

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 93 (1995)

Heft: 9

Artikel: Le système de santé en Suisse

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951217>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Le système de santé en Suisse

A la veille de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, nous consacrons tout un dossier sur le fonctionnement du système de santé en Suisse. La souveraineté des cantons dans le domaine de la santé publique rend la compréhension de ce système parfois ardue, mais ce dossier est censé en éclaircir les rouages; il a été élaboré par l'Office fédéral des Assurances sociales, en 1994, dans le cadre d'une étude comparative des différents systèmes de santé en Europe. dv

État actuel

La Suisse se caractérise par le fait que sur le plan constitutionnel, la santé publique est essentiellement de la compétence des cantons alors que l'assurance-maladie est de la compétence fédérale, les deux domaines étant étroitement liés. La Constitution précise que les cantons sont souverains dans la mesure où cette souveraineté n'est pas limitée par la Constitution, la Confédération ayant notamment pour tâches, outre l'assurance-maladie, d'intervenir dans la lutte contre les maladies transmissibles, dans les examens de médecine ou dans la protection contre les radiations ou les toxiques par exemple. Les cantons sont responsables du service sanitaire, de la prévention médicale et des prescriptions d'hygiène. Il existe ainsi une législation sur la santé dans chaque canton. Les autorités communales interviennent principalement dans le service au troisième âge, l'assistance sociale et les soins à domicile. On a donc une disposition verticale comprenant certaines liaisons entre les différents niveaux.

Évolution historique

Le système suisse de santé est composé des fournisseurs de prestations, de la population et des tiers payants dont font partie l'assurance-maladie et les autres assurances sociales que sont l'assurance accidents, l'assurance-militaire et l'assurance-invalidité ainsi que les pouvoirs publics, les patients auto-payants et les assurés privés. Dans le groupe des assurances sociales, la part du financement de l'assurance-maladie est la plus importante. La Loi sur l'assurance-maladie constitue l'instrument principal de la Confédération en matière de politique de santé.

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur date de 1911 et n'a été adaptée que par une révision partielle en 1964. Les tentatives de révision ont repris à la fin des années 60 pour

se poursuivre jusqu'à aujourd'hui. Un grand nombre des mesures considérées visaient à introduire des réformes au niveau constitutionnel ou au niveau législatif. Dans la plupart des cas, il n'a toutefois pas été possible de concrétiser ces projets, ceci pouvant s'expliquer notamment par un manque de consensus au niveau des milieux intéressés (Moser, 1993).

La législation sur l'assurance-maladie a subi son premier échec au début du siècle, en 1900, lorsque le peuple rejeta une loi sur l'assurance-maladie qui prévoyait l'obligation d'assurance pour les travailleurs dont le revenu n'excédait pas un certain montant. L'assurance-maladie devait être pratiquée par des caisses-maladie régionales et des caisses-maladie d'entreprise relevant du droit public, ainsi que par des caisses-maladie privées existantes ou à créer. Le financement était assuré par des cotisations en pourcentage du salaire et par des subsides fédéraux. Il s'agissait par conséquent d'un système d'assurance-maladie intégré principalement organisé par la Confédération.

La loi fédérale de 1911 encore en vigueur actuellement, ne prévoyait plus l'introduction d'une assurance-maladie obligatoire et l'intervention de la Confédération se limitait à la surveillance et au subventionnement des caisses-maladie privées et celles relevant du droit public cantonal. Ces subventions ont pour objet de compenser les obligations légales imposées aux caisses-maladie (obligation d'admettre tous les assurés, réserves d'assurance limitées dans le temps, versement des prestations prévues par la loi). La révision de 1964 consistait principalement en un allègement des conditions d'entrée dans l'assurance-maladie, une amélioration des prestations, une adaptation du droit tarifaire ainsi qu'une augmentation des subsides fédéraux en relation avec l'évolution des frais médico-pharmaceutiques.

En 1974, l'initiative et le contre-projet visant à réformer la loi sur l'assurance-

maladie ont été rejetés. L'initiative en question demandait une assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière moyennant un financement par des subventions fédérales et cantonales ainsi que par les cotisations des assurés. Le contre-projet du Conseil fédéral préconisait une assurance obligatoire pour les gros risques pour l'ensemble de la population, une assurance facultative pour les autres soins médico-pharmaceutiques ainsi que l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour tous les travailleurs. Le Parlement s'écarta de ces propositions et proposa un projet favorable à une assurance facultative des soins médico-pharmaceutiques moyennant un financement partiel par des cotisations obligatoires d'un montant de 3 pour cent au maximum du revenu d'une activité lucrative. Le caractère obligatoire de l'assurance d'une indemnité journalière était maintenu.

Ce type de proposition de révision complète de la loi ayant échoué, une révision partielle de celle-ci fut tentée. En 1981, le Conseil fédéral présenta son message sur la révision partielle de l'assurance-maladie. Après maintes discussions, seul un programme d'urgence fut proposé en votation populaire. Ce projet échoua également en votation populaire en décembre 1987. Celui-ci renonçait à l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les travailleurs et introduisait une assurance obligatoire garantissant une allocation en cas de maternité. D'autre part, toute une série de mesures de maîtrise des coûts était introduite dans le secteur de l'assurance facultative des soins médico-pharmaceutiques. De plus, ce projet majorait la participation aux coûts des assurés (20 pour cent), améliorerait les prestations et autorisait la création de caisses de santé HMO (Health Maintenance Organisation).

Fonctionnement

La figure 1 présente le fonctionnement du système de santé en Suisse. Les différents postes à l'origine des coûts sont ventilés de la façon suivante: hôpitaux, médecins, dentistes, pharmacies, drogueries, soins extra-hospitaliers, laboratoires, physiothérapeutes, chiropraticiens et autres fournisseurs de prestations. Les payants actifs dans le système sont ventilés de la façon suivante:



- les organismes tuteurs des assurances sociales que sont les caisses-maladie, les assurances accidents, invalidité et militaire. Les ressources de ces types d'assurance proviennent d'une part de fonds transférés par les pouvoirs publics et d'autre part de fonds privés (cotisations et participation de la population). Dans le domaine de l'assurance-accidents, l'essentiel des ressources provient des primes des assurés alors que l'assurance-invalidité est financée par les contributions des assurés et des employeurs et de celles des pouvoirs publics. L'assurance-militaire est quant à elle entièrement financée par la Confédération. En 1990, la part des caisses-maladie dans cet ensemble pour le financement selon l'agent payeur des coûts de la santé était de 82.7 pour cent, celle de l'assurance-accidents de 7.6 pour cent, celle de l'assurance-invalidité et assurance-vieillesse de 10.2 pour cent et celle de l'assurance-militaire de 0.4 pour cent (Office fédéral de la statistique, 1993; calculs de l'office fédéral des assurances sociales).
- les pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) auxquels la population acquitte des impôts;
- les patients auto-payants, les assurés privés et les autres sources de financement comme par exemple les personnes assurées à l'étranger.

En Suisse, l'assurance-maladie est facultative. On constate toutefois qu'environ 99

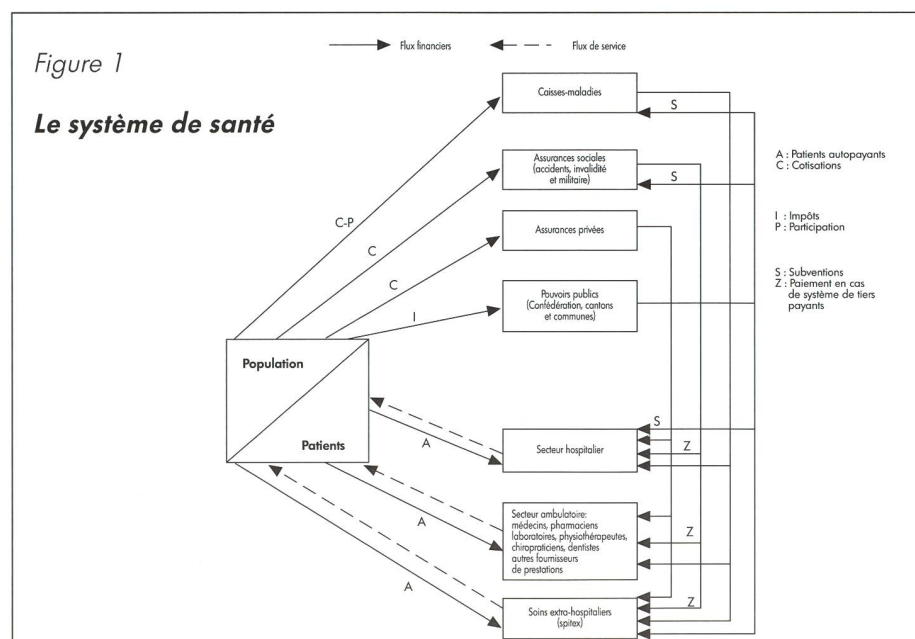
pour cent de la population est assuré auprès d'une caisse-maladie. En outre, quatre cantons ont introduit l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population. Certains cantons l'ont déclarée obligatoire pour certaines catégories de la population – telles que personnes âgées, enfants en âge de scolarité, apprentis ou personnes à revenus modestes par exemple. Certaines communes ont également déclaré l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de leurs résidents. L'assurance-maladie sociale est fondée sur le principe de l'assurance individuelle et l'assurance du chef de famille

ne couvre pas les membres de cette famille. Il est toutefois possible qu'une personne soit assurée automatiquement si elle fait partie par exemple d'une entreprise ayant conclu une assurance collective pour l'ensemble du personnel.

L'assurance-maladie est gérée par un grand nombre de caisses-maladie (environ 200, tendance à la baisse) qui, dans la mesure où elles remplissent les conditions qui leur sont assignées, sont reconnues par la Confédération et reçoivent par conséquent des subsides de celle-ci. Les caisses-maladie reconnues pratiquent l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et/ou l'assurance d'une indemnité journalière indemnisant les assurés de la perte de salaire ou de gain résultant de l'incapacité totale de travail. Elles peuvent prévoir dans leurs statuts le versement de prestations plus étendues que celles prescrites par la loi ou encore l'allocation d'autres prestations, de nature complémentaire. La loi leur impose uniquement de fournir des prestations minimales ainsi que de remplir certaines obligations (devoir d'accepter les assurés, interdiction d'imposer des réserves pour une durée de plus de 5 ans, hospitalisation illimitée des invalides, etc.). Les caisses peuvent également prévoir dans leurs statuts une limite d'âge d'admission, un délai de trois mois ou plus durant lequel l'assuré ne reçoit aucune prestation ou une réserve (refus des prestations durant 5 ans pour une maladie antérieure et passible de rechutes au moment de l'admission).

Figure 1

Le système de santé



Relations entre patients et prestataires

En Suisse, l'assuré a en principe la possibilité de choisir librement son prestataire de soins. Le libre choix est limité si l'assuré participe à une expérience de type HMO. L'assuré a également en principe le libre choix de l'hôpital. Dans les faits, l'assuré ne peut se voir rembourser que l'hospitalisation dans un établissement conventionné et situé au lieu de son domicile ou dans les environs. S'il se rend dans un autre établissement, la caisse rembourse ce qu'elle aurait payé dans l'établissement le plus proche du lieu de domicile de l'assuré ou des environs. Dans le secteur hospitalier, il n'existe pas de libre choix du médecin en division commune.

Relations entre patients et tiers payants

Chaque caisse constitue une communauté de risque distincte, chaque nouvel assuré représentant un risque supplémentaire. Les assurés ont la possibilité de choisir librement leur caisse. Si l'assuré est contraint de changer de caisse, il peut bénéficier du libre passage, c'est-à-dire que sa nouvelle caisse ne pourra ni lui imposer de délai ni de nouvelles réserves, bien que les primes puissent être modifiées. Ce cas de figure peut se présenter par exemple lorsque l'assuré change de lieu de résidence, lorsqu'il doit quitter la caisse de son entreprise ou lorsque sa caisse est dissoute.

L'assurance-maladie est essentiellement financée par les cotisations des assurés (voir figure 2). Celles-ci représentent en effet près des trois quarts de l'ensemble des recettes des caisses-maladie. Les

autres recettes sont constituées par la participation aux frais, les subsides des pouvoirs publics, les subsides d'employeur et par divers autres facteurs comme les intérêts ou les remboursements de prestations par exemple. Les cotisations constituent des primes par tête et ne sont donc pas proportionnelles au revenu des assurés. Ces primes à payer sont échelonnées en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse. Tant qu'il est affilié à la même caisse, l'assuré paiera donc la prime correspondant à son âge d'entrée, cette prime augmentant toutefois avec l'évolution des coûts de la santé.

Un système d'assurance-maladie facultative implique qu'une entrée de plus en plus tardive de l'assuré dans la caisse correspond à une cotisation qui est également de plus en plus élevée, puisque le risque augmente avec l'âge. Ce principe reste valable lorsque l'assuré passe d'une caisse à l'autre. Ainsi une personne devant changer de caisse à un âge déjà avancé devra subir une augmentation importante de prime, ceci même si elle a été contrainte de quitter sa caisse. Ce cas de figure se présente relativement fréquemment actuellement dans le cas de fusions de caisses. Un certain nombre de personnes jeunes s'étant déplacé vers des caisses bon marché, certaines caisses se sont retrouvées avec une proportion très importante de personnes âgées et ont été contraintes de fusionner. D'autres causes peuvent toutefois expliquer la multiplication de ces fusions (caisses trop petites par exemple). Les primes sont différentes selon les régions dans la mesure où les coûts de l'assurance ne sont pas identiques partout. Jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures visant à la maîtrise des coûts en octobre 1992, les primes pouvaient être au maximum de 10 pour cent plus élevées pour les femmes

que pour les hommes. Les primes ont fortement augmenté au cours de ces dernières années et les assurés consacrent une part toujours plus importante de leur revenu à l'assurance-maladie (voir figure 3). Lors d'une estimation récente, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) estimait ainsi qu'environ la moitié des ménages consacrait en 1993 plus de 8 pour cent de leur revenu au paiement des primes. Les assurés contribuent également aux recettes des caisses-maladie par une participation aux frais qu'ils occasionnent. Celle-ci est constituée par une franchise annuelle de 150 francs Suisses et une cote part de 10 pour cent des frais qui dépassent la franchise. Jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures d'économie dans le domaine de l'assurance-maladie, la participation ne pouvait toutefois pas excéder 750 francs suisses et n'était pas perçue en cas d'hospitalisation. Cet arrêté fédéral a quant à lui prévu une contribution aux frais de traitement de 10 francs suisses par journée d'hospitalisation et une participation aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers limitée à un montant maximal total de 500 francs suisses, aucune participation aux coûts n'étant exigée pour les traitements hospitaliers fournis à des enfants, des personnes séjournant plus de 180 jours dans un hôpital et les femmes requérant des prestations liées à la maternité.

Relations entre fournisseurs de prestations et tiers payants

Les conventions tarifaires ont lieu au niveau cantonal entre les fédérations de fournisseurs de prestations et de payeurs. La loi autorise toutefois également la conclusion de conventions individuelles.

Figure 2

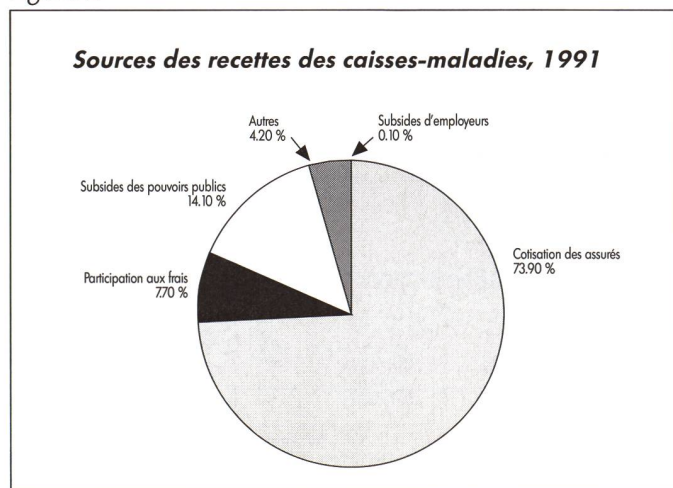
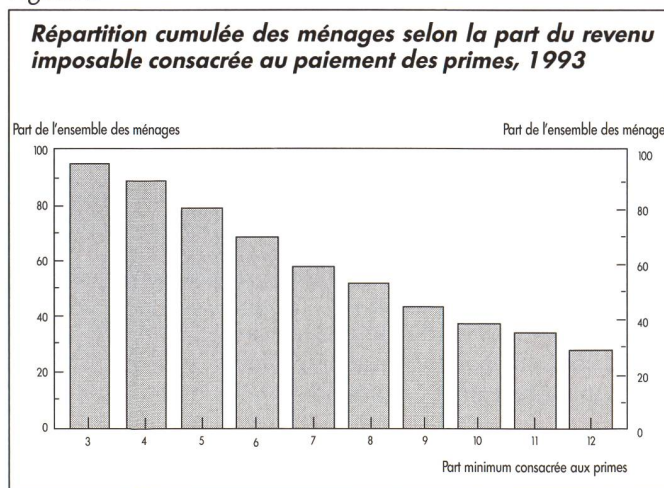


Figure 3



Dans le domaine hospitalier, les conventions sont souvent conclues directement entre des établissements hospitaliers et les fédérations cantonales de caisses-maladie. Pour les mêmes prestations, les tarifs peuvent varier très fortement d'un hôpital à l'autre, ceci à l'intérieur d'un même canton également. Pour les tarifs des patients hospitalisés en division commune, les caisses acquittent la plupart du temps un forfait complet, c'est-à-dire que toutes les prestations sont comprises dans ce forfait. Ce forfait ne constitue en fait qu'une partie du coût d'exploitation, la partie restante étant prise en charge par les pouvoirs publics.

Certains cantons appliquent de nouveaux systèmes de financement des hôpitaux, tels que l'application d'enveloppes budgétaires mises à disposition des hôpitaux par exemple. L'idée de base de celles-ci consiste en la fixation d'un montant global servant à la couverture des coûts de la santé à la charge de l'assurance-maladie. Les valeurs de l'année précédente servent de point de départ pour la fixation du budget. Ces valeurs peuvent en tous les cas être corrigées selon des critères objectifs comme l'évolution démographique ou des modifications générales de l'offre de prestations.

Les personnes bénéficiant d'une assurance privée et les patients payants eux-mêmes ne bénéficient en principe d'aucune protection tarifaire, l'hôpital facturant alors une taxe journalière à laquelle seront ajoutés des honoraires pour les prestations médicales et médico-techniques. Il peut arriver toutefois que des normes soient fixées par des directives de l'hôpital ou par des prescriptions du canton par exemple.

En matière ambulatoire et pour les tarifs de l'assurance-maladie, les conventions au niveau ambulatoire doivent être approuvées par les gouvernements cantonaux. Dans la plupart des cas, ces conventions contiennent une liste de prestations individuelles auxquelles on affecte un certain nombre de points, ceux-ci représentant une certaine valeur. Pour les personnes non assurées, les prix des prestations sont en principe déterminés selon les règles du droit privé. Il se peut toutefois que les associations de médecins fixent des directives internes en la matière pour leurs membres.

Concernant les analyses de laboratoire, on différencie les analyses selon qu'elles sont effectuées dans le cabinet médical ou dans un laboratoire indépendant. Dans le premier cas, le tarif est fixé dans la conven-

tion médicale conclue au niveau cantonal. Dans le second cas, le tarif est réglé par le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI). Ce tarif est également appliqué par les assurances sociales fédérales.

Les prestations des personnes exerçant une profession paramédicale, par exemple les physiothérapeutes, sages-femmes et les infirmiers, les conventions tarifaires sont également conclues au niveau cantonal entre les fédérations de caisses-maladie et les groupes professionnels en question, les autorités cantonales fixant les tarifs si aucune convention ne peut être conclue. Dans les faits, les conventions sont souvent conclues au niveau de la Confédération. Il y a en effet possibilité de transmettre le pouvoir de négociation des fédérations de caisses cantonales au Concordat des caisses-maladie suisses et de fixer ainsi un tarif national. A l'exception de certains cantons, ceci est notamment le cas, par exemple, pour les physiothérapeutes.

Le traitement dentaire ne fait pas partie des prestations obligatoires à la charge de l'assurance-maladie. Toutefois, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a désigné certaines prestations obligatoires. Il s'agit d'interventions dans la cavité buccale qui ne sont pas des mesures dentaires au sens restreint mais qui sont cependant entreprises presque exclusivement par des chirurgiens-dentistes. Dans de tels cas, le dentiste doit être mis sur un pied d'égalité avec le médecin, et les caisses-maladie ont l'obligation de prendre en charge ces prestations. Il s'agit par exemple de certaines interventions à la mâchoire ou de tumeurs.

Les patients des autres assurances sociales bénéficient d'une protection tarifaire dans la mesure où existe une convention en la matière. Celle-ci est composée de prestations générales, radiographies, et anesthésies parmi d'autres services. Le tarif est fondé sur le système des points de taxation. Ce tarif sert par ailleurs souvent de base pour établir les honoraires en cabinet privé (Office fédéral de la statistique, 1993).

Les prestations des infirmières et infirmiers prises en charge par les caisses-maladie sont précisées sous forme d'ordonnance alors que les soins à domicile ne sont en principe pas compris dans les prestations obligatoires des caisses-maladie. Les tarifs appliqués sont souvent fixés par les organisations elles-mêmes ou par des arrêtés de droit public. On estime que les montants payés pour les soins infirmiers et à domicile couvrent en moyenne moins de

la moitié des frais effectifs des soins (Frei et Hill, 1992), la plus grande partie étant acquittée par des contributions des pouvoirs publics et les cotisations des membres.

En matière de médicaments, ceux dont la prise en charge est recommandée aux caisses-maladie font partie d'une liste appelée «liste des spécialités». La publication de cette liste est du domaine de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Dans les faits, les médicaments faisant partie de cette liste sont remboursés par toutes les caisses-maladie. D'autres médicaments font quant à eux partie de la «liste des médicaments avec tarif». Celle-ci contient des médicaments qui sont confectionnés par le médecin ou le pharmacien et qui doivent être pris en charge obligatoirement par les caisses-maladie. Les caisses ont d'autre part la possibilité de prendre en charge certains médicaments à titre volontaire. Outre ces deux listes, il faut encore mentionner l'existence d'une liste négative réglée par la convention entre la Société suisse de pharmacie et le Concordat des caisses-maladie suisses. Celle-ci comprend les médicaments ne devant pas être pris en charge par les caisses-maladie, ceci même à titre volontaire.

L'OFAS exerce son influence en matière de prix des médicaments de deux manières. Il examine notamment si un médicament est économique afin de pouvoir l'admettre dans la liste des spécialités. De plus, les prix des médicaments inscrits sur la liste des spécialités ne peuvent être augmentés qu'avec l'accord de l'Office.

Rôle des pouvoirs publics

Le système de santé suisse est très éloigné d'une organisation centralisée. Les mots clés sont ici le fédéralisme et l'application du principe de subsidiarité. Les pouvoirs publics jouent un rôle important en matière de compétence, de surveillance et de subventionnement, et de responsabilité sur les hôpitaux, les caisses-maladie et les soins extra-hospitaliers. Il existe également un grand nombre de relations entre les différentes autorités (voir figure 4).

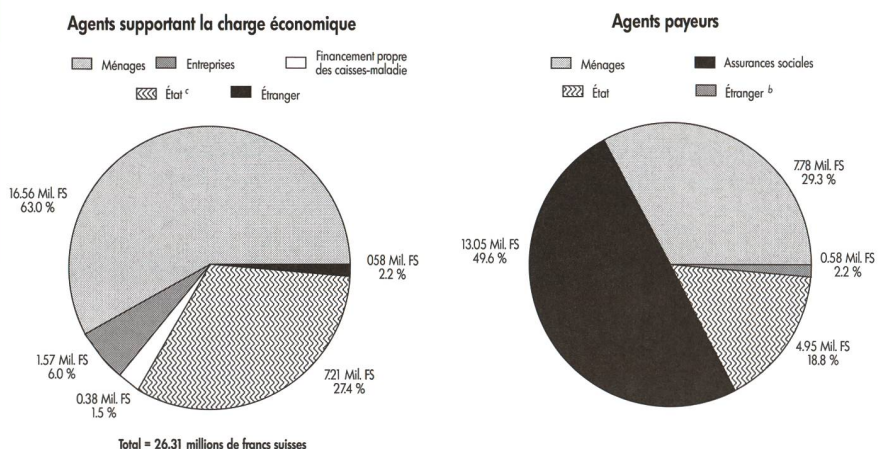
Au niveau des instances fédérales, c'est le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) qui possède principalement la responsabilité des questions relatives à la santé publique. Deux composantes de ce département sont responsables des questions ayant trait

au secteur de la santé. L'OFAS est en charge de la surveillance, du contrôle et du subventionnement des caisses-maladie. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) joue un rôle de surveillance sur l'exécution des lois fédérales dans les différents cantons et communes. Deux commissions fédérales (la Commission fédérale des médicaments et la Commission fédérale des prestations) donnent un préavis au Conseil fédéral en ce qui concerne les prestations à prendre en charge par les caisses-maladie (prestations générales, médicaments et analyses). Les cantons ont leur propre loi sanitaire. Ceux-ci délèguent d'autre part certaines de leurs compétences à des organes inter-cantonaux, ceci en matière de formation ainsi qu'en matière d'autorisation et de contrôle des médicaments. C'est en effet l'Office intercantonal de contrôle des médicaments qui est compétent en ce qui concerne l'introduction d'un médicament sur le marché. Cet office pratiquera une évaluation coûts-risques pour décider de l'introduction d'un médicament sur le marché. La prise en charge de ce médicament par l'assurance-maladie sera soumise à une comparaison coûts-utilité. Les cantons ou communes ont la responsabilité des hôpitaux publics. Des subventions sont affectées par ceux-ci aux hôpitaux publics ainsi qu'aux cliniques privées d'intérêt général. Des subventions sont également affectées dans le domaine des soins extra-hospitaliers (Spitex) pour lesquels les communes jouent souvent un rôle de responsable.

Les cantons sont également compétents en matière de planification. Les mesures visant à la maîtrise des coûts prises récemment chargent toutefois les cantons d'établir

Financement du système de santé, 1990^a

Figure 5



a) OFS, Coûts du système de la santé 1985-1990, Conception et résultats, Berne, 1993, p. 43.

b) Dépenses par des pays étrangers pour des traitements hospitaliers d'étrangers en Suisse.

c) Subventions versées aux assurances sociales.

dans le domaine de la santé publique une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale dont le but est d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'utiliser les ressources de façon optimale et de réduire les coûts.

En cas de régime sans convention, les gouvernements cantonaux peuvent être l'objet d'un recours devant le Conseil fédéral.

Coûts

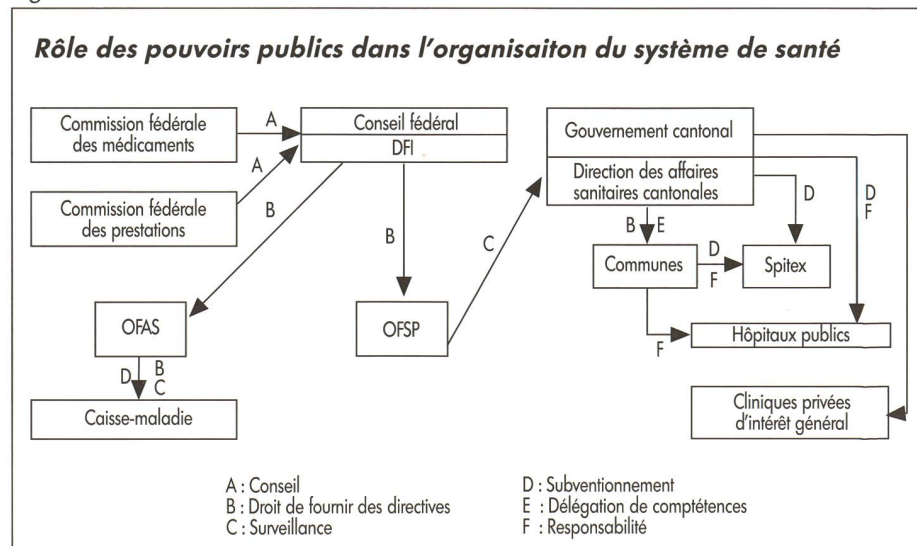
Selon les données de l'Office fédéral de la statistique (1993, p. 41), les coûts de la santé en Suisse se sont élevés à 26.3 milliards de francs en 1990 alors qu'ils

s'élevaient à 18.4 milliards en 1985 soit une augmentation de 43.1 pour cent. Plus de la moitié de ces coûts (52.8 pour cent) est engendrée par les établissements de santé (soins intra-muros). Les soins ambulatoires étaient à la source de 39.5 pour cent des coûts, la part des médecins étant la plus importante en la matière (17.5 pour cent). Le solde des coûts est constitué par les coûts administratifs et les dépenses pour la prévention des maladies et des accidents des assurances sociales et de l'État (7.7 pour cent). Au cours de cette même période, l'évolution des coûts a été la plus importante dans les établissements de santé (+ 46.5 pour cent) alors qu'elle était moins importante pour les services ambulatoires (+ 36.1 pour cent).

Financement

On distinguera deux types de financement du système: le financement selon l'agent payeur et le financement selon l'agent supportant la charge économique. Dans le financement selon l'agent payeur, la part des pouvoirs publics correspond aux contributions directes de la Confédération, des cantons et des communes. On ne tient pas compte dans cette part des subventions fournies aux assurances sociales. Dans le cas du financement selon l'agent supportant la charge économique, les participations et les primes doivent être affectées sur les patients alors qu'elles doivent être déduites des assurances sociales. D'autre part, les subventions des pouvoirs publics aux

Figure 4



assurances sociales doivent être incluses (figure 5).

Au niveau du financement direct, les assurances sociales prennent en charge près de la moitié de l'ensemble des prestations alors que la charge des ménages s'élève à moins de 30 pour cent. Si l'on considère les agents supportant la charge économique, les ménages représentent la part la plus importante avec 62.9 pour cent des dépenses (figure 6).

Au niveau des subventions, la loi sur l'assurance-maladie modifiée en 1964, encore en vigueur, prévoit que la Confédération finance un certain pourcentage des frais médico-pharmaceutiques: 10 pour cent pour les hommes, 35 pour cent pour les femmes et 30 pour cent pour les enfants. Comme mentionné ci-dessus, les subventions doivent compenser les obligations imposées aux caisses par la conséquence sur l'évolution des primes. La part des subventions fédérales dans les recettes des caisses-maladie est en effet passée de 17.6 pour cent en 1970 à 19.2 pour cent en 1991 (OFAS, 1992, p. 13). Cette limite a été relevée de 300 millions de francs suisses en 1990 passant ainsi à 1,3 milliards de francs suisses. Dès lors, ces subventions ont également été mieux dirigées sur les caisses présentant une plus grande proportion de personnes âgées. De plus, selon les dispositions urgentes prises en 1991, la Confédération verse 100 millions de francs suisses chaque année aux cantons afin de les aider et les encourager à subventionner des réductions de primes en faveur des assurés à revenus modestes.

Afin de pouvoir bénéficier de cette subvention fédérale, les cantons doivent également contribuer à cette réduction des cotisations en fonction de leur capacité financière. Cette contribution cantonale est complétée par d'autres subventions générales des cantons décrétées par le droit cantonal et destinées à la réduction générale des primes. Ces dispositions en la matière varient toutefois d'un canton à l'autre. En 1992, les cantons versaient près de 534 millions de francs suisses au titre de cette contribution pour la réduction des primes.

Le subventionnement de la part des cantons joue également un rôle très important dans le domaine de la santé publique. Les cantons fournissent en effet des subventions aussi bien aux hôpitaux publics qu'aux cliniques privées d'intérêt général. Le niveau de ces subventions aura notamment des répercussions au niveau de la fixation des tarifs acquittés

par les caisses-maladie. Une grande partie des hôpitaux bénéficie donc de subventions et est par conséquent soumise à une planification hospitalière cantonale. Les cantons affectent également leurs subventions aux soins fournis à l'extérieur de l'hôpital (Spitex), ceux-ci étant par ailleurs souvent mis sous la responsabilité des communes.

Réformes

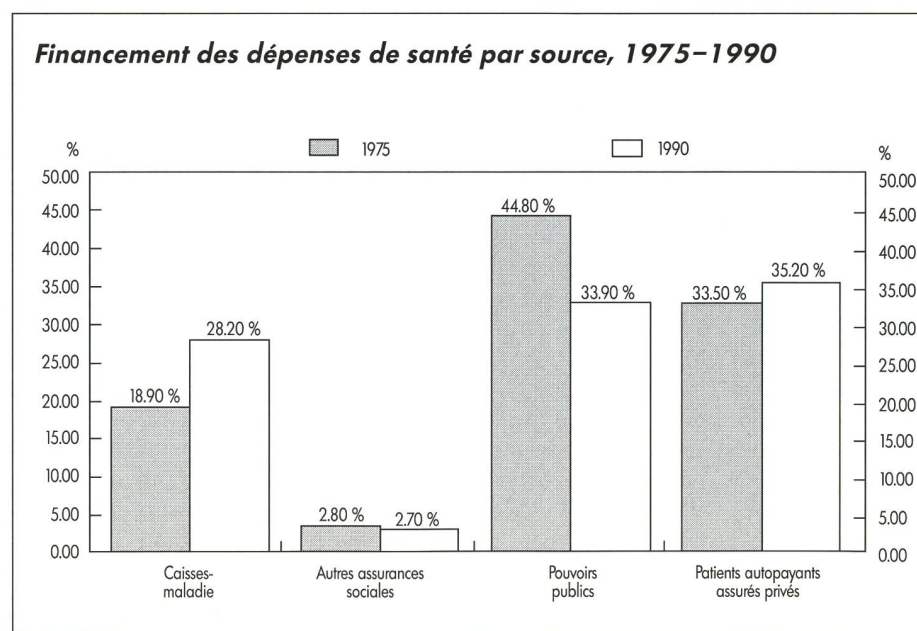
Le rôle que joue la santé publique dans notre société est particulièrement difficile à quantifier. Lorsque l'on se préoccupe de l'évolution des coûts de la recherche, des moyens de diagnostic et des possibilités thérapeutiques, on oublie souvent de mettre en relief l'état sanitaire obtenu grâce à l'ensemble de ces dépenses. Or, comme précisé ci-dessus, l'importance de la somme consacrée aux dépenses de santé correspond à un état sanitaire de la population suisse qui est parmi les meilleurs des pays industrialisés. D'autre part, la couverture médicale est d'une densité importante en Suisse dans le sens qu'un médecin et des soins de qualité sont toujours disponibles dans un faible rayon, et dans l'éventualité d'une hospitalisation, le retour à la vie sociale normale est en règle générale garanti dans un délai parfaitement correct. Si la particularité du fédéralisme suisse comporte certains inconvénients (manque de coordination entre les cantons, manque de structures officielles de planification et de coordination au plan national), il n'en comporte

pas moins certains avantages tels que par exemple une décentralisation des décisions permettant de mieux tenir compte des besoins du citoyen.

Certains faits apparus au cours de ces dernières années (augmentation plus rapide des dépenses de santé par rapport aux prix et aux salaires, augmentation des primes d'assurance-maladie entraînant pour certains groupes de la population des charges financières à la limite du supportable) ont toutefois nécessité l'introduction de certaines mesures d'urgences permettant de faire le pont jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie. En effet, l'ensemble des facteurs influençant l'évolution des coûts n'a pas été sans conséquence sur les assurés principalement. Ainsi, l'on a assisté à plusieurs modifications dans les années passées et notamment à un transfert des charges entre les différents payeurs.

Ces données permettant une comparaison du financement entre 1975 et 1990 démontrent que la part des pouvoirs publics a considérablement diminué durant cette période (de 44.8 pour cent à 33.9 pour cent). Il faut relever que cette part comporte un élément de solidarité dans la mesure où elle est financée par les impôts. Le transfert des coûts s'est fait pratiquement exclusivement à la charge de l'assurance-maladie dont la part de financement s'est accrue de 18.9 pour cent à 28.2 pour cent. Cette évolution est due principalement au blocage des subventions de la Confédération au niveau de 1976 mais

Figure 6



aussi au fait que les conventions cantonales pour le financement de l'hospitalisation ont mis en général une part croissante à charge de l'assurance-maladie. De plus, il s'agit également d'un problème existant du côté des caisses, celles-ci n'étant – il y a peu de temps encore – pas assez actives et ne jouant souvent qu'un rôle d'institution de financement. Cette évolution a contraint les caisses-maladie à augmenter périodiquement et considérablement leurs primes. Lorsque l'on parle d'explosion des coûts de la santé, on devrait donc plutôt parler d'explosion des primes des caisses-maladie. Cette explosion des cotisations a eu de fortes répercussions sur la part des dépenses des ménages affectées à celles-ci.

Cette évolution des coûts (augmentation plus rapide des dépenses de santé par rapport aux prix et aux salaires), le système de cotisation par tête indépendant du revenu ainsi que le versement de subsides fédéraux également indépendants du revenu ont conduit au fait que les revenus les plus bas souffrent particulièrement de cette situation. Il existe donc un manque de solidarité entre riches et pauvres. D'autre part, il peut exister des solidarités faussées du fait que des familles jeunes par exemple doivent se solidariser avec des personnes âgées qui peuvent être riches. En comparaison avec les autres branches des assurances sociales, la solidarité dans l'assurance-maladie est la moins développée. La répartition non uniforme des risques entre les caisses a par ailleurs entraîné au cours de ces dernières années des différences de primes importantes entre celles-ci, celles possédant un effectif plus important de personnes âgées ou de femmes étant contraintes d'appliquer des primes plus élevées. L'augmentation des coûts d'assurance a accentué ces écarts de manière importante. Le problème est encore devenu plus aigu du fait de la tendance des jeunes à entrer dans des caisses offrant des primes plus basses. Or, seules les personnes jeunes peuvent se permettre de changer de caisse, ceci du fait que le montant de la prime dépend de l'âge d'entrée dans la caisse. Il n'est donc pratiquement plus possible de changer de caisse à partir d'un certain âge. Certaines caisses se retrouvant avec une proportion très importante de personnes âgées ont donc été contraintes de fusionner, ceci contribuant encore à aggraver la désolidarisation. Comme mentionné précédemment, il existe toutefois d'autres causes à la fusion entre les

caisses (leur petite taille par exemple). Bien que leur nombre ait constamment diminué ces dernières années, on peut se demander si l'existence d'environ 200 caisses est justifiée ou non.

Est-ce que le système est aujourd'hui encore supportable pour une majorité de la population? Maintenir un tel système de santé implique un prix à payer. Il est possible que la population soit prête à en payer le prix. Ceci pourrait d'ailleurs constituer l'une des interprétations possibles des échecs des tentatives de révision effectuées ces dernières années. On pourrait en effet penser que la population étant satisfaite du système existant et étant disposée à en payer le prix ait jugé qu'une modification n'était pas utile. Il y a toutefois une partie de la population pour laquelle les augmentations de coûts de l'assurance-maladie sont devenues insupportables. On peut penser par exemple aux personnes âgées qui souffrent des fusions de caisses, aux familles avec plusieurs enfants ainsi qu'aux personnes à faible revenu.

En résumé, les deux principaux objectifs des innovations introduites sont la lutte contre la désolidarisation d'une part, celle-ci devant s'exercer à tous les niveaux, aussi bien entre assureurs qu'entre assurés (jeunes et vieux, hommes et femmes, riches et pauvres) et la maîtrise des coûts de la santé d'autre part.

Réformes récentes

Caisses de santé et assurance avec bonus

En 1989, le Conseil fédéral a autorisé l'introduction de formes particulières d'assurance pour une durée de six ans dans la loi sur l'assurance-maladie, ceci concernant en particulier les caisses de santé de type HMO et l'assurance avec bonus.

Les caisses de santé ayant pour caractéristique de restreindre le libre choix des fournisseurs de prestations, on pense ainsi mettre un frein à la demande de prestations. En contrepartie, les caisses renoncent à percevoir une participation aux frais et prennent en charge les coûts de contrôles préventifs. Par rapport à l'assurance-maladie ordinaire, une légère réduction des cotisations pourrait être accordée. Au niveau qualitatif, l'introduction d'un système tel que le HMO permet aux adhérents de

disposer de soins à long terme et d'ensemble. On tient donc également compte des aspects préventifs et des mesures de maintien de la santé.

L'assurance avec bonus permet donc aux caisses d'accorder une réduction de cotisations aux assurés qui, au cours de l'année civile, n'ont pas recouru à leur caisse. (Seules exceptions, les prestations de maternité et de contrôle préventif n'annulent pas le bonus). Si la prime est plus élevée la première année (+10 pour cent), elle diminuera régulièrement par la suite pour atteindre une diminution de 45 pour cent au maximum lors de la cinquième année. Le but de l'introduction de ce type d'assurances est de suggérer à l'usager une attitude plus épargnante.

Franchise à option

Le Conseil fédéral a introduit ce principe et réglé les modalités en 1986. Sur la base de leurs statuts, certaines caisses avaient toutefois prévu plus tôt de telles franchises dans le cadre des assurances pour patients privés. Pour les assurés adultes et les mineurs, des variations dans le maximum déductible autorisé dans chaque cas de maladie ont été spécifiées, et les caisses qui ont offert ce type de mesures ont réduit leur cotisation en conséquence. Une franchise de 350 francs Suisses pour un adulte et de 50 francs Suisses pour un mineur ont conduit à une réduction de prime de 12 pour cent; pour une franchise de 600 francs Suisses pour un adulte et 150 francs Suisses pour un enfant, la réduction était de 22 pour cent; et pour 1200 francs Suisses et 200 francs Suisses de franchises, la prime a été réduite à 35 pour cent.

Cotisations minimales dans l'assurance collective

Dans le but de freiner le phénomène de désolidarisation, le Conseil fédéral a ancré – en 1991 – le principe de cotisations minimales dans l'assurance collective. Celui-ci a pour but la réduction de 25 pour cent au plus de la prime par rapport à la moyenne pondérée des cotisations de l'ensemble des caisses. Un autre moyen permettant de lutter contre la désolidarisation est celui constitué par la limitation de l'échelonnement des cotisations. Par décision du 3 décembre 1990, il a

été décidé que la cotisation du groupe d'âge le plus élevé dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques ne peut dépasser le double de la cotisation la plus basse, cette proportion étant auparavant de un pour trois.

Mesures d'urgence

Comme le projet de révision fondamentale de l'assurance-maladie aura demandé un certain temps avant d'être concrétisé, le Parlement suisse a adopté un certain nombre de mesures d'urgence en vue d'enrayer la hausse des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie. Parmi les mesures proposées, celles ayant pour but d'endiguer les coûts de l'assurance-maladie sont les plus importantes. Il s'agit de limiter les augmentations de tarifs et de prix relatifs aux prestations de l'assurance-maladie. Ainsi, les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie ne pouvaient être augmentés que dans la mesure où l'augmentation prévisible des frais annuels moyens de traitement par assuré ne dépassait pas de plus d'un tiers celle de l'indice suisse des prix à la consommation. Cette règle de limitation de l'évolution des tarifs était également valable pour les médicaments et les analyses. Les tarifs de la liste des analyses ont par conséquent été bloqués en 1992 alors que ceux de la liste des spécialités ont été augmentés de 3.9 pour cent. Sans l'application de l'arrêté fédéral urgent, ce taux aurait été au moins de 6 pour cent selon la date de la dernière adaptation des prix. Outre les mesures destinées à freiner les coûts, l'augmentation des cotisations a également été limitée de manière directe. Ces mesures ont été prises à la suite de l'annonce par les caisses-maladie au printemps 1991 d'une augmentation des primes de 15 à 20 pour cent pour l'année suivante, augmentation résultant de l'évolution moyenne des coûts des caisses en 1991 de 12 à 13 pour cent. L'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 a prévu de limiter l'augmentation des primes à 10 pour cent au maximum en 1992 dans l'assurance individuelle de base.

Afin d'agir sur la désolidarisation, il a été prévu qu'aucune nouvelle caisse ne pouvait être reconnue et qu'aucune extension du rayon d'activité des caisses ne serait autorisée durant la durée de validité de l'arrêté fédéral. D'autre part, l'arrêté a introduit une compensation des risques

entre les caisses, entrée en vigueur au premier janvier 1993. Cette disposition permet à une caisse comprenant une grande proportion d'assurés âgés et de femmes d'obtenir des fonds de la part de caisses composées d'un grand nombre de jeunes assurés et d'hommes. Cette mesure devrait calmer la concurrence que se livrent les caisses pour attirer les jeunes assurés. De plus, l'importance des cotisations représentant une charge importante pour des assurés à faible revenu, les cantons ont été incités à mettre en oeuvre des réductions individuelles de cotisations. Ainsi, un canton à faible capacité financière recevra de la part de la Confédération une part des 100 millions destinés à réduire les cotisations des assurés à faible revenu, la condition étant que le canton en question verse également l'équivalent de cette contribution fédérale.

L'arrêté fédéral de décembre 1991 précisait également qu'un nouveau programme de mesures urgentes contre la hausse des coûts devait être proposé, celui-ci devant principalement mieux prendre en compte les intérêts des cantons et dans la mesure du possible limiter plus fortement la hausse des coûts que l'arrêté précédent. Un nouvel arrêté fédéral a donc été discuté par les chambres fédérales en octobre 1992 et un certain nombre de mesures ont été prises afin d'atteindre ces objectifs. Dans le secteur ambulatoire, les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie ont été limités en 1993 à l'état au 30 juin 1992. Pour les médicaments de la liste des spécialités et de la liste des médicaments avec tarif, la date de référence est fixée au 15 septembre 1992. En effet, les adaptations de prix en la matière ont lieu deux fois par an, soit le 15 mars et le 15 septembre. De ce fait, l'augmentation des tarifs et des prix des traitements ambulatoires a été ralentie de manière plus importante que par le biais de la réglementation de l'arrêté fédéral urgent de décembre 1991.

Dans le domaine hospitalier, les hausses de tarifs sont simplement soumises à une limitation et non pas à un blocage. Le non-gel des tarifs et des prix dans le domaine hospitalier est dû principalement au fait que la solution proposée devait tenir compte des intérêts des cantons. Ces derniers souhaitaient en effet que les frais de personnel soient mieux considérés. Afin de répondre à cet objectif, la part du forfait hospitalier qui correspond aux dépenses de personnel est indexée en fonction de

l'indice des salaires établi par l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail (OFIAMT) tandis que la part des frais de matériel est indexée en fonction de l'indice des prix à la consommation. Contrairement à l'arrêté fédéral urgent de décembre 1991, l'on ne tient pas compte de l'évolution antérieure des coûts. Aucune marge supplémentaire au-dessus de l'indice des prix et des salaires n'est prévue.

La participation aux coûts hospitaliers est une mesure prévoyant qu'une contribution aux frais de traitement de 10 francs par journée d'hospitalisation est exigée en cas de séjour dans un établissement hospitalier. Cette décision d'introduire une participation au niveau hospitalier découle de la volonté d'influencer l'un des éléments de la demande. Une participation aux coûts doit, en effet, inciter le patient à une prise de conscience des coûts des prestations de santé demandées. Il faut encourager les patients à opter le plus souvent possible pour les traitements ambulatoires, ceux-ci n'exigeant qu'une infrastructure légère et étant donc moins coûteux que l'hospitalisation. Dans la législation précédente, le coût qui incombait au patient n'était pas plus élevé s'il choisissait les soins hospitaliers plutôt que les traitements ambulatoires.

Au niveau des cotisations, l'arrêté fédéral urgent d'octobre 1992 a prévu un plafonnement des cotisations par canton en 1993 et 1994. Le montant maximum est déterminé à partir de la cotisation moyenne de l'année précédente perçue pour l'assurance de base du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes et d'un supplément correspondant à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année précédente, majorée des quatre cinquièmes. Les personnes entrées à un âge plus élevé dans la caisse paieront ainsi une cotisation plus importante.

Projet de la nouvelle loi en vigueur dès 1996

La hausse des coûts de la santé et des cotisations a atteint ces dernières années un seuil face auquel le Conseil fédéral et le Parlement ne pouvaient rester inactifs. En agissant sur les tarifs des différents fournisseurs de prestations et sur les phénomènes de désolidarisation

auxquels l'on a assisté au cours de ces dernières années, on touche deux facteurs ayant fortement contribué à la dégradation de l'assurance-maladie et de la situation des assurés en particulier. La vraie solution passe toutefois aujourd'hui par une refonte globale et à long terme de notre système de santé. En effet, les problèmes de l'assurance-maladie ne seront pas résolus par quelques retouches mais par une révision fondamentale.

Le projet de loi ayant pour but de réduire à néant les défauts du système actuel, l'élément principal du projet vise à un renforcement de la solidarité. Le système de cotisation par tête quelle que soit la situation financière des assurés sera maintenu, le projet de loi supprimant par contre l'âge maximal d'entrée, les réserves d'assurance, les différences de primes, certes atténuées, en fonction de l'âge d'entrée ou du sexe ainsi que les primes spéciales autorisées pour les contrats collectifs. Un certain nombre de mesures sont également prévues afin d'atténuer les différences de primes: le libre passage intégral pour les assurés (chaque assuré doit avoir le droit de choisir librement son assureur et d'en changer) ainsi que la compensation des risques entre les assureurs pour une période de dix ans, de façon à ce que la structure des risques ne joue plus à cet égard un rôle fondamental dans le niveau des primes. Ces mesures ayant pour but de renforcer la solidarité rendent nécessaire l'obligation de s'assurer. En effet, le libre passage intégral ne peut être réalisé que dans le cadre d'une assurance obligatoire, ceci dans la mesure où les réserves d'assurance et l'échelonnement des primes selon l'âge d'entrée correspondent aux règles de l'assurance facultative. L'introduction de l'assurance-maladie obligatoire constitue donc un moyen d'atteindre l'objectif fixé qui est de garantir la solidarité.

Le système d'assurance introduit ne sera toutefois pas uniforme et rigide. La pluralité des assureurs sera en effet maintenue et les différences de primes subsisteront entre les différents assureurs. De plus, il y aura toujours possibilité d'échelonner les primes selon les cantons ainsi qu'à l'intérieur d'un même canton. D'autre part, des réductions de primes peuvent être proposées par des assureurs qui offrent d'autres modèles d'assurance (participation aux coûts

plus élevée, limitation du choix des fournisseurs de prestations, bonus). On a donc un système contribuant également à la maîtrise des coûts dans la mesure où la concurrence entre assureurs est stimulée. La solidarité sera également renforcée par un subventionnement plus ciblé de la Confédération et des cantons, ceci en fonction de la situation financière des assurés. Les subsides ne serviront donc plus à compenser financièrement les charges que la loi impose aux caisses. L'assurance-maladie obligatoire rend ces subsides superflus dans la mesure où l'affiliation à des assurances qui ne sont pas soumises à ces obligations est impossible. Le projet prévoit que l'ensemble des subsides de la Confédération (2 milliards) et des cantons (1 milliard) doit être affecté à la réduction individuelle des primes.

Le second élément du projet est représenté par les mesures visant à maîtriser les coûts.

Mesures ayant pour but de restreindre la demande:

- participation aux coûts plus importante: la quote-part est maintenue à 10 pour cent mais elle est étendue aux traitements hospitaliers afin de mettre ceux-ci sur un certain pied d'égalité avec les traitements ambulatoires généralement moins coûteux. Les assurés devraient également fournir une participation aux frais d'hôtellerie en cas d'hospitalisation. Il sera également possible au Conseil fédéral de moduler cette participation en l'augmentant pour certaines prestations et en la supprimant pour d'autres;
- possibilité de choix d'autres formes d'assurance: il s'agit d'une possibilité d'agir sur les coûts par l'intermédiaire de la prime. Les types d'assurance évoqués plus haut (franchise annuelle plus élevée, bonus) comportent toutefois un risque au niveau de la désolidarisation si elles sont choisies principalement par des personnes à faible risque. Le Conseil fédéral pourra toutefois fixer des limites maximales de réduction de primes. Dans le cas du système HMO, l'effet réducteur sur les coûts peut exister du fait de conventions passées avec certains fournisseurs de prestations rémunérés par un système forfaitaire par exemple.

Mesures ayant pour but de restreindre l'offre:

- planification hospitalière: le projet prévoit que les cantons doivent établir une planification hospitalière. Seuls les hôpitaux qui correspondent à cette planification peuvent pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Les hôpitaux privés doivent également être pris en considération de manière adéquate dans cette planification;
- participation plus importante des cantons aux frais d'hôpitaux: le projet prévoit que l'assurance-maladie couvre au maximum 50 pour cent des frais d'exploitation des hôpitaux publics. Par cette mesure, on cherche à éviter une trop grande répercussion des frais d'exploitation des hôpitaux;
- de plus, le recours au médecin-conseil avant de subir d'importantes interventions médicales sera encouragé et la possibilité d'en obtenir l'avis étendue.

Le projet mise également sur la liberté contractuelle et la concurrence la plus libre possible: le libre passage des assurés devrait stimuler sans aucun doute la concurrence entre les assureurs dans la mesure où ceux qui seront le mieux en mesure de maîtriser les coûts pourront également proposer des primes moins élevées. La compensation des risques entre caisses n'empêchera pas cette concurrence de s'exercer puisqu'elle se fonde sur les effectifs des assureurs selon l'âge et le sexe. Cette concurrence ne pourra être efficace que si les cartels tarifaires sont abolis entre les fédérations de caisses-maladie et celles des fournisseurs de prestations. Le projet prévoit ainsi que l'adhésion à ces conventions ne sera plus automatique pour les membres des fédérations et qu'elles ne les lieront que s'ils y ont expressément adhéré, ceci bien que la conclusion de conventions tarifaires entre fédérations ne soit pas exclue.

L'accent est également mis sur la transparence par un renforcement de la statistique sur l'assurance-maladie et par le calcul des coûts et le classement des prestations des hôpitaux selon une méthode uniforme qui rendra possible la comparaison de leurs frais d'exploitation. Les assureurs pourront ainsi dénoncer les conventions tarifaires qui les lient à des hôpitaux dont la gestion n'est pas économique et demander une réduction du tarif. Le projet prévoit par ailleurs des possibilités d'intervention pour la Confédération (imposition d'un budget global, introduc-

tion de limitations pour l'admission des fournisseurs de prestations).

Concernant la garantie de la qualité, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge. Les prestations prises en charge par l'assurance-maladie sociale doivent en effet être de haut niveau tout en étant économiques. Il est prévu de mettre sur pied des programmes internes et externes visant à garantir la qualité des soins.

Un autre aspect du projet est constitué par l'extension des prestations: suppression de toute limite de durée de prise en charge des prestations en cas d'hospitalisation (cette obligation de fournir des prestations en cas d'hospitalisation est aujourd'hui limitée à 720 jours sur 900 jours consécutifs), développement des soins prodigués hors de l'hôpital, prévention intégrée dans certaines limites au catalogue des prestations. Dans le domaine des traitements dentaires, certains soins prodigués par des dentistes pourraient être pris en charge, notamment ceux occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles. Il faut encore préciser que, contrairement à la situation actuelle, la loi définirait de manière exhaustive et contraignante les prestations obligatoires à la charge de l'assurance-maladie.

Bibliographie

ALBER, J., ET B. BERNARDI-SCHENKLUNN (1992), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Campus Verlag, Frankfurt.

COMMISSION SUISSE DES CARTELS ET SURVEILLANCE DES
PRIX (1993), Caisses-maladie et conventions tarifaires, 2, Berne.
FREI, A., et S. Hill (1992), Le système suisse de santé, Edition Krebs
SA, Bâle.

LINK INSTITUT (1993), L'image de la médecine suisse auprès de la population, Lausanne, octobre.

MESSAGE concernant la révision de l'assurance-maladie (1991), 6 novembre, Berne.

MESSAGE concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie (1991), 6 novembre, Berne.

MESSAGE concernant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie (1992), Nouveau programme de mesures 1993-1994, 19 août, Berne.

MOSER M. (1993), «La réforme de l'assurance-maladie, une 'histoire à épisodes'», Sécurité sociale, Berne.

NATIONS UNIES (1988), *World Population Prospects*, New York
OCDE (1990), *Les systèmes de santé: A la recherche d'efficacité*,
Études de politique sociale n°7, Paris.

OCDE (1991), Études économiques: Suisse, Paris.

OCDE (1992), La réforme des systèmes de santé: Analyse comparée de sept pays de l'ocde, Paris.

OCDE (1993), Les systèmes de santé des pays de l'ocde: Environnement socio-économique, Source statistiques, Vol. II, Paris.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (1992), Statistique de l'assurance-maladie (Recettes, dépenses et frais médico-pharmaceutiques 1966-1991), Berne.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1992), Annuaire statistique de la Suisse, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1993), Coûts du système de la santé 1985-1990: conception et résultats, Berne.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (1993), «A propos des mesures urgentes de l'assurance-maladie», Sécurité sociale, Berne.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (1993a), Statistique de l'assurance-maladie 1991 (assureurs reconnus par la Confédération), Berne.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1993), La santé en Suisse, Editions Payot, Lausanne.

PHARMA INFORMATION (1993), La santé publique en Suisse (prestations, coûts, prix), Bâle.

RÉVISION DE L'ASSURANCE-MALADIE (1990), Rapport et projet
de la Commission d'experts du 2 novembre, Berne.

SCHIEBER, G.J., et J.P., Poullier (1989), «International Health Care Expenditure Trends 1987», Health Affairs, automne.

SCHNEIDER, M. (1991), Finanzierung der Gesundheitskosten in der EG, in Oesterreich, Schweden, Schweiz, Japan und den USA – Daten 1989, Basy, Augsburg.

UNDRITZ, N. (1990), «The swiss health system ... an example for Europe?», Hôpital suisse, septembre.

WORLD DRUG MARKET MANUAL (1987), Switzerland, IMS
World Publications Ltd. Londres. ☐



*Tout est bon qui est
naturel qui est*



Produits des soins pour le corps depuis 1966
- à l'état naturel -
vente directe et exclusive par le producteur

Bain soignant au petit-lait MERTINA® - pour bébé

a fait ses preuves lors de millions d'applications

nettoie en douceur et revitalise la peau

adoucit agréablement l'eau du bain

préserve la souplesse naturelle de la peau



calme rapidement et durablement les irritations de la peau

protège et soigne la peau saine

est sous forme de concentré en poudre d'un dosage économique

est un produit naturel et doux, sans agents conservateurs chimico-synthétiques

Demandez vos **sets MERTINA® pour sages-femmes** pour les essayer et distribuer aux mères et familles dont vous vous occupez chez:

MERTINA® Schweiz/Suisse/Svizzera:

... c'est le choix naturel des sages-femmes.

Christa Müller-Aregger
Brünigstr. 12, B.P. 139
CH- 6055 Alpnach-Dorf
Tél./Fax: 0 41 / 96 24 88

MERTINA® est l'allié choisi pour de nombreux projets internationaux de promotion:

avant la naissance - en coopération avec des sages-femmes (assistance aux enfants en détresse au Caritas Baby Hospital de Bethléem)

à la naissance - en coopération avec des cliniques d'accouchement (amélioration de la situation de prise en charge des prématurés)

après la naissance - en coopération avec des conseillères en allaitement (promotion de «La Leche Liga» en Europe, etc.)

MERTINA® ... et vous recommandez la qualité naturelle!

Augsburger Str. 24-26 · D-86690 Meringten · Tél.: (+49) (0) 9006/969723 · Fax: 96 97 28

Analyse: 80 g de poudre de petit-lait, 10,0 g d'agents tensioactifs doux, 5,0 g de sel de Glauber, 0,3 g d'extrait de camomille et fleurs de gaminées, 2,0 g d'huiles volatiles, parfums et agents revitalisants, vitamines A, E, B₂, B₆, niacine, panthothène de calcium, vitamine H, 100 g chacun de porteurs et agents auxiliaires.

CTFA: Whey-Powder, Disodium Cocamid MEA - Sulfosuccinate, Disodium Ricinoleamide MEA - Sulfosuccinate, Sodium sulphate, Guar Hydroxypropyltrimoniumchloride, Peg. 75 Lanolin Oil, Glyceryl Laurate, PEG-7 Glyceryl Cocoate, Flores Chamomillae, Flores Graminis, Parfum Oil.

✂

☒ **Oui, le partenariat sages-femmes offert par MERTINA® m'intéresse.**
Je désire recevoir des renseignements détaillés:

C. m. p.

®Hemeran

Heparinoid Geigy

Die lokale Anwendung von Hemeran bringt schnelle Linderung bei müden, schweren Beinen und oberflächlichen Venenleiden.

Der bewährte Wirkstoff wird rasch resorbiert und ist gut verträglich. Für die regelmässige Beinpflege gibt es Hemeran in vier auf den Hauttyp abgestimmten Formen:

®Emulgel, Gel, Crème und Lotion.

Zur äusserlichen Behandlung von Venenleiden.

Hemeran für leichte Beine

Zyma Healthcare
A member of the Ciba group

Zyma SA
1196 Cland
Tel. 022 364 64 00

Hemeran
Emulgel

Zur Behandlung von Venenleiden

Zusammensetzung: Heparinoid Geigy **Indikationen:** akute oberflächliche Thrombophlebitis, Hämatome und Infiltrate, Prophylaxe von Thrombophlebitiden. **Kontraindikationen:** keine. **Vorsichtsmassnahmen:** nicht auf offene Wunden, Schleimhäute und Augenbindehaut applizieren. **Unerwünschte Wirkungen:** keine. Die ausführlichen Angaben finden Sie im Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.