

Effets de la LAMal dans le financement de la santé

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

Spartaco GREPPI, dr ès rer. pol., Raymond ROSSEL, lic. ès sc. éc.,
Wolfram STRÜWE, Dipl. Volkswirt, Office fédéral de la statistique

En application des dispositions légales, l'OFAS a lancé les premiers projets de recherche sur les effets de la LAMal. L'étude sur les conséquences dans le financement de l'assurance-maladie, essentiellement l'assurance de base, ainsi que dans le système de santé et les autres régimes de protection sociale a pu démarrer rapidement. L'OFAS publiera prochainement le rapport complet de la première étape de cette étude.¹

Le présent article vise à présenter la synthèse et les principaux résultats de l'étude sur les effets financiers de la LAMal. Les résultats sont présentés dans leur ensemble et dans les différents cadres de référence: assurance-maladie de base et système de santé.

Assurance-maladie de base

Pour l'analyse globale des résultats sur le financement de l'assurance-maladie de base, les principaux chiffres ont été regroupés dans le tableau 1.

Les coûts (prestations payées et frais d'administration) ont atteint 13,5 milliards de francs en 1996. Ils ont augmenté durant cette même année de 1,3 milliard de francs (+10,8%), soit nettement plus qu'en 1995, +520 millions de francs (+4,5%). Dans le détail, on notera en 1996 la progression relativement plus forte des frais administratifs.

Avant l'examen des flux financiers, il convient de mettre en évi-

dence le résultat comptable, c'est-à-dire la différence entre les coûts et les financements. En 1994, l'assurance de base présentait un excédent de recettes de 394 millions de francs qui constituait en principe une augmentation des réserves. En 1995, cet excédent (26 millions) fondait presque complètement. En 1996, le compte fait apparaître un découvert de 491 millions de francs.² L'assurance-maladie de base a donc enregistré en 1996 une diminution de ré-

serve financières de l'ordre de 500 millions de francs. Cette tendance se poursuit en 1997 et 1998.³

En 1996, l'augmentation des coûts de 1,3 milliard de francs, ainsi que la diminution des subventions d'environ 270 millions de francs, ont été financées principalement par l'augmentation des primes (+650 millions) et une participation accrue des assurés aux frais (+390 millions), sans oublier la diminution des réserves (500 millions) mentionnée plus haut.

Le financement de l'assurance-maladie de base repose traditionnellement sur trois piliers: les primes des assurés, les participations aux frais et les subventions des collectivités publiques. Les revenus des capitaux et revenus extraordinaires demeurent d'une importance marginale. Si l'on compare les parts de financement entre 1994 et 1996, seules les participations aux frais et les subventions publiques présentent des écarts importants. Les participations

1 Greppi, S., R. Rosset et W. Strüwe, 1998, Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, OFAS, Berne.

2 En raison de nombreux problèmes de délimitation dans le compte d'exploitation des assureurs-maladie, les résultats varient suivant la méthode de calcul utilisée; ils présentent cependant toujours un découvert supérieur à 300 millions de francs en 1996.

3 Selon l'avis des experts consultés

Coûts et financement de l'assurance-maladie de base

1

	1994		1995		1996	
	mio. frs	%	mio. frs	%	mio. frs	%
Coûts						
Prestations payées	10 834	93,1	11 332	93,2	12 529	93,0
Administration	801	6,9	823	6,8	937	7,0
Total	11 635	100,0	12 155	100,0	13 466	100,0
Financement						
Primes ¹	8 650	71,9	8 576	70,4	9 219	71,1
Participation aux frais	1 259	10,5	1 290	10,6	1 679	12,9
Subventions publiques ²	1 931	16,0	2 085	17,1	1 816	14,0
– Confédération	1 411	11,7	1 810	14,9	1 365	10,5
– Cantons (y c. communes)	520	4,3	275	2,3	451	3,5
Revenus des capitaux et revenus extraordinaires	189	1,6	230	1,9	261	2,0
Total	12 029	100,0	12 181	100,0	12 975	100,0
Excédent / découvert	394	3,3	26	0,2	-491	-3,8

1 Primes nettes de toutes subventions publiques.

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

Qualité des sources statistiques

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

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

La pertinence des données statistiques utilisées et leur limite sur le plan descriptif et interprétatif sont analysées pour chacun des domaines de cette étude: dans l'assurance-maladie, dans le système de santé et dans les autres régimes de protection sociale intervenant dans le financement des biens et services de santé.

aux frais font un saut, passant de 10,6 % en 1995 à 12,9 % en 1996, ce qui correspond clairement à un effet de la LAMal. En revanche, le recul des subventions publiques n'était, en principe, pas un effet attendu de la nouvelle législation, mais s'explique avant tout par la pratique parfois restrictive de certains cantons dans l'octroi des deniers publics pour l'abaissement des primes des ménages financièrement faibles (art. 106 LAMal). La part de financement par les primes⁴ n'augmente que très peu, passant de 70,4 % en 1995 à 71,1 % en 1996.

Les chiffres absolus du tableau 1 peuvent être mis en rapport avec le nombre d'assurés dans l'assurance de base. La prime mensuelle moyenne – après déduction de toutes subventions (fédérales, cantonales ou communales) – s'élève à 99 francs en 1995 et à 107 francs en 1996. La participation moyenne de l'assuré augmente sensiblement en passant de 180 francs en 1995 à 233 francs l'année suivante. Quant aux subventions publiques, elles diminuent à 252 francs par assuré en 1996 (291 francs en 1995).

Le problème des coûts de la santé doit finalement aussi être traité tel qu'il est perçu dans la population, c'est-à-dire essentiellement par la

charge des primes d'assurance-maladie dans les budgets des ménages. Il peut être rappelé qu'au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996, il y avait trois raisons évidentes qui pouvaient justifier une hausse importante des primes⁵: le changement de système de subventionnement pour la réduction des primes qui avait pour conséquence la facturation de primes brutes (sans déduction des subsides) aux assurés (+14 %), l'extension des prestations estimée à 1,7 milliard⁶ de francs (+15 %) et la hausse des coûts de l'année précédente (+5 %). La statistique des assureurs-maladie 1996 montre que l'augmentation des primes brutes dans l'assurance de base n'a été que de 21 %, alors qu'elle aurait pu atteindre théoriquement 34 %. Quatre raisons principales peuvent expliquer cette différence:

- L'augmentation des participations aux frais des assurés (surtout en cas d'hospitalisation) a occasionné en 1996 un saut de +30 % ce qui correspond à environ 400 millions de francs.
- Le coût des nouvelles prestations en 1996 est inférieur aux estimations avancées: les prestations de l'assurance de base, y compris les coûts d'administration, ont passé de 12,2

milliards de francs en 1995 à 13,5 en 1996, soit une augmentation de 1,3 milliard, alors que le coût total de l'extension des prestations avait été estimé à 1,7 milliard.

- La diminution des réserves financières des caisses: pour limiter les hausses de primes, les assureurs ont puisé dans les réserves pour un montant approximatif de 500 millions de francs en 1996.
- Le nombre d'assurés ayant choisi une franchise annuelle élevée pour bénéficier de réduction de primes a véritablement explosé en 1996 – 2,3 millions alors qu'il n'était que de 700 000 en 1995. Ces réductions correspondantes ont également modéré l'effet des augmentations de primes dans les statistiques de l'assurance-maladie. Celui-ci n'est toutefois pas chiffrable et devrait être analysé parallèlement aux participations des assurés aux frais.⁷

Système de santé

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

Le financement de la santé peut être présenté selon les trois agents économiques que sont l'Etat, les

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

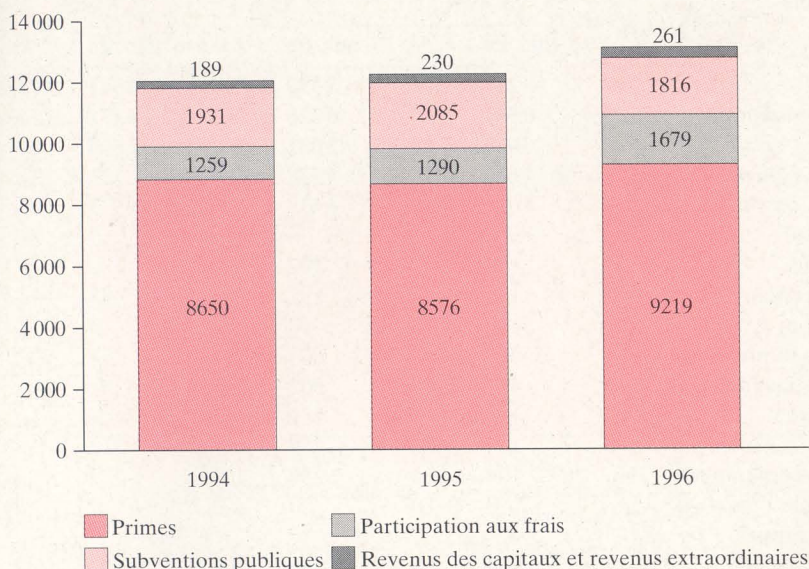
5 La base de calcul est représentée par les prestations payées du tableau 1.

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

7 Pour l'effet spirale induit par les franchises à option, voir F. Donini et G. Sottas: La franchise à option sous la loupe; CHSS 2/97 p.77 à 80.

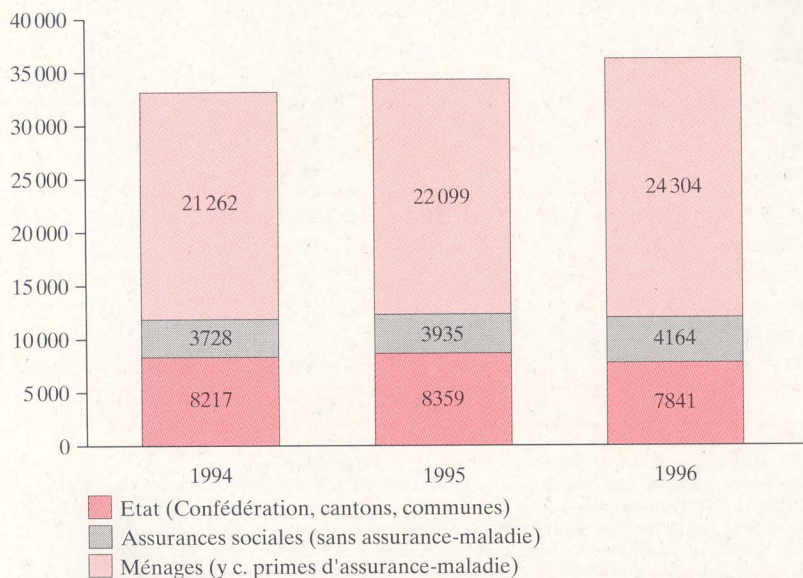
Financement de l'assurance de base, en millions de francs

2



Financement du système de santé, en millions de francs

3



assurances sociales et les ménages privés.

• L'Etat intervient en tant qu'agent du financement à différents titres: en matière de santé publique par le subventionnement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des soins à domicile; en matière de sécurité sociale par le biais des subventions pour la réduction des primes de l'assurance-maladie de base, des prestations complémentaires AVS/AI, de l'aide sociale et

d'œuvres diverses en faveur des invalides.

• Les assurances sociales – assurance-accidents, AVS/AI et assurance militaire – sont considérées comme des agents du financement à part entière même si l'Etat intervient aussi dans leur financement (20% pour l'AVS, 50% pour l'AI, 100% pour l'assurance-militaire). L'assurance-maladie financée essentiellement par les primes individuelles des ménages n'apparaît sous cette rubrique

que pour son financement résultant du rendement des réserves des assureurs (caisses-maladie).

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

Le tableau 4 présente dans l'ensemble et en détail le financement du système de santé. On y remarque en 1996 la diminution nette de l'Etat de 518 millions de francs, sa part de financement passant de 24,4% à 21,6%.

Inversement, les ménages voient leurs dépenses augmenter de plus de 2 milliards de francs, leur part atteignant 66,9% alors qu'elle était de 64,3% un an auparavant. Cette évolution est en rapport avec l'introduction de la LAMal mais un examen en détail selon les différents éléments du financement (voir plus loin, financement par l'Etat et financement par les ménages privés) est nécessaire pour identifier et pondérer plusieurs effets de la nouvelle législation.

Le financement par les assurances sociales – 4,2 milliards de francs en 1996 – présente globalement une plus grande stabilité. En 1996, sa part n'augmente que très légèrement à 11,5% (11,4% en 1995), mais résulte d'une augmentation marquée des prestations de l'assurance-invalidité et d'une baisse relative des autres assurances sociales.

Le financement par l'Etat

Le financement du système de santé par l'Etat est constitué avant tout par les subventions aux établissements de santé et par la réduction des primes à l'assurance-maladie de base qui représentent ensemble en 1996 plus de 80% (6,3 milliards) des contributions publiques.

Les subventions aux établissements de santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux) ont diminué de 160 millions de francs en 1995, tandis qu'elles augmentaient légèrement en 1996 d'environ 100 millions. Ce financement ne cesse cependant

pas de diminuer proportionnellement: il représentait près de 16% des dépenses de santé en 1991 mais il est descendu à 12,5% en 1996.

Les flux de financement net des cantons (y c. communes) et de la Confédération présentent de grandes fluctuations dans les années sous revue liées principalement aux changements intervenus dans les modes de répartition des subventions fédérales. Le rapport de l'OFS met en évidence les ruptures de séries temporelles intervenues dans plusieurs sources de données administratives avant et après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, ce qui complique singulièrement l'approche statistique.⁸ Cependant, il faut admettre finalement que l'application restrictive de la LAMal en ce qui concerne l'abaissement des primes a eu pour conséquence une diminution des subventions publiques d'environ 250 millions de francs faisant passer cette part de financement de 6,1% en 1995 à 5% en 1996.

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

Le financement par les ménages privés

La structure du financement par les ménages privés enregistre la première «onde de choc» de la LAMal. Les effets de la nouvelle loi sur l'évolution des parts de financement sont encore plus évidents: ces parts ne présentent que de faibles variations entre 1994 et 1995, mais les écarts sont marqués entre 1995 et 1996: les primes passent de 33,8% à 36,8%, les participations aux frais de 4,1% à 4,9% tandis que les prestations non couvertes (out of pocket) reculent de 26,4% à 25,3%.

Les primes nettes d'assurance-maladie⁹ augmentent de plus de 1,7

Synthèse des dépenses de santé selon l'agent financeur

4

Agents financeurs	1994		1995		1996	
	mio. frs	%	mio. frs	%	mio. frs	%
Etat	8 217	24,8	8 359	24,4	7 841	21,6
cantons (y c. communes)	6 557	19,7	6 278	18,3	6 271	17,3
Confédération	1 660	5,0	2 081	6,1	1 569	4,3
Subventions aux établissements de santé	4 601	13,9	4 438	12,9	4 533	12,5
cantons (y c. communes)	4 601	13,9	4 438	12,9	4 533	12,5
Confédération	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Soins à domicile	183	0,6	192	0,6	252	0,7
cantons (y c. communes)	183	0,6	192	0,6	252	0,7
Confédération	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Administration et prévention	607	1,8	653	1,9	651	1,8
cantons (y c. communes)	474	1,4	502	1,5	510	1,4
Confédération	133	0,4	151	0,4	141	0,4
Invalidité	194	0,6	259	0,8	229	0,6
cantons (y c. communes)	194	0,6	259	0,8	229	0,6
Confédération	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Réduction des primes de l'assurance-maladie	1 933	5,8	2 085	6,1	1 816	5,0
cantons (y c. communes)	521	1,6	275	0,8	451	1,2
Confédération	1 411	4,2	1 811	5,3	1 365	3,8
Prestations complémentaires	529	1,6	546	1,6	293	0,8
cantons (y c. communes)	413	1,2	426	1,2	229	0,6
Confédération	116	0,3	120	0,3	64	0,2
Aide sociale (cantons et communes)	171	0,5	187	0,5	67	0,2
Assurances sociales¹	3 728	11,2	3 935	11,4	4 164	11,5
Caisses-maladie ²	298	0,9	367	1,1	378	1,0
Assurance-accidents LAA	1 148	3,5	1 147	3,3	1 157	3,2
AVS / AI ³	2 231	6,7	2 375	6,9	2 585	7,1
Assurance militaire	52	0,2	47	0,1	44	0,1
Ménages privés	21 262	64,0	22 099	64,3	24 304	66,9
primes nettes d'assurance-maladie (y c. complémentaires)	11 073	33,3	11 636	33,8	13 348	36,8
participations aux frais	1 347	4,1	1 395	4,1	1 778	4,9
prestations non couvertes (out of pocket) ⁴	8 842	26,6	9 068	26,4	9 178	25,3
Total⁵	33 206	100,0	34 393	100,0	36 308	100,0

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

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

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

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

5 Coûts du système de santé après déduction des prestations aux résidents à l'étranger.

milliard de francs et les participations des assurés aux frais progressent de 400 millions environ, tandis que les paiements directs correspondant aux prestations non remboursées par les assurances sociales marquent le pas avec une hausse modeste de quelque 100 millions de francs.

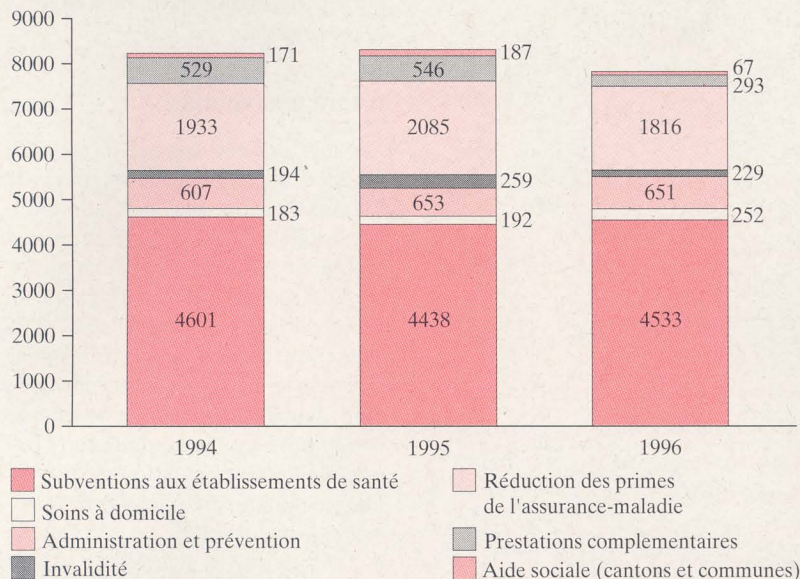
Conclusion et perspectives de recherche

Au moyen des statistiques disponibles pour la période sous revue et

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

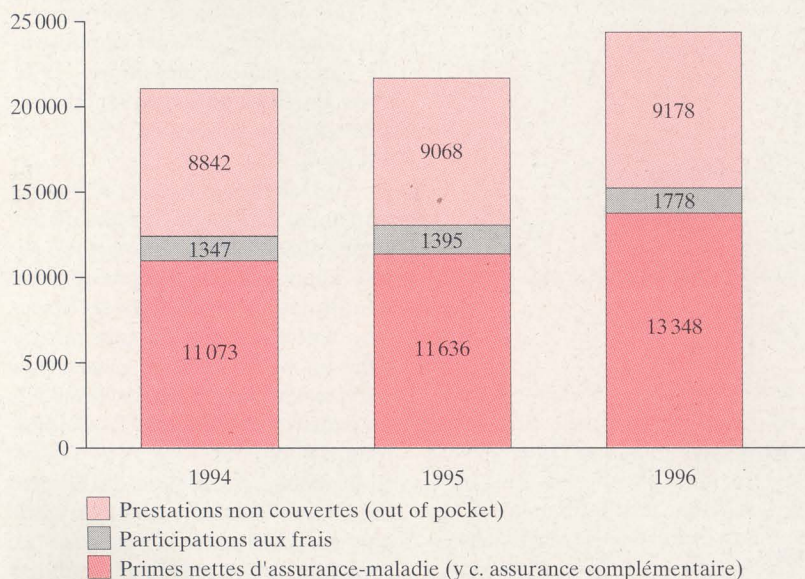
Financement par l'Etat (Confédération, cantons, communes), en millions de francs

5



Financement par les ménages, en millions de francs

6



Si les premiers effets attendus de la LAMal sont souvent perceptibles dans l'évolution de la structure du financement tant de l'assurance-maladie de base que dans le système de santé et dans les autres régimes de protection sociale (prestations complémentaires et aide sociale), les conséquences moins directes, singulièrement la compression des coûts dans le système de santé, ne pourront être étudiées que plus tard. Les changements structurels auprès de fournisseurs de soins particulière-

ment concernés par l'application de la nouvelle loi (hôpitaux, établissements médico-sociaux, soins à domicile) ne sont pas encore mesurables: les bases des statistiques antérieures sont souvent insuffisantes pour garantir la comparabilité avec les chiffres des nouvelles sources de données qui commencent à être disponibles.¹⁰

Conformément aux exigences de la loi, l'étude devra donc être poursuivie pour établir avec un plus grand recul et une plus grande précision les

effets de la LAMal quant au financement dans l'assurance-maladie, le système de santé et les autres régimes de la protection sociale. ■

8 Voir aussi OFAS, CHSS 1/1998 p.10. Réduction de primes selon la LAMal: premières expériences.

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

10 Voir Bandi, T.: Bases de décision dans l'assurance-maladie: amélioration en vue? CHSS 5/1997 p.282 à 285.

Les affirmations essentielles de l'étude

1. La LAMal a-t-elle engendré une hausse des coûts ?

Si l'on considère le système de santé globalement, il n'est pas encore possible de dégager avec claret les répercussions de la LAMal. En revanche, il est possible de saisir des tendances dans la structure de financement.

Au cours de l'année 1996, l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie est restée nettement inférieure aux coûts supplémentaires estimés au moment du référendum. La hausse des coûts dans l'assurance de base et le recul des contributions des pouvoirs publics ont été financés par l'augmentation des primes et la participation des assurés aux coûts ainsi que par la réduction des réserves auprès des assureurs-maladie.

2. Quelles sont les répercussions de la LAMal sur les ménages privés ?

En dépit de l'extension du catalogue des prestations de l'assurance de base, les ménages dépensent aujourd'hui davantage pour la santé. Leur part dans les dépenses de santé s'est surtout accrue parce que leurs primes et leur participation aux coûts ont augmenté.

3. Quels ont été les effets de la LAMal sur les pouvoirs publics ?

Avec la LAMal, la **Confédération** finance une part légèrement plus faible des coûts de la santé que sous le régime de l'ancienne loi.

La part des **cantons** et des **communes** dans le financement du système de la santé a tendance à diminuer. Effet direct de la LAMal en 1996, le transfert des coûts des prestations complémentaires et de l'aide sociale vers la réduction individuelle de primes a joué un rôle important.

4. Quelles ont été les conséquences de la LAMal pour le financement de certaines catégories de prestations ?

L'extension du catalogue des prestations a entraîné, dès 1996, une diminution importante du financement direct des hôpitaux sur les ménages. L'accroissement de la participation aux coûts des assureurs-maladie pour les prestations des établissements médico-sociaux et les soins à domicile ne peut être estimé qu'approximativement, faute de données statistiques.

5. Quelles ont été les répercussions de la LAMal sur les prestations complémentaires et l'aide sociale ?

L'introduction d'un nouveau système de réduction de primes pour les personnes de condition économique modeste et l'extension du catalogue des prestations ont sensiblement allégé la charge des cantons et des communes dans le domaine des prestations complémentaires et de l'aide sociale.