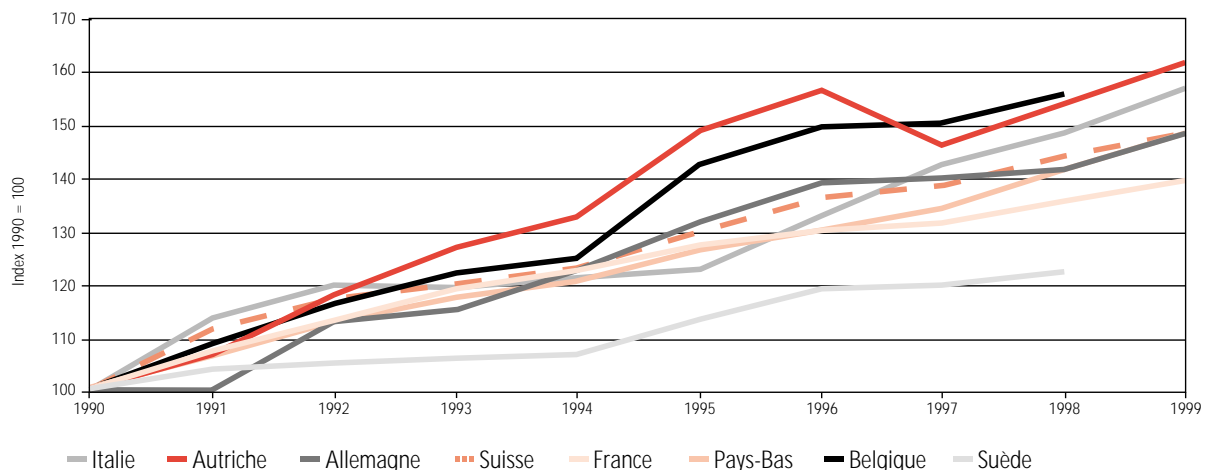
mêmes études relèvent néanmoins aussi l'existence, dans la LAMal, d'un certain nombre d'incitations peu compatibles avec le principe de l'économie de marché, et elles y voient autant d'obstacles à une véritable maîtrise de l'évolution des coûts. Les experts estiment que les divers acteurs en présence n'ont pas ou pas suffisamment joué le rôle qui devait être le leur sur le théâtre de la santé publique, se contentant souvent de camper sur leurs positions. Les fournisseurs de prestations n'ont eu

Les analyses des effets n'ont pas véritablement permis d'établir de lien de cause à effet entre la LAMal et l'évolution globale des coûts de la santé.

à subir que des pressions négligeables de la part de la concurrence. Leur sort est en outre intimement lié à la politique menée par les cantons qui, de par leur double fonction d'exploitant d'établissements hospitaliers et d'autorité chargée d'approuver les tarifs, ne sont pas à l'abri des conflits d'intérêts. Pour ce qui est des assureurs et des assurés, ceux-ci n'ont guère été intéressés par les nouvelles formes d'assurances. Les assurés disposent certes d'un vaste choix de possibilités, mais leur assurance semble leur donner satisfaction et, dans l'ensemble, ils ne voient donc pas les avantages d'un changement. La Confédération a hésité à jouer un rôle

Total des dépenses de santé par habitant, en monnaie nationale

2



Source : Eco-Santé OCDE 2001.

recteur dans divers domaines et n'a utilisé que partiellement sa marge de manœuvre.

Les recommandations

Afin de remédier à cette situation insatisfaisante, notamment en matière d'évolution des coûts, les experts émettent les recommandations suivantes :

- entreprendre tout ce qui est possible pour inciter les assurés à se tourner davantage vers des *organisations de type managed care* ;
- revoir la réglementation du *financement des hôpitaux* en passant à un système moniste dans lequel les cantons versent leurs subsides aux assureurs, ce qui aurait pour effet d'atténuer le conflit d'intérêts résultant de leur double fonction d'autorité de surveillance et de fournisseur de prestations ;
- supprimer *l'obligation de contracter* ;
- maintenir pour une période indéterminée la *compensation des risques*, mais en préciser les modalités et étudier la possibilité de financer un pool de gros risques au moyen de rentrées fiscales ;

- conserver la *réduction des primes*, mais en uniformisant les systèmes cantonaux d'exécution et en définissant un objectif social ;
- adapter la *procédure d'examen* par la Commission fédérale des prestations, notamment en obligeant cette dernière à examiner systématiquement le caractère économique des prestations ;
- inviter la Confédération à se montrer nettement plus active en matière de *garantie de la qualité* et à y consacrer des moyens financiers ;
- combler les lacunes en matière *d'information des assurés* ;
- accélérer la réalisation et l'application de la *planification hospitalière*.

L'Office fédéral des assurances sociales a déjà mis en œuvre un certain nombre de recommandations formulées par les experts. Il considère que d'autres propositions constituent des étapes sur le chemin plus long et probablement plus complexe qui conduit à une solution. L'introduction de la LAMal a amorcé un processus de transformation à long terme, qui doit continuer à s'accompagner d'analyses des effets.

(Traduit de l'allemand)

Analyse des effets de la LAMal : planification, réalisation et suivi d'un projet

Le programme visant à évaluer la phase d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a porté sur cinq ans. Il comprenait 25 projets partiels auxquels ont été associés 13 instituts de recherche. Comment le projet global «Analyse des effets» a-t-il été conçu ? Comment les décisions touchant l'ensemble du programme et les projets partiels ont-elles été prises ? Comment la réalisation et le suivi des recherches ont-ils été organisés ? Et, au bout du compte, quels sont les résultats de ces travaux et quelles leçons en tirer ?



Martin Wicki
Chef de projet, OFAS
martin.wicki@bsv.admin.ch

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en vigueur depuis 1996 devait répondre à diverses attentes, aussi bien pour les réglementations nouvelles qui trouvaient en elle leur base juridique que pour les objectifs globaux que visaient par elle le gouvernement et le parlement. C'est pourquoi l'ordonnance sur la LAMal contient une clause prescrivant l'observation et l'analyse des effets de la loi et des mesures qui l'accompagnent (art. 32 OAMal).

L'OFAS s'est attelé à ce mandat légal en entamant en 1996 l'analyse des effets de ces mesures prises isolément. Au terme de cinq bonnes années d'études, un bilan a été tiré en décembre 2001 : un rapport de synthèse regroupe les résultats des projets partiels, rassemble les recommandations des auteurs des études et livre les conclusions de l'analyse des effets du système LAMal sur les objectifs visés.

Les bases conceptuelles de l'analyse des effets et la marche à suivre ont été définies au début de 1998 dans

un «plan de réalisation». Cette analyse se fonde sur les expériences de l'évaluation politique : elle suit toute une série de principes, tout en étant axée, comme nous entendons l'expliquer plus avant, sur les processus.

Les principes

Au niveau conceptuel, plusieurs des principes de l'évaluation politique sont déterminants pour l'analyse des effets de la LAMal.

Orientation du projet. Vu la complexité de la loi, qui produit des changements importants dans l'interaction entre les divers acteurs en présence et introduit quantité de nouvelles mesures, il est apparu plus judicieux de segmenter l'analyse en projets partiels portant chacun sur une mesure particulière. Sur cette base, des projets «transversaux» étudient les effets de la loi sur les principaux acteurs. Les projets partiels sont conçus de manière à composer ensemble, telles les pièces d'un puzzle, une image globale.

Prise en compte du processus politique. Le choix et la délimitation des projets suivent les grandes lignes et les principales mesures définies dans le message du Conseil fédéral et les débats parlementaires. Mais leur agenda tenait aussi compte des besoins politiques de l'heure. C'est pourquoi la direction du programme comprend aussi bien les instances supérieures de l'OFAS que les spécialistes des divisions concernées et des experts en matière d'évaluation et de statistique.

Scientificité. Tout en tenant dûment compte du processus politique, il s'agissait de maintenir une «neutralité» scientifique aussi grande que possible. On entend par là l'application d'une méthode scientifique transparente et compréhensible, ainsi qu'une approche pluridisciplinaire, impliquant l'économie, les sciences sociales, la médecine et la science du droit. Tous les projets ont été mis au concours publiquement et ont été réalisés par des mandataires externes. En confiant les projets à des experts patentés, l'OFAS exprimait sa volonté de ne pas commander des «expertises de complaisance», mais bien des rapports d'experts critiques.

Approche participative. Le principe de cette approche est que les principaux acteurs concernés sont associés à l'élaboration des enquêtes, voire aux groupes de l'OFAS assurant le suivi des projets. Ce n'est pas une «défense des intérêts» des acteurs qui est en jeu ici, mais l'accès aux informations importantes pour le projet et l'éveil d'un intérêt pour l'utilisation des résultats de l'analyse.

Principe de publicité. Chaque projet se conclut par un rapport final qui constitue la base d'une publication (rédigée dans une langue accessible au grand public). Tous ces rapports sont publiés quelle que soit l'appréciation que le mandant porte sur leur contenu (seules des lacunes méthodologiques peuvent, le cas échéant, empêcher ou retarder la publication).

Une analyse axée sur les processus

La recherche évaluative part d'une approche dynamique, axée sur les processus, et distingue cinq objets d'évaluation successifs. Le succès de la LAMal dépendra de la réussite de chacune des étapes du processus politique. L'analyse des effets pose des questions à chaque étape. On relèvera que, suivant le moment du processus, différents thèmes sont susceptibles d'évaluation. Ces cinq objets d'évaluation sont les suivants :

- La *qualité de la conception d'une politique ou d'une mesure*. Les évaluations doivent examiner si la conception même d'une politique donnée peut permettre d'atteindre l'objectif visé. Exemple : l'étude sur la compensation des risques (Spycher 1999).
- L'*application* de la mesure conçue : est-il possible à l'administration d'appliquer cette mesure et, si oui, de quelle manière ? Exemple : l'étude sur la mise en œuvre de la réduction des primes par les cantons (Balthasar et al. 2001a).
- Les *prestations de l'administration (output)*. L'évaluation porte ici sur les mesures prises par l'administra-

la LAMal sur les assurés (Peters et al. 2001). En fin de compte, les changements de comportement que la LAMal est censée produire chez les acteurs concernés servent à atteindre les objectifs politiques majeurs de la loi.

- Les *changements opérés dans la société (outcomes)*. Il s'agit ici d'étudier dans quelle mesure les effets initialement souhaités au niveau de la société ont été atteints. Exemple : l'étude examinant l'influence de la LAMal sur le financement de la santé publique (Greppi et al. 1998).

Cependant, il faut éviter que la focalisation sur ces nombreux aspects particuliers ne fasse perdre la vision d'ensemble. L'évaluation de la LAMal repose sur une conception globale qui harmonise entre eux les objets d'étude individuels. Elle est centrée sur les canaux d'influence de la Confédération, ainsi que sur les effets produits sur les divers acteurs au regard des trois *objectifs globaux de la LAMal* : renforcer la solidarité, garantir la fourniture de soins de qualité et maîtriser les coûts. La question qui se pose est ici la suivante : comment la Confédération cherche-t-elle à atteindre ces objectifs dans le vaste complexe d'interactions qu'on a exposé, et y parvient-elle ?

Organisation et réalisation de l'analyse des effets

La direction de l'analyse des effets est organisée à deux niveaux : le *comité directeur* prenant les décisions fondamentales sur le programme d'ensemble et les projets partiels, les *groupes d'accompagnement* assumant les décisions concrètes liées à l'exécution des projets partiels, de la mise au concours à la remise du rapport final en passant par le choix des mandataires et le suivi de leur travail.

Le *comité directeur* comprend trois personnes de la division principale assurance-maladie et accidents, deux du service EQFR spécialisé dans la recherche et les évaluations¹, un statisticien ainsi qu'un consultant externe spécialiste des évaluations. La division principale assurance-maladie et accidents en assure la présidence, le service spécialisé EQFR assumant le secrétariat. Le *groupe d'accompagnement* de chacun des 25 projets se compose de spécialistes de la division principale assurance-maladie et accidents, d'un spécialiste du EQFR en matière d'évaluations, qui en général assume aussi la direction du projet, et, selon les besoins, un ou une statisticien(ne) ainsi que des membres externes (p. ex. ombudsman, représentants de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires ou du Concordat des assureurs maladie suisses, aujourd'hui santésuisse).

L'esquisse de projet brossée par le groupe d'accompagnement et adoptée par le comité directeur sert de

L'évaluation de la LAMal repose sur une conception globale qui harmonise entre eux les objets d'étude individuels.

tion. Exemple : l'analyse des effets de la LAMal dans le domaine des tarifs (Hammer et al. 2000).

- L'*impact* de ces prestations. Celles-ci touchent-elles le public cible dans les proportions escomptées ? Les études d'impact examinent le comportement des groupes cibles dont la manière d'agir est directement influencée par la loi. Exemple : l'analyse des effets de

¹ Dans le cadre du projet de réorganisation «fit», le service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche (EQFR) est intégré depuis le début de 2002 dans le centre de compétences «Analyses fondamentales» (voir p. 46 du présent numéro).

Vue d'ensemble des projets partiels de l'analyse des effets de la LAMal

Titre du rapport; auteur(s)	N° de la publication, langues
Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS)	318.010.15/98 f, d
Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons Andreas Balthasar ; Interface Institut für Politikstudien, Lucerne	318.010.21/98 d, f
Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung Stefan Spycher; Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS, Bern • Kurzfassung / <i>Condensé</i>	318.010.1/99 d 318.010.2/99 d/ f
Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen Karin Faisst, Julian Schilling; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich	318.010.4/99 d
Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme Karin Faisst, Julian Schilling; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich	318.010.9/99 d
Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung Stefan Spycher; Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS, Bern	318.010.3/00 d
Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun; Prognos AG, Basel	318.010.4/00 d
Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert (OFS)	318.010.5/00 f, d
Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Stefan Hammer, Rolf Iten; INFRAS, Zürich	318.010.07/00 d
Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann; IUMSP, Lausanne	318.010.12/00 f
Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont ; Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel	318.010.14/00 f
Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung Rita Baur, Ulrike Braun; Prognos AG, Basel	318.010.15/00 d
Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons, Monitoring 2000 Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien, Lucerne	318.010.2/01 d, f
Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger; IPSO, Dübendorf	318.010.3/01 d
Information der Versicherten. Rita Baur, Andreas Heimer; Prognos AG, Basel	318.010.4/01 d
Exécution de la réduction de primes Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer; Interface Institut für Politikstudien, Lucerne	318.010.5/01 d, f
Auswirkungen des KVG auf die Versicherer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann; INFRAS, Zürich	318.010.6/01 d
Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann; INFRAS, Zürich	318.010.8/01 d
Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen (Impfungen im Schulalter) Markus Battaglia, Christoph Junker; ISPM, Universität Bern	318.010.9/01 d
Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen (Rahmenstudie) Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Vatter Politikforschung und -beratung, Bern	318.010.10/01 d
Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling; ISPM, Universität Zürich	318.010.11/01 d
Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel; Bern	318.010.12/01 d
Kosten neuer Leistungen (Projekttitel) Roland Haari, Karl Schilling; COPLAN Empirische Sozialforschung, Basel	318.010.13/01 d
Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren Christian Rüefli, Adrian Vatter; Vatter Politikforschung und -beratung, Bern	318.010.14/01 d, f*
Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken Roland Haari, Ilse Haari-Oberg, Karl Schilling, Marco Torrisi; COPLAN, Basel	318.010.15/01 d, f*
Rapport de synthèse «Analyse des effets de la LAMal». Office fédéral des assurances sociales, Berne	318.010.16/01 d/f

* Publication en préparation

OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Internet: www.bbl.admin.ch/publicationsfederales.

base pour la *mise au concours*. On a opté en général pour une procédure d'invitation ciblée adressée aux 6 à 10 instituts qui présentaient le profil correspondant le mieux au traitement des questions posées. La sélection a été opérée en prenant pour critères principaux la compréhension correcte du problème à étudier, la méthodologie proposée et l'originalité de la démarche, mais aussi en veillant à prendre en considération des instituts «nouveaux», autrement dit auxquels l'OFAS n'avait pas encore confié de mandats. Pour un total de 25 projets, ce sont finalement 13 instituts qui ont été retenus, 4 d'entre eux se voyant attribuer 3 mandats et 4 autres en recevant 2. Malgré la possibilité de rendre les travaux dans toutes les langues nationales et bien que la Suisse romande ait été prise en compte dans la mise au concours, peu d'offres sont venues de cette partie du pays, nettement sous-représentée dans les travaux de recherche (3 projets sur 25).

Utilisation des évaluations et perspectives

Les évaluations ont diverses fonctions, plus ou moins mises en évidence selon la conception du projet. Les évaluations «formatives» – le plus souvent des auto-évaluations – ont un but d'amélioration immédiate. Leurs résultats sont aussitôt intégrés dans le processus à évaluer, cependant que l'objet de l'évaluation est en modification constante. Les évaluations «conclusives», elles, sont plutôt menées «de l'extérieur» et évaluent leur objet après une durée déterminée ou dans son évolution, sans agir directement sur lui.

Pour chaque projet d'analyse des effets se pose la question de l'applicabilité des résultats en vue d'une amélioration des dispositions légales ou de leur application. Dans cette perspective, le programme tend plutôt à des évaluations conclusives, confiant à des experts extérieurs le soin d'apprécier les effets de la loi durant sa phase d'introduction. Les rapports de recherche fournissent une base de discussion pour débattre du perfectionnement de la LAMal. Mais l'évaluation des aspects liés à l'application de la loi a aussi, en règle générale, un caractère formatif. C'est le cas notamment de l'étude

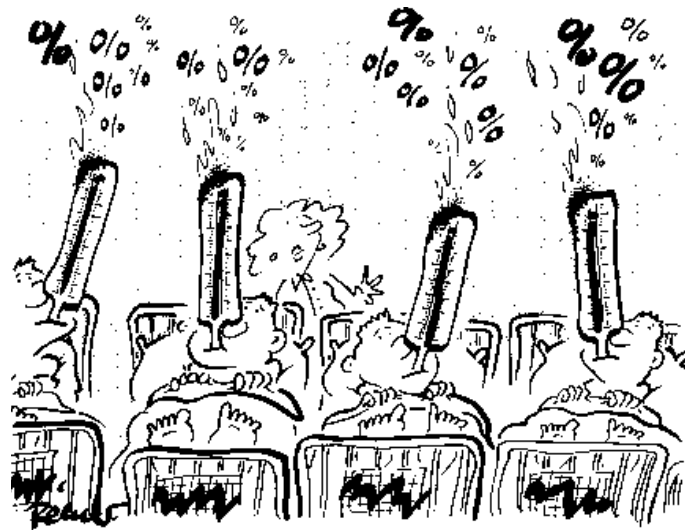


Illustration: Pécub

portant sur la mise en œuvre des réductions de primes, ou de l'analyse des effets des nouvelles prestations sur les coûts de la santé, qui a amené la Commission fédérale des prestations (CFP) à peaufiner sa méthode d'appréciation des demandes. Le fait que les acteurs directement concernés aient été associés aux études ou aux groupes d'accompagnement a considérablement amélioré la communication interne.

Les rapports de recherche sur l'analyse des effets permettent aussi au public intéressé d'accéder à des informations sérieuses sur les éléments essentiels de la loi et sur les mesures introduites.

Si le rapport de synthèse fournit une vue d'ensemble de la phase d'introduction de la LAMal, le traitement des principaux thèmes liés à la loi n'est pas achevé pour autant. C'est pourquoi le comité directeur «Analyse des effets» de l'OFAS prépare pour la suite des travaux un programme de recherche suivant deux axes principaux : mener d'autres analyses de détail (planification hospitalière et revenus des médecins) et mettre en place des projets de monitoring ayant trait par exemple au financement de l'assurance-maladie, à la réduction des primes ou à la compensation des risques, accompagnés d'enquêtes auprès des assurés.

(Traduit de l'allemand)

Analyses des effets de la LAMal n° 14/01 et 15/01 (pas encore publiées)

Comment s'expliquent les différences intercantionales des coûts de la santé

Qu'il s'agisse des coûts de l'assurance-maladie ou des dépenses publiques de santé, on constate des différences importantes entre cantons. Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, deux projets de recherche en ont étudié les causes. Ils ont analysé l'impact des différents systèmes de santé cantonaux sur les coûts en tenant compte de leurs particularités en termes d'institutions et de processus. L'article qui suit présente les deux études et leurs résultats.



Roland Haari
COPLAN, Bâle
rhaari@bluewin.ch



Christian Rüefli
Bureau Vatter, Berne
ruefli.politik@spectraweb.ch



Adrian Vatter
Bureau Vatter, Berne
vatter.politik@spectraweb.ch

Dans le cadre du premier projet¹, le Bureau Vatter, Politikforschung & -beratung a procédé à une analyse statistique des 26 cantons et dégagé ce qui motive les différences des coûts entre cantons et leur évolution au fil des années. Pour le second projet², le Bureau COPLAN a réalisé une comparaison qualitative d'une sélection de cantons qui se distinguent sur le plan structurel.

Différences de coûts entre cantons

Les deux études partent du constat suivant: il existe entre les cantons des différences considérables en matière de coûts de la santé. Dans la période étudiée (de 1994 à 1999), les coûts de l'assurance-maladie en termes de coûts bruts moyens par mois d'assurance étaient compris entre 93 francs (AI) et 218 francs (GE); leur augmentation se situe ainsi dans une fourchette allant de 4,2% (OW) à 9,1% (TG). Le besoin de financement net moyen par tête des cantons et communes pour la santé connaît des écarts plus marqués: il oscille entre 362 francs (SZ) et 1870 francs (GE). Tandis que les dépenses publiques ont augmenté en moyenne de 17,5% dans le canton de Schwyz, le canton de Thurgovie a réussi à les diminuer de 5,0% par an. Les différences intercantionales suivent de près les oppositions ville-campagne et Suisse alémanique-Suisse romande. Dans l'ensemble, on note une disparité importante entre les cantons ruraux bon marché de Suisse centrale et orientale d'une part et les cantons chers de Suisse romande et les deux cantons-villes d'autre part. En outre, on relève une tendance à transférer les coûts des budgets publics vers l'assurance-maladie (**figure 1**).

Modèle d'analyse des effets, bases des données et approche

Les deux études se basent sur un modèle commun d'analyse des effets qui part de la demande, de l'offre et des institutions politiques pour expliquer les différences de coûts. Ces facteurs renvoient aux acteurs, aux structures et aux processus de chaque système de santé cantonal étudié. Les disparités cantonales observées en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie reflètent les différences que présentent l'influence des caractéristiques cantonales et l'interaction des acteurs (**figure 2**).

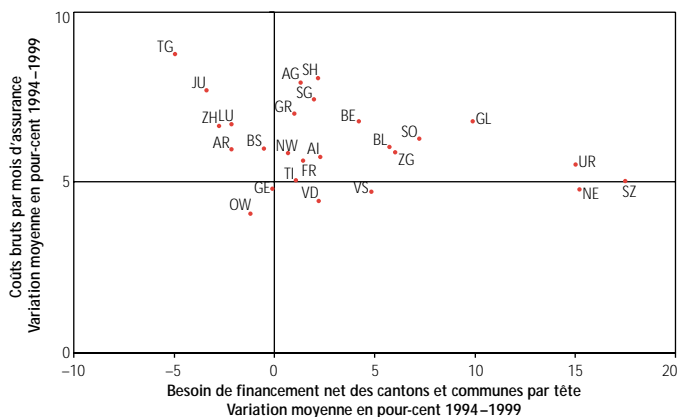
L'analyse statistique se base sur une banque de données élaborée dans le cadre d'un projet de recherche de plusieurs années mené par le Fonds national³. Cette

1 Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren (analyse des effets de la LAMal n° 14/01, cf. liste des projets, page 12).

2 Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken (analyse des effets de la LAMal n° 15/01, cf. liste des projets, page 12).

3 Il s'agit du programme prioritaire de recherche «Demain la Suisse».

Comparaison entre l'évolution des coûts bruts par mois d'assurance et le besoin de financement net par tête des cantons et communes 1994 – 1999



banque de données rassemble un grand nombre d'indicateurs cantonaux : structure démographique, économique et sociale, densité des soins médicaux, organisation et utilisation du système de santé, activité de l'Etat et particularités des institutions politiques. Des modèles de régression multivariés ont permis d'établir des comparaisons transversales et ainsi de dégager les principaux facteurs d'influence susceptibles d'expliquer les différences de coûts entre cantons.

La banque de données utilisée pour l'analyse statistique a également servi à une analyse par grappes des 26 cantons. Cette analyse a permis de sélectionner, en fonction de certaines variables (coûts et structures), sept cantons modèles – Argovie, Appenzell RE, Zurich, Tessin, Vaud, Bâle-Ville et Genève – qui se distinguent fortement les uns des autres. A des fins de comparaison qualitative, 40 entretiens structurés avec des acteurs et

l'analyse de la documentation écrite ont permis d'examiner les particularités de chaque système de santé. Les principaux thèmes étudiés étaient la législation relative au système sanitaire, la répartition des tâches entre canton et communes, la planification et le financement de la fourniture de prestations, l'organisation des fournisseurs de prestations, les structures de gestion, le controlling interne des entreprises et la situation du personnel.

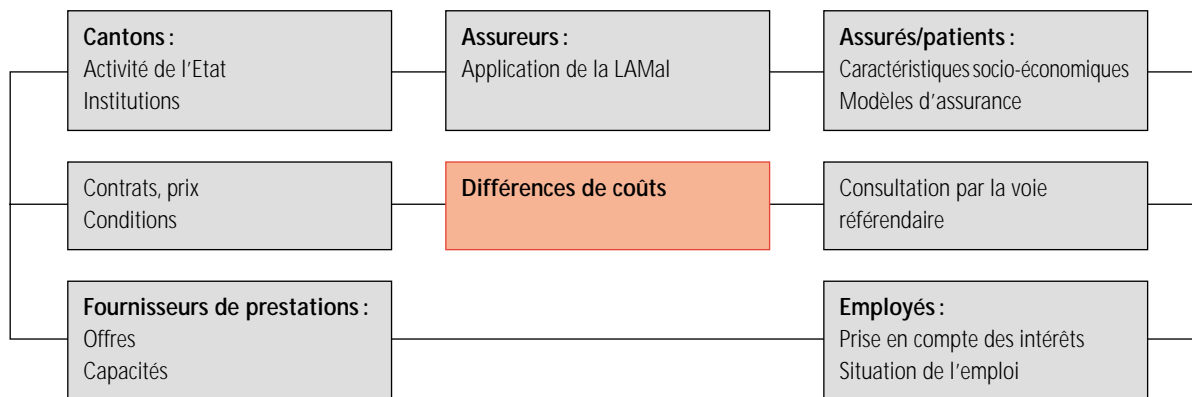
Résultats des études

L'analyse statistique a mis en évidence les facteurs qui tendent à augmenter le niveau des dépenses de santé publique et celui des coûts de l'assurance-maladie. Du côté de la demande, citons la proportion élevée de personnes âgées, le chômage, un revenu cantonal élevé, une forte urbanisation et un réseau social faible. Du côté de l'offre, on relève la densité des médecins et le degré général de fourniture des soins, ainsi qu'une dispensation limitée des médicaments par les médecins. En outre, la hauteur du financement cantonal dans le secteur hospitalier et de la quote-part générale de l'Etat est parallèle à celle des dépenses publiques (tableau 3). Enfin, on retrouve davantage de facteurs générateurs de coûts dans les cantons fortement urbanisés et latins que dans les cantons ruraux et alémaniques.

La comparaison qualitative révèle aussi, pour ce qui est des spécificités des sept cantons modèles sur le plan des institutions et des processus, de nettes disparités entre régions linguistiques. Dans les cantons alémaniques bon marché, les communes sont la plupart du temps responsables des soins hospitaliers de base, des soins de longue durée et des services ambulatoires, tandis que les cantons assument la responsabilité des soins spécialisés. Dans le domaine de la santé, les obligations

Représentation schématique des facteurs influant sur les différences de coûts entre cantons

2



Principaux facteurs contribuant à l'augmentation des coûts de la santé

3

Demande	Offre	Etat et politique
Forte proportion de personnes âgées	Forte densité des médecins Haut degré des soins médicaux	Participation élevée du canton au financement dans le secteur hospitalier
Haut degré d'urbanisation	Peu de dispensation directe par les médecins	Quote-part élevée de l'Etat
Chômage important	Offres de homes médicalisés pour personnes âgées atteintes de démence/nécessitant des soins lourds	Peu de consultation des citoyens
Revenu national élevé	Transformation du Spitex en organisation professionnelle offrant des services spécialisés	Santé publique relevant de la seule compétence du canton
Faible réseau social		Pas de financement proche du citoyen par les communes ou les associations spécialisées
		Compétences différenciées selon les offres de santé
		Pas de planification proche du citoyen et répondant à l'offre par les communes ou les associations spécialisées

incombant à l'échelon communal sont financées de concert par le canton et les communes, tandis que la planification relève de la compétence conjointe du canton et des communes.

Dans les cantons de Suisse romande et du sud affichant des coûts supérieurs, le canton détient la compétence législative et la souveraineté en matière de planification pour l'ensemble des soins en milieu hospitalier, les établissements médico-sociaux et les soins à domicile (Spitex). A chaque offre de santé correspond généralement une commission ayant une existence juridique propre. Dans ce type d'organisation, le financement incombe au premier chef au canton, les communes étant parfois tenues par exemple d'apporter une contribution financière aux soins à domicile.

Conclusions

Compte tenu des facteurs d'augmentation présentés ci-dessus, comment évaluer les tentatives que font actuellement un certain nombre de cantons pour réorganiser le système de santé? Dans plusieurs cantons alémaniques, la réorganisation s'attache à répartir autrement les tâches, le canton assumant à l'avenir la responsabilité de tous les hôpitaux de soins aigus et les communes celle des homes et des soins à domicile. Dans les cantons latins, notamment Vaud, des réseaux de soins régionaux regroupant hôpitaux, établissements médico-sociaux, soins à domicile et médecins praticiens sont appelés à voir le jour: ils se partageront les compétences pour planifier la fourniture de prestations et attribuer les moyens financiers. Les synergies entre les diverses offres visent un objectif à la fois qualitatif (soins de qualité) et quantitatif (recherche d'économies).

En résumé, l'augmentation des coûts est liée notamment à certains facteurs (cf. tableau 3) souhaitables sur le plan social (espérance de vie plus élevée, forte densité

des soins) et/ou dépendant de l'évolution économique, sur lesquels les mesures prises par les pouvoirs publics peuvent difficilement agir. Pour les instances politiques, il est ainsi plus prometteur de se concentrer sur les moyens de réorganiser le système de santé qui sont de leur ressort. Les résultats présentés ici laissent penser que les efforts accomplis en Suisse alémanique pour répartir autrement les offres de santé entre cantons et communes entraînent plutôt une augmentation des coûts. Par contre, la tendance constatée en Suisse romande à développer des réseaux de soins régionaux et interdisciplinaires devrait mieux prendre en compte les interdépendances existant entre les différentes offres. Il faut toutefois souligner le fait que ces réseaux sont en même temps tributaires du canton pour l'affectation des moyens financiers. On peut, en l'occurrence, s'inspirer des expériences faites en Suisse alémanique, où communes ou groupements communaux, d'une part, sont en grande partie responsables de l'offre de santé et, d'autre part, participent, du moins dans une certaine mesure, à son financement. En outre, l'exercice de la démocratie directe, c'est-à-dire la consultation des citoyens en leur qualité de contribuables et d'utilisateurs potentiels de l'offre, a pour effet de les responsabiliser face à l'évolution des coûts de la santé. Les résultats des deux études plaident donc en faveur d'offres sanitaires décentralisées, proches du citoyen et répondant à l'offre. A cet égard, il convient de réduire les surcapacités au niveau des offres de prestations, qui génèrent une augmentation des coûts. Un renforcement de la collaboration entre cantons et une coordination en matière d'offres contribueront à atteindre cet objectif. En fin de compte, la préoccupation première doit être de diminuer effectivement les coûts de la santé et non de les transférer sur un autre agent de financement.

(Traduit de l'allemand)

Analyse des effets de la LAMal n° 12/01

Prestations LAMal : des remboursements à géométrie variable

Les questions et les plaintes transmises aux organisations de patients et de consommateurs montrent que les pratiques de remboursement diffèrent parfois selon les assureurs lorsqu'il s'agit de prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Cette situation risque d'entraîner des inégalités dans le traitement des assurés. Une évaluation récemment menée dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal fait le point.



Daniel Hornung

Bureau d'études économiques
régionales, Berne
dhornung@swissonline.ch

L'étude sur les pratiques de remboursement des assureurs («Vergütungspraxis der Versicherer»)¹ éclaire d'un jour nouveau la controverse sur certaines prestations de la LAMal. L'étude répond aux questions suivantes :

- existe-t-il des domaines où les prestations de la LAMal posent des problèmes et, si oui, lesquels ?
- un groupe particulier de personnes est-il particulièrement concerné et
- à quoi sont dus les problèmes de remboursement des prestations ?

Les informations ont été réunies en interviewant des représentants des patients, des assureurs et des fournisseurs de prestations. La représentativité de cette manière de procéder est peut-être discutable du point de vue statistique. Cependant la démarche choisie a permis, malgré les contraintes temporelles et financières,

d'examiner les problèmes sous différents aspects et de manière assez approfondie.

Où se posent les problèmes ?

Même si, du fait de l'absence d'enquête systématique, on ne peut évaluer avec exactitude le nombre de problèmes, une première constatation s'impose : ceux-ci sont rares par rapport au nombre total de décomptes de prestations. Cependant, les assureurs en particulier trouvent que l'application de la LAMal au remboursement des prestations est parfois problématique.

Les problèmes que nous avons identifiés se répartissent en six catégories.

1. Remboursement de prestations non obligatoires :

Des prestations non obligatoires sont parfois remboursées quand, en pratique, il est impossible ou trop onéreux de vérifier les conditions de l'obligation de prise en charge.

2. Non-remboursement de prestations non obligatoires et de tarifs trop élevés : Les fournisseurs de prestations prescrivent parfois (en général sans s'en rendre compte) des traitements, des médicaments ou des moyens et appareils qui, selon la LAMal, ne sont pas remboursables. Les prestations en question ne doivent pas alors être prises en charge par les assureurs-maladie.

3. Non-remboursement de prestations obligatoires : Ce problème peut se poser quand, dans le rapport destiné à l'assureur, un fournisseur de prestations ne justifie pas sa prestation avec suffisamment de précision.

4. Imprécisions en matière d'obligation de prise en charge : Il arrive que dans certains domaines la formulation des bases juridiques ne soit pas suffisamment claire. Par exemple, la LiMA (Liste des moyens et appareils) cite des catégories de produits, ce qui entraîne souvent des problèmes de classification, quand un produit prescrit figure sur la facture où il est généralement désigné par son nom de marque. De plus, différentes notions utilisées dans l'OPAS ou dans l'annexe 1 à l'OPAS (la grossesse à risque par exemple) ne sont pas définies avec précision.

5. Marge d'appréciation pour la reconnaissance du caractère obligatoire d'une prestation : Il existe parfois une certaine marge d'appréciation, par exemple lorsqu'il s'agit de déterminer si un problème de santé a le caractère d'une maladie, ce qui constitue une condition à l'obligation de prise en charge. Cette marge d'appréciation peut créer des problèmes quand les prestations

¹ D. Hornung, Th. Röhli, A. Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, Rapport de recherche n° 12/01, édité par l'Office fédéral des assurances sociales, Berne 2001 (n° de commande 318.12.01/d, www.publicationsfederales.ch).

Identification des problèmes

<p>Pas d'obligation LAMal</p> <p>Obligation LAMal</p>	<p>Problème n° 1 Remboursement de prestations non obligatoires</p>			
	<p>Problème n° 2 Non-remboursement de prestations non obl. et de tarifs trop élevés</p>			
	<p>Problèmes 1 à 3 Obligations clairement réglementées par la LAMal, l'OPAS, etc.</p>			
	<p>Problème n° 3 Non-remboursement de prestations obligatoires</p>			
		<p>Problème n° 4 Réglementations existantes, mais pas claires</p>	<p>Problème n° 5 Marge d'appréciation pour la reconnaissance du caractère obligatoire d'une prestation</p>	<p>Problème n° 6 Nouvelles techniques et méthodes, nouveaux médicaments</p>

demandées par un assuré ne sont pas prises en charge parce que les médecins-conseils de l'assureur ont une approche différente de la situation de celle de l'assuré ou de son fournisseur de prestations.

6. Nouvelles techniques et méthodes, nouveaux médicaments : Les assureurs prennent en charge les nouvelles techniques et méthodes, qui ne sont pas (encore) réglementées dans l'OPAS ou dans l'annexe 1 à l'OPAS, dans la mesure où ils estiment que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont satisfaits. Ils refusent la prise en charge si certains éléments semblent indiquer que ce n'est pas le cas. Diverses interprétations de ces critères sont possibles pour l'évaluation des nouvelles techniques et méthodes : un assureur pourra contester l'efficacité, l'adéquation ou l'économicité d'une nouvelle prestation et donc refuser de la rembourser, tandis qu'un autre ne discutera pas ces critères et la remboursera.

La problématique est similaire pour les nouveaux médicaments. Tant qu'ils ne figurent pas dans la Liste des spécialités, ils ne doivent pas être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

C'est surtout quand les dispositions légales ne sont pas suffisamment claires, qu'il y a une marge d'appréciation possible et que les techniques et méthodes sont nouvelles qu'apparaissent des différences dans les modalités de remboursement, différences entraînant inévitablement des inégalités de traitement entre les assurés.

Il est difficile de savoir quels sont les domaines ou les groupes d'assurés particulièrement touchés par les problèmes de remboursement des prestations.

Bien qu'il ne soit pas possible d'attribuer aux différents groupes d'assureurs un comportement type, les entretiens réalisés dans le cadre de la présente étude permettent de distinguer deux tendances : d'une part les grandes caisses d'assurance-maladie, qui disposent d'une structure administrative et d'un système informatique plus développés, effectuent davantage de contrôles que les petites ; d'autre part, les assureurs de Suisse romande sont plus restrictifs quant aux modalités de remboursement (leur interprétation de la marge d'appréciation existante est plus stricte) que les assureurs de Suisse alémanique.

Mesures proposées

Améliorer l'information des fournisseurs de prestations et des patients : Une meilleure information des fournisseurs de prestations et des patients devrait résoudre une bonne partie des problèmes liés à la méconnaissance des conditions de l'obligation de prise en charge. En réunissant sur une seule page d'accueil Internet les informations sur les techniques, les fournisseurs de prestations et les moyens reconnus et non re-

connus par la LAMal, qui pour le moment se trouvent à différents endroits, puis en diffusant cette page auprès des fournisseurs de prestations, on améliorerait notablement l'information.

De plus, en vue aussi d'éviter des conflits, on pourrait élaborer un formulaire que les fournisseurs de prestations remettraient aux patients lorsqu'ils exécutent ou prescrivent des prestations non obligatoires selon la LAMal.

Simplifier la Liste des moyens et appareils (LiMA) : Nous proposons une simplification de la LiMA touchant l'indemnisation pour les moyens et appareils bon marché, qui pourrait être moins différenciée et éventuellement assortie de moins de conditions.

Vérifier et actualiser plus rapidement la Liste des spécialités : Il faudrait revoir la limitation de la Liste des spécialités à certains dosages et à certains conditionnements et la supprimer en l'absence de raison médicale majeure. Cette mesure simple entraînerait des économies en autorisant la prescription d'un grand conditionnement à la place de plusieurs petits (relativement chers).

De plus, la Liste des spécialités doit être actualisée plus rapidement qu'à l'heure actuelle si l'on veut que les patients ne soient plus obligés de renoncer dans certaines situations à des médicaments nouveaux et efficaces.

Transformer et adapter plus rapidement l'annexe 1 à l'OPAS : La transformation de l'annexe 1 à l'OPAS en liste purement positive ou purement négative éliminerait les imprécisions et les incertitudes. Néanmoins, une

adaptation rapide à l'évolution de la médecine est nécessaire si l'on veut obtenir les effets désirés.

Introduire des délais de paiement pour le remboursement des prestations : Un retard dans l'établissement du décompte peut, pour certains assurés, entraîner des difficultés financières non négligeables. L'introduction dans la LAMal de délais de paiement pour les décomptes de prestations constituerait une solution.

Améliorer la transparence des décomptes de prestations : Comme les décomptes des prestations ne sont pas toujours transparents et compréhensibles, même pour les spécialistes, il faut parfois demander des explications supplémentaires, ce qui provoque des retards (inutiles). Une meilleure transparence constituerait une précieuse amélioration dans ces cas. Si le remboursement est refusé, une justification circonstanciée devrait être fournie, sauf en cas de non-respect de la protection des données.

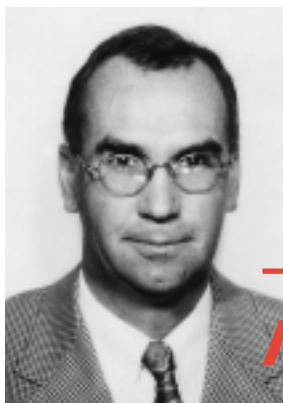
Uniformiser les critères pour les décisions laissant une marge d'appréciation : Il est bien sûr impossible d'éliminer toutes les incertitudes dans les cas où il existe une marge d'appréciation. L'application de critères de jugement identiques à l'intérieur du service de médecins-conseils de chaque assureur, ainsi que par les différents services de médecins-conseils, assurerait l'uniformité formelle de la procédure. On réduirait ainsi le risque d'inégalités dans le traitement d'assurés se trouvant dans le même cas.

(Traduit de l'allemand)

Les propositions des experts et l'appréciation de l'OFAS

Les résultats globaux des analyses des effets montrent que les objectifs principaux énoncés par le Conseil fédéral en 1991 dans son message sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie, sont atteints.

L'exception réside avant tout dans la maîtrise des coûts, objectif qui n'a été que partiellement atteint. L'OFAS a analysé les propositions et recommandations formulées dans les rapports des experts en privilégiant celles qui permettent de réaliser et de consolider les principes fondamentaux à la base du système de l'assurance-maladie sociale. Dans la présente contribution nous allons examiner les propositions faites par les experts dans les domaines du renforcement de la solidarité entre les assurés et de la maîtrise des coûts.



Daniel Wiedmer
 Chef de la division Assureurs
 et surveillance, OFAS
 daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Le renforcement de la solidarité entre les assurés

Les études concluent que la LAMal a permis, pour l'essentiel, d'atteindre l'objectif du renforcement de la solidarité et à remédier aux carences de l'ancienne loi.

En effet, la solidarité a été réalisée entre les jeunes et les personnes âgées, les malades et les bien portants, les riches et les pauvres grâce notamment à l'obligation de s'assurer, au libre-passage intégral entre les caisses, à la prime unique au sein d'une caisse et d'une région, à la compensation des risques et à la réduction individuelle des primes pour les personnes de condition économique modeste.

Toutefois, il est nécessaire de procéder à différentes adaptations à court ou moyen terme pour maintenir cette solidarité.

La compensation des risques

La constatation a été faite que si la compensation des risques liés à l'âge et au sexe a permis de diminuer de manière efficace la sélection des risques opérée par les assureurs, elle n'a, compte tenu des critères retenus, pas réussi à écarter totalement cette pratique, les assureurs étant intéressés par une structure de risques aussi avantageuse que possible et par une réduction des coûts de santé de leur portefeuille d'assurés. Les experts ont donc recommandé d'inscrire la compensation des risques pour une période indéterminée dans la loi, alors qu'elle avait été prévue pour une durée limitée à 10 ans lors de la mise en vigueur de la LAMal. Ils estiment en outre qu'il est nécessaire d'introduire des critères supplémentaires tels que les risques d'hospitalisation et le facteur de santé, et d'inclure les mineurs dans le système. Les experts proposent également de financer un pool de gros risques, de type prospectif, au moyen de l'impôt qui servirait à compenser les coûts de santé prévisibles de groupes de risques particulièrement élevés.

Dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral propose de supprimer la limitation dans le temps applicable à la compensation des risques. Si une amélioration de la formule de compensation et des critères pris en considération peut paraître souhaitable à terme, une solution optimale et praticable n'a pas encore été trouvée et des modifications ne seront donc pas proposées pour le moment. Néanmoins des études complémentaires sont en cours concernant notamment les conséquences du financement moniste des hôpitaux sur un pool de gros risques.

La réduction des primes

Les résultats des différentes études montrent que l'objectif visé d'apporter un correctif social nécessaire au système de la prime par tête n'a pu être atteint que de manière partielle avec les instruments mis à disposition et du fait du niveau élevé des primes. Les experts, tout en recommandant le maintien élevé de la réduction de primes, demandent une plus grande uniformisation des systèmes cantonaux, ainsi qu'une définition précise de l'objectif social qui doit être réalisé par les cantons et dont le respect peut être contrôlé.

Les cantons qui sont responsables de son exécution ont amélioré sensiblement les procédures depuis 1996.

Divers ajustements ont été introduits lors de la première révision de la LAMal pour garantir que les procédures répondent à des critères plus exigeants.

La proposition d'introduire dans la LAMal un pourcentage du revenu imposable que la charge des primes d'assurance-maladie ne devrait pas dépasser pour les assurés et les ménages a d'ores et déjà été acceptée par le Conseil des États. Une telle proposition est également prise en compte dans le cadre de la nouvelle péréquation financière et de la redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons. Les mesures visant à harmoniser les procédures cantonales telles que l'obligation de verser le subside directement à l'assureur et le passage à un système de requête avec information individuelle sur la base des données fiscales et la prise en compte de la fortune de manière uniforme pourraient être discutées directement avec les cantons et faire l'objet de recommandations.

La maîtrise des coûts

Les experts estiment que la LAMal n'a pas eu les effets escomptés. L'augmentation des dépenses a été particulièrement marquée dans le domaine des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations Spitex. A propos des deux derniers domaines, il s'agit d'un effet décalé de l'introduction de la LAMal ce phénomène devant se stabiliser ces prochaines années. Les analyses à disposition n'ont pas permis d'établir de manière satisfaisante les liens de cause à effet existant entre la LAMal et l'évolution globale des coûts de santé. Les études mettent toutefois en relief – en comparaison internationale – que le système suisse de l'assurance obligatoire des soins permet de financer des prestations de qualité accessibles à chacun et qu'il octroie aux assurés une grande liberté de choix des prestataires. La LAMal, fondée sur une concurrence dûment réglementée, a misé sur un changement de comportement des différents acteurs du domaine de la santé. Or, il apparaît à la lumière des études que ces derniers n'ont pas encore opéré tout à fait leur reconversion. Comme de plus le marché seul n'est pas à même de garantir la qualité, l'efficacité et l'équité en matière de politique de santé, et que ce secteur est dominé par l'offre, un arbitrage public est nécessaire. Plusieurs experts relèvent des domaines où des améliorations pourraient être apportées en supprimant des entraves ou des incitations peu compatibles avec l'esprit d'entreprise, qui sont autant d'obstacles à une véritable maîtrise de l'évolution des coûts.

«Managed care»

Les formes de «managed care» constituent des instruments susceptibles de contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie en modifiant à la fois les

comportements des patients et ceux des fournisseurs de prestations. Les évaluations recommandent sur cette base que des mesures particulières soient prises pour inciter les assurés à choisir plutôt les formes particulières d'assurances qui prévoient une limitation du choix des fournisseurs de soins que celles qui ne proposent qu'une incitation financière telles que les assurances avec franchises annuelles plus élevées.

La deuxième révision partielle de la LAMal prévoit d'obliger les assureurs à offrir ce type d'assurance. Les experts ont relevé à juste titre que des mesures d'accompagnement sont nécessaires. Les conditions-cadre qu'ils ont proposées (suppression de l'obligation de contracter, adaptation des critères de la compensation des risques, modification des rabais à accorder) ont des effets négatifs sur d'autres éléments importants du système qui ne peuvent sans autre être modifiés, ce qui limite d'autant la marge de manœuvre des assureurs pour favoriser cette forme d'assurance.

Financement des hôpitaux

Certains experts ont estimé qu'une nouvelle réglementation du financement des hôpitaux devait être arrêtée. En effet, les subventions cantonales ne bénéficieraient qu'à une partie du système de santé, ce qui déboucherait fatalement sur des distorsions et la création d'incitations inopportunes. Ils préconisent le passage à un système moniste. Dans la pratique, les assureurs auraient à assumer intégralement les coûts des soins hospitaliers au sens strict. Les subventions précédemment versées aux hôpitaux le seraient directement aux assureurs, voire à un fonds commun des assureurs.

Le financement des hôpitaux fait l'objet de la deuxième révision partielle de la LAMal. La proposition du Conseil fédéral qui maintient un financement dual des prestations a été acceptée par le Conseil des États. Celui-ci a cependant demandé d'envisager à long terme un financement moniste des hôpitaux. Toutefois, des problèmes doivent encore être résolus. Les cantons étant responsables des soins hospitaliers sur leur territoire, il est normal qu'ils participent au financement des hôpitaux. Les cantons risquent de se retirer du financement si celui-ci ne concerne plus directement «leurs hôpitaux». De plus, un éventuel retrait du financement direct par les cantons entraînerait une augmentation sensible des primes d'assurance par tête, ce qui aurait des conséquences indésirables sur la redistribution des subsides pour la réduction individuelles des primes pour les personnes de condition économique modeste. Enfin, le concept de la compensation des risques devra également être revu dans ce contexte.

Suppression de l'obligation de contracter

Plusieurs évaluations recommandent la suppression de l'obligation de contracter. Les experts estiment que

l'obligation faite aux assureurs de conclure des conventions tarifaires avec les fournisseurs de prestations agréés n'incite guère ces derniers à prendre des risques économiques. La suppression de cette obligation amènerait, selon les experts, les assureurs à réduire considérablement le nombre de fournisseurs de prestations habilités à exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, à limiter l'extension du volume des prestations dans le secteur ambulatoire et, partant, à freiner l'augmentation des coûts.

Dans le cadre de ses délibérations, le Conseil des États s'est lui aussi prononcé en faveur de la suppression de l'obligation de contracter en assortissant toutefois de conditions particulières, alors que le Conseil fédéral avait refusé, dans le cadre de son message relatif à la deuxième révision partielle de la LAMal, de proposer la suppression générale de l'obligation faite aux assureurs de contracter avec les fournisseurs de prestations habilités. Une telle mesure engendrerait des problèmes majeurs. La suppression de l'obligation de contracter risquerait d'aboutir à une sélection cachée des risques par les assureurs, qui pourraient être tentés de passer des contrats avec des spécialistes en nombre insuffisants ou insuffisamment qualifiés. Deuxièmement, les critères pour le choix des fournisseurs de prestations fondés sur la qualité n'existent pas (ou pas encore). De plus, cette suppression pourrait avoir des incidences négatives, en particulier pour les malades chroniques. Enfin on peut valablement douter qu'il soit possible de garantir la sécurité des soins et éviter l'apparition indésirable d'une médecine à deux vitesses.

Planification hospitalière

Différentes évaluations demandent que la planification hospitalière soit améliorée et accélérée. L'étude traitant spécifiquement de cette question recommande d'étendre à l'ensemble de la Suisse la pratique des rapports de santé qui existe dans certains cantons. De tels rapports fourniraient de précieuses informations sur les besoins à venir en matière de capacités hospitalières.

Le souhait d'une planification hospitalière à l'échelle suisse a déjà été formulé à plusieurs reprises, mais il se heurte à la compétence des cantons en matière de fourniture des soins hospitaliers et donc de planification hospitalière. Ces derniers disposent des éléments nécessaires pour mettre sur pied la planification en tenant compte de l'ensemble de l'offre existante, y compris extracantonale. Le projet de nouvelle péréquation financière et de redistribution des tâches entre la Confédération et les cantons, dont la première étape a été approuvée par le Conseil fédéral dans son message du 14 no-

vembre 2000, a pour objectif, à moyen et à long terme, de réglementer la médecine spécialisée et la médecine de pointe par le biais de conventions ou concordats entre cantons. En ce qui concerne la médecine de pointe, une planification est en cours d'élaboration pour l'ensemble du pays dans le cadre de la politique nationale suisse de la santé. De plus, la Confédération exerce une influence dans ce domaine du fait de sa compétence en matière de catalogue des prestations.

Information des assurés

Les études mettent en évidence une carence en ce qui concerne l'information des assurés. Les experts estiment que les assurés manquent d'informations essentielles concernant notamment les possibilités de changer d'assureur, l'existence d'autres formes d'assurances, le choix des différentes franchises. Ils proposent en outre de mettre à disposition des organisations de défense des patients et des assurés des ressources leur permettant de mieux assumer les tâches pour lesquelles elles ont été créées.

L'OFAS développera sa politique d'information (guide des primes, brochures, publication des chiffres-clés des assureurs-maladie) et intensifiera sa collaboration avec les organisations de défense des patients et des assurés. En outre, il a créé à compter du 1^{er} janvier 2002 une unité spécialisée chargée de traiter les questions des assurés.

Conclusion

Les recommandations formulées par les experts visant à optimiser la LAMal constituent une précieuse aide de décision pour son développement futur. L'OFAS a analysé ces propositions et en a évalué la pertinence, la mise en œuvre et la praticabilité. Il a aussi étudié dans quelle mesure elles permettraient d'atteindre les objectifs de la LAMal. Certaines ont d'ores et déjà été intégrées aux deux révisions partielles de la loi, d'autres doivent être appliquées et d'autres enfin ont été abandonnées.

Le bilan des experts est globalement positif, le but de la solidarité est en bonne partie atteint, la gamme des prestations couverte par l'assurance obligatoire ses soins peut, en comparaison internationale, être qualifiée de bonne et l'accès aux soins est garanti. Par contre, la LAMal n'a pas répondu aux attentes concernant la maîtrise des coûts et c'est cet objectif qu'il s'agira d'atteindre autant que faire se peut avec les mesures prévues et à venir.

Des économistes de la santé commentent le bilan de l'analyse des effets

«Certains acteurs n'ont pas assumé leurs responsabilités»



Willy Oggier

Economiste de la santé, Zurich
 gesundheitssoekonom.willyoggier@
 bluewin.ch

Première question : Les objectifs principaux de la LAMal – solidarité, fourniture des soins et maîtrise des coûts – ont été atteints, à l'exception du dernier. Partagez-vous cette conclusion des experts ?

L'introduction de la LAMal constitue l'un des plus grands progrès sociopolitiques depuis la Seconde Guerre mondiale. Nous en avons eu la preuve lorsque l'assureur-maladie Visana s'est retiré de plusieurs cantons. Avec l'ancien droit, les assurés seraient restés sur le carreau et les autres assureurs les auraient repris moyennant des augmentations massives de primes et des réserves sur les maladies existantes. Il n'en a pas été ainsi avec la nouvelle loi : tous les assurés ont droit à l'assurance de base ; les réserves ne sont pas autorisées ; il est même possible de changer d'assureur et d'en prendre un qui propose des primes plus basses pour le même catalogue de prestations. La LAMal a permis de définir le catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base, qui est maintenant *assez* complet. En particulier, l'arrêt légal du paiement des prestations hospitalières n'existe plus et les cas de rigueur sont donc plus rares.

L'un des objectifs formulés par le Conseil fédéral dans son message, celui de la maîtrise des coûts, n'a pas été atteint : les dépenses par tête pour la santé ne devraient pas augmenter plus vite que les salaires et les prix. Le Conseil fédéral a toutefois lui-même noté dans son message que cet idéal n'était guère réalisable à moyen terme, ce qui est à porter à son crédit.

Au vu de l'expérience acquise durant ces six dernières années, il ne faut plus s'étonner de cet échec. D'une part les éléments les plus susceptibles de freiner l'augmentation des coûts ont été laissés de côté ou affaiblis durant les délibérations parlementaires sur la

LAMal. D'autre part, certains acteurs n'ont pas assumé leurs responsabilités ni utilisé leur marge de manœuvre au bénéfice de la maîtrise des coûts.

Par exemple, dans le secteur hospitalier, les cantons n'ont que rarement pris des décisions allant dans le sens d'une maîtrise des coûts, que ce soit en matière de planification hospitalière ou d'élaboration des listes des hôpitaux. Pour eux, il est plus simple de reporter les coûts occasionnés par les hôpitaux publics ou subventionnés du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, autrement dit de les faire supporter par les assureurs et donc, en fin de compte, par celles et ceux qui paient les primes. Les assureurs ne peuvent pas se défendre contre ce transfert au secteur ambulatoire, parce que l'obligation de contracter «garantit» les revenus des exploitants des hôpitaux et des médecins libéraux.

Vis-à-vis de ces derniers, les cantons hésitent aussi à utiliser l'un des instruments dont ils disposent, la clause du besoin. Il est vrai qu'il en existe vraisemblablement de plus efficaces. Ce que l'on peut cependant reprocher à la majorité des cantons est qu'ils se gardent d'employer d'autres instruments, comme l'a montré la consultation sur la suppression de l'obligation de contracter. Soyons clairs : il s'agit de garder le pouvoir sans pour autant marcher sur les pieds de quelqu'un, parce qu'on voudrait bien être réélu. A ce niveau, les directeurs du département de la santé des cantons de Berne et de Zurich (dans ce cas une directrice) montrent que l'on peut aussi être réélu en prenant des mesures courageuses.

Certains assureurs préfèrent optimiser au maximum leur sélection de risques plutôt que de chercher de véritables mesures d'économie. De plus, les fournisseurs de prestations ne leur simplifient pas toujours les choses : ils torpillent parfois sciemment des modèles d'assurance réellement novateurs, tenant compte des responsabilités budgétaires.

Deuxième question : Que pensez-vous des mesures proposées ?

Prise dans ce tir croisé, la Confédération a des difficultés à intervenir. C'est là un élément à ne pas oublier quand on juge le nouveau paquet de mesures.

L'introduction d'un pool de coûts élevés ne constitue, du point de vue de l'économie de la santé, qu'une solution de second choix (*second best*) ; un pool de gros risques serait préférable. En pratique, surtout si l'on se fie à l'expérience d'autres pays européens, un pool de coûts élevés avec une quote-part de l'assureur-maladie

relativement importante constituerait une solution envisageable à court et à moyen termes pour lutter contre la sélection des risques pratiquée par certains assureurs-maladie et pour pallier aux *déficits* du système actuel en matière de compensation des risques.

La réassurance obligatoire et la réduction du taux de réserve minimal sont susceptibles d'uniformiser les conditions de base entre petits et gros assureurs et ainsi d'encourager la concurrence entre eux, mais à une condition : que ceux qui comptent moins de 250 000 assurés paient des primes proportionnelles au risque pour la réassurance et que celle-ci soit conçue selon le principe stop-loss.

Les calculs effectués sur des cas concrets montrent qu'en comparaison européenne, dans un système de primes par tête, les réductions individuelles pour les personnes de condition modeste peuvent être efficaces. En règle générale, c'est pour la classe moyenne que la charge représentée par les primes augmente le plus. Si l'on doit conserver les primes par tête, le subventionnement des primes pour enfants est une mesure efficace pour intégrer au système actuel, au moins en partie, l'un des grands avantages des pourcentages sur les salaires – l'exemption de primes pour les enfants – sans en subir les inconvénients. Bien évidemment, on peut dire d'une telle mesure qu'elle relève d'une politique de l'arrosage. Mais elle est en tout cas plus efficace que la pratique actuellement en vigueur dans le droit fiscal, où du fait de la déduction accordée pour les enfants, ceux de la classe moyenne ont, financièrement, moins de valeur que ceux dont les parents disposent d'un revenu plus élevé.

Il est réjouissant de voir que la Confédération est prête à modifier sa politique des prix par rapport aux médicaments, car c'est justement là un domaine où elle peut intervenir activement et où trop peu a été fait jusqu'à présent du point de vue de l'économie de la santé. Cette mesure, cependant, ne serait qu'un premier pas dans la bonne direction ; il faut aussi voir comment on pourrait augmenter la part des génériques qui, en comparaison internationale, est trop faible en Suisse par rapport à celle des préparations originales, plus chères.

On peut se demander si c'est bien aux médecins-conseils que doit revenir la tâche d'examiner les prestations. En matière d'offre de santé, le principal problème du marché suisse est qu'il y a trop de fournisseurs de prestations et qu'il faut donc chercher à en réduire le nombre. Pour la même raison, on ne peut espérer résoudre le problème central en améliorant l'information des assurés.

Le meilleur moyen de promouvoir la garantie de la qualité et la sécurité des patients serait d'obliger les

fournisseurs de prestations, pour être admis dans l'assurance obligatoire des soins, à effectuer chaque année un nombre minimal, relativement élevé, d'actes ou de traitements. En effet, un minimum de cas est généralement garant de qualité. En cas de surcapacité, la fixation de ce nombre minimal devrait se faire de façon à éliminer d'emblée une partie des fournisseurs de prestations, mouvement que l'on peut encourager par des mesures tarifaires appropriées.

L'introduction d'une carte d'assuré entraînerait dans un premier temps des coûts supplémentaires, qui retomberaient probablement aussi sur les assurés. En l'état actuel de nos connaissances, on peut se demander si ces coûts se traduiraient réellement par des améliorations de l'efficacité et du rendement pour l'ensemble du système, et non pas seulement pour les entreprises qui vendraient les cartes.

Troisième question : Une concurrence accrue entre les divers acteurs du système de santé freinerait-elle l'augmentation des coûts ?

En santé publique, une dérégulation complète et une soumission totale aux lois du marché aboutiraient très probablement à une augmentation des coûts plutôt qu'à une diminution. Comme le montre l'exemple des Etats-Unis, il faut ajouter un coût social, parce que de larges couches de la population passent au travers des mailles du système, alors même qu'elles souhaitent s'assurer.

Il serait cependant illusoire de refuser totalement les éléments de concurrence. Il faudrait plutôt associer, plus intelligemment qu'aujourd'hui, les éléments de planification et les éléments de concurrence. Dans ce sens, au vu de l'immobilisme de la plupart des cantons, la suppression de l'obligation de contracter est un instrument qui s'impose. Mais d'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue, dans la discussion sur la réorganisation du financement hospitalier, l'égalité non seulement des incitations financières, mais aussi des prestations qui y sont liées pour tous les assurés de l'assurance de base. Cela signifie par exemple que les cliniques privées ne se contentent pas de traiter les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, tout en réclamant le montant de base à l'assurance obligatoire. Pour toucher des subsides de l'assurance de base et des pouvoirs publics, il faut traiter tous les assurés de l'assurance de base et non pas seulement une partie d'entre eux. D'un autre côté, cela peut signifier qu'on ne confie plus automatiquement les urgences aux hôpitaux publics ou subventionnés.

(Traduit de l'allemand)

Des économistes de la santé commentent le bilan de l'analyse des effets

«Il y a encore des points essentiels à débattre et à approfondir...»



Gianfranco Domenighetti

Chef du Service de la santé publique
du canton de Tessin
gianfranco.domenighetti@ti.ch

Première question : Les objectifs principaux de la LAMal – solidarité, fourniture des soins et maîtrise des coûts – ont été atteints, à l'exception du dernier. Partagez-vous cette conclusion des experts ?

En général je partage les «macro-conclusions» des experts sur l'évaluation des effets de la LAMal. Toutefois il faut souligner que, même par rapport aux objectifs qui ont été atteints (c.-à-d. l'accès équitable et la solidarité), il y a encore des points essentiels à débattre et à approfondir tels que

- l'équité du financement par rapport au revenu et à la fortune des assurés et
- la solidarité entre régions géographiques et culturelles de ce pays. Si l'idée d'une caisse nationale d'assurance-maladie unique fait son chemin, un tel débat sera incontournable.

Deuxième question : Que pensez-vous des mesures proposées ?

En ce qui concerne les mesures ponctuelles proposées, je renonce à les commenter en détail, car à mon avis elles n'auront qu'une influence marginale sur la maîtrise de la croissance des coûts (et donc des cotisations). De plus elles rendront encore plus compliqué à l'avenir notre système de santé, qui est probablement, aujourd'hui déjà, le système garantissant un accès «universel» le plus compliqué de la planète. Je rappelle que le «marché» de la santé est essentiellement un «marché» de l'offre. C'est donc seulement par une maîtrise de la densité des fournisseurs de prestations, par le choix d'un système de rémunération non inflationniste de l'activité médico-sanitaire, par la création d'une filière organisée de prise en charge des patients et par un contrôle de la diffusion de l'innovation

technologique qu'on pourra maîtriser la croissance des coûts et des cotisations. La quasi-totalité des pays démocratiques à économie libérale qui disposent de services sanitaires à accès «universel» ont mis en œuvre, à différents degrés, ce type de mesures, tout en disposant d'une seule «entité» qui finance et organise le secteur des soins «socialisés».

Par conséquent, des mesures telles qu'une planification des capacités hospitalières et des équipements lourds au niveau national, la suppression de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire (assortie d'un PPO afin de faciliter le consensus des médecins et de continuer à assurer une «liberté de choix» aux assurés), l'adhésion à la motion Sommaruga pour l'introduction du système du «médecin de famille», la promotion de modèles d'assurances du type «managed care», le contrôle des prix des médicaments et de la disponibilité d'équipements au niveau ambulatoire pourraient représenter des premiers pas «efficaces» dans la bonne direction, afin d'éviter la mise en œuvre de mesures d'urgence «traumatisantes», qui pourraient devenir incontrôlables lorsque la pression des coûts sera devenue économiquement et socialement «insoutenable», notamment pour la classe moyenne.

Troisième question : Une concurrence accrue entre les divers acteurs du système de santé freinerait-elle l'augmentation des coûts ?

La concurrence, en tant qu'outil permettant une allocation efficiente et donc optimale des ressources, ne joue pratiquement pas dans le secteur de la santé. En effet, sur ce marché particulier, le rôle moteur et régulateur de la demande n'existe pas, car le patient-consommateur n'est pas en mesure d'exprimer des préférences de consommation techniquement fondées. De plus, la prescription médico-sanitaire est plus incertaine que certaine et la qualité (dans le sens de l'adéquation entre la prescription et un besoin correctement diagnostiqué) est généralement peu (et très souvent pas du tout) mesurable. Ces incertitudes et ces asymétries posent des problèmes majeurs à la mise en œuvre de la concurrence. Tout le monde devrait en effet reconnaître que la concurrence ne peut pas être fondée sur la base des seuls coûts (qui sont en général connus), mais qu'elle devrait se fonder surtout, voire exclusivement, sur la qualité (en général inconnue et très souvent objet d'«actes de foi»).

Le secteur de la santé est donc, contrairement aux marchés «classiques», dominé par l'offre, cette dernière

ayant ainsi le pouvoir de déterminer le niveau de la demande (consommation). Tout cela est en profonde contradiction avec la notion classique et libérale de «marché», fondée sur la concurrence. En conséquence, le rôle régulateur de l'Etat devient essentiel et indispensable afin d'éviter, dans le cas de systèmes sanitaires à accès «universel», une explosion économique du système. Il est utile de rappeler que sur les marchés «classiques», la maîtrise des coûts est, pour tout fournisseur de biens et de services, un impératif économique incontournable, afin de pouvoir écouler la production, assurer la survie économique et éviter ainsi la faillite. Au contraire, sur le «marché» de la santé, le peu d'informations que possède le patient-consommateur et l'incertitude de la «science» et de la pratique médicale permettent à l'offre d'«induire» la consommation. En effet, quelque soit le volume des prestations produites, celles-

ci pourront presque toujours trouver preneur, car elles seront prescrites à des consommateurs «incompétents» et obligatoirement affiliés à une caisse-maladie qui payera toutes les prestations prescrites.

A l'évidence aussi, la concurrence entre assureurs ne pourra jamais jouer lorsqu'il s'agit de «vendre» un même paquet «obligatoire» de prestations (dont les prix sont identiques) auquel tout le monde a droit.

En effet, si la compensation des risques jouait parfaitement, le prix du paquet serait strictement le même pour tous les assureurs du même canton.

Une concurrence entre assureurs ne pourra se produire que par rapport à des modèles d'assurance de type «managed care». Mais encore faudrait-il que ceux-ci bénéficient d'atouts supplémentaires pour, d'une part, être choisis par les citoyens et, de l'autre, bénéficier d'un plus grand intérêt de la part des médecins.

Les auteurs des articles

Aubry Girardin Florence, docteur en droit, adjointe scientifique au Tribunal fédéral, Lausanne, présidente de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-accidents

Balthasar Andreas, docteur en sciences politiques, Institut d'études politiques Interface, Lucerne ; www.interface-politikstudien.ch

Brechbühl Jürg, sous-directeur, chef du domaine «Prévoyance vieillesse et survivants», OFAS

Buri Markus, lic. phil. hist., suppléant du chef du secteur «Statistique 1», OFAS

Domenighetti Gianfranco, professeur invité à l'Institut d'économie et de management de la santé (IEMS) de l'Université de Lausanne, chargé de cours à l'Université de Genève, chef du Service de la santé publique du canton du Tessin, 6500 Bellinzona

Dürr Daniel, Christen Beat, Fonds de garantie, Organe de direction, case postale 5032, 3001 Berne; Internet: www.sfbvg.ch.

Eschmann Nicolas, lic. ès sc. éc., secteur Statistique 1, OFAS

Gadola Rinaldo, lic. oec. HSG, chef de la Surveillance Prévoyance professionnelle, OFAS

Guye Christophe, avocat, Ressort Tarifs et fournisseurs de prestations, assurance-maladie et accidents de l'OFAS

Haari Roland, dipl. Ing./M.S. en sociologie, COPLAN, Empirische Sozialforschung, Bâle

Hornung Daniel, D^r ès sciences politiques, Bureau d'études économiques régionales, de gestion de l'espace et de l'environnement, Berne

Känzig Herbert, licencié en mathématiques, **Camenzind Paul**, licencié en sciences politiques, secteur Statistique 2, OFAS

Lustenberger Markus, président de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP et des fondations, chef de l'Office de surveillance LPP et des fondations du canton de Lucerne

Oggier Willy, économiste de la santé, Zurich

Valterio Michel, directeur suppléant de l'OFAS

Vatter Adrian, prof., et **Rüefli Christian**, licencié ès sciences sociales, Bureau Vatter, Politikforschung und -beratung, Berne

Wicki Martin, chef de projet, secteur Recherche, Centre de compétences Analyses fondamentales, OFAS

Wiedmer Daniel, lic. iur., chef du domaine Assureurs et surveillance de l'assurance-maladie et accidents, OFAS

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Rédaction	René A. Meier, rédacteur RP E-mail: rene.meier@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnements et informations	Office fédéral des assurances sociales Effingerstrasse 20, Berne Téléphone 031 322 90 11 Téléfax 031 322 78 41 www.ofas.admin.ch
Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Tirage	Version allemande : 6500 ex. Version française : 2600 ex.
Prix	Abonnement annuel (6 numéros): Suisse : 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
Diffuson	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
Impression	Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés en 2000 et 2001:

- N° 1/00 Le projet de 11^e révision de l'AVS du Conseil fédéral
- N° 2/00 De l'indemnité pour impotence à l'allocation d'assistance
- N° 3/00 Le néolibéralisme et l'Etat social
- N° 4/00 Coup d'envoi de la 4^e révision de l'AI
- N° 5/00 La surveillance exercée dans le domaine des assurances sociales est-elle une garantie d'efficacité et de sécurité ?
- N° 6/00 Perspectives de l'Etat social au seuil du 21^e siècle
- N° 1/01 Que coûte l'application des assurances sociales ?
- N° 2/01 Formation des tarifs dans le système de santé suisse
- N° 3/01 La situation des working poor dans l'Etat social suisse
- N° 4/01 Vers une autre répartition des charges familiales ?
- N° 5/01 Les personnes âgées : une génération d'avenir
- N° 6/01 Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?
- N° 1/02 La LAMal a six ans – synthèse de l'analyse des effets

Les articles des dossiers de *Sécurité sociale* sont accessibles sur Internet à l'adresse suivante : www.ofas.admin.ch (à partir de CHSS 3/1999).

Prix au numéro : 9 francs. Prix des numéros parus entre 1993 et 2000: 5 francs (les numéros 1/1999 et 3/1995 sont épuisés). Prix de l'abonnement annuel : 53 francs (TVA incluse).

Commande : **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, tél. 031 322 90 11, fax 031 322 78 41, e-mail: info@bsv.admin.ch**

Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Rapport de recherche n° 11/01 de la série «Aspect de la sécurité sociale». Résumés en français, italien et anglais	OFCL ¹ 318.010.11/01, d Fr. 13.40
Analyse des effets de la LAMal. Rapport de synthèse. Rapport de recherche n° 16/01 de la série «Aspect de la sécurité sociale». Résumés en français, italien et anglais	OFCL ¹ 318.010.16/01, d Fr. 22.80
Deux rapports sur le thème Prescriptions de taux minimaux pour les Institutions de prévoyance. Rapport de recherche n° 17/01 de la série «Aspect de la sécurité sociale».	OFCL ¹ 318.010.17/01, f/d Fr. 17.20
Statistique de l'assurance-maladie. Assureurs reconnus par la Confédération	OFCL ¹ 318.916.00 f/d Fr. 17.20
Mémento «Splitting en cas de divorce». Etat au 1 ^{er} janvier 2001	1.02 f/d/i ²
Mémento «Prestations de l'assurance-invalidité AI». Etat au 1 ^{er} janvier 2002	4.01 f/d/i ²
Mémento «Indemnités journalières de l'AI». Etat au 1 ^{er} janvier 2002	4.02 f/d/i ²
Mémento «Votre droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI». Etat au 1 ^{er} janvier 2002	5.02 f/d/i ²
Informations aux employeurs: Indemnité en cas d'intempéries (Info-service AC)	seco ³ 716.600, f/d/i

1 OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, fax 031 325 50 58; e-mail verkauf.zivil@OFCL.admin.ch; Internet www.OFCL.admin.ch/bundespublikationen/f/.

2 Offert par les caisses de compensation ou les offices AI et accessible sur Internet à l'adresse www.avs-ai.info.

3 Seco, Bundesgasse 8, 3003 Berne, tél. 031 322 27 88, fax 031 311 38 35; e-mail margrit.borer@seco.admin.ch. La publication peut être consultée sur Internet à l'adresse www.arbeitslosenkasse.ch.