

Analyse des effets de la LAMal

Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé

Analyse statistique d'indicateurs cantonaux

Christian Rüefli et Adrian Vatter

Berne, juillet 2001

1 RÉSUMÉ

L'examen des coûts de l'assurance-maladie et celui des dépenses publiques de santé font apparaître des différences considérables d'un canton à l'autre. Deux projets de recherche menés en parallèle dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal en ont étudié les causes. Tandis que la présente analyse, de nature statistique, portait sur l'ensemble des 26 cantons, le bureau de recherches sociales empiriques COPLAN, de Bâle, procédait à une comparaison qualitative de sept cantons-types qui se distinguent par leurs caractéristiques structurelles (COPLAN 2001).

1. Position du problème et approche méthodologique

La présente étude se penche sur les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie. Trois questions ont été examinées au moyen d'une analyse statistique d'indicateurs cantonaux :

- Quelles sont, à la lumière des données statistiques, les causes des différences observées entre les cantons en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie ?
- Quels sont les principaux facteurs de réduction ou d'augmentation des coûts permettant de comprendre ces différences, telles qu'elles se sont manifestées au cours des années 90 ?
- Quelles conclusions d'ordre pratique peut-on tirer dans la perspective de l'évolution future et quelles recommandations peut-on formuler pour la LAMal et pour les politiques de santé communales et cantonales ?

L'étude a pour élément central une analyse statistique transversale des 26 cantons suisses en vue d'expliquer les différences de coûts de la santé entre les cantons sur la base de données agrégées. Elle porte sur la période 1994 à 1999. Les facteurs de ces différences ont été recherchés au moyen d'analyses de corrélation et de régression. Etant donné la complexité des flux de financement dans le système suisse de santé, ces différences de coûts ont été mesurées à l'aide de deux grandeurs différentes. Les besoins financiers nets par habitant des cantons et des communes dans le domaine de la santé représentent les dépenses publiques de santé, tandis que les coûts de l'assurance-maladie sont exprimés au moyen des coûts nets par mois d'assurance dans chaque canton.

2. Vue d'ensemble des principaux résultats

Les principaux résultats de l'analyse comparative des coûts de la santé publique et de l'assurance-maladie dans les différents cantons tiennent en trois points :

- Dans les deux domaines étudiés, les différences entre les cantons suivent un schéma semblable : ce sont les cantons-villes qui ont les coûts les plus élevés et les petits et moyens cantons de Suisse alémanique qui ont les charges les plus faibles.
- Depuis le milieu des années 90, on observe un effet de nivellement dans l'évolution des coûts : hausse modérée dans les cantons ayant un niveau de charges déjà élevé, augmentation supérieure à la moyenne dans les cantons jusqu'alors les moins chers.
- Les facteurs d'accroissement des coûts expliquant les différences entre les cantons se trouvent aussi bien du côté de l'offre que de la demande : offre de prestations dense et hautement spécialisée dans les secteurs ambulatoire et hospitalier d'une part, forte proportion de personnes âgées, taux de chômage supérieur à la moyenne et faible consistance des réseaux sociaux d'autre part, constituent, au vu des données cantonales, les raisons principales d'un niveau élevé des coûts de la santé.

En matière de dépenses publiques de santé, on observe des disparités considérables d'un canton à l'autre au cours de la seconde moitié des années 90, écarts qui tendent cependant à se combler quelque peu. Ainsi, les besoins financiers nets par habitant des cantons de Bâle-Ville et de Genève ne sont pas moins de quatre fois supérieurs à ceux des cantons de Lucerne, Schwytz, Appenzell Rh.-Int. et Thurgovie. En ce qui concerne l'évolution de ces dépenses, les écarts entre les cantons ont eu tendance à s'estomper au cours de la seconde moitié des années 90. D'une manière générale, en effet, les dépenses publiques ont augmenté davantage dans les cantons ayant peu de coûts. Si l'on observe la structure des coûts des cantons et des communes, on constate que le secteur hospitalier absorbe la majeure partie des dépenses publiques de santé, avec un pourcentage qui varie fortement d'un canton à l'autre.

On note également de nettes disparités dans les coûts de l'assurance-maladie, mais les différences entre les cantons sont ici bien moindres que pour les dépenses publiques de santé. Ainsi, les cantons de Genève, de Bâle-Ville, de Vaud, du Jura et du Tessin enregistrent également les coûts moyens les plus importants, tandis que ceux d'Appenzell Rh.-Int., de Lucerne et de Saint-Gall se situent une fois de plus au bas de l'échelle. Il importe toutefois de noter que les coûts n'ont cessé de croître dans tous les cantons durant la seconde moitié des années 90. Comme pour les dépenses publiques de santé, les cantons où le niveau des coûts est élevé enregistrent souvent une croissance plus modérée, tandis que, dans les cantons comparativement bon marché, les coûts de l'assurance-maladie augmentent à un rythme supérieur à la moyenne.

Les coûts de la santé dans les 26 cantons entre 1994 et 1999 ont été comparés à l'aide d'un modèle d'analyse systématique comprenant quelque 100 indicateurs. Sept d'entre eux se révèlent être les principaux facteurs d'influence pouvant expliquer les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie.

Tableau 1 : Principaux facteurs tendant à accroître les dépenses de santé dans les cantons

	Dépenses publiques de santé	Coûts de l'assurance-maladie
Demande	<ul style="list-style-type: none"> • Forte proportion de personnes âgées • Haut degré d'urbanisation • Chômage important • Revenu par habitant élevé 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte proportion de personnes âgées • Haut degré d'urbanisation • Chômage important • Faiblesse des réseaux sociaux
Offre	<ul style="list-style-type: none"> • Forte densité de médecins • Degré élevé de couverture sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte densité de médecins • Peu de dispensation directe de médicaments par les médecins
Etat et milieux politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Participation élevée du canton au financement du domaine hospitalier • Quote-part élevée de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de consultation des citoyens • Forte présence des partis de gauche

Du côté de la demande, trois facteurs d'accroissement des dépenses permettent d'expliquer les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé : une forte proportion de personnes âgées, un taux de chômage important et un revenu par habitant élevé. Ces facteurs rendent également compte, dans une large mesure, des différences constatées entre régions linguistiques. Dans les cantons latins, en effet, le taux de personnes âgées et le taux de chômage sont supérieurs à la moyenne, tandis que les cantons alémaniques de taille moyenne bénéficient de conditions socio-structurelles plus favorables. En outre, on observe que les dépenses cantonales de santé sont en général plus élevées dans les zones urbanisées que dans les régions rurales.

Du côté de l'offre, c'est-à-dire des fournisseurs de prestations, deux caractéristiques en particulier se révèlent être d'importants facteurs d'accroissement des coûts au niveau cantonal : le nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) par habitant et le degré général de couverture sanitaire. Dans les cantons à forte densité de médecins (accompagnée d'un niveau de spécialisation élevé) et dotés d'un réseau de fourniture de soins bien développé, les dépenses de santé sont nettement supérieures à la moyenne.

Dans la sphère d'influence directe des pouvoirs publics, deux éléments jouent un rôle prépondérant. Les dépenses publiques de santé sont étroitement liées, d'une part, au degré de financement du secteur hospitalier. Ce facteur permet notamment de mieux comprendre pourquoi les coûts de la santé sont aussi lourds à Bâle-Ville et à Genève. Il apparaît d'autre part qu'une politique de l'Etat généralement interventionniste influe fortement sur les dépenses publiques de santé. Les cantons qui, par tradition, appliquent des méthodes centralisées et peu axées sur le marché pour résoudre les problèmes reproduisent ce comportement dans leur politique de la santé, avec les effets qui en résultent sur les coûts.

Enfin, une comparaison entre les cantons montre que Bâle-Ville présente le maximum de facteurs générateurs de coûts dans les dépenses publiques de santé, alors que trois cantons alémaniques de taille moyenne, Saint-Gall, Lucerne et Thurgovie, se distinguent par une totale absence d'inducteurs de coûts importants.

Les coûts de l'assurance-maladie sont soumis dans une large mesure aux mêmes facteurs d'influence que les dépenses publiques de santé. Une forte proportion de personnes âgées, un haut degré d'urbanisation (avec la charge particulière qui pèse sur les centres urbains), un taux de chômage élevé et la faiblesse des réseaux sociaux sont les principaux éléments permettant d'expliquer les différences de coûts d'un canton à l'autre. En Suisse alémanique, le niveau des prix généralement plus bas est lié notamment à un taux de chômage moindre et à un degré généralement supérieur d'intégration sociale.

Les principaux facteurs faisant monter les coûts de l'assurance-maladie sont une forte densité de médecins, la réglementation relative à la remise des médicaments, ainsi que le rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et le nombre de lits pour soins de longue durée. Comme dans le cas des dépenses publiques de santé, la présence d'une offre étendue dans le domaine ambulatoire pousse les coûts à la hausse. Une densité élevée de praticiens, généralistes ou spécialistes, incite également la population à recourir davantage aux prestations médicales, ce qui alourdit d'autant les coûts de l'assurance-maladie. En ce qui concerne les systèmes de remise des médicaments, les résultats obtenus montrent que la dispensation directe par les médecins est plus avantageuse que la remise par les pharmaciens.

Les structures pour soins de longue durée contribuent fortement à augmenter les coûts de l'assurance-maladie, d'autant que les prestations de soins figurent aussi dans le catalogue des prestations depuis l'introduction de la LAMal. Etant donné que l'offre des services de soins à domicile (Spitex) ou des institutions telles que les homes médicalisés, destinée aux personnes âgées nécessitant des soins, ne parvient pas à satisfaire la demande, ces personnes sont souvent orientées vers des hôpitaux pour soins aigus beaucoup plus onéreux. Bien que le taux d'occupation des hôpitaux en soit relevé, cette situation mobilise des capacités inutiles (infrastructure, prestations de soins) et entraîne donc un surcroît de coûts.

Parmi les diverses caractéristiques politico-institutionnelles qui ont été étudiées au niveau cantonal, une consultation régulière des citoyens s'est révélée être un facteur de frein aux dépenses de santé à ne pas sous-estimer. C'est ainsi que, précisément durant la seconde moitié des années 90, les cantons dont les institutions de démocratie directe sont bien développées se distinguent par une hausse des coûts inférieure à la moyenne.

Enfin, les effets des différences de nature socio-culturelle se confirment. Si l'on considère le développement relativement faible des réseaux sociaux en Suisse romande et le fait que les conceptions en matière de politique sociale divergent de part et d'autre de la frontière linguistique, on peut voir dans la propension à recourir ou non aux prestations de santé une particularité d'ordre culturel qui se répercute sur les coûts de l'assurance-maladie. C'est dans le canton de Vaud que l'on rencontre le plus de facteurs d'accroissement des coûts, alors que l'on n'en trouve qu'un seul dans les cantons de Suisse centrale Uri et Lucerne, et aucun dans les demi-cantons d'Obwald et de Nidwald.

La comparaison qualitative du bureau COPLAN fait également apparaître de nettes différences entre les régions linguistiques en ce qui concerne les caractéristiques des institutions et des processus des sept cantons-types. Cette étude repère trois facteurs

poussant les coûts à la hausse : la compétence exclusive des cantons, différenciée selon les offres, dans le domaine de la santé publique ; l'absence d'un financement et d'une planification proches des citoyens par les communes ou des syndicats de communes ; et la transformation de l'aide et des soins à domicile (Spitex) en une organisation professionnelle (COPLAN 2001).

3. Conclusions et recommandations

- Améliorer la disponibilité, la comparabilité et la cohérence des données cantonales

Le système de santé suisse pêche avant tout par son peu de transparence. En particulier, le manque d'une véritable vision d'ensemble des informations disponibles au niveau cantonal et la multiplicité des méthodes de décompte et de tarification rendent impossible l'établissement de comparaisons directes, situation qui favorise l'apparition de coûts plus élevés. Aussi, pour mettre en place des mesures de maîtrise des coûts, convient-il au premier chef de réunir des données statistiques cohérentes sur le système de santé.

- Intensifier la planification régionale de l'offre et la coordination supracantonale en matière de fourniture des prestations

L'accroissement exceptionnel des coûts constaté durant les années 90 dans les cantons petits à moyens en termes de population met notamment en évidence les lacunes de la coopération intercantonale dans le domaine de la santé. Alors que, durant la seconde moitié des années 90, les cantons de Suisse romande et de Suisse centrale ont renforcé leur collaboration, d'autres n'ont pas jugé utile de consulter leurs voisins, ou ne l'ont fait que de manière très occasionnelle, lors de la planification de leur offre. On peut en déduire que tous les cantons n'ont pas encore épuisé le potentiel des économies réalisables grâce à une coordination supracantonale cohérente visant à exploiter les ressources de manière optimale et à éliminer les surcapacités.

- Répartir équitablement les coûts et coordonner à l'échelle nationale l'offre de prestations dans la médecine de pointe

Le niveau extrêmement élevé des charges qui pèsent sur les cantons-villes dans le domaine de la santé ne saurait être imputé uniquement à des conditions spécifiques génératrices de coûts et à la densité de l'offre de prestations dans les secteurs ambulatoire et hospitalier ; il résulte aussi du fait que le système de santé suisse est très fédéraliste et segmenté géographiquement. Les différences notables de coûts entre les cantons-villes et les autres s'expliquent notamment par l'offre de soins médicaux de pointe – indissociable d'une infrastructure extrêmement coûteuse – qui attire les patients des cantons limitrophes, cantons qui ne participent que dans une faible mesure au financement de ces prestations. De plus, l'offre de soins de pointe dans le secteur hospitalier est en surcapacité et accuse un manque de coordination entre les cantons dotés d'un établissement clinique universitaire. Aussi la réduction des différences intercantionales en matière de coûts et la réalisation d'économies ciblées passent-elles forcément par le renforcement de la participation des

cantons limitrophes aux coûts qu'ils engendrent et par l'intensification de la coordination et de la concentration dans l'offre de soins médicaux de pointe.

- Développer les mesures propres à réduire les coûts du côté des fournisseurs de prestations

La densité de médecins (généralistes et, surtout, spécialistes) constitue l'un des principaux facteurs d'accroissement des coûts permettant d'expliquer les disparités cantonales aussi bien dans les dépenses publiques de santé que dans les coûts de l'assurance-maladie. En Suisse, les mesures visant à inciter le corps médical à fournir des prestations meilleur marché ne sont guère efficaces. Aussi faut-il considérer les mesures d'incitation à la concurrence – comme la suppression de l'obligation de contracter entre fournisseurs de prestations et assureurs et la poursuite de la décartellisation des négociations tarifaires entre les associations de médecins et les associations de caisses-maladie – ainsi que les interventions directes dans la planification de l'offre du secteur ambulatoire, comme autant d'instruments particulièrement efficaces en vue d'une baisse durable des coûts.

- Miser sur l'effet régulateur de la démocratie directe

Sur le plan institutionnel, un recours prononcé à la démocratie directe s'est révélé efficace pour mettre un frein aux dépenses de santé. Les citoyennes et les citoyens ont été beaucoup plus attentifs au facteur coûts que les politiques et l'administration, en particulier ces dernières années, du fait de leur double rôle de contribuables et de payeurs de primes. Ce constat donne à penser que le potentiel de réduction des coûts inhérent à la consultation démocratique des citoyens lors de décisions cantonales importantes en matière de politique de la santé n'a pas encore été suffisamment exploité.

- Renforcer les mesures visant la réduction des coûts, plutôt que de pousser à la déresponsabilisation

Que les mesures politiques aient de plus en plus tendance à transférer les coûts, plutôt qu'à les réduire, se vérifie à plusieurs égards : les dépenses publiques de santé enregistrent une croissance comparativement faible alors que les coûts de l'assurance-maladie prennent l'ascenseur ; la part des cliniques privées pèse lourd dans la balance, et les pouvoirs publics participent pour moins de 50 % au financement du secteur hospitalier dans nombre de cantons. Depuis longtemps déjà, un mouvement de redistribution s'observe dans le financement du système de santé. En effet, tandis que l'Etat se démet peu à peu de sa fonction de financier direct, la prise en charge des prestations est de plus en plus assumée par les assurances-maladie et par les ménages. La privatisation accrue des exploitations hospitalières, la réduction généralisée des subventions accordées par l'Etat au secteur hospitalier et la prépondérance croissante des établissements privés se traduisent surtout par un transfert des coûts des cantons et des communes vers les assurances-maladie et les ménages, sans pour autant contribuer de manière notable à une maîtrise générale des coûts de la santé.

- Maintien d'une dynamique de croissance structurelle dans le domaine des dépenses de santé

La poursuite du vieillissement de la population au cours des prochaines décennies, les progrès techniques fulgurants réalisés dans le domaine de la médecine et l'augmentation du nombre de ménages à une seule personne laissent supposer que les coûts de la santé continueront de croître et que la demande de structures de soins étendues (homes médicalisés, Spitex) augmentera. Or on constate que cette offre de prestations est aujourd'hui déjà fortement sollicitée et que, dans de nombreux cantons, les capacités de soins à domicile ou de longue durée ne suffisent plus à décharger les hôpitaux de soins aigus. Pour optimiser l'ensemble de l'offre de prestations, il semble donc nécessaire de redéfinir les manques et les surplus de capacités dans les domaines ambulatoire et hospitalier et de les intégrer dans la planification des offres de prestations cantonales compte tenu de leur influence réciproque.

La présente étude et celle de COPLAN (2001) se complètent largement dans leurs résultats et leurs conclusions. Dans l'ensemble, les résultats de toutes deux plaident pour une offre de services de santé proche des citoyens et des fournisseurs de prestations. Il importe de réduire les surcapacités dans l'offre de prestations, qui ont pour effet d'augmenter les coûts ; on pourra y parvenir en renforçant la coopération intercantonale et la coordination de l'offre. En fin de compte, l'objectif principal doit être de réduire effectivement les coûts de la santé, non de les transférer vers d'autres supports de financement.

ZUSAMMENFASSUNG

Sowohl bei den Kosten der Krankenversicherung als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben lassen sich beträchtliche kantonale Unterschiede feststellen, deren Ursachen im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG in zwei Forschungsprojekten untersucht wurden. Parallel zur vorliegenden statistischen Querschnittsanalyse aller 26 Kantone führte das Büro COPLAN Empirische Sozialforschung, Basel einen qualitativen Vergleich von sieben ausgewählten Modellkantonen durch, die sich durch ihre Strukturmerkmale unterscheiden (COPLAN 2001).

1. Fragestellung und Untersuchungsansatz

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Kostendifferenzen zwischen den Schweizer Kantonen im Gesundheitswesen und der Krankenversicherung. Mittels einer statistischen Analyse kantonaler Indikatoren werden drei Fragestellungen bearbeitet:

- Welches sind auf der Basis statistischer Auswertungen die Ursachen für die kantonalen Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung?
- Welches sind die wichtigsten kostendämpfenden (bzw. -steigernden) Faktoren zur Erklärung der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung der Kantone im Verlaufe der neunziger Jahre?
- Welche praktischen Schlussfolgerungen lassen sich im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ziehen und welche Empfehlungen können für die Regelungen im KVG und die kantonalen und kommunalen Gesundheitspolitiken formuliert werden?

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht eine statistische Querschnittsanalyse der 26 Schweizer Kantone zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen im Gesundheitswesen auf der Basis von aggregierten Daten. Die Faktoren der kantonalen Kostenunterschiede werden anhand von Korrelations- und Regressionsanalysen untersucht. Der Untersuchungszeitraum umfasst die Periode von 1994 bis 1999. Aufgrund der komplexen Finanzierungsströme im schweizerischen Gesundheitswesen werden die kantonalen Kostendifferenzen anhand zweier Grössen untersucht. Der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden im Bereich Gesundheit gibt die öffentlichen Gesundheitsausgaben wieder, während die Krankenversicherungskosten anhand der Bruttokosten pro Versicherungsmonat in jedem Kanton analysiert werden.

2. Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Die wichtigsten Ergebnisse der vergleichenden Untersuchung zu den kantonalen Kostendifferenzen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung lassen sich mit den folgenden drei Punkten zusammenfassen:

- Die kantonalen Unterschiede in den Gesundheitskosten zeichnen sich in beiden untersuchten Bereichen durch ein ähnliches Muster aus: Die höchsten Kosten finden sich in den Stadtkantonen, die niedrigsten Belastungen in den mittleren und kleinen Kantonen der Deutschschweiz.
- Seit Mitte der neunziger Jahre ist ein Nivellierungseffekt bei der Kostenentwicklung zu beobachten: niedriges Wachstum in den Kantonen mit hohem Belastungsniveau, überdurchschnittliche Kostenzunahme in den bisher kostengünstigen Kantonen.
- Kostentreibende Faktoren für die Erklärung der kantonalen Differenzen finden sich sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfrageseite: Ein stark spezialisiertes und dichtes Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich kombiniert mit einem hohen Anteil betagter Menschen, überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und schwach ausgebildeten sozialen Netzwerken bilden auf der Basis der kantonalen Daten die zentralen Ursachen für hohe Gesundheitskosten.

Bei den öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen zeigen sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre beträchtliche, allerdings leicht abnehmende Unterschiede zwischen den Kantonen. So ist der pro-Kopf-Nettofinanzbedarf der Kantone Basel-Stadt und Genf bis zu viermal höher als derjenige der Kantone Luzern, Schwyz, Appenzell I. Rh. und Thurgau. In Bezug auf den Entwicklungsverlauf der öffentlichen Gesundheitskosten lässt sich innerhalb des Untersuchungszeitraums eine generelle Annäherung zwischen den Kantonen mit hohen und tiefen Ausgaben und damit eine gewisse Abschwächung der Kostendifferenzen zwischen den Kantonen beobachten. Die öffentlichen Aufwendungen steigen insbesondere in Kantonen mit tiefen Kosten tendenziell stärker an. Ein Blick auf die Kostenstrukturen der öffentlichen Haushalte (Kantone und Gemeinden) weist darauf hin, dass die Spitalkosten durchwegs den höchsten Anteil der öffentlichen Ausgaben ausmachen, allerdings mit stark unterschiedlichen Prozentanteilen.

Auch bei den Kosten der Krankenversicherung sind eindeutige Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen, doch fallen die kantonalen Differenzen durchwegs geringer aus als bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben. So gehören auch hier die Kantone Genf, Basel-Stadt, Waadt, Jura und Tessin zu denjenigen Ständen mit den höchsten Durchschnittskosten, während Appenzell I. Rh., Luzern und Sankt Gallen wiederum am unteren Ende der Skala stehen. Besonders auffällig ist hingegen der kontinuierliche Kostenanstieg in allen Kantonen während der zweiten Hälfte der neunziger Jahre. Wie bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben weisen Kantone mit einem höheren Kostenniveau mehrheitlich ein unterproportionales Wachstum auf, während die Kosten in den vergleichsweise kostengünstigen Kantonen eher überdurchschnittlich ansteigen.

Auf der Basis eines systematisch-komparativen Untersuchungsansatzes, der alle 26 Kantone für den Zeitraum zwischen 1994 und 1999 abdeckt, erweisen sich von rund 100 untersuchten Indikatoren die folgenden als die bedeutendsten Schubkräfte für die Erklärung der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben bzw. der unterschiedlich hohen Kosten der Krankenversicherung in den 26 Kantonen:

Tabelle 1: Die wichtigsten Schubkräfte der Gesundheitsausgaben in den Kantonen.

	Öffentliche Gesundheitsausgaben	Kosten der Krankenversicherung
Nachfrageseite	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Altersquote • Hoher Urbanitätsgrad • Hohe Arbeitslosigkeit • Hohes Volkseinkommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Altersquote • Hoher Urbanitätsgrad • Hohe Arbeitslosigkeit • Schwache soziale Netzwerke
Angebotsseite	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Ärztedichte • Hoher medizinischer Versorgungsgrad 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Ärztedichte • Wenig Selbstdispensation
Staat und Politik	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Finanzierungsanteil des Kantons im stationären Bereich • Hohe Staatsquote 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Bevölkerungsmitsprache • Starke Linksparteien

Zur Erklärung der kantonalen Differenzen öffentlicher Gesundheitsausgaben finden sich auf der Nachfrageseite vor allem drei Schubkräfte: ein grosser Seniorenanteil, starke Arbeitslosigkeit und ein hohes Volkseinkommen. Mit diesen Faktoren lassen sich auch die Kostenunterschiede zwischen den Sprachräumen zu einem bedeutenden Teil erklären. Während die lateinischen Kantone überdurchschnittlich hohe Alters- und Arbeitslosenquoten aufweisen, finden sich in den mittelgrossen Deutschschweizer Kantonen kostengünstigere gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Im Weiteren zeigt sich, dass die kantonalen Gesundheitsausgaben in urbanen Räumen generell höher ausfallen als in ländlichen Gebieten.

Auf der Anbieterseite, d.h. seitens der Leistungserbringer, erweisen sich vor allem zwei Merkmale des kantonalen Gesundheitswesens als zentrale Kostenfaktoren: Einerseits die Anzahl Ärzte (Allgemeinpraktiker und Fachärzte) pro Einwohner und andererseits der allgemeine Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen. Stark überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben finden sich damit in Kantonen mit hoher Ärztedichte (und hohem Spezialisierungsgrad) sowie einer gut ausgebauten medizinischen Versorgung.

Im unmittelbaren Einflussbereich der öffentlichen Hand erweisen sich zwei Faktoren als bedeutsam. So stehen die öffentlichen Gesundheitsausgaben stark mit dem staatlichen Finanzierungsgrad im stationären Bereich in Zusammenhang. Dieser Faktor liefert insbesondere eine weitere Erklärung für die überaus hohen Gesundheitskosten von Basel-Stadt und Genf. Schliesslich zeigt sich auch ein signifikanter Einfluss einer generell stärkeren Staatsinterventionspolitik auf die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen. Kantone, die sich traditionell durch stark staatszentrierte und wenig marktorientierte Problemlösungsroutinen auszeichnen, weichen auch in der Gesundheitspolitik nicht von diesem Handlungsmuster ab, was mit den entsprechenden Kostenfolgen verbunden ist.

Ein Blick auf die Kantone zeigt schliesslich, dass Basel-Stadt das Maximum von kostentreibenden Faktoren bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben aufweist, während sich die drei mittelgrossen Deutschschweizer Kantone St. Gallen, Luzern und Thurgau durch die vollständige Abwesenheit von bedeutsamen kostenfördernden Kräften auszeichnen.

Die Kosten der Krankenversicherung unterliegen weitgehend denselben Einflussfaktoren wie die Ausgaben der öffentlichen Hand. So stellen ein hoher Seniorenanteil, starke Urbanisierung und die damit verknüpften Zentrumslasten, hohe Arbeitslosigkeit und schwache soziale Netzwerke die bedeutsamsten Grössen zur Erklärung der kantonalen Kostenunterschiede dar. Das generell niedrigere Kostenniveau in der Deutschschweiz steht dabei insbesondere in Zusammenhang mit der tieferen Arbeitslosigkeit und dem generell höheren Grad gesellschaftlicher Integration.

Zentrale Kostenfaktoren in der Krankenversicherung sind auf der Versorgungsseite die Ärztedichte, die Regelung der Medikamentenabgabe und das Verhältnis der Anzahl Akut- zu den Langzeitpflegebetten. Wie bei der Betrachtung der öffentlichen Gesundheitsausgaben bestätigt sich auch seitens der Versicherungskosten der kostentreibende Einfluss eines umfassenden Angebots im ambulanten Bereich. Eine im Vergleich zur Bevölkerungsgrösse hohe Anzahl praktizierender Allgemein- und Fachärzte führt ebenso zu vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zu höheren Kosten in der Krankenversicherung. Bei den verschiedenen Systemen der Medikamentenabgabe erweist sich schliesslich aufgrund der vorliegenden Resultate die Selbstdispensation als das kostengünstigste.

Die Strukturen der Langzeitpflege üben im Bereich der Krankenversicherung einen starken kostenwirksamen Einfluss aus, zumal seit der Einführung des KVG neu auch Pflegeleistungen im Leistungskatalog figurieren. Weil die zur Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen vorgesehenen Angebote der Hauskrankenpflege (Spitex) oder sozialmedizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheime die Nachfrage nicht zu decken vermögen, werden pflegebedürftige ältere Menschen häufig in den weitaus teureren Akutspitälern untergebracht. Dies erhöht zwar den Auslastungsgrad der Spitäler, bindet aber Versorgungskapazitäten (Infrastruktur, Pflegeleistungen) und verursacht damit die entsprechend höheren Kosten.

Von den verschiedenen untersuchten politisch-institutionellen Merkmalen der Kantone erweist sich insbesondere eine starke Bevölkerungsmitsprache als eine nicht zu unterschätzende Kostenbremse für das kantonale Gesundheitswesen. So zeichnen sich gerade in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre Kantone mit gut ausgebauten direktdemokratischen Institutionen durch ein unterdurchschnittliches Kostenwachstum aus.

Im Weiteren bestätigen sich schliesslich die Wirkungen soziokultureller Strukturunterschiede. In Zusammenhang mit den in der Westschweiz weniger stark entwickelten sozialen Beziehungsnetzen und dem Umstand, dass sich entlang der Sprachgrenzen auch divergierende Auffassungen von Sozialpolitik finden, kann eine kulturelle Komponente lokalisiert werden, die sich in unterschiedlich ausgeprägten Anspruchshaltungen gegenüber den Dienstleistungen des Gesundheitswesens äussert und sich auf die Kosten der Krankenversi-

cherung niederschlägt. Insgesamt finden sich die meisten Schubkräfte im Kanton Waadt, während in den beiden Zentralschweizer Kantonen Uri und Luzern nur eine, in den beiden Halbkantonen Ob- und Nidwalden keine einzige kostentreibende Kraft wirksam ist

Der qualitative Vergleich des Büro COPLAN lässt bei den institutionellen und prozessualen Eigenschaften der sieben Modellkantone ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen erkennen. Dabei erwies sich die alleinige und Angeboten differenzierte Zuständigkeit der Kantone für das Gesundheitswesen, die Abwesenheit einer bürgernahen Planung und Finanzierung durch Gemeinden bzw. Zweckverbände sowie die Umwandlung der Spitex in eine professionelle Organisation als kostentreibende Schubkräfte (vgl. COPLAN 2001).

3. Schlussfolgerungen

- Verbesserung der Verfügbarkeit, Vergleichbarkeit und Kohärenz kantonaler Daten

Eines der grössten Defizite im schweizerischen Gesundheitswesen liegt in der mangelnden Datentransparenz. Insbesondere die ungenügende Übersicht über die vorhandenen Informationen auf kantonaler Ebene und die Vielfalt an Abrechnungs- und Tarifierungsmethoden verunmöglicht direkte Vergleiche, was die Entstehung höherer Kosten begünstigt. Eine zentrale Voraussetzung für die Durchführung kostendämpfender Massnahmen ist deshalb die Zusammenführung kohärenter statistischer Daten im Gesundheitswesen.

- Stärkung der regionalen Angebotsplanung und der überkantonalen Koordination der Versorgungsleistungen

Die im Verlaufe der neunziger Jahre festgestellte überproportionale Kostenzunahme in den bevölkerungsmässig kleinen bis mittleren Kantonen weist u.a. auf die noch zu wenig ausgeschöpften Möglichkeiten der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hin. Während vor allem die Kantone der Romandie sowie der Zentralschweiz ihre interkantonalen Kooperationsbemühungen verstärkt haben, werden in anderen Kantonen die Angebotsplanungen nicht oder nur punktuell mit den kantonalen Nachbarn abgestimmt. Es ist davon auszugehen, dass das Sparpotential einer überkantonalen und kohärenten Koordination mit den Zielen einer optimalen Ressourcennutzung und eines Abbaus von Überkapazitäten noch nicht von allen Kantonen ausgeschöpft wird.

- Kostenwahrheit und gesamtschweizerische Koordination beim Angebot spitzenmedizinischer Leistungen

Die äusserst hohen Belastungen der Stadtkantone im Gesundheitswesen lässt sich nicht nur auf spezifische kostentreibende Rahmenbedingungen und auf ein dichtes Leistungsangebot im ambulanten und stationären Bereich zurückführen, sondern sind auch eine Folge der stark föderalen und kleinräumigen Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens. Insbesondere die aufwändige Infrastruktur spitzenmedizinischer Leistungsangebote mit einer hohen Anziehungskraft auf angrenzende Kantone, die sich aber nur beschränkt an den

damit verbundenen Kostenfolgen beteiligen, ist eine weitere Ursache der beträchtlichen Kostendifferenzen zwischen den urbanen und den übrigen Kantonen. Der Bereich der Spitzenmedizin ist zudem von Überkapazitäten und fehlender Koordination unter den Standortkantonen von Universitätskliniken geprägt. Eine weitere Annäherung der kantonalen Kostendifferenzen und spezifische Einsparungen im Bereich der Spitzenmedizin erfordern deshalb sowohl die verstärkte Übernahme und Vergütung der durch die angrenzenden Kantone verursachten Vollkosten als auch eine umfassende Koordination und Konzentration der spitzenmedizinischen Angebote.

- Kostensenkende Massnahmen auf der Seite der Leistungserbringer

Zur Erklärung der kantonalen Kostendifferenzen sowohl bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben als auch bei den Krankenversicherungskosten hat sich die Ärztedichte (Allgemeinärzte und insbesondere Fachärzte) als einer der kostentreibendsten Faktoren überhaupt erwiesen. Nach wie vor sind im schweizerischen Gesundheitswesen die Anreizsysteme zur kostengünstigen medizinischen Leistungserbringung für die Ärzteschaft zu gering. Sowohl wettbewerbsorientierte Massnahmen wie die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern sowie die verstärkte Entkartellisierung der Tarifverhandlungen zwischen Ärztegesellschaften und Krankenkassenverbänden als auch direkte Eingriffe in die Angebotssteuerung im ambulanten Bereich sind deshalb als besonders wirksame Instrumente zur langfristigen Kostensenkung zu betrachten.

- Disziplinierende Wirkung direktdemokratischer Mitsprache

Bei den politischen Institutionen erweist sich insbesondere eine ausgeprägte direktdemokratische Mitsprache als erfolgreich zur Dämpfung hoher Gesundheitskosten. Vor allem in den letzten Jahren haben sich die Bürgerinnen und Bürger aufgrund ihrer doppelten Finanzierrolle als Steuer- und Prämienzahler in vielen Fällen kostenbewusster entschieden als die Politiker und die Verwaltung. Dieses Ergebnis weist damit auf das noch zu wenig ausgeschöpfte Kostendämpfungspotenzial einer ausgebauten direktdemokratischen Mitsprache bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen in den Kantonen hin.

- Gezielte Stärkung kostendämpfender statt -abwäzender Massnahmen

Das vergleichsweise niedrige Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig starker Zunahme der Krankenkassenkosten, der signifikante Einfluss des Anteils von privaten Kliniken und der in zahlreichen Kantonen unter 50% liegende Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung des stationären Bereichs machen auf die steigende Bedeutung von kostenabwäzenden (statt -dämpfenden) Wirkungen politischer Massnahmen aufmerksam. Schon seit längerer Zeit lässt sich ein Umverteilungstrend in der Finanzierung des Gesundheitswesens beobachten. Während sich der Staat zunehmend aus der Rolle des Direktfinanzierers zurückzieht, steigt die Übernahme von Leistungen durch die Krankenversicherungen und die Haushalte stetig an. Die verstärkte Privatisierung von Spitalbetrieben, die generelle Kürzung staatlicher Subventionen im Spitalsektor und die zunehmende Inanspruchnahme privater Spitäler führt vor allem zu einer Verlagerung der Kosten von den Kantonen und Gemeinden zu den Krankenversicherungen und privaten Haushalten, hingegen weniger zu einer generellen Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

- Weiterhin strukturelle Wachstumsdynamik bei den Gesundheitsausgaben

Die in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmende Alterung der Bevölkerung, der rasante technische Fortschritt in der Medizin und der fortlaufende Trend zu Einzelhaushalten lassen erwarten, dass den Gesundheitsausgaben weiterhin eine strukturelle Wachstumsdynamik eigen ist, und insbesondere eine steigende Nachfrage an ausgebauten Versorgungsstrukturen (Alters- und Pflegeheime, Spitex) zu erwarten ist. Gleichzeitig ist jedoch schon heute eine äusserst hohe Auslastung dieser Leistungsangebote feststellbar. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass in vielen Kantonen die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Langzeit- und Heimpflege die Akutspitäler nicht von dieser Versorgungsaufgabe zu entlasten vermögen. Zur Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung scheint es deshalb notwendig, die Kapazitäten im stationären und ambulanten Bereich verstärkt aufeinander abzustimmen und gemeinsam in die kantonalen Versorgungsplanungen einzubeziehen, da sich diese stark gegenseitig beeinflussen.

Die vorliegende Untersuchung und die Studie von COPLAN (2001) ergänzen sich in ihren Ergebnissen und Schlussfolgerungen weitgehend. Die Ergebnisse der beiden Studien sprechen insgesamt für eine dezentrale, bürger- und angebotsnahe Bereitstellung von Gesundheitsangeboten. Dabei sind kostensteigernde Überkapazitäten im Leistungsangebot abzubauen, was durch verstärkte überkantonale Zusammenarbeit und angebotsübergreifende Koordination erreicht werden kann. Zentrales Anliegen muss schliesslich sein, die Gesundheitskosten nicht auf einen anderen Finanzierungsträger zu verlagern, sondern sie effektiv zu senken.

RIASSUNTO

Sia nell'ambito dei costi dell'assicurazione malattie che in quello delle spese della sanità pubblica si possono rilevare importanti differenze a livello cantonale, le cui cause sono state esaminate in due progetti di ricerca nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal. Parallelamente alla presente analisi statistica trasversale di tutti e 26 i Cantoni, l'ufficio COPLAN Empirische Sozialforschung, Basilea, ha eseguito un confronto qualitativo tra sette Cantoni modello che si differenziano in base ai loro dati strutturali (COPLAN 2001).

1. Formulazione delle domande e criteri d'analisi

La presente analisi si occupa delle differenze dei costi tra i Cantoni svizzeri nell'ambito della sanità e dell'assicurazione malattie. Mediante un'analisi statistica di indicatori cantonali vengono esaminate le tre questioni seguenti:

- in base ad analisi statistiche quali sono le cause delle differenze dei costi cantonali nel settore della sanità e nell'assicurazione malattie?
- Quali sono i fattori di contenimento (risp. aumento) dei costi più importanti per spiegare le differenze di costi tra i Cantoni nell'ambito della sanità e dell'assicurazione malattie nel corso degli anni Novanta?
- Quali conclusioni pratiche possono essere tratte per quanto riguarda l'evoluzione futura e quali raccomandazioni possono essere formulate per le regolamentazioni nella LAMal e per le politiche della salute cantonali e comunali?

La parte principale di questo studio consiste in un'analisi statistica trasversale dei 26 Cantoni svizzeri volta a spiegare le differenze tra i costi cantonali della sanità pubblica sulla base di dati aggregati. I fattori che le determinano vengono esaminati in base ad analisi di correlazione e di regressione. L'analisi è stata eseguita per il lasso di tempo compreso tra il 1994 e il 1999. Vista la complessità dei flussi di capitali nel settore della sanità svizzera le differenze tra i costi cantonali vengono esaminate secondo due categorie. Il fabbisogno finanziario netto pro capite di Cantoni e Comuni nel settore sanitario riflette le spese sanitarie pubbliche, mentre i costi dell'assicurazione malattie vengono analizzati in base ai costi lordi per mese assicurativo in ogni Cantone.

2. Panoramica dei risultati più importanti

I risultati più importanti dell'analisi comparativa inerente le differenze tra i costi cantonali nel settore della sanità pubblica e nell'assicurazione malattie possono essere riassunti nei tre punti seguenti:

- Le differenze tra i Cantoni nell'ambito dei costi sanitari mostrano una struttura simile in entrambi i settori esaminati: i costi più elevati si registrano nei Cantoni di città, gli oneri più esigui nei Cantoni medi e piccoli della Svizzera tedesca.
- Dalla metà degli anni Novanta i costi si sono evoluti nel senso di un livellamento: crescita esigua nei Cantoni con oneri elevati, aumento dei costi superiore alla media nei Cantoni finora vantaggiosi.
- Fattori di aumento dei costi che spiegano le differenze tra i Cantoni si trovano sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda: un'offerta di prestazioni fitta ed altamente specializzata nel settore ospedaliero ed ambulatoriale combinata con un numero elevato di persone anziane, una disoccupazione superiore alla media e una rete sociale poco sviluppata sono, in base ai dati cantonali, la causa principale dei costi sanitari elevati.

Nell'ambito delle spese pubbliche del settore della sanità nella seconda metà degli anni Novanta tra i Cantoni si sono delineate differenze importanti, ma in leggera diminuzione. Per esempio, il fabbisogno finanziario netto pro capite dei Cantoni Basilea-Città e Ginevra è fino a quattro volte superiore a quello dei Cantoni Lucerna, Svitto, Appenzello Interno e Turgovia. Per quanto riguarda l'evoluzione dei costi della sanità pubblica nel periodo analizzato vi è stato un riavvicinamento generale tra i Cantoni con spese elevate e quelli con spese esigue e si è potuta quindi osservare una certa diminuzione delle differenze di costi tra i Cantoni. Le spese pubbliche aumentano in modo tendenzialmente più elevato soprattutto nei Cantoni con costi esigui. Uno sguardo alle strutture dei costi degli enti pubblici (Cantoni e Comuni) fa rilevare che i costi ospedalieri rappresentano sempre la quota più elevata delle spese pubbliche, tuttavia con percentuali alquanto diverse.

Anche per quanto riguarda i costi dell'assicurazione malattie vi sono differenze evidenti tra i Cantoni, tuttavia queste differenze sono in ogni caso più esigue di quelle rilevate nell'ambito delle spese sanitarie pubbliche. Di conseguenza anche in questo caso i Cantoni Ginevra, Basilea-Città, Vaud, Giura e Ticino fanno parte dei Cantoni con i costi medi più elevati, mentre Appenzello Interno, Lucerna e San Gallo si trovano sui gradini più bassi della scala. Particolarmente appariscente invece è l'aumento continuo dei costi in tutti i Cantoni durante la seconda metà degli anni Novanta. Come già constatato nell'ambito delle spese sanitarie pubbliche la maggior parte dei Cantoni in cui il livello dei costi è più elevato presenta una crescita al di sotto della media, mentre nei Cantoni con costi meno elevati questi ultimi tendono ad aumentare al di sopra della media.

Sulla base di un'analisi comparativa sistematica di tutti i 26 Cantoni per il periodo compreso tra il 1994 e il 1999, dei circa 100 indicatori esaminati i seguenti costituiscono i fattori più importanti ai fini della spiegazione delle differenze tra i costi cantonali della sanità e dell'assicurazione malattie:

Tabella 1: I fattori più importanti per le spese sanitarie nei Cantoni

	Spese della sanità pubblica	Costi dell'assicurazione malattie
Domanda	<ul style="list-style-type: none"> • Quota di vecchiaia elevata • Grado di urbanizzazione elevato • Disoccupazione elevata • Reddito cantonale elevato 	<ul style="list-style-type: none"> • Quota di vecchiaia elevata • Grado di urbanizzazione elevato • Disoccupazione elevata • Reti sociali deboli
Offerta	<ul style="list-style-type: none"> • Numero elevato di medici • Grado di assistenza medica elevato 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero elevato di medici • Poca dispensazione da parte del medico
Stato e politica	<ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento elevato del Cantone nel settore ospedaliero • Quota statale elevata 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca voce in capitolo della popolazione • Partiti di sinistra forti

Nel settore della domanda le differenze per le spese sanitarie pubbliche dei singoli Cantoni sono spiegabili soprattutto in base a tre fattori: un numero elevato di anziani, una forte disoccupazione e un elevato reddito cantonale. Con questi fattori è possibile spiegare in gran parte anche le differenze dei costi tra le diverse regioni linguistiche. Mentre i Cantoni latini presentano quote di anziani e di disoccupati al di sopra della media, nei Cantoni svizzero tedeschi medio-grandi si trovano condizioni quadro sociali più vantaggiose. Inoltre le spese sanitarie cantonali nelle regioni urbane risultano essere generalmente più elevate che nelle regioni di campagna.

Dal lato dell'offerta, ossia dei fornitori di prestazioni, soprattutto due caratteristiche della sanità cantonale costituiscono i fattori di costo principali: da un lato il numero dei medici (medici generici e specialisti) per abitante e dall'altro il grado generale di assistenza con prestazioni mediche. Costi sanitari di molto superiori alla media si registrano quindi nei Cantoni con un numero elevato di medici (e un elevato grado di specializzazione) nonché un'assistenza sanitaria sviluppata.

Nell'immediata sfera d'influenza dei poteri pubblici due fattori si sono dimostrati rilevanti. Le spese sanitarie pubbliche sono in stretta relazione con il grado di finanziamento statale nel settore ospedaliero. Questo fattore permette di spiegare meglio in particolare i costi sanitari estremamente elevati dei Cantoni Basilea-Città e Ginevra. Un'influenza significativa sulle spese pubbliche nel settore della sanità ha infine una politica d'intervento statale generalmente più pronunciata. I Cantoni che cercano di risolvere tradizionalmente i problemi mediante una pratica incentrata soprattutto sullo Stato e meno orientata al mercato si attengono a questo modello anche nell'ambito della politica della sanità, con le relative conseguenze finanziarie.

Uno sguardo ai Cantoni mostra infine che Basilea-Città presenta il massimo dei fattori che provocano l'aumento dei costi della sanità pubblica, mentre i Cantoni svizzero-tedeschi medio-grandi San Gallo, Lucerna e Turgovia si contraddistinguono per la loro assenza assoluta.

I costi dell'assicurazione malattie sono soggetti essenzialmente agli stessi fattori d'influenza delle spese dei poteri pubblici. Di conseguenza un numero elevato di anziani, una forte urbanizzazione con gli oneri del centro ad essa correlati, una

disoccupazione elevata e reti sociali deboli costituiscono i parametri più importanti per spiegare le differenze tra i costi cantonali. Il livello generalmente inferiore dei costi nella Svizzera tedesca è dovuto specialmente al tasso di disoccupazione più basso e al grado generalmente più elevato dell'integrazione sociale.

Per quanto riguarda l'assistenza, nell'assicurazione malattie i fattori di costo principali sono la densità dei medici, la regolamentazione della consegna dei medicinali e il rapporto tra il numero dei letti per cure acute e quello per cure di lunga durata. Come nel caso della sanità pubblica, anche per quanto riguarda l'assicurazione malattie un'offerta estesa nel settore ambulatoriale comporta l'aumento dei costi. Anche una densità di medici generici o specialisti professionalmente attivi porta ad un aumento del ricorso a prestazioni mediche ed a costi più elevati nell'assicurazione malattie. Per quanto riguarda i diversi sistemi della consegna dei medicinali, in base ai risultati che vi presentiamo risulta infine che la dispensazione da parte del medico sia la soluzione più vantaggiosa.

Le strutture delle cure di lunga durata hanno una forte influenza sui costi dell'assicurazione malattie, tanto più che dall'introduzione della LAMal anche le prestazioni di cura figurano nel catalogo delle prestazioni. Visto che le offerte delle cure a domicilio (spitex) previste per l'assistenza di persone anziane bisognose di cure o le istituzioni medico-sociali quali case di cura e case per persone anziane non riescono a coprire la domanda, le persone anziane bisognose di cure vengono spesso ricoverate negli ospedali per cure acute, assai più costosi. Questo aumenta il grado di utilizzazione degli ospedali, ma vincola le capacità di assistenza (infrastruttura, prestazioni di cura) e causa quindi costi più elevati di conseguenza.

Tra le diverse caratteristiche politico-istituzionali cantonali esaminate soprattutto una forte partecipazione della popolazione costituisce un freno ai costi della sanità cantonale da non sottovalutare. Per questo motivo proprio nella seconda metà degli anni Novanta i Cantoni con istituzioni democratiche dirette sviluppate hanno fatto registrare un aumento dei costi al di sotto della media.

Inoltre trovano infine conferma gli effetti delle differenze di struttura socioculturali. Tenendo presente il contesto di reti sociali poco sviluppate della Svizzera romanda e la circostanza che lungo le frontiere linguistiche la politica sociale viene intesa in modi anche divergenti, si può localizzare una componente culturale che trova espressione nelle diverse aspettative nei confronti dei servizi della sanità pubblica e che si ripercuote sui costi dell'assicurazione malattie. Il Cantone che presenta il maggior numero di fattori che provocano un aumento dei costi è il Canton Vaud. Nei due Cantoni della Svizzera centrale Uri e Lucerna ve ne è uno solo, nei due Semicantoni di Obvaldo e Nidvaldo nessuno.

Il confronto qualitativo effettuato dall'ufficio COPLAN permette di rilevare anche differenze evidenti tra le regioni linguistiche per quanto riguarda le caratteristiche istituzionali e processuali dei sette Cantoni modello. A questo proposito la competenza esclusiva dei Cantoni - differenziata secondo le offerte - nell'ambito della sanità, l'assenza di una pianificazione e di un finanziamento vicini ai cittadini da parte dei Comuni o dei consorzi intercomunali nonché la trasformazione dello spitex in un'organizzazione professionale si sono rivelati fattori che contribuiscono a far aumentare i costi (cfr. COPLAN 2001).

3. Conclusioni

- Miglioramento della disponibilità, della comparabilità e della coerenza dei dati cantonali

Una tra le più grandi lacune della sanità svizzera consiste nella mancanza di trasparenza dei dati. In particolare l'assenza di una panoramica sulle informazioni a livello cantonale e la molteplicità di metodi di conteggio e di tariffazione rendono impossibili i confronti diretti, favorendo in tal modo l'insorgere di costi più elevati. Una condizione indispensabile per l'esecuzione di provvedimenti volti a contenere i costi consiste quindi nel raccogliere i dati statistici coerenti.

- Rafforzamento della pianificazione regionale dell'offerta e del coordinamento sovracantonale delle prestazioni di assistenza

Lo sproporzionato aumento dei costi constatato nel corso degli anni Novanta nei Cantoni poco o mediamente popolati mostra tra l'altro come nell'ambito della sanità le possibilità della collaborazione intercantonale vengano sfruttate ancora troppo poco. Mentre specialmente i Cantoni romandi e quelli della Svizzera centrale hanno potenziato i loro sforzi di cooperazione intercantonale, in altri Cantoni la pianificazione dell'offerta non viene ancora coordinata con i Cantoni vicini o viene coordinata solo in certi casi. Si deve quindi ritenere che il potenziale di risparmio di un coerente coordinamento sovracantonale volto allo sfruttamento ottimale delle risorse e alla riduzione delle sovracapacità non venga ancora sfruttato da tutti i Cantoni.

- Veridicità dei costi e coordinamento a livello nazionale per quanto riguarda l'offerta delle prestazioni della medicina di punta

Gli oneri assai elevati dei Cantoni di città nel settore della sanità non sono imputabili solo a condizioni quadro specifiche che comportano l'aumento dei costi e ad una fitta offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale e ospedaliero, bensì anche all'organizzazione della sanità svizzera, improntata al federalismo e quindi frammentaria. In particolare l'onerosa infrastruttura delle offerte di prestazioni della medicina di punta, di grande interesse anche per i Cantoni limitrofi, che però partecipano solo in modo limitato ai costi, è un'ulteriore causa delle rilevanti differenze di costi esistenti tra i Cantoni urbani e gli altri. Il settore della medicina di punta è inoltre caratterizzato da sovracapacità e mancanza di coordinazione tra i Cantoni sede di cliniche universitarie. Un'ulteriore riduzione delle differenze dei costi cantonali e risparmi specifici nell'ambito della medicina di punta richiedono quindi sia l'aumento dell'assunzione e del rimborso dei costi completi causati dai Cantoni limitrofi, sia un coordinamento dettagliato e una concentrazione delle offerte della medicina di punta.

- Provvedimenti volti a ridurre i costi da parte dei fornitori di prestazioni

Sia per quanto riguarda le uscite della sanità pubblica che per quanto riguarda i costi dell'assicurazione malattie, quale spiegazione delle differenze tra i costi cantonali il numero elevato dei medici per abitante (medici generici e in particolare specialisti) risulta essere uno tra i fattori che contribuiscono maggiormente all'aumento dei costi. Nella sanità svizzera gli stimoli a fornire prestazioni mediche vantaggiose sono ancora troppo esigui per

il corpo medico. Sia i provvedimenti orientati sulla concorrenza come l'abolizione dell'obbligo di stipulare contratti tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni, l'aumento della decartellizzazione nell'ambito delle trattative tariffali tra le organizzazioni dei medici e le associazioni delle casse malati sia gli interventi diretti finalizzati al controllo delle offerte del settore ambulatoriale costituiscono quindi strumenti particolarmente efficaci per una riduzione dei costi a lungo termine.

- Effetto disciplinatore della partecipazione democratica diretta

Per quanto riguarda le istituzioni politiche una partecipazione democratica diretta marcata risulta essere in particolare efficace per contenere gli elevati costi della salute. Specialmente negli ultimi anni i cittadini, che, pagando le tasse ed i premi, svolgono un doppio ruolo di finanziatori, in molte loro decisioni si sono dimostrati molto più consapevoli dei costi che non i politici e l'Amministrazione. Questo risultato dimostra che a livello cantonale si sfrutta ancora poco il potenziale di contenimento dei costi di una estesa partecipazione democratica diretta in caso di decisioni importanti in materia di politica sanitaria.

- Rafforzamento mirato dei provvedimenti volti a contenere i costi invece che a trasferirli

La crescita relativamente esigua delle spese della sanità pubblica rispetto ad un contemporaneo aumento elevato dei costi delle casse malati, l'importante influenza della partecipazione delle cliniche private e di quella dei poteri pubblici - in numerosi Cantoni al di sotto del 50% - al finanziamento del settore ospedaliero rendono attenti alla crescente importanza degli effetti dei provvedimenti politici volti a trasferire i costi (invece che a contenerli). Già da parecchio tempo si può osservare una tendenza alla redistribuzione nell'ambito del finanziamento della sanità. Mentre lo Stato lascia sempre più il ruolo di finanziatore diretto, l'assunzione di prestazioni da parte degli assicuratori-malattie e delle economie domestiche aumenta sempre più. L'aumento delle privatizzazioni degli ospedali, la riduzione generale dei sussidi statali nel settore ospedaliero e il crescente ricorso ad ospedali privati hanno come conseguenza soprattutto un trasferimento dei costi dai Cantoni e dai Comuni agli assicuratori-malattie e alle economie domestiche private, mentre è minore il contenimento generale dei costi della sanità che ne deriva.

- Una continua dinamica di crescita strutturale nell'ambito dei costi sanitari

Il forte invecchiamento della popolazione previsto per i prossimi decenni, il velocissimo sviluppo tecnico nell'ambito della medicina e la costante tendenza verso famiglie di un solo membro fanno pensare che le spese della sanità continueranno ad essere caratterizzate da una dinamica di crescita strutturale e che, in particolare, ci si può attendere un aumento della richiesta di strutture d'assistenza articolata (case di cura, case per persone anziane, Spitex). Allo stesso tempo, però, queste offerte di prestazioni sono già utilizzate fino alla saturazione. Questi risultati indicano che in molti Cantoni le capacità di prestare cure a lungo termine e a domicilio non sembrano sgravare da questi compiti assistenziali gli ospedali che forniscono cure acute. Al fine di ottimizzare l'insieme dell'assistenza sanitaria sembra quindi necessario armonizzare maggiormente le capacità dei settori ospedaliero e ambulatoriale e di includerli entrambi nelle pianificazioni cantonali dell'assistenza, visto che sono interdipendenti.

La presente analisi e lo studio dell'ufficio COPLAN (2001) si completano ampiamente in quanto a risultati e conclusioni. Secondo i risultati di entrambi gli studi si dovrebbero mettere a disposizione offerte sanitarie decentralizzate e rispondenti alle esigenze dei cittadini. Le sovracapacità, fonte di aumento dei costi, dovrebbero essere ridotte rafforzando la collaborazione sovracantonale e coordinando le offerte. L'obiettivo principale deve infine consistere nel diminuire effettivamente i costi sanitari e non nel trasferirli ad altri finanziatori.

SUMMARY

There are considerable differences in health insurance and public health costs between the cantons. The reasons for these differences were examined by two research projects as part of the KVG/LaMAL impact analysis. In parallel to the present statistical cross-sectional analysis of all 26 cantons, COPLAN Empirische Sozialforschung in Basle conducted a qualitative comparison of seven cantons, selected for their structural differences (COPLAN 2001).

1. Queries and approach

The study examines cost differences in health care and health insurance between the Swiss cantons. A statistical analysis of cantonal indicators addresses three issues:

- On the basis of statistical evaluations, what are the reasons for cantonal differences in health care and health insurance costs?
- What are the main cost-curbing/increasing factors that can explain cantonal health care and insurance cost differences in the 1990s?
- What practical conclusions may be drawn for future developments, and what recommendations may be made for KVG/LaMAL regulation, as well as cantonal and municipal health policies?

The study is based on a statistical cross-sectional analysis of the 26 Swiss cantons, using aggregate data to discover the differences in health care costs. The factors that make for cost differences between the cantons are examined by means of correlation and regression analyses. The period covered is 1994 to 1999. Due to the complexity of funding in the Swiss health care system, cantonal cost differences will be examined on two values. The net financial requirements per capita of cantons and municipalities in the health sector reflect public spending on health care, whereas health insurance costs are analysed on the basis of gross costs per insurance month in each canton.

2. An overview of the major findings

The major findings of the comparative study on cross-cantonal health care and health insurance cost differences may be summarised as follows:

- In both areas examined, the differences in health care costs between the cantons show a similar pattern: city cantons have the highest costs, medium-sized and small German-speaking cantons have the lowest.

- A levelling effect within cost development has been observed since the mid-1990s: low growth in the cantons with high costs, above average cost increases in the previously less expensive cantons.
- Cost-increasing factors are to be found on both the supply and demand side: cantonal data show that a highly specialised and dense offer of out- and in-patient care combined with a high proportion of geriatrics, above-average unemployment and under-developed social networks are the main causes of high health care costs.

In the second half of the 1990s cantonal differences in public health care expenditure were considerable, albeit slightly less than before. The net financial requirements per capita of cantons Basel Stadt and Geneva were up to four times greater than those of Lucerne, Schwyz, Appenzell I. Rh. and Thurgau. The period was characterised by a general convergence of public health cost trends between cantons with high and low expenditure, and thus a certain reduction in cost differences. Public expenditure tended to increase more in cantons with low health care costs. A glance at the cost structures of the public budget (cantons and municipalities) shows that hospital costs account for the highest proportion of public expenditure, albeit with strongly differing percentage shares.

There are also significant cantonal differences in health insurance costs, though they tend to be less than those for public health care expenditure. Cantons Geneva, Basle Stadt, Vaud, Jura and Ticino have the highest average costs, while Appenzell I. Rh., Lucerne and Saint Gall the lowest. However, a significant continual cost increase was observed in all cantons during the second half of the 1990s. As for public health care expenditure, the cantons with higher costs tended to have under-proportional cost increases, whereas in the comparatively cheaper cantons there were above-average cost increases.

The study which systematically compared all 26 cantons over the 1994-1999 period shows that from approximately 100 investigated indicators, those which most contribute to increases in public health expenditure and health insurance costs are:

Table 1: The most important price-increasing factors behind cantonal public health expenditure.

	Public health expenditure	Health insurers' costs
Demand side	<ul style="list-style-type: none"> • High quota of elderly • High urbanity level • High unemployment • High national income 	<ul style="list-style-type: none"> • High quota of elderly • High urbanity level • High unemployment • Inadequate social networks
Supply side	<ul style="list-style-type: none"> • High density of physicians • High level of medical services provision 	<ul style="list-style-type: none"> • High density of physicians • Little recourse to over-the-counter medicines (Selbstdispensation)
Government and policy	<ul style="list-style-type: none"> • High levels of cantonal funding for in-patient care • High levels of public expenditure 	<ul style="list-style-type: none"> • Little popular co-determination • Strong left-wing parties

To explain the cantonal differences in public health expenditure, there are three major driving forces on the demand side: a large proportion of senior citizens, high unemployment and a high national income. These factors also largely explain the cost differences among Switzerland's four linguistic regions. While the French- and Italian-speaking cantons have an above average quota of elderly and unemployed persons, the medium-sized German speaking cantons have cheaper social framework conditions. Furthermore, cantonal health expenditure in urban regions is generally higher than in rural areas.

On the supply side, i.e. the service provider, there are two noticeable central cost factors in cantonal health services: one is the number of physicians (general practitioners and specialists) per inhabitant, and the other is the general level of medical services provision. Health care expenditure in cantons with a high density of physicians (and high levels of specialisation) and highly developed medical services provision greatly exceeds average expenditure.

In terms of direct government influence on public health expenditure, two main contributory factors emerge. The first is the level of public financing of in-patient care, which in particular helps to explain the generally high costs of health care in Basel-Stadt and Geneva. Second, there is the influence of overall government intervention on public health expenditure. Cantons which tend towards interventionist, rather than market-oriented solutions do not deviate from this sample in terms of health policy, thus generating corresponding costs.

Basel Stadt has the maximum of cost-increasing factors relative to public health expenditure, while the three medium-sized German speaking cantons St. Gall, Lucerne and Thurgau have practically none.

By and large, health insurance costs are influenced by the same factors as those of public health expenditure. A higher share of older persons, a high level of urbanity and the corresponding central financial burdens, high unemployment and underdeveloped social networks are the most significant factors. The generally lower cost levels in German-speaking Switzerland are chiefly linked to lower unemployment rates and a greater degree of social integration.

On the supply side, the central health insurance cost factors are the density of physicians, regulations on pharmaceutical prescriptions, and the ratio of acute to long-term hospital beds. As observed for public health costs, a comprehensive offer in terms of outpatient care drives up the costs of health insurance. A high number of practising general practitioners and specialists in proportion to the population means greater medical services provision and higher health insurance costs. Based on the present results, recourse to over-the-counter medication (Selbstdispensation) seems to be the most cost-effective solution among the various systems.

The structures of long-term care have a strong influence on health insurance costs, particularly since the introduction of the KVG/LaMAL, which added nursing services to the catalogue of benefits. Because the offer of domiciliary care (Spitex) or socio-medical

institutions, such as retirement and nursing homes for older persons, cannot meet demand, they must be treated often in more expensive acute hospitals. This increases the rate of occupancy of hospital beds, but binds provision capacity (nursing infrastructure) and thus leads to higher costs.

Of the various political-institutional features of the cantons investigated, strong popular co-determination was revealed to be one of the most important factors in curbing cantonal health care costs. In the second half of the 1990s cantons with highly developed direct democratic institutions had below average cost increases.

Furthermore, the study confirms differences in terms of sociocultural structures. The fact that French-speaking Switzerland has less well developed social networks and that the perceptions of social policy differ according to linguistic borders, reveals that there is a cultural component to demands on the health care system and resulting health insurance costs. Overall, canton Vaud has the most cost-increasing factors, while the central Swiss cantons of Uri and Lucerne have one factor each, and the half cantons of Ob and Nidwald have no cost-increasing factors.

The qualitative comparison by COPLAN also revealed significant differences between the linguistic regions in relation to the institutional and procedural characteristics of the seven model cantons. The comparison shows that main contributory factors to higher costs are: the cantons' exclusive responsibility for widely-differentiated health care services, a lack of planning and financing by the municipality or municipal organisations, which take account of the population's needs, and the transformation of Spitex into a professional organisation (cf. COPLAN 2001).

3. Conclusions

- Improvement of availability, comparability and coherence of cantonal data

One of the largest deficits in the Swiss health service is the lack of data transparency. In particular the unsatisfactory overview of available information at cantonal level, as well as the diversity of accounting and rating methods, make direct comparisons impossible, and may give rise to higher costs. Thus, a central prerequisite for the introduction of cost-curbing measures is the consolidation of coherent statistical health service data.

- Strengthening regional health care planning and cross-cantonal coordination of services

The trend in the 1990s towards over-proportional cost increases in cantons with low and medium population density points to the fact that there is still a lack of cross-cantonal cooperation. Whereas the French-speaking and central Swiss strengthened their cross-cantonal cooperation efforts, others failed to do so. One may assume that the savings potential of cross-cantonal and coherent coordination aimed at optimising the use of resources, and the potential to reduce over-capacity have yet to be exhausted by all cantons.

- True costs and coordination of advanced medical services throughout Switzerland

The exceptionally high health service costs in city cantons cannot simply be explained by their specific cost-increasing framework conditions and a dense offer of out- and in-patient services; they are also a consequence of the strong federal and localised organisation of the Swiss health service. The costly infrastructure of advanced medical services which attract neighbouring cantons that bear little of the resulting costs is another reason for the considerable cost differences between city and non-city cantons. Advanced medical services are also negatively affected by over-capacity and lack of coordination among cantons with university hospitals. If cantonal cost differences are to converge and specific savings are to be made in advanced medicine, there has to be greater assumption and reimbursement of the full costs incurred by neighbouring cantons, and a comprehensive coordination and concentration of advanced medical services.

- Cost reduction measures by service providers

One of the main factors that explains cantonal cost differences in public health expenditure and health insurance is the density of physicians (general practitioners, and particularly specialists); it is also one of the most significant cost-increasing factors. As before, the Swiss health service offers the medical fraternity little incentive to provide inexpensive medical services. Market-oriented measures such as the removal of the contractual duty between insurers and service providers, the consolidated decartelisation of bargaining between medical practices and health insurance associations, and direct intervention in controlling out-patient services should be viewed as particularly effective instruments for long-term cost reduction.

- The disciplining effect of direct democratic co-determination

From a political point of view, a high level of direct democratic co-determination is an important health cost-curbing factor. Over the last few years in particular, citizens increasingly make decisions on cost-related grounds due to their dual financing role as tax and premium payers; the same cannot be said of the politicians and the administration. This shows that the cost curbing potential of a fully developed system of direct democratic co-determination is under-utilised when it comes to deciding important cantonal health policies.

- Targeted strengthening of cost-cutting rather than cost-shifting measures

The comparatively low growth in public health expenditure and the strong increase in health insurance costs, the significant rise in the use of private clinics and the fact that in-patient services in many cantons receive less than 50% of their funding from the government demonstrate a growing trend to shift rather than curb costs. In fact, this trend in health service funding has been observed for quite some time. As the government lessens its direct funding, health insurers and households assume greater responsibility for funding health services. Growing hospital privatisation, the general slashing of government subsidies for the hospital sector and the increased utilisation of private hospitals lead to a greater transfer of costs from the cantons and municipalities to the health insurers and private households, without leading to a general decrease in public health care costs.

- Further structural growth dynamics in health expenditure

The expected strong increase over the next decades of the older population, rapid technical advances in medicine and the continuous trend towards one-person households leave it to be expected that health expenditure will be subject to further structural growth dynamics, and that there will be increasing demand placed on well-developed provision structures (retirement and nursing homes, Spitex). However, these structures are already subject to over-proportional demand. The study results indicate that in many cantons, the disposable capacity for nursing and long-term care will not allow the acute hospitals to unburden themselves from this duty. To optimise all health care provision it seems necessary therefore to strengthen the coordination between the capacity of in- and outpatient services and to combine them in cantonal provision planning due to their strong reciprocal effects.

The present project and the COPLAN study (2001) have arrived at more or less the same results and conclusions, which speak in favour of health care services that are decentralised and more geared to the needs of both the population and the providers. To this end, cost increasing over-capacity should be removed primarily through greater cross-cantonal cooperation and coordination of services. Finally, the main demand is that health care costs are not shifted from one source of funding to another, but that they are effectively reduced.

CONTENU

1	Introduction	1
1.1	Position du problème	1
1.2	Approche méthodologique.....	3
1.3	Sources des données et problèmes rencontrés.....	4
1.4	Structure du rapport.....	6
2	Vue d'ensemble des différences intercantionales en matière de coûts de la santé	7
2.1	Dépenses publiques dans le domaine de la santé.....	8
2.2	Les coûts bruts de l'assurance-maladie.....	14
2.3	Délimitation et points communs des deux types de coûts étudiés	18
2.4	Classement des cantons en fonction des données relatives aux coûts.....	20
3	Modèle explicatif et hypothèses	23
3.1	Possibilités d'explication des dépenses de santé	23
3.1.1	<i>Modèle de départ</i>	<i>23</i>
3.1.2	<i>Théories relatives aux causes macro-sociales et macro-politiques des différences de coûts dans le domaine de la santé.....</i>	<i>24</i>
3.2	Hypothèses, opérationnalisation et indicateurs.....	26
3.2.1	<i>Caractéristiques de la demande.....</i>	<i>27</i>
3.2.2	<i>Caractéristiques de l'offre.....</i>	<i>30</i>
3.2.3	<i>Caractéristiques de l'activité générale de l'Etat</i>	<i>34</i>
3.3	Modèle explicatif et résumé des hypothèses.....	40

4	Constatations empiriques	45
4.1	Méthode	45
4.2	Analyse des dépenses publiques de santé	47
4.2.1	<i>Niveau des dépenses publiques de santé</i>	47
4.2.2	<i>Evolution des dépenses publiques de santé</i>	52
4.3	Signification des dimensions géographique et culturelle	57
4.4	Analyse des coûts de l'assurance-maladie	59
4.4.1	<i>Niveau des coûts de l'assurance-maladie</i>	59
4.4.2	<i>Evolution des coûts de l'assurance-maladie</i>	64
5	Synthèse	69
5.1	Les différences de coûts entre les cantons dans les domaines de la santé et de l'assurance-maladie	69
5.2	Facteurs majorant ou freinant les dépenses publiques de santé	72
5.3	Facteurs majorant ou freinant les coûts de l'assurance-maladie	76
5.4	Conclusions et recommandations	80
	Bibliographie	85
	Annexe: Variables et données	89

1 INTRODUCTION

Dans le cadre de l'analyse des effets de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a chargé le bureau Vatter, Politikforschung & -beratung, Berne, de conduire un projet de recherche sur les différences intercantionales en matière de coûts de l'assurance-maladie et de dépenses publiques de santé, ainsi que sur leur évolution dans le temps. Le présent rapport constitue le volet quantitatif du projet et contient l'analyse statistique des indicateurs cantonaux. Le volet qualitatif, qui étudie une sélection de cantons types sur la base d'analyses documentaires et d'entretiens avec des experts, a été réalisé par le bureau de recherches sociales empiriques COPLAN, Bâle (COPLAN 2001).

La présente étude a pour objectif de mettre en évidence, à la lumière des données statistiques, les principales causes des différences de coûts observées entre les cantons en matière d'assurance-maladie et de santé publique, puis, sur la base des résultats obtenus, de formuler des recommandations concrètes à l'intention de la Confédération et des cantons.

1.1 Position du problème

En 1999, la Suisse a dépensé au total 41,6 milliards de francs dans le secteur de la santé, ce qui représente 10,7 % du produit intérieur brut (OFS 2001). Ce pourcentage a fortement augmenté depuis 1985, année où il se montait à 7,8 % du PIB. Or entre-temps, le PIB s'est accru de 60 %, tandis que les coûts de la santé¹ ont progressé de 115 % (Greppi et al. 2000). Largement supérieure à la moyenne, cette forte croissance des coûts de la santé inquiète bien évidemment chaque année la population lorsque sont annoncées les augmentations des primes de l'assurance obligatoire des soins, mais elle constitue également un thème dominant du débat politique fédéral et cantonal. La possibilité de maîtriser les coûts était l'une des principales motivations de l'introduction de la LAMal (Conseil fédéral 1991: 4), et la réorganisation du financement des hôpitaux en vue d'en abaisser les coûts constitue l'élément central de la deuxième révision partielle de la LAMal (Conseil fédéral 2000 : 2 ss.).

En Suisse, le système de santé publique obéit en principe aux règles du fédéralisme et dépend largement de la liberté d'organisation des cantons (cf. Frei 1998a, Bertogg et Stäger 1998). Ces derniers règlementent l'autorisation des acteurs et des marchandises sur le marché de la santé, sont responsables de l'organisation et de l'offre des prestations médicales, s'occupent de la prévention et de la promotion de la santé et mettent en œuvre les lois fédérales dans le domaine de la santé (European Observatory 2000 : 14 ss.). Le système de santé suisse se compose donc de vingt-six systèmes cantonaux indépendants,

¹ Les coûts de la santé incluent toutes les dépenses consenties par les ménages, les assurances sociales, la Confédération, les cantons et les communes mais aussi par l'étranger pour le financement des biens et services médicaux et paramédicaux (OFS 1993 : 8).

mais reliés. Ces systèmes divergent parfois considérablement en ce qui concerne la portée et l'aménagement de l'offre de prestations, la composition et les besoins de la population à desservir, ainsi que l'organisation politique et institutionnelle de leurs instances de régulation.

En vertu de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la Confédération détient toutefois dans le domaine de l'assurance-maladie différentes compétences qui ont une influence sur les systèmes cantonaux. La LAMal contraint ainsi les cantons à établir une planification hospitalière (art. 39), prescrit une structure tarifaire uniforme fixée à l'échelle nationale (art. 43, al. 5), définit les principes du financement des hôpitaux (art. 49) ou encore soumet les tarifs des primes des assureurs-maladie à l'approbation du Conseil fédéral (art. 61, al. 4).

En dépit de ces diverses dispositions, tous les cantons ne présentent pas les mêmes conditions de prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins. Selon le succès des modèles d'assurance à franchise annuelle élevée, dans lesquels les assurés assument une plus grande part des coûts occasionnés, ou suivant le pourcentage de subventionnement du secteur hospitalier par le canton en conformité avec l'article 49, al. 1, de la LAMal², on obtient différents modes de répartition des coûts entre ceux qui y participent, c'est-à-dire entre l'Etat, les caisses-maladie et les assurés. Par ailleurs, les coûts de l'assurance-maladie dépendent notamment de l'agencement du système de santé cantonal et des prestations proposées, de l'usage fait de cette offre, ainsi que de la planification hospitalière choisie par le canton ou encore de sa politique en matière de tarifs et de financement des hôpitaux.

On constate par conséquent d'importantes différences intercantionales tant dans l'assurance-maladie – c'est-à-dire en ce qui concerne les coûts par assuré et les primes (sur lesquelles l'évolution des coûts tend à se répercuter) – qu'au niveau des dépenses de santé à la charge de l'Etat, lesdites différences donnant régulièrement lieu à des controverses politiques.

Des disparités cantonales existent non seulement au niveau des coûts de la santé, mais aussi en rapport avec leur évolution dans le temps. Les écarts constatés sont par exemple importants si l'on considère l'adaptation annuelle moyenne des primes des caisses-maladie : alors que dans le canton du Valais, les primes pour les adultes n'ont augmenté que de 1,5 % entre 1996 et 2001, le canton d'Argovie affiche pour la même période une progression de 12,2 %. L'augmentation moyenne nationale durant cette période s'établit à 6,1 % par année (OFAS 2000a : 99). Des écarts comparables sont observés dans les dépenses de santé des pouvoirs publics. Alors que dans le canton de Thurgovie, ces dépenses ont diminué de 5 % par année entre 1994 et 1999, le canton de Schwyz a connu une augmentation annuelle de 17,5 % durant la même période (moyenne nationale : +3,2 % ; cf. Tableau A3 en annexe).

² Pour les habitants du canton, les forfaits convenus pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, « (...) couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 % des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics » (art. 49, al. 1, LAMal).

Ces écarts flagrants entre les cantons suscitent plusieurs interrogations auxquelles la présente étude tente de répondre. Les questions suivantes sont particulièrement intéressantes dans ce contexte :

- Quelles sont les causes des différences observées entre les cantons en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie ?
- Quels sont les principaux facteurs de réduction ou d'augmentation des coûts permettant de comprendre ces différences, telles qu'elles se sont manifestées au cours des années 90 ?
- Quelles conclusions d'ordre pratique peut-on tirer dans la perspective de l'évolution future et quelles recommandations peut-on formuler pour la LAMal et pour les politiques de santé communales et cantonales ?

1.2 Approche méthodologique

Ces questions seront étudiées selon une démarche comparative et statistique. S'agissant d'une enquête exhaustive (c.-à-d. portant sur tous les cantons), il est possible de rechercher systématiquement, au moyen d'une analyse quantitative des données statistiques, les régularités structurelles des différences cantonales observées dans les dépenses publiques de santé et les coûts de l'assurance-maladie. Cette analyse se fonde sur divers jeux de données qui fournissent d'une part des indications relatives aux différentes caractéristiques structurelles, culturelles, économiques et politiques des cantons et de leur système de santé, et mettent d'autre part en évidence le niveau et l'évolution des coûts dans le secteur de la santé et dans l'assurance-maladie.

En soumettant ces données à des analyses de régression, il est possible d'effectuer des comparaisons significatives entre les vingt-six cantons. Cette méthode permet d'analyser le niveau des coûts, ainsi que leur évolution dans le temps ; pour cette dernière, on considère la variation moyenne au cours de la période concernée. Du fait qu'il n'existe pas de données annuelles pour toutes les variables indépendantes utilisées, que l'étude porte seulement sur une courte période et que les données disponibles ne varient que faiblement dans le temps, l'accent est mis ici sur l'analyse transversale.

Au vu des données disponibles, c'est la période de 1994 à 1999 qui a été retenue pour notre examen. L'année de départ a été déterminée par le fait qu'un nouveau plan comptable pour les caisses-maladie est entré en vigueur en 1994, entraînant une modification de la comptabilisation des prestations (Greppi et al. 1998 : 74), raison pour laquelle les données relatives à l'assurance-maladie ne sont systématiquement comparables qu'à partir de cette année-là.

L'introduction de la LAMal datant de 1996, soit à peu près au milieu de la période sous revue, il faut s'attendre à ce que les modifications éventuelles résultant de cette réorganisation du système de l'assurance-maladie se répercutent sur l'analyse statistique. Il est toutefois probable que les différences cantonales restent minimales dans la mesure où ces

changements ont généralement affecté tous les cantons à un degré comparable. Il devrait néanmoins être intéressant de savoir si les effets de l'introduction de la LAMal ont plutôt accentué ou atténué les différences de coûts entre les cantons, à moins que celles-ci n'en aient pas été affectées.³

La présente étude fait en quelque sorte œuvre de pionnier, dans la mesure où il s'agit de l'une des premières tentatives de comparaison globale des systèmes de santé des vingt-six cantons suisses.⁴ Elle se présente un peu comme un inventaire, recensant systématiquement les caractéristiques spécifiques des systèmes cantonaux et les mettant ensuite en relation. Elle n'a toutefois aucune prétention à l'exhaustivité, en raison des difficultés inévitablement rencontrées dans cette démarche, notamment à propos des données statistiques disponibles (voir plus bas), qui ne permettent pas de rendre compte de toute la complexité des structures politico-sanitaires, parfois dépendantes de plusieurs cantons. Ces problèmes ont déjà été identifiés et signalés dans d'autres contextes (OFS 1993 : 35, Rothenbühler 1999 : 26 et 34, European Observatory 2000 : 50 s. et 78).

1.3 Sources des données et problèmes rencontrés

Les données utilisées proviennent essentiellement d'une base que le mandataire avait constituée dans le cadre d'autres projets et qui intègre des indicateurs politiques, administratifs, économiques et sociaux.⁵ Cette base a été réactualisée et étoffée par de nombreuses autres données – en particulier par des indications spécifiques relatives à l'organisation des systèmes de santé cantonaux – de sorte qu'aujourd'hui, elle inclut une centaine d'indicateurs. Ces nouvelles données ont essentiellement été recueillies au moyen de recherches menées dans la littérature existante ainsi que sur Internet, mais aussi grâce à des demandes personnelles adressées à des organes de l'administration (OFAS, OFS, Administration fédérale des finances), à la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), au Concordat des assureurs-maladie suisses (santésuisse) et à H+ Les Hôpitaux de Suisse.

De précieuses informations proviennent également de l'OFAS et de l'OFS. L'OFAS a en effet livré différentes données relatives à la structure et aux coûts de l'assurance obligatoire des soins, tandis que l'OFS, outre les résultats de la statistique hospitalière, a également fourni des données détaillées relatives aux dépenses des pouvoirs publics dans le domaine de la santé. Différents indicateurs ont par ailleurs été calculés sur la base de jeux de données

³ Les effets de la LAMal sur le financement du système de santé ont déjà fait l'objet de deux études de l'OFAS et de l'OFS (Greppi et al. 1998 et 2000).

⁴ Les différences de coûts entre les cantons dans l'assurance-maladie ont été étudiées par Schenker en 1996, mais son analyse se limite à quelques cantons et elle est plutôt de nature descriptive qu'exploratrice.

⁵ Cette base de données, qui inclut de nombreux indicateurs cantonaux, a été réalisée dans le cadre d'un projet soutenu par le Programme prioritaire « Demain la Suisse » portant sur les motivations politiques et institutionnelles à la base de l'activité cantonale (N° 50-58521.99). Nous profitons de cette occasion pour remercier le Fonds national suisse de la recherche scientifique pour son soutien financier lors de la constitution de cette base de données.

existants. Une vue d'ensemble des données statistiques utilisées et de leurs sources figure en annexe au présent rapport.

Lorsqu'on choisit une approche statistique quantitative, les principaux problèmes rencontrés ont généralement trait à la qualité des données. Par ailleurs, la difficulté majeure de l'analyse des différences de coûts entre les cantons dans le domaine de la santé publique et de l'assurance-maladie tient au fait qu'il n'est pour l'instant pas possible à l'échelon cantonal de recueillir de manière exhaustive les données de base nécessaires. Les données réunies dans le cadre de la série OFS « Coûts de la santé » (OFS 1993 ss.) se rapportent certes à l'ensemble de la Suisse, mais elles ne peuvent être converties en valeurs cantonales moyennes en raison de la complexité du système de santé helvétique, avec ses vingt-six systèmes cantonaux.

On a relevé des lacunes parfois importantes quant à la disponibilité de données statistiques relatives à la structure de ces systèmes cantonaux. Compte tenu de sa conception et des données recueillies, la statistique des hôpitaux établie par l'OFS devrait représenter une précieuse source d'informations⁶, mais pour diverses raisons, ses résultats ne seront publiés sur Internet que sous forme de tableaux standard et ne seront évalués plus en détail que sur demande.⁷ Dans le domaine hospitalier, il existe certes quelques indicateurs, mais comme l'OFS n'est responsable de la collecte des statistiques hospitalières que depuis 1997 et que les données de H+ Les Hôpitaux de Suisse publiées jusqu'en 1996 ne peuvent être converties en valeurs cantonales, il n'est pas possible de se référer à des périodes homogènes et fiables. Dans le domaine ambulatoire, à l'exception de la densité des médecins et des médecins spécialisés, il n'existe pas de données systématiquement réunies susceptibles de fournir des indications sur le volume des prestations fournies. Quant au domaine de l'aide et des soins à domicile (Spitex), c'est pour l'exercice 1998 qu'a été constituée pour la première fois une statistique comparable à l'échelle nationale (OFAS 2000b).

S'agissant de l'analyse des données relatives aux coûts, deux problèmes se posent. Le premier concerne les données qui se rapportent à l'assurance-maladie avant 1996. Etant donné que, jusqu'à l'introduction de la LAMal, les offres des assureurs divergeaient parfois fortement d'une caisse à l'autre et d'un canton à l'autre, ces données sont difficilement comparables. Quant aux coûts pris en charge par les pouvoirs publics, il faut tenir compte du fait que si les données exploitées proviennent d'un plan comptable standard (répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques, cf. Greppi et al. 1998 : 172 s.), les cantons ne les interprètent pas de manière homogène et rencontrent certains problèmes de délimitation dans la comptabilisation de leurs coûts. Un deuxième point important concerne le traitement des investissements des pouvoirs publics, qui varient fortement d'un canton et d'une année à l'autre et qui induisent dès lors des distorsions relativement importantes lors des comparaisons transversales, d'autant que ces investissements constituent une part importante des dépenses publiques de santé. Le paragraphe 2.1 explique comment les auteurs de la présente étude ont géré ces difficultés.

⁶ Voir à ce sujet le projet détaillé (www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/ftfr14i.htm).

⁷ Une telle demande a été obligeamment présentée en toute hâte par Mme Muriel Golay, de la section Santé de l'OFS.

Les mesures prévues par la LAMal pour endiguer les coûts de la santé (Conseil fédéral 1991 : 33-38) représentent du point de vue politologique un domaine de recherche extrêmement intéressant et sont fondamentales pour la présente étude, puisque leur mise en œuvre relève en grande partie des cantons, ce qui devrait induire des disparités considérables dans leur aménagement et donc dans leur efficacité. Toutefois, ces mesures n'étant pour l'instant pas toutes en vigueur (OFS 2001), il n'est guère possible encore, faute d'expérience et en l'absence de données fiables, d'évaluer systématiquement et d'analyser statistiquement leurs effets sur l'évolution des coûts dans les cantons (cf. INFRAS 2000 : 145 pour les ajustements tarifaires, Rothenbühler 1999 pour la planification hospitalière, INFRAS 2000 : 123 ss. et 171 ss. pour le budget global).

1.4 Structure du rapport

La structure du présent rapport suit pour l'essentiel le déroulement de la recherche. Tout d'abord, les variables à expliquer, c'est-à-dire coûts de la santé dans les cantons, sont opérationnalisées et décrites en détail. Ce faisant, l'on tient compte aussi bien du niveau et de l'évolution des coûts que de leur composition, et l'on met ces différentes variables en relation. Le chapitre suivant expose les fondements théoriques de l'étude, présente le modèle utilisé pour l'analyse et énonce les principales hypothèses et leur opérationnalisation. Un autre chapitre, consacré à l'explication empirique des différences cantonales quant au niveau et à l'évolution des coûts de la santé, rend compte de l'analyse statistique effectuée et de ses résultats. La synthèse, enfin, résume ces résultats et en tire une série de conclusions et de recommandations. L'annexe réunit le matériel statistique utilisé.

2 VUE D'ENSEMBLE DES DIFFÉRENCES INTER-CANTONALES EN MATIÈRE DE COÛTS DE LA SANTÉ

La présente étude a pour but d'éclairer et d'analyser les différences observées entre les cantons en ce qui concerne les coûts de la santé. Nous commencerons par déterminer et décrire les grandeurs pertinentes pour établir une telle comparaison. Etant donné que l'extrême complexité des flux financiers et leur enchevêtrement ne permettent pas de déterminer le montant total des coûts de la santé pour chaque canton, et compte tenu du fait que l'on ne dispose pas de données monétaires de synthèse sur les coûts cantonaux de la santé (OFS 1993 : 35), nous avons été contraints d'exprimer ces coûts à l'aide de grandeurs partielles. Les plus appropriées, pour la question qui nous occupe, nous ont paru être d'une part les dépenses des cantons et des communes dans le domaine de la santé et d'autre part les coûts bruts de l'assurance-maladie dans les cantons.

Ce sont là deux des trois principaux agents payeurs⁸ du secteur de la santé en Suisse (cf. Tableau 1), le troisième étant les ménages. Pour ces derniers, comme l'OFS n'a pas la possibilité d'en relever les dépenses de manière directe et qu'il doit se contenter de les estimer en se fondant sur la différence entre les dépenses totales des caisses-maladie et les dépenses de tous les autres agents payeurs (OFS 1993 : 20), on ne dispose pas, au niveau cantonal, de données se prêtant à une analyse statistique.

Tableau 1 : Financement selon l'agent payeur, en % (ensemble de la Suisse)

	1994	1995	1996	1997	1998
Ménages	26.1%	25.9%	23.8%	24.7%	24.8%
Caisses-maladie	45.4%	46.3%	48.4%	47.4%	47.8%
Assurance-accidents	3.4%	3.3%	3.1%	3.1%	3.3%
AI/AVS	6.6%	6.8%	7.0%	7.2%	7.1%
Assurance militaire	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Confédération	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%
Cantons	13.7%	13.3%	13.1%	12.6%	12.0%
Communes	2.4%	2.0%	2.3%	2.4%	2.5%
Etranger	1.8%	1.9%	1.7%	2.1%	2.1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source : OFS 1999 : 39 et 2000a : 39

La structure, l'évolution et les facteurs déterminants des dépenses dans le domaine de la santé étant parfois très différents selon qu'il s'agit de dépenses publiques ou de dépenses privées, ces deux catégories sont considérées et analysées séparément (cf. Schmidt 1999 : 231). Les pages qui suivent sont consacrées à la définition des deux variables dépendantes. Nous y donnerons aussi un aperçu de leur niveau, de leur évolution et de leur composition.

⁸ Sont considérées comme *agents payeurs* toutes les institutions qui paient (directement) les biens et services des producteurs (OFS 1993 : 20). On les distingue des *agents supportant la charge financière* (cf. OFS 1993 : 9), soit des institutions qui, en fin de compte, assument réellement les coûts de la santé (OFS 1993 : 21). Les prestations de l'assurance-maladie, par exemple, sont payées par les caisses, mais supportées au moins partiellement par les ménages, qui en paient les primes. Dans la présente étude, c'est la catégorie des agents payeurs qui nous intéresse.

2.1 Dépenses publiques dans le domaine de la santé

Les coûts assumés par les pouvoirs publics seront opérationnalisés au moyen des besoins financiers nets des cantons et des communes dans le domaine de la santé. Cette grandeur représente la somme des dépenses courantes et des dépenses d'investissement des cantons et des communes après déduction de toutes les recettes, y compris tous les transferts entre la Confédération, les cantons et les communes. Elle est donc l'expression de la charge économique supportée par les pouvoirs publics dans les différents cantons (OFS 1993 : 21, OFS 1999 : 29). En choisissant une grandeur par habitant, on élimine les distorsions qui auraient résulté des différences de taille entre les cantons.

La classification des dépenses globales dans le secteur de la santé correspond à la répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques.⁹ Ses rubriques sont les suivantes (cf. Greppi et al. 1998 : 172) :

Tableau 2: Répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques dans le domaine de la santé

4	Santé
40	Hôpitaux
41	Homes médicalisés
42	Cliniques psychiatriques
44	Soins ambulatoires
45	Prophylaxie, lutte contre les maladies
46	Service médical des écoles
47	Contrôle des denrées alimentaires
49	Autres dépenses de santé (p.ex. ambulances, conseils de santé, cures thermales, désinfections, drogueries, médecins cantonaux, médecins de ville, médicaments, mesures d'hygiène, pharmacies, soins corporels, toxicologie, transports de patients)

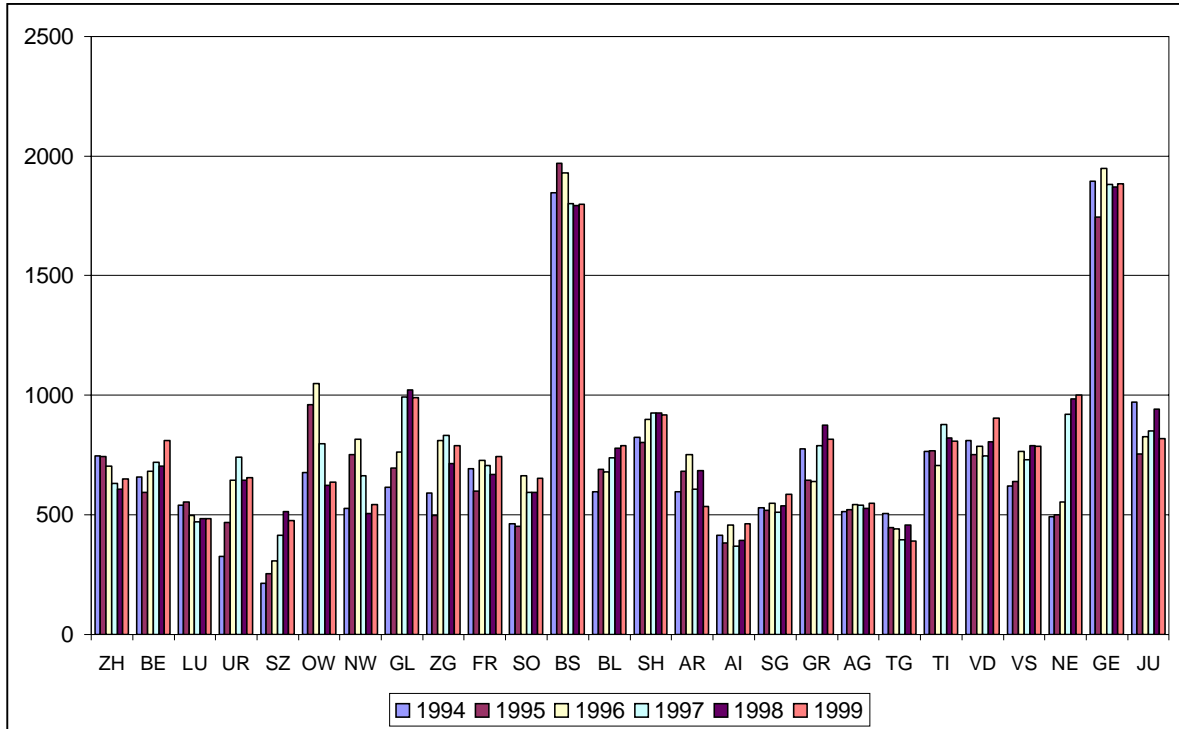
Les données utilisées proviennent de la statistique des finances publiques de l'Administration fédérale des finances (AFF). Pour les années 1990 à 1998, nous avons pu les prélever directement sur le site web de l'OFS¹⁰. Pour l'année 1999, nous ne disposions au moment de rédiger cette étude que de chiffres provisoires. Ils se composaient des chiffres cantonaux définitifs pour 1999 et des données communales pour 1998.¹¹

⁹ Bien que les données utilisées soient issues d'un plan comptable uniforme, il importe de relever que les cantons ne l'interprètent pas toujours de façon identique et qu'ils connaissent parfois des problèmes de délimitation des coûts lors de la comptabilisation (cf. Greppi et al. 1998 : 173).

¹⁰ www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/studien/fin_pub/ffin.htm

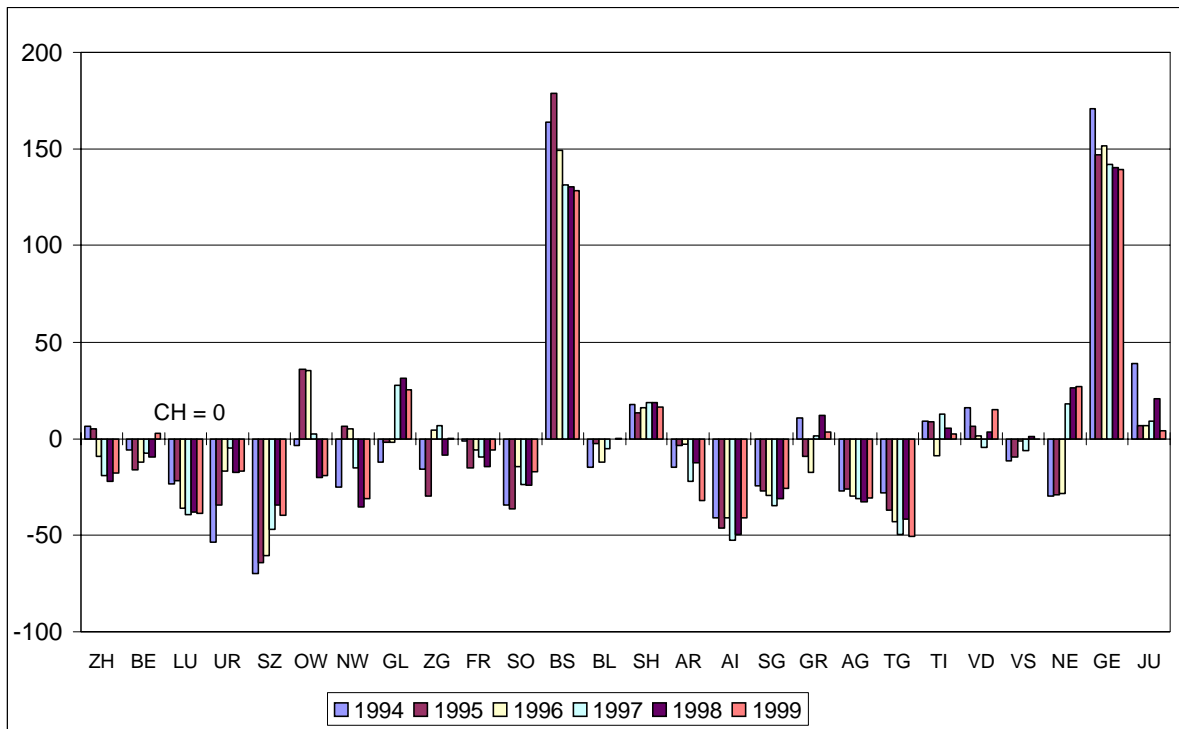
¹¹ Ces données ont été calculées et mises à notre disposition par Monsieur Raymond Rossel, OFS, section Santé. Les chiffres définitifs se trouvent maintenant sur le site web de l'OFS.

Figure 1 : Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs par habitant, de 1994 à 1999



(1999 : valeurs provisoires)

Figure 2 : Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, par habitant, écart annuel en % par rapport à la moyenne nationale (CH = 0), de 1994 à 1999



(1999 : valeurs provisoires)

Le Figure 1 illustre le niveau et l'évolution des dépenses publiques consacrées à la santé de 1994 à 1999. Les chiffres exacts figurent au tableau A1 en annexe. On relève des différences assez considérables entre les cantons puisque, dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève, les besoins financiers nets par habitant ont été jusqu'à quatre fois supérieurs à ceux que l'on a enregistré, par exemple, dans les cantons de Lucerne, Schwytz, Appenzell Rh.-Int. ou Thurgovie. Dans les cantons d'Obwald, de Glaris, de Schaffhouse, des Grisons, du Tessin, de Vaud et du Jura, la charge que doivent supporter les finances publiques est elle aussi assez régulièrement supérieure à la moyenne.

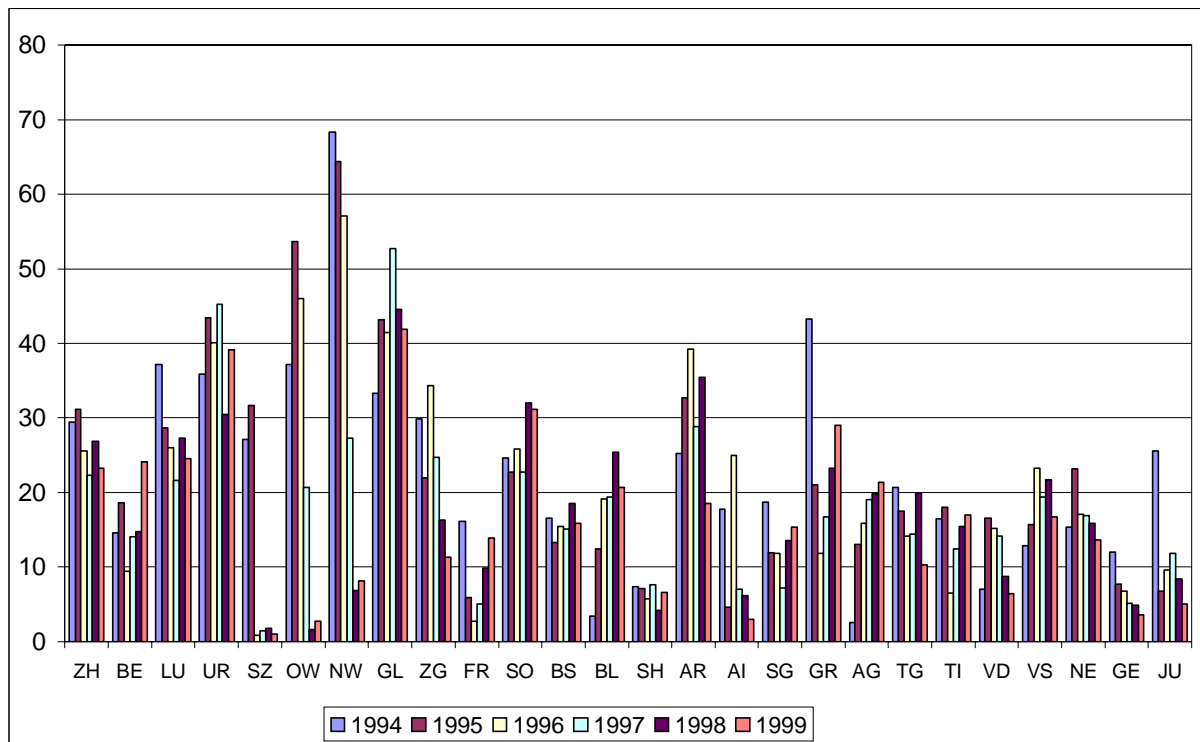
Dans certains cantons comme Zurich, Lucerne ou Thurgovie, les dépenses publiques de santé ont tendance à baisser alors que dans d'autres comme Schwytz, Bâle-Campagne ou Neuchâtel, la tendance est toujours à la hausse. Cependant, comme le montre l'exemple d'Obwald ou d'Appenzell Rh.-Ext., le niveau des dépenses de santé peut subir des fluctuations importantes durant la période considérée. Ces fluctuations s'expliquent par le fait que les coûts d'investissement et leur proportion dans les besoins financiers nets varient d'une année à l'autre (voir plus bas).

L'ampleur des différences de coûts entre les cantons ressort du Figure 2. On y trouve représentées les dépenses publiques indexées pour chaque année, la moyenne suisse étant toujours la valeur de base 0. Les colonnes représentent l'écart en pour-cent par rapport à cette moyenne. Outre les tendances décrites plus haut, on constate un certain nivellement des différences, ce qui signifie que les écarts entre les cantons s'amenuisent au fil des ans et que les extrêmes ont tendance à se rapprocher de la moyenne, comme le montre la diminution des écarts-types (1994 : 373,02 ; 1999 : 344,99 ; cf. Tableau A1 en annexe).

Lorsque l'on considère les besoins financiers nets des pouvoirs publics, il importe de ne jamais oublier que cette grandeur se compose non seulement des frais courants, mais aussi des investissements et que la part de ces derniers dans les dépenses des cantons et des communes peut varier considérablement d'un canton et d'une année à l'autre (cf. Figure 3 et Tableau A4 en annexe).

Il peut en résulter des distorsions de la variable « dépenses des pouvoirs publics » : dans le contexte de comparaisons intercantionales, les cantons qui décident de gros investissements font automatiquement augmenter le niveau de leurs coûts de santé. On pourrait il est vrai remédier à ce problème en ne faisant porter l'analyse que sur les frais courants, mais on se priverait alors d'informations relativement importantes puisque les investissements sont, d'une part, un indice de l'envergure des activités d'expansion des collectivités publiques dans le domaine de la santé et, d'autre part, un facteur influant sur les coûts de la santé durant les années qui suivent (Conseil fédéral 2000 : 7). C'est pourquoi nous avons choisi de fonder notre analyse sur les coûts totaux, tout en faisant de la part représentée par les coûts d'investissement une variable indépendante afin de maîtriser les effets de distorsion.

Figure 3 : Part des investissements pour la santé publique dans les besoins financiers nets des cantons et des communes, de 1994 à 1999, en %



Source : OFS, propres calculs

Comme les besoins financiers nets des pouvoirs publics constituent une variable composite destinée à permettre des comparaisons intercantoniales, on peut se demander si les données utilisées sont bien comparables. Les différences entre les offres de prestations des systèmes de santé cantonaux (cf. aussi OFS 1993 : 36 ss.) peuvent également provoquer des distorsions. Le Tableau 3 rend compte de ces différences en établissant la structure des coûts des budgets publics (cantons et communes) d'après la part moyenne représentée par les différents comptes du secteur santé, selon la répartition fonctionnelle des comptes des collectivités publiques durant la période 1994 à 1998.

Il ressort ainsi du Tableau 3 que les coûts hospitaliers représentent partout la part la plus importante des dépenses publiques, même si leur proportion peut varier fortement d'un canton à l'autre. Alors que le canton de Glaris, par exemple, consacre près de 90 % de ses dépenses de santé au secteur hospitalier, le canton du Tessin, pour sa part, lui en affecte à peine 45 %. On constate également des différences très nettes dans le financement des homes médicalisés. Si certains cantons (Obwald, Tessin) accordent une grande importance à ce secteur, d'autres (p.ex. Uri, Soleure, Bâle-Ville et Bâle-Campagne) ne le subventionnent guère. Relevons cependant que certains cantons, comme les deux Bâle, pratiquent un système de financement dans le cadre duquel ce ne sont pas des institutions, mais des individus qui bénéficient de subsides. Or, les moyens financiers voués à cette fin sont comptabilisés dans d'autres comptes que ceux qui entrent dans notre analyse et ne font donc pas partie des données utilisées.

Tableau 3: Structure de coûts des budgets publics (cantons et communes). Moyenne 1994-1998, parts en %

	Hôpitaux	Homes médicalisés	Cliniques psychiatriques	Soins ambulatoires	Prophylaxie	Service médical des écoles	Contrôle des denrées alimentaires	Autres dépenses de santé	Total*
ZH	59.2	9.8	13.8	4.9	3.7	2.5	1.4	4.8	100
BE	70.3	5.2	13.2	3.9	2.4	0.8	1.6	2.6	100
LU	57.5	15.7	14.8	3.8	1.3	1.7	2.5	2.6	100
UR	82.6	0.0	7.8	3.0	1.2	0.5	2.6	2.2	100
SZ	76.1	5.8	5.9	5.3	-0.4	1.5	3.8	2.0	100
OW	65.7	26.5	0.0	2.5	1.1	1.1	1.6	1.5	100
NW	83.5	11.1	0.4	2.3	0.2	0.7	1.5	0.4	100
GL	89.9	3.6	0.0	1.3	0.2	1.0	1.7	2.4	100
ZG	61.0	11.5	5.3	6.8	3.9	2.6	2.5	6.3	100
FR	59.2	17.9	9.4	6.2	1.9	1.5	1.2	2.8	100
SO	73.2	0.3	12.5	3.3	3.7	2.2	1.8	3.0	100
BS	75.6	0.1	12.3	2.0	1.8	2.0	1.2	4.9	100
BL	72.9	0.0	14.0	3.6	5.1	2.4	1.6	0.4	100
SH	52.3	14.0	20.3	3.5	1.0	1.9	5.0	1.8	100
AR	70.4	3.2	20.3	1.2	1.1	0.6	1.2	2.2	100
AI	77.2	9.5	0.0	8.2	1.8	0.5	1.5	1.4	100
SG	69.6	-0.3	16.5	3.5	3.3	1.7	2.6	3.0	100
GR	60.4	14.8	11.7	7.0	0.9	1.7	1.0	2.4	100
AG	75.4	2.5	10.9	2.8	1.8	1.7	2.1	2.8	100
TG	57.8	10.7	18.6	3.4	2.7	1.8	3.3	1.9	100
TI	44.8	30.2	8.6	3.7	2.4	2.1	1.3	6.8	100
VD	60.9	11.4	10.4	7.5	2.8	2.8	0.8	3.4	100
VS	66.6	11.9	8.4	0.4	2.1	2.1	0.9	7.7	100
NE	71.4	1.5	9.4	3.5	3.4	1.8	3.0	5.9	100
GE	73.3	1.7	13.5	5.0	1.5	2.4	0.4	2.1	100
JU	71.9	4.1	10.9	6.2	2.5	1.8	0.3	2.3	100
CH	68.4	8.6	10.3	4.0	2.1	1.7	1.9	3.1	100

Source : propres calculs effectués à partir de données de l'AFF (www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/studien/fin_pub/ffin.htm)

* En raison d'erreurs d'arrondi, la somme des parts exprimées en % n'est pas forcément égale à 100.

Remarque : les pourcentages négatifs relevés dans les cantons de Schwytz (prophylaxie) et de Saint-Gall (homes médicalisés) s'expliquent par les données brutes figurant dans les comptabilités financières des cantons : si les recettes comptabilisées excèdent les frais, il en résulte des frais négatifs. Cela peut arriver notamment lorsque les institutions considérées terminent réellement leur exercice sur un solde positif ou alors si les flux financiers entre les cantons ou entre un canton et ses communes produisent un excédent comptable.

Tous les cantons ne possèdent pas une clinique psychiatrique, ce qui explique les différences à cette rubrique. Quant au poste « soins ambulatoires » – qui comprend les subventions à différentes institutions comme les services d'aide et de soins à domicile, les maisons ou les associations de soins, les associations de samaritains, les sages-femmes, les services de conseils aux jeunes mères, etc. (Greppi et al. 1998 : 172) – le soutien apporté par les pouvoirs publics dans ce domaine est très variable (Valais : 0,4 %, Appenzell Rh.-Int. :

8,2 %). Comme les autres rubriques revêtent une importance relativement faible, nous renonçons à les étudier plus en détail.

Pour tenir compte des différences parfois considérables relevées dans la structure des frais de financement, l'analyse des différences de coûts comprendra des variables qui concrétiseront ces différences cantonales et qui exprimeront la densité de l'offre de services ayant une influence sur les coûts de la santé.

L'OFS avertit que les dépenses des cantons et des communes ne permettent pas dans tous les cas de tirer des conclusions directes sur les coûts des systèmes cantonaux de santé (OFS 1999 : 29). La raison de cet appel à la prudence est la suivante : les besoins financiers nets sont une grandeur qui ne prend pas en compte les flux de financement et de consommation intercantonaux et qui ne reflète donc pas d'une manière adéquate les multiples interdépendances existant entre les cantons dans le domaine de la santé. Ainsi, les dépenses par habitant extrêmement élevées que l'on enregistre dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève, par exemple, s'expliquent vraisemblablement par la fonction de centre très marquée qu'ils exercent en leur qualité de cantons-villes et de cantons universitaires et par la force d'attraction qu'ils ont de ce fait sur les populations des cantons voisins. Les données ici utilisées ne nous disent rien non plus sur la répartition des tâches entre les cantons, par exemple dans les domaines de la psychiatrie ou des soins de longue durée prodigués dans des établissements médico-sociaux. L'indicateur choisi ne tenant pas compte des paiements compensatoires intercantonaux, il exprime donc les besoins financiers effectifs des pouvoirs publics ; de ce fait, il constitue une variable qui se prête fort bien à l'analyse des raisons pour lesquelles la charge économique des cantons et des communes est aussi inégale.

Après avoir considéré le niveau, l'évolution et la structure des dépenses des pouvoirs publics, nous allons examiner le rapport entre niveau et évolution des dépenses. Ce rapport ressort du Tableau 4 et de la Figure A en annexe. La corrélation en question est de -0,212 (-0,126 sans BS et GE). On relèvera que les deux cantons urbains de Bâle-Ville et de Genève sont parvenus à faire baisser le niveau extrêmement élevé de leurs dépenses publiques durant le laps de temps étudié et que le canton de Schwytz possède à la fois la charge par habitant la plus faible aux niveaux cantonal et communal et le taux de croissance le plus élevé. Au chapitre des tendances générales, notons que ce sont les cantons dans lesquels les dépenses publiques sont inférieures à la moyenne qui connaissent les taux d'augmentation les plus élevés, alors qu'un seul canton (Glaris) parmi ceux qui ont une charge financière supérieure à la moyenne se distingue aussi par une augmentation des dépenses supérieure à la moyenne.¹² C'est là l'indice d'une certaine atténuation des différences de coûts entre les cantons. Les cantons d'Appenzell Rh.-Int., de Lucerne, de Thurgovie et de Zurich sortent du lot dans la mesure où ils sont parvenus, durant la période considérée, à réduire encore leur charge par habitant, qui était pourtant déjà inférieure à la moyenne.

¹² Ce fait s'explique dans une très large mesure par le volume d'investissement très élevé qui a caractérisé le canton de Glaris durant la période étudiée (cf. Figure 3)

Tableau 4: Classement des cantons selon le niveau moyen et l'évolution moyenne de leurs besoins financiers nets par habitant de 1994 à 1999

Moyenne 1994 – 1999	Dépenses publiques en baisse	Dépenses publiques en légère hausse (< 3,18%)*	Dépenses publiques en forte hausse (> 3,18%)*
Dépenses publiques faibles (< 753,85)*	AR, LU, TG, ZH	AG, AI, FR,NW, SG	BE, BL, NE, SO SZ, UR, VS, ZG
Dépenses publiques élevées (753,85 – 1507,7)*	JU, OW	GR, SH, TI, VD	GL
Dépenses publiques très élevées (> 1507,7)*	BS, GE		

* Valeurs moyennes 1994-1999 pour l'ensemble de la Suisse (1507,7: double de la valeur moyenne des dépenses publiques)

2.2 Les coûts bruts de l'assurance-maladie

Dans la présente étude, les coûts de l'assurance-maladie sont mesurés au moyen des coûts bruts par mois d'assurance (enfants et adultes confondus). Cette grandeur comprend les prestations des assureurs au titre de l'assurance obligatoire des soins (y compris les formes particulières d'assurance) avant déduction de la participation des assurés aux frais (OFAS 2000a : 107). Elle provient de la statistique de compensation des risques de l'OFAS. Dans ce contexte, le mois d'assurance désigne les frais bruts générés par un assuré en l'espace d'un mois. Les chiffres exacts pour les années 1994 à 1999 figurent en annexe (Tableau B1). La Figure 4, quant à elle, donne un aperçu de leur niveau et de leur évolution.

L'analyse des coûts de l'assurance-maladie nous donne une image similaire, mais non identique à l'analyse des coûts supportés par les pouvoirs publics : si l'on relève là aussi certaines différences entre les cantons, les écarts sont partout plus faibles qu'ils ne l'étaient dans la comparaison précédente. Tous les cantons accusent en effet une augmentation régulière et relativement constante sur toute la période étudiée (à l'exception de Neuchâtel et de Genève, dont les chiffres pour 1999 sont inférieurs à ceux de l'année 1998). Cette augmentation s'explique en partie par l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 : celle-ci a amené une extension du catalogue des prestations devant être prises en charge par l'assurance de base obligatoire, ce qui, inévitablement, s'est traduit par une augmentation des coûts (Greppi et al. 1998 : 18).

Figure 4: Coûts bruts par mois d'assurance en francs, de 1994 à 1999

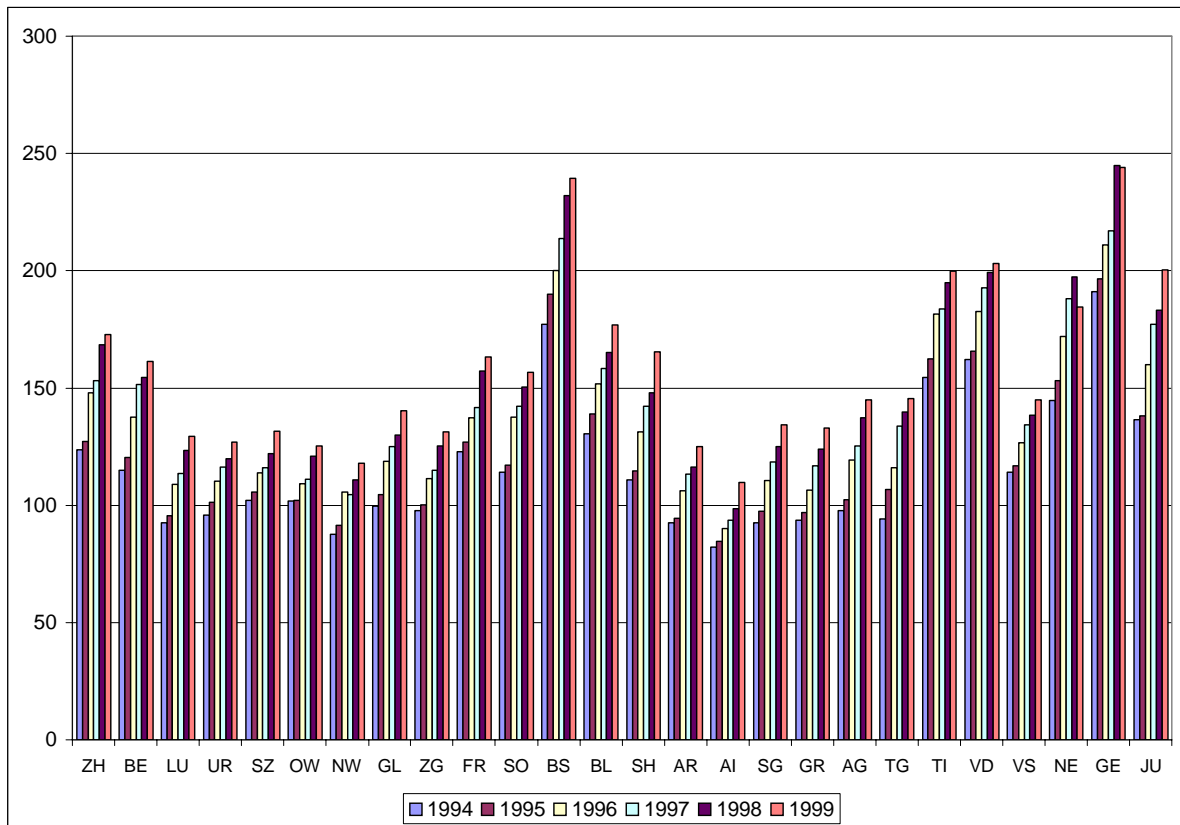
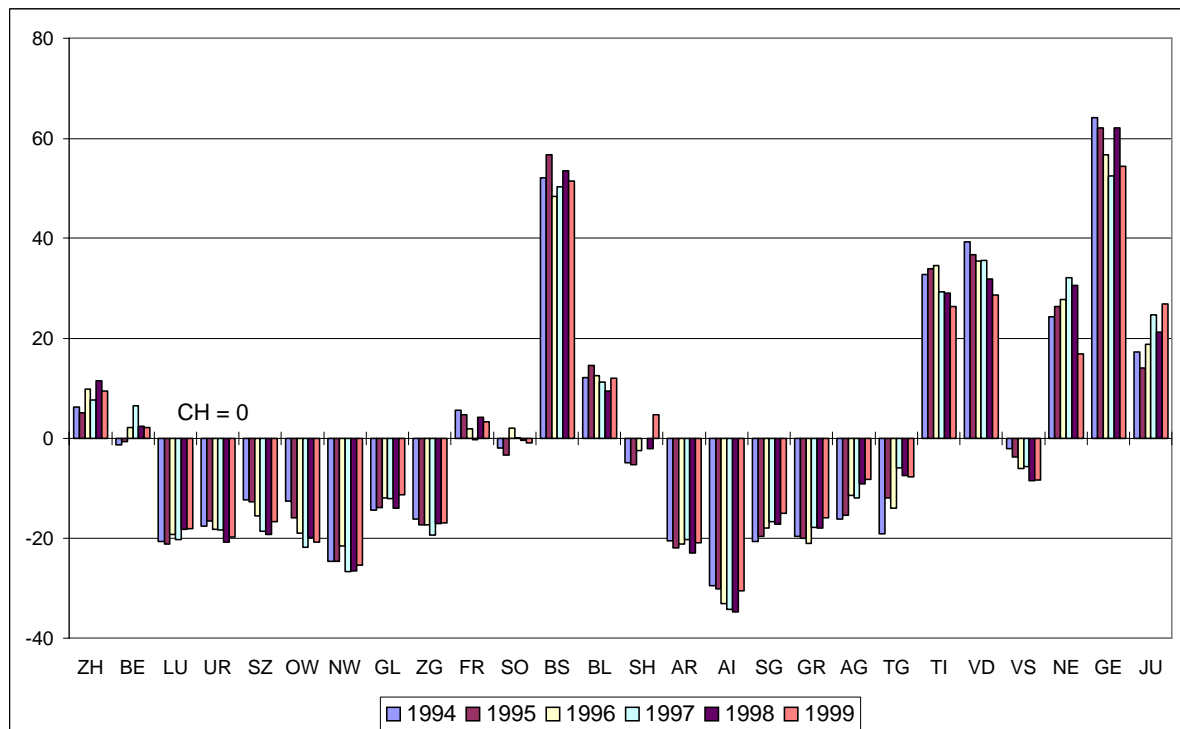


Figure 5: Coûts bruts par mois d'assurance, écart annuel en % par rapport à la moyenne nationale (CH = 0), de 1994 à 1999



Le Figure 5 illustre les coûts bruts indexés annuellement. Chaque année, la moyenne nationale est remise à zéro et les colonnes représentent donc l'écart de chaque canton par rapport à cette moyenne nationale, reflétant ainsi les différences de coûts entre les cantons. Comparées à celles que nous avons relevées au sujet des dépenses publiques, les différences sont moins marquées et ne varient que de manière relativement faible durant le laps de temps examiné. Ce sont encore une fois les cantons de Bâle-Ville et de Genève que l'on retrouve en tête de peloton lorsque l'on analyse les coûts de l'assurance-maladie. Les charges assumées par les assureurs-maladie sont également supérieures à la moyenne dans les cantons de Zurich, de Berne, de Fribourg, de Bâle-Campagne, du Tessin, de Vaud, de Neuchâtel et du Jura, alors que les petits cantons ruraux comme les deux Appenzell ou Nidwald affichent sans équivoque les pourcentages les plus faibles et restent à moins de 80 % de la moyenne suisse.

Les coûts de l'assurance obligatoire des soins, qui prend en charge les prestations médicales conformément aux articles 25 à 31 LAMal, sont également subdivisés en groupes de coûts (OFAS 2000a : 12 s.) :

- médecins (soins ambulatoires)
- hôpitaux (soins ambulatoires et traitements en milieu hospitalier)
- médicaments (délivrés par les médecins ou les pharmacies)
- soins (établissements médico-sociaux ou soins à domicile)
- autres prestations (physiothérapeutes, chiropraticiens, laboratoires, moyens et appareils, etc.)

Afin de nous assurer que les données analysées sont bien comparables, nous nous référons là encore aux structures des coûts cantonaux, représentées dans le Tableau 5. Comme les données cantonales de la statistique de l'assurance-maladie réalisée par l'OFAS ne sont pas classées par groupes de coûts, nous avons fondé nos calculs sur les coûts bruts par assuré en francs, que nous avons repris de la statistique des assurés du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS, aujourd'hui santésuisse)¹³, conscients du fait que cette grandeur diffère légèrement de la grandeur analysée. Le tableau représente en effet les parts moyennes des groupes de coûts mentionnés plus haut dans les coûts bruts pour la période 1996 à 1999. Ce qui nous importe ici, c'est moins l'exactitude absolue des pourcentages indiqués que les différences relevées entre les cantons au regard des proportions entre les différents groupes de coûts.

D'une manière générale, la structure des coûts est plus homogène qu'elle ne l'est pour les dépenses publiques. C'est au niveau de la structure des coûts bruts de l'assurance-maladie, pour ce qui est de la répartition des frais de médecin et d'hôpital, qu'apparaissent des différences significatives : dans les cantons de Zurich, de Bâle-Campagne et de Genève, la part des frais de médecin est relativement élevée, alors que dans ceux de Neuchâtel et du

¹³ Les données structurelles des statistiques des assurés de santésuisse pour les années 1996 à 1999 ont été mises à notre disposition par l'OFAS.

Jura, elle est comparativement faible ; la part des coûts hospitaliers, en revanche, est assez élevée dans les cantons d'Appenzell Rh.-Int., de Thurgovie et du Jura, mais étonnamment faible dans celui de Genève. Sur le plan des médicaments, la situation est assez équilibrée. Pour ce qui est des coûts des homes médicalisés et des soins à domicile, par contre, ils sont supérieurs à la moyenne dans les cantons de Zurich, de Berne, de Fribourg, de Soleure, de Schaffhouse, de Neuchâtel et du Jura, alors qu'ils représentent un pourcentage relativement faible dans les cantons de Bâle-Campagne, d'Appenzell Rh.-Int., des Grisons et du Valais. Quant à savoir si ces disparités ont une influence sur les différences de coûts entre les cantons, on répondra à cette question au moyen d'une analyse statistique au chapitre 4.

Tableau 5: Parts moyennes des groupes de coûts en % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, de 1996 à 1999

	Médecins	Hôpitaux	Médicaments	Homes médicalisés et soins à domicile	Autres prestations	Total*
ZH	30.1	35.8	16.9	9.2	8.1	100
BE	24.8	34.6	19.9	11.0	9.6	100
LU	24.8	36.6	20.5	8.2	9.9	100
UR	25.7	39.7	20.1	6.2	8.3	100
SZ	28.3	35.8	19.5	7.2	9.3	100
OW	24.4	39.4	18.0	7.8	10.5	100
NW	25.2	39.1	18.5	6.7	10.5	100
GL	25.9	37.6	20.2	7.5	8.8	100
ZG	27.9	36.7	18.1	6.5	10.9	100
FR	25.6	37.7	21.5	9.2	6.0	100
SO	25.5	36.4	19.7	9.2	9.2	100
BS	26.8	38.2	18.4	8.0	8.6	100
BL	30.5	35.7	18.2	5.6	10.1	100
SH	25.5	34.3	19.6	11.6	9.0	100
AR	26.0	40.2	18.5	7.0	8.3	100
AI	25.2	43.6	18.5	5.0	7.7	100
SG	27.5	37.0	20.0	7.0	8.5	100
GR	27.4	36.2	21.5	4.7	10.3	100
AG	25.8	35.5	21.1	8.3	9.4	100
TG	23.7	42.6	17.0	7.9	8.8	100
TI	25.3	37.4	20.7	6.3	10.3	100
VD	23.7	38.9	19.0	8.6	9.8	100
VS	24.5	37.4	22.9	5.5	9.7	100
NE	19.9	40.1	21.1	10.1	8.8	100
GE	35.6	25.0	18.8	8.2	12.3	100
JU	18.5	42.2	19.8	10.9	8.6	100
CH	25.9	37.5	19.5	7.8	9.3	100

Source : propres calculs fondés sur les statistiques des assurés du CAMS pour 1996 à 1999

* En raison d'erreurs d'arrondi, la somme des parts en pour cent n'est pas forcément égale à 100.

Le rapport entre le niveau et l'évolution des coûts bruts par mois d'assurance ressort de la Figure B (en annexe) et du Tableau 6, qui se fonde sur les valeurs moyennes de la période étudiée. L'image qui en résulte est relativement homogène : on ne constate aucun écart marquant et le rapport entre le niveau moyen des coûts et l'évolution moyenne a tendance à être négatif ($R = -0,252$). La tendance de base que l'on observe au niveau des coûts de l'assurance-maladie est à une certaine atténuation des différences entre les cantons, en ce sens que ceux dont le niveau de coûts est élevé accusent souvent une croissance modérée alors que les coûts tendent à augmenter plus fortement que la moyenne dans les cantons comparativement bon marché. Seuls trois cantons – Berne, le Jura et Zurich – ont enregistré un niveau et une évolution supérieurs à la moyenne.

Tableau 6: Classement des cantons selon le niveau moyen et l'évolution moyenne des coûts bruts par mois d'assurance, de 1994 à 1999

Moyenne 1994-1999	Coûts de l'assurance-maladie en légère hausse (< 5,22%)*	Coûts de l'assurance-maladie en forte hausse (> 6,38%)*
Coûts de l'assurance-maladie faibles (< 137,33)*	AI, AR, NW, OW, SZ, UR, VS, ZG	AG, GL, GR, LU, SG, SH, SO, TG
Coûts de l'assurance-maladie élevés (> 137,33)*	BL, BS, FR, GE, NE, TI, VD	BE, JU, ZH

* Moyennes 1994-1999 pour l'ensemble de la Suisse

2.3 Délimitation et points communs des deux types de coûts étudiés

L'objectif du présent paragraphe est de délimiter les deux variables dépendantes – les dépenses publiques de santé et les coûts de l'assurance-maladie – tout en faisant ressortir les points qu'elles ont en commun (financement, causes).

Comme l'ont montré nos développements relatifs à la composition des deux grandeurs précitées, le financement des coûts de la santé peut être défini et délimité d'une façon relativement claire. Alors que les pouvoirs publics octroient des contributions directes – garanties en cas de déficit, subventions, investissements et aide à l'investissement – à différents prestataires de services dans le domaine de la santé, notamment dans le secteur hospitalier (Frei 1998a : 6, cf. Tableau 3), les assureurs-maladie prennent en charge les coûts des prestations médicales au sens des articles 25 à 31 LAMal. Les assurés doivent toutefois remplir certaines conditions (art. 32 à 34 LAMal) et participer aux frais à raison de la franchise annuelle et d'une quote-part de 10 % (art. 64 LAMal).¹⁴

¹⁴ La grandeur utilisée dans la présente étude, à savoir les coûts bruts par mois d'assurance, comprend les coûts avant déduction de la participation des assurés et inclut donc les paiements des ménages, pour autant qu'ils aient été déclarés aux caisses.

Les deux grandeurs étudiées se rapportent donc à des réalités différentes et sont en grande partie complémentaires. Il y a néanmoins des recoupements, notamment au niveau des traitements dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En vertu de l'art. 49, al. 1, LAMal, l'assurance-maladie doit prendre en charge 50 % au plus des coûts imputables dans la division commune. Cette obligation de prise en charge se limite toutefois aux habitants du canton. Le degré de couverture des coûts varie cependant d'un canton à l'autre¹⁵, ce qui a donné lieu à certaines divergences dans le domaine des tarifs hospitaliers (Conseil fédéral 2000 : 8).

La plus grosse part des dépenses de santé est à mettre sur le compte du secteur hospitalier. Les traitements en milieu hospitalier (ou soins intra-muros) sont en effet responsables de la moitié des coûts environ (1998 : 46,8 %, OFS 2000a : 25). Durant la période couverte par notre étude (1994-1999), 68,4 % de toutes les dépenses publiques de santé ont été consacrées à ce secteur (cf. Tableau 3). Le secteur hospitalier vient aussi se tailler la part du lion dans les prestations de l'assurance-maladie.¹⁶ Non seulement il représente un point de contact où financements public et privé se rejoignent, mais il est aussi l'élément qui revêt la plus grande signification dans le contexte de l'analyse des différences de coûts entre les cantons. Alors que les sources des dépenses publiques et les coûts de l'assurance-maladie se distinguent et se démarquent normalement de manière relativement claire, non moins d'un quart environ des coûts de l'assurance-maladie sont déterminés dans une très large mesure par la politique hospitalière cantonale.

Les prestations de soins dans les établissements médico-sociaux (art. 50 LAMal) ou à domicile (art. 51 OAMal) sont un autre domaine dans lequel les pouvoirs publics et l'assurance-maladie se partagent le financement. Alors que l'assurance-maladie rembourse les soins prodigués à domicile ou en milieu hospitalier dans les limites prévues par la loi (pour 1996-1999, 8 % des coûts bruts au total, cf. Tableau 5), les cantons et les communes ne subventionnent pas les homes médicalisés et les organisations de soins ambulatoires dans une proportion identique (respectivement 8,6 % et 4 % pour la période 1994-1997, cf. Tableau 3).

Les grandeurs analysées se distinguent néanmoins sur un point important : l'influence qu'ont les décideurs sur leur évolution. Pour l'assurance-maladie, l'étendue des prestations est régie de manière uniforme pour l'ensemble de la Suisse par la LAMal et par ses ordonnances ; il n'est donc possible d'influer sur le volume de la prise en charge des coûts qu'à l'échelle nationale et pour l'ensemble des cantons. Les dépenses publiques des cantons et des communes, en revanche, relèvent largement de la compétence décisionnelle des autorités politiques, qui disposent d'une grande liberté dans leur aménagement. Les dépenses des pouvoirs publics peuvent donc être dirigées et contrôlées dans une mesure bien plus importante que les prestations de l'assurance-maladie. C'est sans doute là une première explication fondamentale de la dissymétrie des différences de coûts existant dans

¹⁵ En 1998, la part des assureurs – sans les investissements – variait entre 24,0 % à Genève et 63,3 % en Thurgovie, la moyenne suisse étant de 50,3 %; cf. Tableau C en annexe.

¹⁶ 27,7 % en moyenne entre 1996 et 1999 (calculs propres fondés sur les statistiques des assurés de santé suisse). Ce pourcentage inclut les contributions des assureurs-maladie aux cliniques et hôpitaux privés qui ne sont pas financés ou subventionnés par les pouvoirs publics lorsque ces contributions ne sont pas mentionnées séparément.

les deux domaines étudiés. Dans le secteur de l'assurance-maladie, les coûts dépendent presque directement du prix et de la quantité des biens et services de santé consommés, alors qu'au niveau des dépenses publiques, les autorités responsables peuvent, par le biais de décisions en matière de subventions, de renégociations des tarifs etc., exercer une certaine influence sur les quantités et sur le prix des biens et des services proposés, et ont ainsi le pouvoir d'infléchir les dépenses publiques en agissant sur la politique de l'offre.

2.4 Classement des cantons en fonction des données relatives aux coûts

Après avoir décrit les deux variables dépendantes, nous souhaitons maintenant savoir si le niveau et l'évolution des coûts des pouvoirs publics et de l'assurance-maladie évoluent parallèlement ou en sens contraire dans les différents cantons. Nous souhaitons donc, en d'autres termes, déterminer si, par exemple, des besoins financiers élevés chez les cantons et les communes entraînent une hausse des coûts devant être pris en charge par les assureurs ou si, au contraire, on observe un effet de bascule où la baisse de la charge financière d'un côté correspondrait à une hausse de l'autre.

Nous avons, à cet effet, opposé les deux catégories de coûts et comparé les cantons les uns aux autres. Dans un premier temps, nous considérons les frais moyens indexés (CH = 100) pour la période 1994 à 1999 (cf. Tableau 7 et Figure 6).

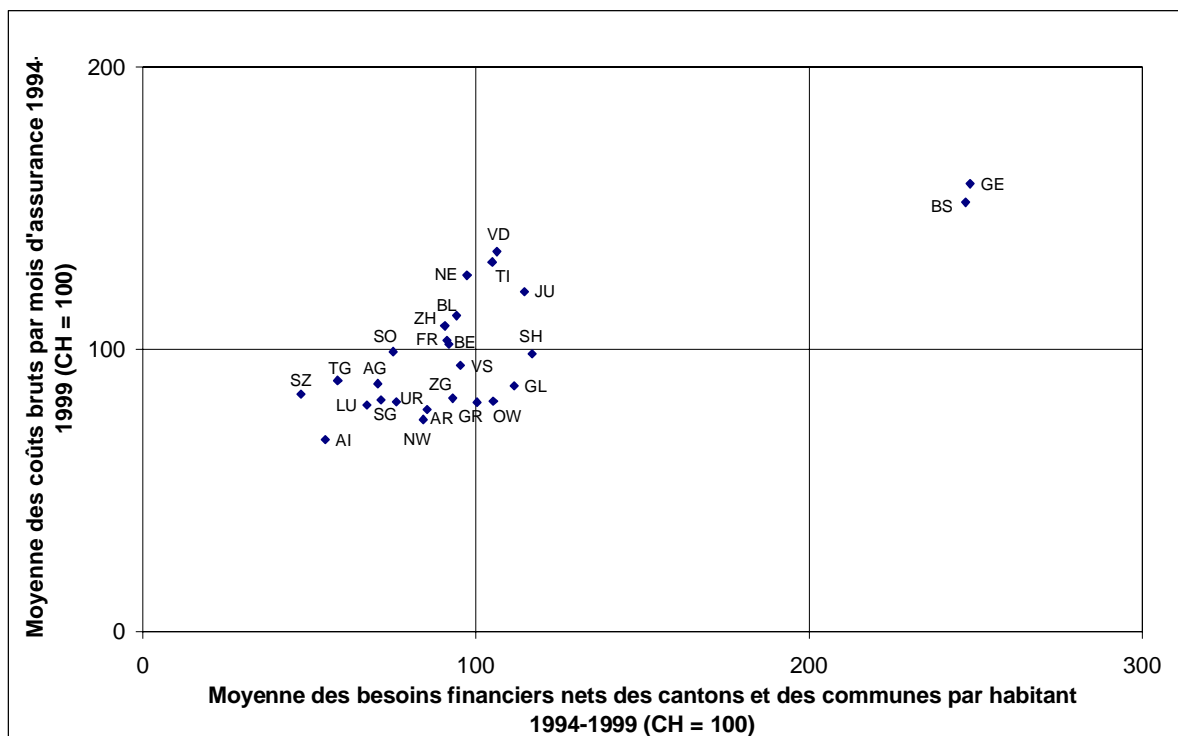
Tableau 7: Classement des cantons selon la hauteur moyenne de leurs coûts, 1994-1999

Frais moyens indexés (CH = 100) pour la période 1994-1999	Dépenses publiques faibles (< 100)	Dépenses publiques élevées (100–200)	Dépenses publiques très élevées (> 200)
Coûts d'assurance-maladie faibles (< 100)	AG, AI, AR, LU, NW, SG SO, SZ, TG, UR, VS, ZG	GL, GR, OW, SH	
Coûts d'assurance-maladie élevés (> 100)	BE, BL, FR, NE, ZH	JU, TI, VD	BS, GE

On constate un rapport positif très marqué entre les deux variables ($R = 0,777$ voire $0,536$ sans BS et GE). On note par ailleurs que la charge financière dans les deux cantons-villes de Bâle-Ville et de Genève est extrêmement élevée dans les deux secteurs. La dimension ville-campagne semble donc avoir une influence considérable sur les coûts. Dans près de la moitié des cantons, les coûts, – ou les dépenses – sont en revanche inférieurs à la moyenne dans les deux secteurs. Parmi les cantons qui s'écartent de la tendance de base (coûts supérieurs à la moyenne dans l'assurance-maladie correspondant à des dépenses publiques supérieures à la moyenne) ceux où des coûts d'assurance-maladie élevés coïncident avec un bas niveau des dépenses publiques et ceux où c'est l'inverse sont à peu près en nombre égal.

Outre l'écart marqué entre la ville et la campagne, on relève aussi que tous les cantons romands sauf le Valais ont un niveau de coûts supérieur à la moyenne dans au moins un des deux secteurs considérés, le plus souvent celui de l'assurance-maladie. A l'inverse, les coûts de la santé dans les cantons ruraux de Suisse alémanique sont généralement inférieurs à la moyenne. On note donc des différences très nettes entre les régions nationales. L'OFAS (2000a : 19 s.) avait déjà relevé l'importance des dimensions régionale et culturelle sur le niveau des primes des caisses-maladie. Nous avons donc, tout au long de cette étude, accordé une attention particulière à ce facteur (cf. paragraphe 4.3).

Figure 6: Confrontation entre les coûts bruts par mois d'assurance et les besoins financiers nets des cantons et des communes par habitant, 1994-1999



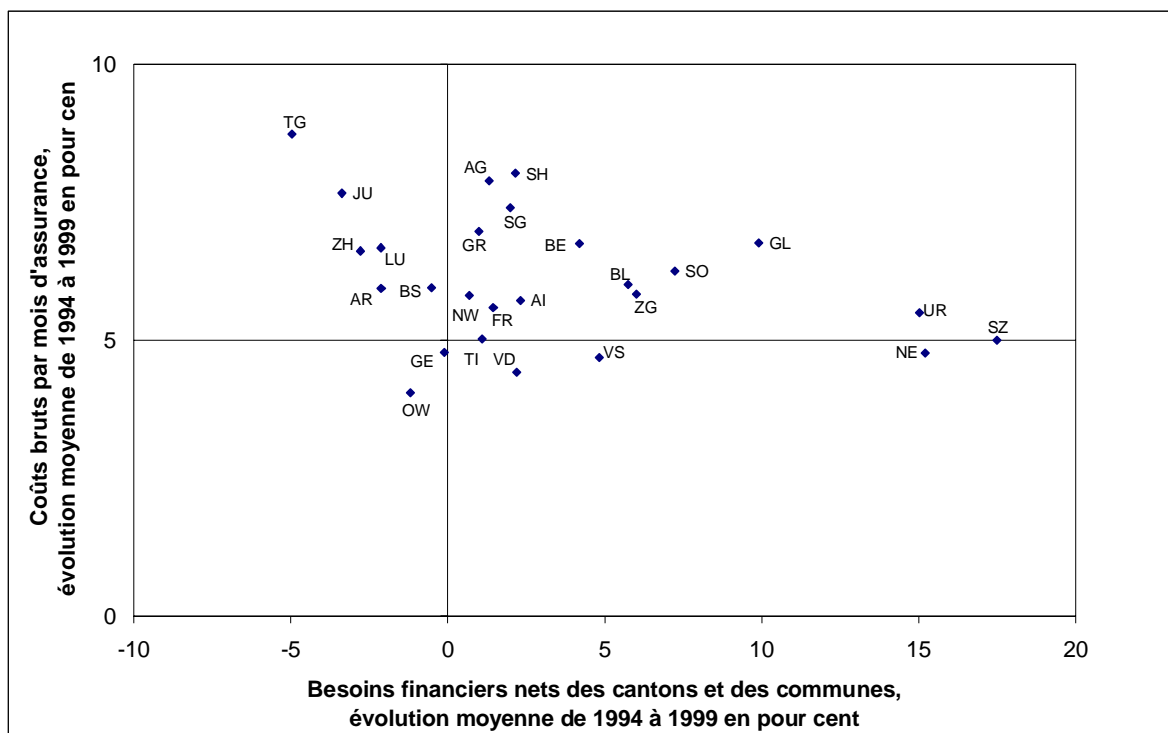
Si l'on confronte l'évolution moyenne des coûts de l'assurance-maladie à celle des dépenses des pouvoirs publics (cf. Figure 7), l'image qui en résulte est bien plus hétérogène que celle ci-dessus. On relèvera tout d'abord qu'il n'y a pas un seul canton dans lequel les coûts de l'assurance-maladie aient diminué au cours de la période considérée, alors que l'on dénombre tout de même huit cantons, dont les deux cantons-villes ayant un niveau des coûts et des dépenses extraordinairement élevé, qui sont parvenus à réduire leurs besoins financiers nets. Dans tous les cantons, on observe un rapport indirect entre l'évolution des deux grandeurs ($R = -0,359$), ce qui peut être interprété comme l'expression d'un transfert de coûts des pouvoirs publics vers l'assurance-maladie. Cette tendance à la redistribution relevée dans le financement du secteur de la santé persiste depuis 1960 (OFS 2000a : 9 et 49) : tandis que l'Etat réduit de plus en plus de son rôle d'agent payeur (1960 : 22,9 %, 1998 : 14,8 %), la prise en charge de prestations par les assurances sociales ne cesse d'augmenter (1960 : 27,9 %, 1997 : 58,3 %).

Tableau 8: Classement des cantons en fonction de l'évolution moyenne des coûts entre 1994 et 1999

Evolution moyenne 1994-1999	Dépenses publiques en baisse	Dépenses publiques en légère hausse (< 3,18%)*	Dépenses publiques en forte hausse (> 3,18%)*
Coûts de l'assurance-maladie en légère hausse (< 6,38%)*	AR, BS, GE, OW	AI, FR, NW, TI, VD	BL, NE, SZ UR, VS, ZG
Coûts de l'assurance-maladie en forte hausse (> 6,38%)*	JU, LU, TG, ZH	AG, GR, SG, SH	BE, GL, SO

- Evolution moyenne pour l'ensemble de la Suisse 1994-1999

Figure 7: Confrontation entre l'évolution des coûts bruts par mois d'assurance et celle des besoins financiers nets des cantons et des communes par habitant, 1994-1999



3 MODÈLE EXPLICATIF ET HYPOTHÈSES

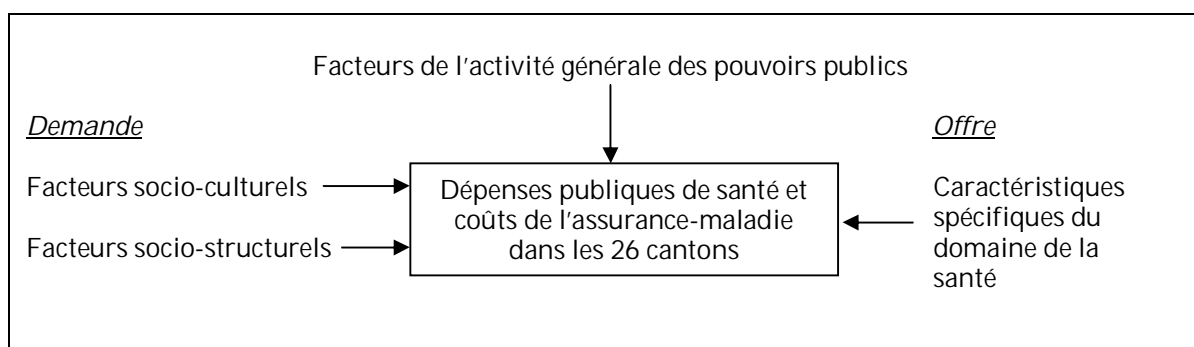
Ce chapitre présente le modèle de base de la présente étude et expose son contexte théorique. Partant de différentes possibilités d'explication des coûts de santé dans les cantons, plusieurs hypothèses de travail y sont formulées, qui seront testées empiriquement dans le chapitre suivant. Ces hypothèses peuvent s'intégrer dans un modèle général qui présente les grandes structures du domaine de la santé, ses principaux acteurs, ses processus essentiels, et contribue ainsi à une meilleure compréhension des facteurs pouvant expliquer les différences de coûts entre les cantons.

3.1 Possibilités d'explication des dépenses de santé

3.1.1 Modèle de départ

Les coûts de santé résultent de l'organisation du système de santé, de l'offre de prestations, des activités déployées et des systèmes de financement et d'incitation (Frei 1998b : 1). Plusieurs facteurs peuvent donc être à l'origine des différences de coûts entre les cantons. Il y a d'une part l'organisation du secteur de la santé au niveau cantonal, les différences de densité des fournisseurs de prestations, les caractéristiques particulières des politiques cantonales de financement des hôpitaux et de tarification hospitalière, mais aussi des différences de comportement d'ordre culturel. Il existe d'autre part des différences institutionnelles, socio-structurelles et socio-économiques marquées entre les régions et les cantons. Dans l'optique d'une étude comparative systématique, l'analyse statistique des 26 cantons se fonde d'abord sur le modèle de base suivant :

Figure 8 : Possibilités d'explication des coûts de la santé



En s'appuyant sur des considérations théoriques et pratiques, il est permis d'avancer que les différences observées entre les cantons en matière de coûts de la santé résultent principalement de quatre groupes de facteurs. On part ici de la prémisse que les coûts se composent toujours du volume et du prix, qui sont définis par la loi de l'offre et de la

demande, mais qu'influencent aussi les conditions-cadre politiques et les mesures déployées par les pouvoirs publics. Le secteur de la santé ne se conforme pas à un modèle du marché puisque les prix n'y sont pas librement fixés (les tarifs des biens et des services du domaine de la santé sont l'objet de négociations entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie) et que les pouvoirs publics interviennent dans de nombreux domaines (p. ex : planification de l'offre de prestations hospitalières, réglementation de la distribution de médicaments, approbation des conventions tarifaires).

Les différences déjà relevées concernant la structure de l'offre dans les cantons (voir paragraphes 2.1 et 2.2) sont reprises dans l'analyse et vérifiées à la lumière des caractéristiques spécifiques du domaine de la santé. Pour ce qui est de la demande, l'exercice consiste à dégager des différences de comportement fondées sur des facteurs socio-culturels. De telles différences ont été observées dans le cadre de l'enquête sur la santé de 1997, notamment en ce qui concerne les aspects de promotion de la santé (attention à la nourriture, activités physiques) et la consommation de médicaments (OFS 2000c : 99 et 39). La mesure dans laquelle ces différences ont une incidence sur la sollicitation de prestations de santé n'est toutefois pas établie. Des différences régionales dans la fréquence de certaines opérations médicales ont été relevées par Domenighetti et al. (1996). Les indicateurs socio-structurels fournissent quant à eux des informations sur les conditions de base présidant à la création de la demande de biens et de prestations dans le domaine de la santé. Enfin, les facteurs relatifs à l'activité des pouvoirs publics expriment les différences existant entre les dispositions des cantons en matière de santé publique.

3.1.2 Théories relatives aux causes macro-sociales et macro-politiques des différences de coûts dans le domaine de la santé

L'approche retenue dans la présente étude ne considère pas seulement l'*origine* des dépenses de santé sous l'angle de l'offre et de la demande, mais prend également en considération leurs *causes* macro-sociales et macro-politiques (voir Schmidt 1999 : 231). Cette manière de procéder permet d'attribuer les différences de coûts non pas exclusivement à la diversité des structures d'offre ou aux mesures prises par les cantons dans le domaine de la santé publique, mais aussi à des considérations sociales et politiques plus profondes qui sont en fait à l'origine de l'élaboration, par les cantons, de systèmes de santé et de politiques de financement différents. Selon les conclusions de Schmidt (1999) et de Vatter (2002), les facteurs explicatifs des dépenses de santé correspondent dans une large mesure à ceux des dépenses publiques générales. C'est pour cette raison que la présente étude s'intéresse également à l'activité générale des pouvoirs publics au niveau des cantons, aux conditions-cadre qui la régissent et à ses facteurs déterminants.

Le système profondément fédéraliste de la Suisse, la décentralisation qui en résulte et la grande autonomie des cantons en matière de politique de santé invitent à chercher l'explication des différences de coûts dans le domaine de la santé en passant par une analyse comparative de l'activité des pouvoirs publics des cantons. L'activité de l'Etat est généralement expliquée à la lumière de quatre théories (voir Schmidt 1993; Freitag et Vatter 2000) qui donnent des indications importantes sur l'influence exercée par les

conditions politiques et qui se prêtent parfaitement à une comparaison entre les cantons. Il s'agit en l'occurrence de l'évolution socio-économique, de la force d'influence de groupes d'intérêts organisés, d'une approche sociologique axée sur les classes sociales et les partis politiques et de la théorie relative aux institutions politiques (voir également Schmidt 1999 : 233). Ces quatre théories ne sont pas en concurrence, mais sont censées se compléter (Schmidt 1999 : 242); le fait est toutefois qu'elles présentent un certain nombre de points communs et que, d'un point de vue analytique, elles ne peuvent pas toujours être clairement différenciées (Schmidt 1999 : 242). Voyons brièvement ce que disent ces théories.

Le principe de la *détermination socio-économique* considère les politiques des pouvoirs publics comme autant de réactions aux problèmes structurels engendrés par l'évolution sociale et économique (Freitag et Vatter 2000 : 588). Cette théorie se fonde sur l'hypothèse selon laquelle l'évolution socio-économique s'accompagne d'une différenciation sociale toujours plus marquée, d'une richesse économique croissante et d'une modernisation sociale et politique (Schmidt 1993 : 372). Par conséquent, des dépenses de santé élevées sont l'expression d'un degré de développement socio-économique avancé et des conséquences sociales qui en résultent (voir Schmidt 1999 : 234). Vues sous cet angle, les différences en matière de dépenses de santé sont dues à une évolution différente de la capacité économique des cantons.

La thèse de la *force d'influence de groupes d'intérêts organisés* postule que l'activité des pouvoirs publics est déterminée par les intérêts que défendent les organisations sociales, par l'aptitude de ces dernières à s'organiser et à faire valoir leurs prétentions et par les rapports de force existant entre ces organisations et les stratégies que déploie l'élite politique (Freitag et Vatter 2000 : 587). Selon le théorème des « coalitions de partage » (Olson 1991), plus un Etat démocratique existe depuis longtemps, plus nombreux sont les groupes d'intérêts particuliers et plus forte est l'influence exercée par ces groupes en vue de s'arroger la plus grande part possible de la richesse économique. Le nombre plus ou moins élevé de ces organisations – qui ont un intérêt certain à ce que le système de santé soit bien développé et qui en escomptent des revenus importants – et leur force de pénétration constituent donc des facteurs pouvant expliquer les différences de dépenses de santé entre les cantons.

L'approche *sociologique* axée sur *les classes sociales et les partis politiques* attribue les différences d'action des pouvoirs publics à la manière dont le pouvoir politique se répartit entre les partis bourgeois et ceux de la gauche. Schmidt (1999) estime que l'influence des partis est moins marquée dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines de la politique sociale étant donné que la santé constitue un enjeu majeur pour tous les groupes sociaux. Selon lui, les différences d'ordre idéologique se font surtout sentir de manière indirecte et portent essentiellement sur la question fondamentale de savoir si le domaine de la santé doit être régi par l'Etat ou par les lois du marché, deux options qui ont fatalement des conséquences différentes sur le développement de l'offre de prestations (Schmidt 1999 : 236).

La théorie relative aux *institutions politiques* prend en considération l'influence exercée par les institutions politiques sur l'activité de l'Etat et plus particulièrement les modèles établis

de solution des conflits (Freitag et Vatter 2000 : 583). Une différence s'impose d'emblée entre les procédures centrées sur l'Etat et celles qui comptent sur les lois du marché (Schmidt 1999 : 235) mais aussi, au niveau de ces deux conceptions de base, entre les différentes formes de prise de décisions, par exemple entre, d'un côté, des gouvernements de concordance privilégiant la stabilité et une répartition équitable et, de l'autre, des systèmes de concurrence visant plutôt la satisfaction d'intérêts particuliers à court terme (Freitag et Vatter 2000 : 583 s.). Les moyens d'action à la disposition des groupes concernés par les mesures politiques, autrement dit le système de votation, et la manière dont sont conçus les instruments de la démocratie directe, jouent aussi un rôle important dans cette approche.

Si l'on cherche à expliquer les différences des coûts de santé entre les cantons en se fondant sur l'activité de l'Etat, il convient de faire une distinction entre les dépenses des pouvoirs publics et les coûts de l'assurance-maladie (voir également paragraphe 2.3). Les premières consistent essentiellement dans les dépenses effectuées par l'Etat pour financer tout ou partie des institutions de santé publique. A ce titre, elles sont l'expression directe de l'activité de l'Etat en matière de santé. Les seconds, par contre, couvrent principalement les coûts assurés, qui résultent de la sollicitation de prestations médicales. Par le fait de la LAMal, les conditions régissant la prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins relèvent du droit fédéral et valent pour l'ensemble de la Suisse. Les coûts d'assurance dans un canton sont déterminés d'une part par la densité de l'offre de prestations et par le niveau cantonal des prix, d'autre part par le niveau de la demande individuelle de prestations de santé. Ainsi, les coûts de l'assurance-maladie sont davantage fonction du comportement individuel des assurés que ne le sont les dépenses publiques qui, elles, peuvent être influencées par des décisions politiques. Toutefois, étant donné qu'un quart environ des coûts de l'assurance-maladie concerne le secteur hospitalier, généralement régi par l'Etat, le degré d'action des pouvoirs publics est aussi perceptible dans ce domaine d'assurance qui, pour le reste, est davantage marqué par le comportement d'acteurs privés et par les lois de l'économie de marché.

3.2 Hypothèses, opérationnalisation et indicateurs

Nous nous proposons maintenant d'explicitier plus en détail les considérations théoriques qui précèdent et de les appliquer concrètement au secteur de la santé. En nous référant à plusieurs études empiriques et plus particulièrement aux résultats de l'Enquête suisse sur la santé (OFS 2000b), nous élaborerons différentes hypothèses et, si nécessaire, nous expliquerons brièvement comment les notions qui y interviennent sont opérationnalisées (c'est-à-dire définies plus précisément de manière à pouvoir être mesurées). La structure adoptée s'inspire du modèle de base présenté dans la Figure 8 et traite le sujet d'abord sous l'angle de la demande (hypothèses socio-structurelles et culturelles), ensuite sous l'angle de l'offre (conception du système de santé au niveau cantonal), enfin sous celui de l'activité générale déployée par les pouvoirs publics (hypothèses relatives aux institutions politiques et aux partis politiques).

3.2.1 Caractéristiques de la demande

La demande ou sollicitation de prestations de santé dans un canton est fonction de l'état de santé de la population, de son comportement en matière de santé et de ses possibilités d'accéder à des soins médicaux, ce dernier élément étant principalement déterminé par des facteurs économiques. Les différences de coûts entre les cantons s'expliquent donc d'une part par des facteurs tels que l'environnement ou la situation de logement ou de travail, qui peuvent présenter des risques différents en matière de santé. D'autre part, on peut supposer que des différences de comportement à l'égard de la santé s'expriment au niveau de la sollicitation de prestations médicales ou de seuils variables de sollicitation. On pensera notamment ici aux différences de mentalités dans la demande de prestations ou au degré d'ancrage d'une « culture des prestations ». Il ne faut pas négliger non plus les conditions sociales et économiques des demandeurs, qui jouent sur la possibilité même de solliciter des prestations de santé.

Considérés sous l'angle de la demande, les coûts résultent de la consommation de biens et de prestations. Dans cette optique, les différences de coûts s'expliquent essentiellement par une sollicitation variable des prestations : une demande élevée entraîne des coûts élevés. De fait, l'augmentation générale des coûts de la santé est souvent imputée à l'augmentation du volume des prestations et à un meilleur accès aux soins (OFS 2000a : 6). Alors que l'Enquête sur la santé de 1997 ne relevait que peu de différences régionales en termes de recours aux prestations médicales (OFS 2000b : 101), les variations pouvaient être considérables en ce qui concerne le taux d'hospitalisation (OFS 2000c). Étant donné que les traitements en milieu hospitalier forment la plus grande partie des coûts de santé (voir paragraphe 0), il est vraisemblable que des changements dans la structure de la demande entraîneraient d'importantes conséquences dans ce domaine. Cette considération nous amène à formuler une première hypothèse :

H 1.1 : Plus le taux d'hospitalisation est élevé dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Le taux d'hospitalisation désigne le nombre d'hospitalisations (plus d'une journée, ensemble des hôpitaux) pour 1000 habitants d'un canton. Les données sont extraites de la statistique des hôpitaux 1998 de l'OFS.

Le volume de la demande résulte notamment de l'état de santé de la population résidente d'un canton. Plus l'état de santé d'une population est précaire, plus la sollicitation de prestations est fréquente et intense. La demande individuelle croît en particulier lorsque la population avance en âge, les personnes âgées étant davantage sujettes à des maladies (Schmidt 1999 : 236; OFS 2000b : 11 et 47) et ayant davantage besoin de soins : ce qui se traduit fatalement par une augmentation des coûts de santé. Cette observation permet de formuler une deuxième hypothèse :

H 1.2 : Plus un canton compte d'habitants âgés de plus de 65 ans, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

On observe que les risques de santé augmentent non seulement avec l'âge, mais qu'ils sont, de manière générale, plus élevés dans les régions urbaines que dans les régions rurales. Les nuisances sonores, les atteintes à l'environnement, etc. induisent des problèmes de santé (OFS 2000b : 59 s.) qui peuvent être à l'origine d'une plus forte demande de prestations de santé. Une consommation accrue de services entraîne des coûts plus élevés, ce qui peut expliquer pourquoi les coûts de santé prennent plus d'ampleur dans les zones urbaines que dans les régions rurales. D'autres facteurs importants peuvent également y concourir. Par exemple, l'offre de prestations est plus fournie dans les zones urbaines que dans les régions rurales et cette offre est en outre plus proche et plus facile d'accès. La forte densité de l'offre induit une sollicitation accrue de prestations du fait même de son existence. La propension à consommer des prestations résulte vraisemblablement aussi d'une culture de prestations plus largement répandue dans les régions urbaines, qui entraîne à son tour une tendance à consommer davantage de prestations de soins. Tous ces éléments peuvent être réunis dans une autre hypothèse :

H 1.3 : Plus le degré d'urbanisation d'un canton est élevé, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Le degré d'urbanisation d'un canton se mesure sur la base du nombre d'habitants résidant dans des zones urbaines (Bassand 1988). Dans le cadre de notre étude, il sert simultanément à exprimer la dimension ville-campagne.

Le rapport étroit entre environnement et santé nous conduit directement aux risques professionnels en matière de santé. Le monde du travail est à l'origine de nombreuses maladies et atteintes à la santé. Les risques dépendent dans une large mesure du genre de travail exercé et peuvent se répartir entre deux catégories principales : les nuisances physiques directes (liées aux conditions d'hygiène) et les nuisances indirectes subies dans le domaine des services (OFS 2000b : 61). Etant donné que les différences de structure du marché du travail et, partant, les risques professionnels pour la santé recouvrent en grande partie le degré d'urbanisation (le secteur des services domine dans les zones urbaines alors que l'industrie et l'agriculture sont principalement implantées dans les zones rurales), il devient superflu de prendre en compte les structures cantonales du marché du travail.¹⁷

En revanche, on constate qu'il existe un lien entre la peur de perdre son emploi et les problèmes de santé (OFS 2000b : 63 s.). Le chômage et les problèmes sociaux qui s'ensuivent ont une influence négative sur l'état de santé des personnes concernées et ont pour effet d'augmenter la demande de prestations de santé. C'est pourquoi nous pouvons formuler l'hypothèse suivante :

H 1.4 : Plus le nombre de chômeurs est élevé dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

¹⁷ Les coefficients de corrélation entre le degré d'urbanisation et le nombre de personnes travaillant dans les secteurs primaire et tertiaire d'un canton se chiffrent à $-0,834$ (secteur primaire) et $0,698$ (secteur tertiaire).

Les inégalités sociales et la santé sont, de manière générale, étroitement liées. L'Enquête sur la santé de 1997 a mis en évidence¹⁸ de nettes différences d'état de santé et de comportement en rapport avec la santé liées au statut social, les problèmes de santé touchant principalement les couches défavorisées de la population (OFS 2000b : 67). Atténuer et compenser l'inégalité des risques, autrement dit promouvoir une plus grande solidarité et garantir à toutes les couches de la population une égalité d'accès aux soins médicaux, indépendamment du revenu et du risque d'atteinte à la santé, a été le principal moteur de la révision de la LAMA (Conseil fédéral 1991 : 32), dont est issue la LAMal. Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé laissent toutefois apparaître une inégalité en la matière, puisque les couches défavorisées, pourtant plus touchées par des problèmes de santé, ne consomment pas plus de prestations médicales que les couches plus aisées (OFS 2000b : 70), ce qui amène à conclure qu'il n'y a pas de lien direct entre les problèmes de santé et la demande de prestations médicales. Selon toute vraisemblance, les biens et services de santé sont principalement sollicités par les personnes qui en ont les moyens tandis que les personnes de condition socio-économique modeste ne peuvent se le permettre que dans une moindre mesure.

Ce constat au niveau individuel est transposable au niveau général de l'activité des pouvoirs publics. Le degré d'activité des pouvoirs publics peut être considéré comme étant la résultante du niveau de développement socio-économique (voir Vatter 2002 : 358) : une forte capacité économique permet un niveau élevé de prestations publiques. Du fait qu'il existe davantage de moyens à consacrer tant au développement de l'offre de soins qu'à la consommation de prestations, on peut penser que cela se traduit par une hausse des coûts de santé (voir Schmidt 1999 : 234). Pour cette raison, les coûts de santé seront vraisemblablement relativement élevés dans les régions présentant un niveau socio-économique très développé :

H 1.5 : Plus le revenu cantonal est élevé, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Le revenu cantonal reflète la capacité économique d'un canton. Cette hypothèse est opérationnalisée au moyen du revenu cantonal par habitant.

Le recours aux prestations médicales n'est pas uniquement déterminé par les capacités économiques des demandeurs, mais aussi par leur propension à solliciter des prestations de soins. Des facteurs culturels tels que l'attitude face à sa propre santé, la promptitude à faire valoir des prétentions à l'égard d'institutions de santé et de l'Etat en général ou la tendance à chercher à se soigner soi-même plutôt que de consulter d'emblée un médecin en cas de maladie jouent aussi un rôle. Ainsi, par exemple, les relations sociales et le soutien que ce réseau procure comptent parmi les principaux facteurs de préservation de la santé (OFS 2000b : 26). Des réseaux sociaux fonctionnant bien sont non seulement importants pour le bien-être général; ils sont aussi à l'origine de systèmes d'entraide informelle (ibid. 54 s.) et offrent ainsi une solution plus économique que les prestations médicales. Ces

¹⁸ Ces différences sont apparues tant en ce qui concerne la formation que la profession et le revenu.

considérations nous amènent à formuler la première hypothèse de caractère socio-structurel.

H 1.6 : Les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont moins élevés dans les cantons où les habitants disposent de réseaux sociaux bien développés.

L'importance des réseaux sociaux se mesure d'après l'indice du capital social des cantons (au sens de Freitag 2000), qui résulte d'une combinaison de cinq variables : la fréquence des contacts à l'extérieur du domicile, les contacts avec des voisins, la participation à des manifestations, la visite de parents et d'amis et le nombre d'amis intimes à l'extérieur du domicile.

Freitag (2000 : 190 s.) associe le capital social à une zone-tampon entre la responsabilité individuelle et la propension à faire valoir des prétentions à l'égard de l'Etat et de ses institutions sociales. Il avance l'argument selon lequel les individus tissent un réseau social élaboré là où la responsabilité de l'Etat ne fait pas partie des valeurs politiques fondamentales. Des variations dans la manière de concevoir la politique sociale existent principalement au niveau des différentes régions du pays. A l'issue de la plupart des consultations populaires portant sur des sujets de politique sociale, on constate en effet que la Suisse alémanique privilégie le concept d'Etat libéral et subsidiaire régi par les principes de la responsabilité individuelle et de la causalité, alors que les cantons latins tendent davantage à compter sur les prestations fournies par l'Etat, le domaine de la santé en faisant également partie (voir aussi Freitag 2000 : 191). Selon l'Enquête suisse sur la santé de 1997, des différences régionales peuvent aussi être relevées en rapport avec le comportement en matière de santé. Par exemple, la consommation de tabac, de drogues illégales et de médicaments est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse centrale et, simultanément, les habitants de la Suisse orientale et de la Suisse centrale sont plus actifs physiquement et se soucient davantage de leur alimentation que les Romands (OFS 2000b : 97 s). Les différences dans le comportement en matière de santé et la propension à solliciter des prestations amènent à dire que les coûts de santé sont plus élevés en Suisse romande que dans le reste du pays.

H 1.7 : Moins un canton compte d'habitants germanophones, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

3.2.2 Caractéristiques de l'offre

Comme l'a montré l'analyse des coûts considérés en tant que variables dépendantes, il peut arriver que la composition même de ceux-ci présente des différences considérables (voir Tableau 3 et Tableau 5). Les variations sont dues aux différences des structures de soins dans les divers domaines de la santé (voir OFS 1993 : 36 ss.). Par exemple, cinq cantons (Bâle-Ville, Berne, Genève, Vaud et Zurich) sont dotés d'un hôpital universitaire et proposent de ce fait des soins hautement spécialisés, alors que les cantons plus petits de Suisse centrale et de Suisse orientale ne possèdent qu'un seul établissement de soins aigus. Les mêmes différences s'observent en ce qui concerne les cliniques spécialisées, dont le nombre et les possibilités de soins varient considérablement : 19 cantons sur 26 ont une clinique psychiatrique et 17 cantons possèdent une clinique de réadaptation (statistique des

hôpitaux de l'OFS 1998¹⁹). On voit ici l'importance que revêt la collaboration intercantonale. Dans certaines régions, les soins hospitaliers sont organisés en collaboration avec les services de santé des cantons voisins. Bâle-Ville et Bâle-Campagne ainsi que les cantons d'Uri, d'Obwald et de Nidwald élaborent même une planification hospitalière commune (Rothenbühler 1999 : 16 ss.). Le rôle central des hôpitaux de pointe met en évidence un autre aspect des structures de l'offre et de leurs différences au plan cantonal : ces établissements drainent des patients venant d'autres cantons et soulignent le caractère intercantonal de l'offre de soins.

Des différences en rapport avec la densité de l'offre de soins s'observent également dans le secteur ambulatoire. La densité des médecins et des médecins-dentistes est particulièrement élevée dans les zones urbaines et tombe au plus bas dans les régions rurales (OFS 1993 : 39; pour la densité des médecins, voir annexe, tableau D9). Étant donné que l'offre stimule, du moins en partie, la demande, il faut compter avec un effet en conséquence sur les coûts de santé. Greppi et al. (2000 : 56) constatent qu'il existe un rapport très étroit entre la densité de spécialistes et le niveau des primes d'assurance dans les cantons. L'hypothèse suivante, qui comprend plusieurs indicateurs, permettra de voir quel effet les structures de soins, différentes selon les cantons, exercent sur les coûts de santé.

H 2.1 : Plus l'offre de prestations (ambulatoires et en milieu hospitalier) d'un canton est développée, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Le volume des soins du secteur ambulatoire est mesuré d'après la densité de médecins (nombre de médecins par 100 000 habitants dans un canton). Cette donnée, établie tous les ans par l'OFS et l'OFAS, est complétée au moyen d'un facteur de spécialisation formé par la part que représentent les spécialistes au total des médecins en exercice. Pour ce qui est du volume des soins en milieu hospitalier, donnée bien plus complexe, on se réfère, en l'absence d'un indicateur plus adéquat, d'une part à l'évaluation à trois niveaux proposée par Biersack (2000 : 10), d'autre part à la densité des lits (nombre de lits d'hôpitaux par 100 000 habitants d'un canton). Un problème de méthode se pose toutefois : l'OFS ne publie plus la densité des lits depuis la réorganisation de la statistique des hôpitaux et il n'existe donc plus de données fiables pour les années 1997 à 1999. L'analyse prend donc uniquement en considération les données des années 1994 à 1996. Elle considère par ailleurs la densité de lits dans le domaine psychiatrique (nombre de lits par 100 000 habitants), donnée pouvant être établie sur la base de la statistique des hôpitaux de 1998, et la densité de l'offre des établissements médico-sociaux (nombre de lits destinés aux personnes âgées, dépendantes, handicapées ou souffrant de dépendances, par 1000 habitants). La densité de lits des EMS est restée stable au fil des ans et a été calculée pour la première fois par l'OFS en 1998, aucune donnée n'étant toutefois disponible pour le canton de Saint-Gall (OFS 2000c). Un indicateur exprimant la part des cliniques spécialisées au total des hôpitaux d'un canton et établi sur la base de la statistique des hôpitaux de l'OFS de 1998 fournit des informations supplémentaires sur la structure hospitalière.

¹⁹ Un certain nombre d'éléments de la statistique des hôpitaux peuvent être consultés sur le site Internet de l'OFS (www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/statsant/fffr1409.htm).

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que l'offre de biens et de prestations dépendait également de la situation socio-économique d'un canton. Une capacité économique élevée permet une offre de soins très étendue et de haut niveau. Fonction de l'offre, cet aspect est déjà considéré dans le cadre de l'hypothèse 1.5 (caractéristiques de la demande), opérationnalisée au moyen du revenu cantonal par habitant. Ce dernier élément exprime également la capacité financière d'un canton.

La statistique administrative de H+ Les Hôpitaux de Suisse indique qu'un nombre croissant de lits d'hôpitaux a pour effet d'augmenter les charges d'exploitation par journée d'hospitalisation facturée ou par cas (H+ 1997 : tableaux 1.03.6 et 1.04.6). Ceci s'explique principalement par le fait que les grands hôpitaux proposent des prestations plus spécialisées, qui permettent de prendre en charge des cas plus complexes et plus onéreux. Par ailleurs, plus la taille d'un hôpital augmente, plus l'effectif en personnel par lit croît (tableau 0.02.6). Etant donné que les frais de personnel forment la plus grande part des coûts d'exploitation (1996 : 70,4 %, tableau 1.02.6), les coûts des grands hôpitaux (calculés d'après le nombre de lits) sont par conséquent sensiblement plus élevés que ceux des petits hôpitaux. Ceci nous amène à l'hypothèse suivante :

H 2.2 : Plus la taille des hôpitaux d'un canton est grande, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

La taille moyenne des établissements hospitaliers (nombre de lits par hôpital) peut être calculée au moyen du nombre d'hôpitaux existant dans un canton et du nombre de lits disponibles. Ces données figurent dans la statistique des hôpitaux de 1998, qui répertorie uniquement les hôpitaux ayant répondu au recensement (95 %).

Les soins médicaux ne couvrent pas exclusivement les secteurs hospitalier et ambulatoire. Ils englobent également d'autres fournisseurs de prestations, dont les pharmacies qui, en tant que lieu de vente de médicaments, participent pour une large part au marché de la santé et délivrent environ 62 % de l'ensemble des médicaments consommés en Suisse (European Observatory 2000 : 63). Entre 1996 et 1999, les médicaments dispensés par les médecins et les pharmacies représentaient 20 % des coûts des caisses-maladie (voir Tableau 5). La remise des médicaments est régie différemment d'un canton à l'autre (Frei 1998b : 5, OFS 1993 : 39) : quelques cantons interdisent aux médecins pratiquer la propharmacie, autrement dit de délivrer eux-mêmes des médicaments aux patients, d'autres les y autorisent sans restriction aucune, d'autres encore ont choisi une forme mixte (Gröflin et Züllig 1995). La formule retenue n'est pas sans conséquences sur la densité des pharmacies dans les cantons²⁰ et sur les coûts de médicaments. Gröflin et Züllig ont établi que les coûts de médicaments étaient nettement moins élevés dans les cantons dans lesquels les médecins délivraient eux-mêmes les médicaments aux patients. Ils ont par

²⁰ La part des médecins délivrant des médicaments (appelés aussi médecins propharmaciens) et la densité des pharmacies dans un canton présentent une corrélation de -0.898 , donc extraordinairement forte. Cela signifie que ces deux canaux de distribution tendent à être complémentaires : plus les médecins délivrent eux-mêmes des médicaments, plus la densité des pharmacies est faible.

ailleurs estimé que les médecins sont davantage conscients du facteur coûts que les patients qui vont chercher leurs médicaments dans des pharmacies, celles-ci, en raison des différences de marges bénéficiaires, étant plus promptes à proposer des préparations originales, par définition plus chères, que des médicaments génériques. Gröflin et Züllig ont également relevé que l'assurance-maladie est mieux à même de contrôler la remise de médicaments par les médecins que le système d'ordonnances. Ces considérations nous amènent à l'hypothèse suivante :

H 2.3 : Plus les médecins sont nombreux à délivrer eux-mêmes les médicaments dans un canton et plus la densité des pharmacies est faible, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

La proportion des médecins pharmaciens peut être établie au moyen de la ventilation, par composants de coûts, des dépenses des assureurs-maladie (santésuisse - statistique des assurés). Les données à disposition pour les années 1996-1999 correspondent au pourcentage du poste « Médicaments médecin » par rapport au total des dépenses brutes dans le canton concerné.

A l'intérieur des structures de l'offre, les différents domaines de soins présentent des coûts d'importance variable. Par exemple, les traitements ambulatoires sont nettement moins chers que les traitements hospitaliers. Ceci explique vraisemblablement pourquoi on a pu observer toutes ces dernières années une augmentation massive des soins ambulatoires accompagnée d'une baisse des traitements hospitaliers, ou « soins intra-muros » (OFS 2000a : 25, Conseil fédéral 2000 : 30). Ce déplacement des soins a certes été possible grâce aux progrès de la médecine et au recours croissant à des traitements moins invasifs. Il faut savoir toutefois qu'il a surtout été motivé par des considérations financières : le déplacement des soins permet de supprimer les infrastructures hospitalières sous-exploitées ou les surcapacités existantes, ce qui constitue aussi l'un des objectifs de la planification hospitalière. L'hypothèse 2.4 nous permettra de vérifier si de tels effets sont perceptibles :

H 2.4 : Plus la part de prestations ambulatoires est élevée dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

Le volume des prestations ambulatoires est établi au moyen des données relatives aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire (santésuisse - statistiques des assurés 1996-1999). Les coûts des traitements ambulatoires (médecins et hôpitaux) sont divisés par le total des coûts bruts des assureurs-maladie.

Des variations de coûts identiques peuvent être observées en ce qui concerne les soins aux personnes âgées dépendantes. Les prestations en question sont essentiellement dispensées par les soins à domicile (Spitex) ou dans le cadre d'établissements médico-sociaux tels que les homes médicalisés pour personnes âgées. L'introduction de la LAMal ayant notamment eu pour effet d'inclure les prestations Spitex et les prestations de soins dans le catalogue des prestations obligatoires, le domaine des soins de longue durée est actuellement pleine

phase de restructuration (European Observatory 2000 : 57). Cela dit, le nombre de places dans les EMS reste trop juste, l'infrastructure existante a atteint ses limites et ne suffit pas à satisfaire la demande. C'est pourquoi des personnes âgées ayant besoin de soins continuent d'être placées dans des hôpitaux pour soins aigus, bien plus coûteux, avec les conséquences financières qui en résultent. Pour diminuer ces coûts et décharger les hôpitaux, il y a lieu d'augmenter en conséquence l'offre dans le domaine des EMS et des prestations Spitex. Les cantons qui comptent une proportion élevée de lits de soins de longue durée par rapport aux lits de soins aigus doivent s'attendre à des coûts de santé élevés alors qu'une offre bien développée de prestations Spitex aurait précisément pour effet de diminuer les coûts. Les prestations Spitex ne représentent que 2 % de l'ensemble des coûts de santé (OFS 2000a : 18); elles permettent néanmoins d'alléger considérablement les hôpitaux, nettement plus chers, et évitent d'autres dépenses de santé aux personnes prises en charge. Régulièrement suivies sur un plan médical, celles-ci n'ont en effet plus besoin de se rendre aussi souvent chez le médecin.

H 2.5 : Plus le secteur hospitalier d'un canton compte une proportion élevée de lits de soins de longue durée par rapport aux lits de soins aigus, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

H 2.6 : Plus les prestations Spitex sont développées dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

Le rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et celui des lits pour soins de longue durée peut être établi au moyen de deux statistiques de l'OFS, celle des hôpitaux et celle des établissements de santé non hospitaliers. Cette donnée correspond au nombre de lits de soins aigus disponibles, dans un canton, dans les hôpitaux pour soins généraux, divisé par le nombre de lits dans des institutions destinées aux personnes âgées, dépendantes, handicapées ou souffrant de dépendances. Les informations n'existent que pour l'année 1998. La statistique englobe 95 % des hôpitaux et 88 % des établissements de santé non hospitaliers, aucune donnée exploitable n'existant cependant en ce qui concerne les établissements de ce type dans le canton de Saint-Gall (OFS 2000c).

La première statistique Spitex, effectuée en 1998 par l'OFAS (OFAS 2000b), fournit des informations détaillées sur l'étendue des prestations fournies. Elle permet de déterminer le nombre d'heures de soins dispensées par habitant et par canton, cette donnée servant d'indicateur au volume des prestations Spitex.

3.2.3 Caractéristiques de l'activité générale de l'Etat

Comme indiqué au paragraphe 3.1, l'étendue de l'activité de l'Etat est considérée comme un facteur important du volume des dépenses publiques dans le domaine de la santé. C'est elle aussi qui détermine pour une large part le niveau des coûts de l'assurance-maladie. L'activité de l'Etat est généralement expliquée au moyen de quatre approches théoriques. Nous ne reviendrons pas sur celle de la détermination socio-économique puisqu'il en a déjà été tenu compte dans l'hypothèse 1.5. Toutefois, avant de traiter des différents facteurs explicatifs des coûts, arrêtons-nous d'abord à des éléments concrets de la politique cantonale ayant une incidence sur les coûts.

En matière de santé, les pouvoirs publics des cantons ont principalement pour tâche de financer et de subventionner le domaine hospitalier (voir paragraphe 2.1). L'obligation introduite en 1996 par la LAMal d'élaborer une planification hospitalière a entraîné un certain nombre de changements dans ce secteur (Rothenbühler 1999). Ces changements n'étant pas encore entièrement réalisés, le but escompté, à savoir la suppression des surcapacités existantes (Conseil fédéral 2000 : 30), n'a pas encore été pleinement atteint. Dès avant l'introduction de cette obligation, l'augmentation constante des coûts de la santé et la pression non moins constante exercée par les coûts au niveau des cantons ont déclenché une dynamique plurielle dans la politique hospitalière des cantons qui s'est traduite par des corrections structurelles (suppression de lits, fermeture d'établissements, création de groupes d'hôpitaux, fusions) ou par des remaniements du financement et de la gestion des hôpitaux (introduction de budgets globaux, remplacement des forfaits par cas par un financement basé sur les prestations, outsourcing de l'administration hospitalière vers des holdings privés) (voir p. ex. Oggier 1999). La pratique de subventionnement constitue un élément central du débat politique (voir Conseil fédéral 2000 : 8 s.). L'art. 49, al. 1, LAMal, qui régit la répartition entre les cantons et les assureurs-maladie des coûts imputables selon la LAMal aux traitements hospitaliers, constitue un élément important dans le cadre de cette étude. En vertu de cette disposition, les cantons devraient assumer au moins 50 % des coûts. Cette part varie toutefois considérablement d'un canton à l'autre (voir paragraphe 2.3), d'où des participations différentes du secteur public et du secteur privé au financement du secteur hospitalier. Une participation importante des pouvoirs publics à la couverture des coûts n'implique pas seulement des dépenses publiques plus élevées ; on peut y voir aussi le signe d'une activité soutenue et expansionniste de l'Etat en matière de santé, laquelle, en raison de la demande que l'offre induit, entraîne à son tour une hausse des coûts dans l'assurance-maladie. Cet élément essentiel sera examiné à la lumière d'une première hypothèse :

H 3.1 : Plus la part des pouvoirs publics au financement du secteur hospitalier est élevée, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Les données relatives au financement des hôpitaux manquent totalement de transparence. Le taux de couverture des coûts selon l'art. 49, al. 1, LAMal, un point aussi central que contesté au plan politique, a été calculé pour la première fois de manière approximative par l'OFS en 1998 et publié par le Conseil fédéral (2000). Si ces données se fondent sur des estimations, elles n'en donnent pas moins des indications sur la répartition des coûts entre les assureurs et les pouvoirs publics. Nous les prendrons donc en considération, tout en gardant à l'esprit leur caractère approximatif. Pour opérationnaliser cette hypothèse, nous utiliserons les valeurs obtenues en déduisant les coûts d'investissement, les assureurs ne participant pas aux investissements. Il est ainsi possible d'exprimer les coûts correspondants avec davantage d'exactitude.

Comme on l'a mentionné plus haut, la participation publique au financement du secteur hospitalier peut être considérée comme le signe d'une activité expansionniste de l'Etat. Dans ce qui suit, nous reprendrons les thèses usuellement avancées par la recherche, nous en tirerons d'autres hypothèses quant aux facteurs des différences de coûts entre les

cantons en matière de santé et nous nous efforcerons d'expliquer ces différences dans une optique plus fondamentale.

Plusieurs comparaisons empiriques entre les cantons montrent qu'il existe un lien entre la conception des institutions politiques et l'activité déployée par les pouvoirs publics (Vatter 2002, Freitag et Vatter 2000, Stutzer et Frey 2000, Schaltegger 2001). En l'occurrence, un rôle important revient aux instruments de la démocratie directe qui, selon Pommerehne (1990), réduisent l'importance et la croissance de l'activité publique et augmentent l'efficacité de la production publique (Stutzer et Frey 2000 : 22). Ce résultat est confirmé par Schaltegger (2001 : 13). Ainsi, lorsque les institutions de la démocratie directe fonctionnent bien, on peut s'attendre à un bas niveau et à une croissance modeste des dépenses publiques aussi en matière de santé. Le référendum financier, par exemple, constitue un instrument efficace pour les électeurs-contribuables – que ce double rôle rend en général plus attentifs au facteur coûts – lorsqu'il s'agit de discipliner des politiciens par trop prodigues qui envisageraient d'assurer leur réélection au moyen de gros investissements publics dans le domaine du social et de la santé (Vatter 1994).

Un examen des institutions de la démocratie directe doit distinguer entre l'existence même des institutions (rules in form) et leur application (rules in use) (Sproule-Jones 1993). La question est ainsi posée de savoir si la simple existence des possibilités de participation ou seulement leur usage effectif a une incidence sur le degré d'activité de l'Etat (voir Stutzer et Frey 2000 : 4). Selon différentes études (par ex. Vatter 1997 et 2002, Stutzer et Frey 2000), il n'existerait aucun rapport entre ces deux éléments. Les droits populaires sont essentiellement actionnés dans les grands cantons urbains, qui possèdent une population hétérogène et où, tels des instruments de gestion des conflits, ils suppléent un gouvernement dont la concordance est moins affirmée (Vatter 1997, Linder 1999 : 267). Le recours à l'initiative populaire ou au référendum facultatif témoigne d'un potentiel politique de conflit plus élevé et permet à des groupes d'intérêts sociaux ou politiques de contrôler et, le cas échéant, de corriger l'activité de l'Etat. En ce qui concerne le domaine de la santé, on peut penser que les mécanismes de la démocratie directe sont davantage utilisés pour faire baisser les coûts, et non le contraire. Preuve en soit le fait qu'à partir d'un certain montant, les crédits contractés par les cantons pour financer les hôpitaux ou des investissements dans le domaine de la santé doivent être approuvés par le peuple. La population d'un canton a ainsi la possibilité de rappeler les hommes politiques à l'ordre, ce qui nous amène à dire que le recours à des instruments politiques de participation permet d'escompter un effet de baisse sur les coûts. Ces considérations nous amènent à l'hypothèse 3.2 :

H 3.2 : Plus les instruments de la démocratie directe, en particulier le référendum financier, sont disponibles et utilisés dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

La disponibilité des instruments de la démocratie directe se mesure au moyen de deux indices. Le degré de développement et la force de la démocratie directe ont été établis par Frey et Stutzer (2000), tandis que le référendum financier obligatoire sera exprimé au moyen d'une variable indicatrice prenant la valeur 1 si la possibilité de référendum existe dans un canton, 0 sinon. Le nombre de consultations populaires et de référendums

financiers soumis au peuple pendant la période sous revue représentera la fréquence de sollicitation des instruments de la démocratie directe.

Dans le cadre de cette hypothèse, il faut savoir que la démocratie directe ne revêt pas la même importance dans les différentes régions du pays. En Suisse alémanique, la participation directe des citoyens aux affaires publiques témoigne d'une tradition solidement ancrée, alors qu'en Suisse romande, les citoyens privilégient davantage la représentation et les droits populaires vont souvent moins loin (Vatter 2002 : 350).

Parallèlement aux possibilités de participation offertes par la démocratie directe, les méthodes habituelles de gestion des conflits – celles-là même qui sont à l'origine du gouvernement de concordance et de la recherche de consensus (Linder 1999) –, exercent aussi une influence déterminante sur l'activité de l'Etat. Ainsi, les gouvernements de concordance qui bénéficient du soutien d'une large base sont davantage en mesure de faire passer des solutions complètes orientées axées sur le long terme que des gouvernements impérativement contraints à réussir à court terme et dont les chances de réélection sont limitées (Freitag et Vatter 2000 : 583s.). On peut donc penser, d'une part, qu'une activité gouvernementale qui s'inscrit dans une perspective à long terme permet simultanément d'affecter plus judicieusement les ressources disponibles et de maintenir les dépenses publiques à un niveau relativement bas et, d'autre part, que précisément en raison de leur stabilité, les gouvernements de concordance ne sont pas dans l'obligation d'impressionner l'électorat par une politique expansive à court terme – en particulier dans le domaine de la santé, qui revêt une importance considérable pour nombre d'électeurs. Ces deux arguments nous amènent à l'hypothèse suivante :

H 3.3 : Plus le gouvernement de concordance est solide dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

La force d'un gouvernement de concordance sera mesurée d'après la somme des voix obtenues par les partis représentés au gouvernement à l'issue d'une élection législative. Plus le nombre de voix est élevé, plus les partis représentés au gouvernement bénéficient de l'appui de la population.

Les méthodes de gestion des conflits peuvent aussi se distinguer d'après leur orientation de base, selon qu'elles sont axées sur le marché ou centrées sur l'Etat (voir Schmidt 1999 : 235). Plus les pouvoirs publics s'engagent dans un domaine économique, plus les dépenses correspondantes sont élevées et plus la part au produit intérieur brut de l'ensemble des biens et services achetés ou produits par les pouvoirs publics est grande. Le domaine de la santé représente d'une part un secteur économique important, d'autre part une obligation majeure de l'Etat : en 1998, 12,3 % des dépenses publiques de la Confédération, des cantons et des communes concernaient le domaine de la santé²¹ (AFF 2000 : 11), la plus grande partie (11,3 % du total) revenant aux hôpitaux. Dans ce domaine précisément, une tendance

²¹ Seules la prévoyance sociale (20,6 %) et la formation (18 %) dépassaient ce chiffre. Avec 11,3 % de l'ensemble des dépenses publiques, les transports constituaient un autre secteur important.

accrue à des privatisations s'est manifestée toutes ces dernières années ; sur un plan organisationnel et financier, des fournisseurs publics de prestations se sont en effet retirés du secteur de la santé, l'exposant à une régulation croissante de la part du marché (voir Oggier 1999 : 118). En réduisant l'influence de l'Etat dans le domaine de la santé, on vise à diminuer les dépenses publiques et à renforcer le dynamisme des dirigeants d'établissements hospitaliers. L'hypothèse suivante devra montrer dans quelle mesure la gestion des conflits par les pouvoirs publics agit sur les coûts de la santé :

H 3.4 : Plus la quote-part de l'Etat est élevée dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Le degré de gestion des conflits par les pouvoirs publics se mesure, selon Schmidt (1999 : 235), au moyen de la quote-part de l'Etat diminuée des dépenses de santé. La quote-part de l'Etat se calcule sur la base du quotient des dépenses publiques et du produit intérieur brut. Le PIB n'étant pas publié pour les cantons, nous utiliserons le revenu cantonal établi par l'OFS.

Dans les années 90, plusieurs cantons ont cherché à réduire leurs coûts de santé en réformant le domaine hospitalier. Les mesures de privatisation dont il vient d'être question en sont un exemple. Ces efforts doivent toutefois être considérés en relation avec d'autres réformes s'inscrivant dans un cadre plus large, qui sont actuellement menées dans différents cantons. Des rénovations structurelles ou institutionnelles supposent notamment une redéfinition des tâches, une rationalisation des structures existantes, une nouvelle réglementation des compétences entre le gouvernement et le parlement et, surtout, l'introduction de nouveaux modèles de gestion, en particulier d'une gestion véritablement axée sur l'efficacité, de type new public management (voir Nuspliger 2000). Ces processus de modernisation sont souvent inspirés par la volonté d'alléger les budgets publics et d'améliorer l'efficacité des pouvoirs publics. Les cantons qui mettent en place des réformes structurelles peuvent escompter une baisse des dépenses publiques et, partant, une diminution des coûts de santé, ce qui nous amène à l'hypothèse qui suit.

H 3.5 : Plus un canton est ouvert aux réformes administratives, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont bas.

Les réformes conduites par les cantons ont été étudiées par Ladner et Steiner (1998), qui ont élaboré un indice de propension à entreprendre des réformes. L'indice se base sur le nombre de réformes introduites dans un canton et prend des valeurs allant de 1 à 32. Il exprime la disposition d'un canton à mettre en œuvre et à réaliser des restructurations et nous servira ici d'indicateur.

Parallèlement aux composantes institutionnelles de l'activité de l'Etat, il y a lieu de considérer les forces politiques en présence, notamment les groupes organisés d'intérêts qui, ensemble, sont en situation de concurrence par rapport à des prestations proposées par les pouvoirs publics. Selon Olson (1991), ces oppositions contribuent à créer des rigidités institutionnelles dans le but de préserver des intérêts et d'empêcher toute innovation et

réforme. Dans le domaine de la santé, il existe un certain nombre de coalitions de ce type dont l'objectif consiste à défendre une offre de prestations bien développée et des soins de qualité. Au niveau de l'offre, nous mentionnerons à cet endroit les médecins qui, par intérêt professionnel, défendent le maintien et le développement du secteur de la santé, dont dépendent aussi pour une large part leurs possibilités de revenus. Intéressés qu'ils sont également à se procurer des débouchés stables et lucratifs, les différents secteurs économiques actifs dans le domaine de la santé exercent eux aussi une influence considérable. Pour ce qui est de la demande, les groupes d'intérêts de droit privé militent en faveur d'un niveau élevé de soins et d'un accès illimité aux biens et aux prestations de la médecine. Rares sont en revanche les intervenants qui demandent une limitation des prestations dans le domaine de la santé. Ce sont sans doute les collectivités publiques qui s'efforcent surtout de faire pression sur les coûts, mais il ne s'agit pas de groupes d'intérêts au sens strict. Les débats qui accompagnent la politique en matière de santé parlent davantage de recherche d'efficacité et de transferts de coûts que de réductions concrètes de biens et de services. La croissance permanente des coûts de santé à l'échelle suisse et le transfert grandissant du financement direct par les pouvoirs publics vers l'assurance-maladie (voir OFS 2000a : 9 et 14) n'en sont-ils pas la preuve flagrante? Il est donc parfaitement concevable que les groupes organisés d'intérêts contribuent à renchérir les coûts de santé. Pour ce qui précède, Vatter (2002 : 358) part du principe que les cantons où les syndicats sont puissants et où les partis de gauche sont fortement représentés pratiquent une politique sociale et de santé particulièrement expansive.

H 3.6 : Plus les groupes d'intérêts sont organisés dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

Etant donné que les organisations de patients ne font guère d'opposition en Suisse (European Observatory 2000 : 20), que le degré d'organisation et l'influence exercée par les associations de médecins ne diffèrent guère d'un canton à l'autre et qu'il n'existe pratiquement pas de données fiables quant à l'impact des groupes d'intérêts au plan cantonal, nous utiliserons une valeur approximative, celle du degré d'organisation syndicale, pour opérationnaliser le rôle joué par les groupes d'intérêts. Le degré d'organisation syndicale est établi sur la base du nombre de personnes syndiquées par rapport au total de la population active d'un canton (voir Freitag et Vatter). Les données disponibles se rapportent à la période 1994 à 1997.

L'approche sociologique fondée sur les classes sociales et les partis politiques offre une possibilité supplémentaire d'expliquer les différences de coûts entre les cantons : du fait de leur orientation politique et de leur électorat, les partis de gauche défendent traditionnellement une politique sociale expansive et le développement de prestations de santé, et ils sont davantage enclins que les partis du centre ou de droite à vouloir augmenter les dépenses de l'Etat en la matière. Des études empiriques internationales indiquent qu'au sein des gouvernements, les partis de droite, très attachés à l'économie de marché, tendent à freiner les dépenses publiques affectées aux mesures sociales. En outre, les partis de gauche tendent à favoriser une solution des conflits par les pouvoirs publics plutôt que par

les forces du marché, ce qui retentit sur le domaine de la santé, déjà considérablement soutenu par l'Etat. Ceci nous amène à l'hypothèse 3.7 :

H 3.7 : Plus les partis de gauche sont puissants dans un canton, plus les coûts de santé / de l'assurance-maladie sont élevés.

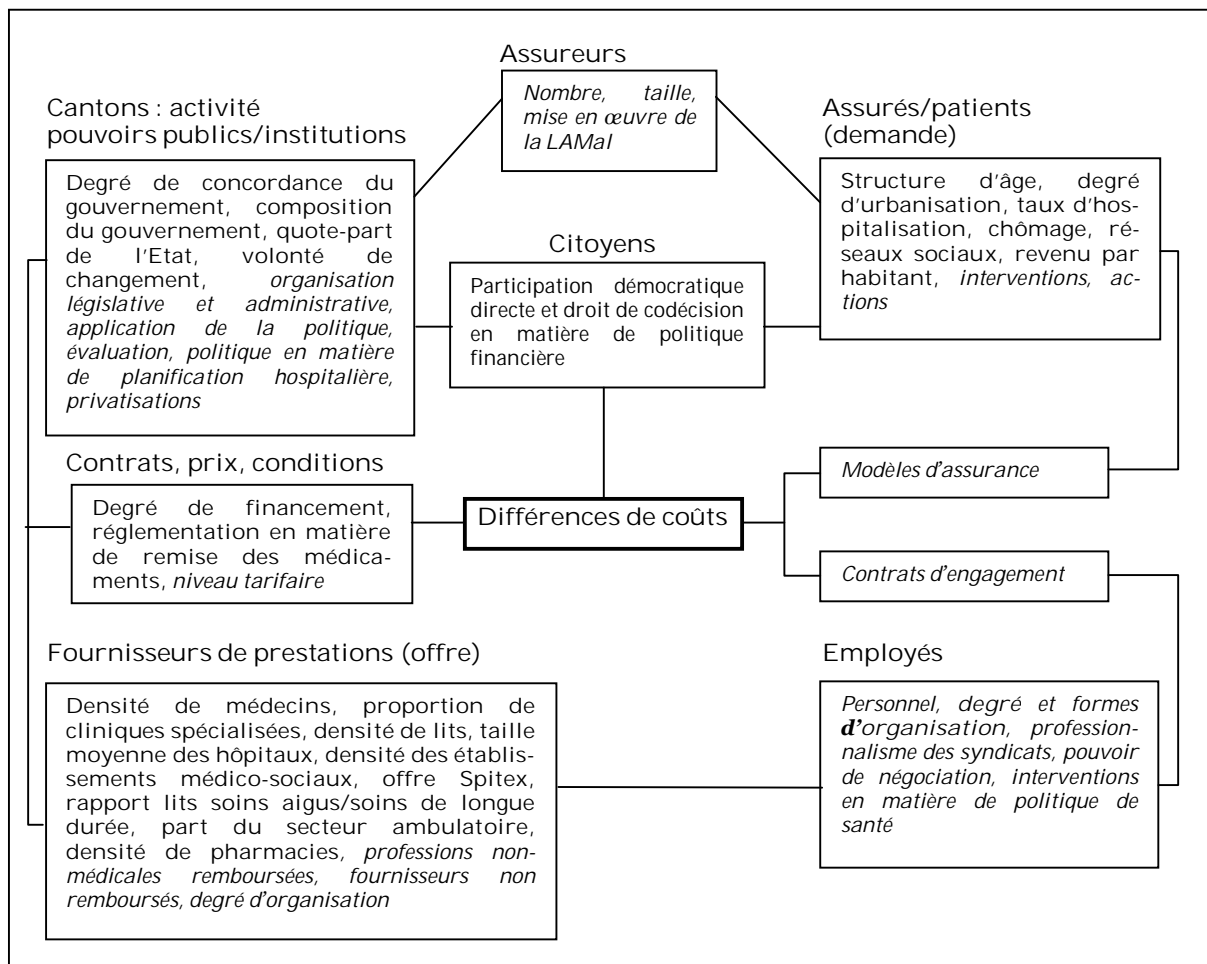
Le poids des partis de gauche sera mesuré à l'aide du nombre de sièges que le PS (parti socialiste), le DSP (Demokratisch-sozialistische Partei) et les Verts occupent au sein du gouvernement d'un canton pendant la période sous revue.

3.3 Modèle explicatif et résumé des hypothèses

Une autre étude, de nature qualitative, a été menée parallèlement à la nôtre par le bureau de recherche sociale empirique COPLAN, Bâle (COPLAN 2001). Il présente un modèle qui met en relation les acteurs du domaine de la santé et la manière de fonctionner des différents systèmes cantonaux et qui affine le modèle de base présenté au paragraphe 3.1. Les hypothèses élaborées ci-dessus sont transposables dans une large mesure à ce second modèle et la prise en compte de nos variables indépendantes permet de le perfectionner. Ce modèle ainsi modifié, complété par l'addition d'une composante politique supplémentaire (participation démocratique directe), est représenté par la Figure 9, où l'on a énuméré dans les rectangles les indicateurs utilisés pour l'analyse.

Les hypothèses présentées et développées au paragraphe 3.2 sont récapitulées dans le tableau suivant. Y figurent : les indicateurs utilisés, leur opérationnalisation, la source des données et l'influence supposée de ces facteurs sur le volume et le développement des deux variables dépendantes, à savoir les besoins financiers nets des cantons et des communes par habitant et les coûts bruts par mois assuré dans l'assurance obligatoire des soins. Le signe plus (+) indique un effet de hausse des coûts et le signe moins (-) un effet modérateur. Les tableaux complets des données, c'est-à-dire les valeurs des différentes variables dans les cantons, sont fournis en annexe.

Figure 9 : Modèle explicatif selon COPLAN (2001), complété par les variables retenues dans la présente étude



Légende : les variables imprimées en gras servent à opérationnaliser les hypothèses; les variables imprimées en *italique* sont des facteurs utilisés dans le modèle COPLAN, mais non pris en considération dans la présente analyse. La variable imprimée en *italique gras* est utilisée par les deux études, qui ne l'analysent cependant pas de la même manière.

Tableau 9 : Résumé des hypothèses et opérationnalisations

Hypothèse	Indicateur	Opérationnalisation	Période	Source	Influence
1.1	Taux d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations pour une population cantonale de 1000 personnes	1998	OFS SH	+
1.2	Taux de personnes âgées	Proportion des plus de 65 ans dans la population résidente permanente d'un canton	1994-1999	OFS	+
1.3	Degré d'urbanisation	Proportion de la population cantonale établie dans des zones urbaines	1988	Estimations propres	+
1.4	Chômage	Proportion des chômeurs dans la population active d'un canton	1994-1999	OFS	+
1.5	Revenu cantonal	Revenu cantonal net par habitant par facteur de coût (logarithme)	1994-1998	OFS	+
1.6	Réseaux sociaux	Indice du « capital social »	1992	Freitag 2000	-
1.7	Langue / Environnement culturel	Proportion de la population germanophone dans l'ensemble de la population résidente	1990	OFS Recens.	-
2.1	Offre de soins	Nombre de médecins en exercice par 100 000 habitants	1994-1999	OFS/OFAS	+
		Proportion des médecins spécialistes sur le total des médecins en exercice	1994-1999	OFS/OFAS	+
		Degré de prise en charge dans les hôpitaux	1999	Biersack	+
		Nombre de lits pour soins aigus en milieu hospitalier par 100 000 habitants	1994-1996	OFS	+
		Nombre de lits de cliniques psychiatriques par 100 000 habitants	1998	OFS SH	+
		Nombre de lits d'EMS par 1000 habitants	1998	OFS SES	+
		Proportion des cliniques spécialisées sur le total des hôpitaux d'un canton	1998	OFS SH	+
2.2	Taille moyenne des hôpitaux	Nombre moyen de lits pour soins aigus par hôpital dans le canton	1998	OFS SH, estimations propres	+
2.3	Propharmacie	Proportion des médicaments dispensés par le médecin dans les coûts bruts de l'assurance-maladie 1996-1999	1996-1999	santésuisse, estimations propres	-
	Densité de pharmacies	Nombre de pharmacies par 10 000 habitants	1994-1999	OFS	+
2.4	Part du secteur ambulatoire	Part des coûts du secteur ambulatoire (médecin et hôpital) aux coûts bruts de l'assurance-maladie	1996-1999	santésuisse, estimations propres	-
2.5	Rapport lits de soins aigus/lits de soins de longue durée	Nombre de lits de soins aigus divisé par le nombre de lits EMS	1998	OFS SH, estimations propres	+
2.6	Offre Spitex	Nombre d'heures de soins extra-hospitaliers par habitant du canton	1998	OFAS 2000b	-

Tableau 9 (suite) : Résumé des hypothèses et opérationnalisations

Hypothèse	Indicateur	Opérationnalisation	Période	Source	Influence
3.1	Degré de financement	Part du canton au financement du secteur hospitalier (sans les investissements)	1998	OFS	+
3.2	Développement des instruments de démocratie directe	Indice de démocratie directe	1992	Frey et Stutzer 2000	-
	Existence du référendum financier	Variable indicatrice : 1 = oui; 0 = non	1994-1999	Germann et Weis 1995	-
	Recours aux instruments de la démocratie directe	Nombre des consultations populaires dans le canton	1994-1999	APS	-
	Recours au référendum financier	Nombre des référendums financiers dans le canton	1994-1998	APS	-
3.3	Concordance gouvernementale	Pourcentage d'électeurs représenté par les partis gouvernementaux	1994-1999	APS	-
3.4	Quote-part de l'Etat	Part des dépenses publiques au revenu cantonal, sous déduction des dépenses de santé	1994-1998	AFF, OFS, estimations propres	+
3.5	Propension à entreprendre des réformes	Indice de la propension à entreprendre des réformes dans un canton	1998	Ladner et Steiner 1998	-
3.6	Poids des syndicats	Pourcentage de personnes syndiquées par rapport à l'ensemble de la population active du canton	1994-1997	Gewerkschaftliche Rundschau, estimations propres	+
3.7	Poids des partis de gauche	Proportion de sièges au gouvernement des partis de gauche (PS, DSP, Verts)	1994-1999	APS	+
Variable de contrôle	Activité d'investissement	Proportion des investissements aux besoins financiers nets des cantons et des communes par habitant	1994-1999	OFS	+

Abréviations : APS : Année Politique Suisse, Recens. : recensement fédéral 1990 (OFS), santésuisse : statistique des assurés santésuisse, SH : statistique des hôpitaux 1998 (OFS), SES : statistique des établissements de santé non hospitaliers 1998 (OFS)

Remarques :

Statistique des hôpitaux. 95 % des hôpitaux suisses ont été recensés. Des données complètes existent pour 16 cantons (OFS 2000c).

Statistique des établissements de santé non hospitaliers. Les données recensent 88 % des 2394 établissements de ce type. Des données complètes existent pour 13 cantons. Pas de données exploitables pour le canton de Saint-Gall (OFS 2000c).

Revenu cantonal. Les valeurs 1998 sont provisoires. Les valeurs absolues ont été remplacées par leurs logarithmes.

Quote-part de l'Etat. En l'absence d'informations sur le PIB cantonal, on a pris en compte le revenu par habitant (1998 : données provisoires). Les valeurs indiquées sous la rubrique « quote-part de l'Etat » sont donc approximatives. Les dépenses de santé représentant la variable dépendante, elles ont été soustraites des dépenses publiques.

4 CONSTATATIONS EMPIRIQUES

4.1 Méthode

Les sources et les causes des différences des coûts de la santé entre les cantons sont analysées ici selon une démarche en deux phases, à l'aide de corrélations simples puis de régressions multiples. La grandeur qu'il s'agit d'expliquer est celle des coûts de la santé dans les 26 cantons suisses; elle est opérationnalisée à l'aide de deux variables examinées séparément : les besoins financiers nets des cantons et des communes par habitant et les coûts bruts par mois d'assurance. Ces variables dépendantes ont déjà été discutées en détail dans le chapitre 2. Les variables indépendantes, c'est-à-dire explicatives, découlent des hypothèses émises de façon théorique au chapitre 3 et sont récapitulées dans le Tableau 9, où leur opérationnalisation et la source des données utilisées sont indiquées également. Les données utilisées figurent en annexe.

Dans sa conception, la présente étude constitue une comparaison transversale entre les 26 cantons. Le principe est donc celui d'une recherche des « most similar cases ». Comme l'analyse porte sur des unités présentant des structures politiques et économiques semblables, il est possible de maintenir invariantes des conditions identiques ou comparables, ce qui permet d'isoler avec plus de précision les rapports de cause à effet qui sont indépendantes de ces dimensions de base (Schmidt 1999 : 231). Grâce à une comparaison intercantonale systématique, il est possible d'examiner, quant aux effets de leurs différences institutionnelles, socio-économiques, culturelles et structurelles, 26 cas empiriques qui présentent certes une hétérogénéité marquée mais qui n'en sont pas moins situés à l'intérieur du même contexte national (Vatter 2002 : 20 s.).

Les données étant en partie incomplètes, on ne dispose pas de valeurs annuelles pour de nombreuses variables. C'est notamment le cas des données concernant le secteur hospitalier, mais aussi de certaines caractéristiques structurelles, culturelles et politico-institutionnelles des cantons. D'autre part, de nombreuses grandeurs examinées n'ont varié que marginalement ou sont demeurées constantes durant la période de référence. C'est pourquoi l'on a recouru, pour l'analyse statistique, à un procédé usuel des études comparatives, en expliquant les différences de coûts entre les cantons à l'aide des valeurs moyennes pendant cette période (1994-1999). L'on a donc calculé la valeur moyenne des variables pour lesquelles l'on disposait de valeurs annuelles.²² Cette méthode présente aussi l'avantage de niveler les valeurs aberrantes de certaines années.

Lorsqu'il existe une forte dispersion du domaine des valeurs, il peut arriver que les hypothèses de répartition normale ne soient pas respectées. C'est par exemple le cas des besoins financiers nets, qui sont en moyenne environ quatre fois plus élevés dans les deux

²² Les variables mesurant le recours aux institutions de démocratie directe sont exprimées par le nombre total des votations populaires et des référendums financiers, respectivement, qui ont eu lieu pendant la période de référence.

cantons-villes que dans certains autres cantons (cf. Figure 1). Afin d'atténuer cette influence distordante sans toutefois modifier la qualité des données, l'on a retenu, pour l'analyse statistique des coûts, les logarithmes de ceux-ci et non pas les nombres absolus. De plus, étant donné que les cantons-villes de Bâle-Ville et Genève restaient des extrêmes statistiquement significatifs, et donc susceptibles de provoquer des distorsions parfois importantes des résultats, chaque analyse a été réalisée deux fois : une fois en prenant en considération les 26 cantons, une fois sans les cantons-villes. En procédant ainsi, il est possible de contrôler ces effets d'outliers'.

Dans quelques cas, de nouvelles variables ont été construites à l'aide de plusieurs indicateurs. C'est ainsi qu'avec les composantes de la couverture en soins, l'on a créé une variable combinée, le 'Taux global de couverture sanitaire'. En outre, les valeurs des variables 'Densité de médecins', 'Proportion de médecins spécialistes', 'Taux de couverture hospitalière', 'Densité de lits dans les hôpitaux pour soins aigus', 'Densité de lits dans les établissements médico-sociaux', 'Densité de lits dans les cliniques psychiatriques' et 'Proportion de cliniques spécialisées' ont été centrées et réduites²³ et l'on a calculé la moyenne non pondérée de ces variables standardisées. Ce procédé permet d'exprimer par une valeur unique toutes les composantes de la couverture en soins médicaux d'un canton et de diminuer ainsi le nombre de variables à utiliser. C'est pourquoi l'on recourra en général à cette grandeur globale dans les modèles de régression multiple.

Les variables utilisées présentent le niveau d'échelle métrique nécessaire pour des analyses de régression. Font exception les variables nominales binaires, qui peuvent cependant être traitées comme métriques si l'on représente leurs valeurs par les nombres 0 et 1 (*dummy variables* ou variables indicatrices, Backhaus et al. 2000 : 2), ainsi que le degré de prise en charge dans le secteur hospitalier, mesuré par une échelle ordinale à trois degrés. Dans ce dernier cas, ce n'est pas le coefficient de corrélation r de Pearson qui a été retenu pour l'approche bivariée, mais le coefficient de corrélation ρ de Spearman, qui mesure la relation entre des variables ordinales (Wagschal 1999 : 182).

Dans les paragraphes qui suivent, l'on considère tout d'abord le niveau et l'évolution des dépenses publiques pour la santé, d'abord sur la base des corrélations simples (analyses bivariées), puis à l'aide des corrélations multiples (analyses multivariées), et l'on interprète les résultats de ces comparaisons statistiques. Ensuite, la même démarche est appliquée pour l'analyse des coûts de l'assurance-maladie. L'estimation des variables significatives dans les modèles de régression fermés repose sur les divers procédés courants, principalement les méthodes « backward » et « stepwise » (cf. Backhaus et al. 2000 : 55 s.). D'une façon générale, le bon accord entre les résultats obtenus par les différentes méthodes, de même que les valeurs des statistiques-tests calculées, attestent une robustesse élevée des résultats empiriques.

²³ Cette opération sert à harmoniser des données dont les unités de mesure sont différentes. Les valeurs ainsi transformées ont une moyenne égale à 0 et un écart type égal à 1 : elles indiquent le nombre d'unités d'écart type par lequel une valeur est inférieure ou supérieure à la moyenne (Wagschal 1999 : 260).

4.2 Analyse des dépenses publiques de santé

4.2.1 Niveau des dépenses publiques de santé

a) Approche bivariée

Le Tableau 10 contient les corrélations à deux variables entre les besoins financiers nets par habitant des cantons et des communes dans le secteur de la santé et les différents facteurs (variables indépendantes) du Tableau 9. L'on constate que dans la plupart des cas la relation entre les besoins financiers et les variables indépendantes va dans le sens qui avait été supposé.²⁴

Ce sont la densité de médecins et leur degré de spécialisation, le taux global de couverture sanitaire et le taux de financement dans le secteur hospitalier qui présentent le rapport le plus fort avec le niveau des dépenses publiques. C'est-à-dire que les dépenses des cantons pour la santé sont d'autant plus élevées que la densité de médecins est plus forte, que la couverture sanitaire est plus développée et que le canton participe plus fortement au financement du secteur hospitalier. La valeur de contrôle que représente la part moyenne des investissements par rapport aux dépenses publiques s'avère non significative²⁵, de sorte que l'on peut exclure une influence distordante systématique des investissements des cantons sur leur besoins financiers nets par habitant dans le domaine de la santé.²⁶

Du côté de la demande, une approche bivariée confirme les hypothèses selon lesquelles un taux d'hospitalisation élevé, une proportion élevée de personnes âgées, un taux de chômage élevé, des réseaux sociaux peu développés et une proportion élevée de non-germanophones entraînent des dépenses de santé plus élevées. Le taux d'urbanisation est aussi un facteur important. En outre, les particularités des cantons-villes n'influent pas sur la proportion des personnes âgées, le chômage et la proportion des germanophones et présentent une relation statistique nette avec le niveau des dépenses publiques de santé.

²⁴ Les exceptions sont la densité des établissements médico-sociaux, la grandeur moyenne des hôpitaux, la part représentée par le secteur ambulatoire et la volonté de changement des cantons. Toutefois, aucune de ces variables ne se révèle statistiquement significative.

²⁵ Dans ce contexte, il faut rappeler qu'à proprement parler c'est uniquement dans une étude par échantillon probabiliste que les tests de signification se justifient en tant que critères de décision au sens étroit, puisque, si le relevé porte sur l'ensemble étudié tout entier (comme dans le cas particulier), il ne s'agit pas d'un problème d'inférence statistique. Cependant, comme il est d'usage dans les études empiriques, les tests de signification sont employés ici en tant que moyen heuristique utile pour évaluer le contenu d'information d'une variable dans des modèles statistiques. Il ne faut donc pas considérer la signification statistique comme un critère suffisant ou nécessaire de validité empirique, mais plutôt comme une aide lorsqu'il s'agit de choisir entre les covariances dont il faut tenir compte et celles qu'il convient d'ignorer (cf. Freitag 1996 : 122).

²⁶ Le coefficient de corrélation est égal à -0,139, à 0,095 sans les cantons-villes.

Tableau 10 : Relations bivariées (r de Pearson) entre les dépenses publiques de santé et les variables indépendantes considérées dans les hypothèses (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Besoins financiers nets par habitant (log)</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>
Facteurs influant sur la demande :		
<i>Taux d'hospitalisation</i>	0.392*	0.404+
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.524**	0.443*
<i>Taux d'urbanisation</i>	0.494*	0.218
<i>Chomage</i>	0.524**	0.454*
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.376+	0.051
<i>Réseaux sociaux</i>	-0.477*	-0.390+
<i>Langue/Région culturelle</i>	-0.445*	-0.480*
Facteurs influant sur l'offre :		
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	0.641**	0.430*
<i>Densité de médecins</i>	0.823**	0.538**
<i>Proportion de médecins spécialistes</i>	0.683**	0.340
<i>Degré de prise en charge dans les hôpitaux¹</i>	0.278	0.104
<i>Densité de lits en hôpitaux pour soins aigus</i>	0.446*	0.474*
<i>Densité de lits en EMS, etc.</i>	-0.093	0.091
<i>Densité de lits en psychiatrie</i>	0.285	0.203
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	0.120	0.039
<i>Taille moyenne des hôpitaux</i>	0.358+	-0.185
<i>Proportion du secteur ambulatoire</i>	0.079	-0.263
<i>Rapport lits pour soins aigus / lits pour soins de longue durée</i>	0.302	0.044
<i>Offre Spitex</i>	0.468*	0.327
Facteurs politiques		
<i>Degré de financement</i>	0.639**	0.240
<i>Démocratie directe</i>	-0.352+	-0.249
<i>Référendum financier</i>	-0.451*	-0.200
<i>Recours à la démocratie directe</i>	-0.076	-0.087
<i>Utilisation du référendum financier</i>	-0.009	-0.120
<i>Concordance gouvernementale</i>	-0.601**	-0.077
<i>Quote-part de l'Etat</i>	0.551**	0.397+
<i>Volonté de changement</i>	-0.041	-0.227
<i>Poids des syndicats</i>	0.420*	0.445*
<i>Poids des partis de gauche</i>	0.356+	0.350+

Significatif à : + p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral)

¹ Mesure de la corrélation : rho de Spearman (ρ)

Pour quelques-unes des variables examinées, la forte influence des cantons-villes se fait sentir. Lorsque Bâle-Ville et Genève ne sont pas englobés dans l'ensemble de référence, la corrélation bivariée diminue en ce qui concerne le revenu, la plupart des facteurs influant sur l'offre, le degré de financement du secteur hospitalier, l'existence de possibilités de codécision en matière de démocratie directe et de politique financière, la concordance gouvernementale et la quote-part de l'Etat. Cela montre bien le rôle de la dimension ville-campagne pour expliquer les différences de coûts, rôle que d'autres études ont également souligné (OFAS 2000a : 20).

Etant donné que le secteur ambulatoire relève du secteur privé pour sa plus grande partie, c'est-à-dire qu'il est financé dans une large mesure par l'assurance-maladie et n'entraîne pas de coûts directs pour les collectivités publiques²⁷, l'on peut de prime abord s'étonner de constater que c'est la densité de médecins qui a la plus forte corrélation avec les dépenses publiques pour la santé. Cette relation s'explique cependant par l'interaction entre l'activité médicale privée et l'offre de prestations dans le secteur hospitalier subventionné par les fonds publics. D'une part, un canton où l'offre d'hospitalisation est bien développée, donc coûteuse, est très attractif pour les médecins pratiquant à titre indépendant, ce qui augmente la densité de médecins. D'autre part, une densité de couverture élevée dans le secteur ambulatoire est de nature à provoquer non seulement une forte demande correspondante dans le secteur hospitalier, mais aussi une poussée d'innovation et de technologie pour améliorer la performance de l'infrastructure médicale des hôpitaux existants, impliquant des frais d'investissement, qui sont à la charge des collectivités publiques.

Outre la densité de médecins, la densité des lits dans les hôpitaux pour soins aigus est dans une relation positive étroite avec le niveau des dépenses pour la santé. Plus il y a de lits pour soins aigus à disposition dans un canton, plus ses besoins financiers nets par habitant sont élevés. Par contre, l'on ne constate qu'une faible relation avec le taux de couverture hospitalière et avec la densité de lits dans les autres secteurs de soins. La grandeur moyenne des hôpitaux n'a pas d'impact significatif sur le niveau des dépenses. L'on constate cependant nettement la différence provoquée par les cliniques universitaires de Bâle-Ville et de Genève lorsque ces deux cantons ne sont pas inclus dans l'analyse.

Aucune relation systématique avec les dépenses publiques pour la santé ne peut en revanche être démontrée pour la part du secteur ambulatoire au total des traitements ni pour le rapport entre nombre de lits pour soins aigus et pour soins de longue durée. Il est vrai que c'est surtout dans les cantons où le niveau des dépenses est élevé que l'on rencontre une offre Spitex bien développée. Etant donné que dans ces cantons les coûts pour la santé ont tendance à croître moins fortement (cf. paragraphe 2.1), cette relation peut cependant être le signe que les soins Spitex ont un effet réducteur sur les coûts. Mais elle peut aussi être interprétée en ce sens que les soins Spitex, subventionnés par les fonds publics, interviennent en complément à d'autres offres de prestations plutôt qu'ils ne les déchargent.

²⁷ Il existe une exception pour le secteur Spitex, qui est subventionné dans des proportions diverses par les collectivités publiques et dont les prestations de soins sont couvertes par l'assurance-maladie.

Si l'on exclut les deux cantons-villes, peu nombreuses sont les hypothèses politiques qui se trouvent confirmées empiriquement. A l'exception du poids des syndicats, aucune variable ne reste significative quand l'on contrôle ainsi l'influence de ces deux cantons. Par contre, si l'on considère tous les cantons, les dépenses publiques de santé présentent une forte relation avec le degré de financement du secteur hospitalier, qui, en vertu de l'art. 49, al. 1, LAMal, doit s'élever à 50 % au moins. Plus ce dernier est élevé, plus sont également élevés les besoins financiers, par habitant, des collectivités publiques. Cette corrélation diminue cependant fortement une fois exceptés de l'analyse Bâle-Ville (degré de financement de 59,07 %) et Genève (degré de financement de 76,05 %). Ces deux cantons ont à la fois les niveaux de dépenses publiques les plus importants et les degrés de financement les plus élevés (cf. Tableau C en annexe). Leurs dépenses de santé nettement au-dessus de la moyenne proviennent aussi du fait qu'ils prennent en charge une part comparativement très élevée des frais du secteur hospitalier au lieu de les reporter sur l'assurance-maladie.

Alors que l'*existence* d'instruments de démocratie directe tend à être liée – quoique de façon non significative – à des dépenses publiques de santé peu élevées, l'on ne constate pas d'influence de leur *usage effectif* sur le niveau de ces dépenses. Cela vaut également pour la volonté de changement des cantons. Le lien étroit entre la concordance gouvernementale et les dépenses en faveur de la santé est dû principalement à la dimension ville-campagne : plus un canton est urbanisé, moins l'électorat des partis gouvernementaux est fort et, dans le même temps, plus ses dépenses de santé sont élevées. Le rôle de la quote-part de l'Etat est quelque peu atténué si l'on excepte les cantons de Bâle-Ville et de Genève; il demeure néanmoins significatif, à un niveau de 10 %. Il existe ainsi une corrélation positive entre une activité étatique généralement plus élevée et des dépenses publiques pour le domaine de la santé plus importantes.

b) Analyses multivariées

Dans l'étape suivante, l'on estime à l'aide d'un modèle de régression linéaire (méthode OLS)²⁸ le pouvoir explicatif de chacune des variables en maintenant constantes les autres. Etant donné que dans une comparaison entre les cantons le nombre de cas est limité à 26, les variables explicatives choisies doivent être limitées à un petit nombre. Pour ce faire, l'on recourt à un procédé pas à pas prenant en considération tout d'abord la variable présentant la signification et le niveau explicatif les plus élevés, puis successivement celles qui donnent le plus fort accroissement de pouvoir explicatif.²⁹ Dans la méthode pas à pas proprement dite, les variables indépendantes sont introduites dans l'équation de régression ou éliminées sur la base du niveau de signification de leurs coefficients de corrélation partiels (Backhaus et al. 2000 : 59). Les variables mentionnées dans les estimations de régression

²⁸ OLS = ordinary least squares : méthode des moindres carrés ordinaires. Ce procédé consiste à déterminer la droite de régression qui minimise les écarts quadratiques des observations par rapport aux droites de régression des variables dépendantes (Wagschal 1999 : 213).

²⁹ Pour contrôler la robustesse des résultats, l'on a recouru à différentes méthodes pas à pas d'analyse de régression. Il s'est avéré que les estimations de régression ne conduisent pas à des résultats fondamentalement différents selon les méthodes (« backward », « forward », « stepwise ») utilisées pour le choix des variables indépendantes significatives.

qui suivent sont donc celles qui présentent le niveau de signification le plus élevé de toutes les grandeurs prises en considération. L'estimation de régression multivariée est également effectuée deux fois, c'est-à-dire en prenant en considération tous les cantons puis en exceptant Bâle-Ville ainsi que Genève. Les résultats figurent dans le Tableau 11.

Tableau 11 : Régressions multiples (méthode OLS) avec les besoins financiers nets moyens 1994-1999 par habitant comme variable dépendante

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Besoins financiers nets par habitant (log)</i>			
	<i>Tous les cantons (N = 26)³⁰</i>		<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>	
	<i>Modèle 1</i>	<i>Modèle 2</i>	<i>Modèle 3</i>	<i>Modèle 4</i>
Constante	-0.670 (-0.664)	0.021 (0.019)	2.584** (33.393)	1.788** (25.723)
<i>Degré de financement</i>	0.267* (2.474)	0.196* (1.839)		
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	0.350** (3.440)			
<i>Quote-part de l'Etat</i>	0.545** (4.816)	0.432** (3.434)		
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.350** (2.937)	0.260* (1.990)		
<i>Densité de médecins</i>		0.451** (3.522)	0.543** (2.997)	
<i>Taux de personnes âgées</i>				0.249* (2.468)
<i>Taux de chômage</i>				0.789** (7.807)
R ²	0.836	0.839	0.290	0.806
R ² ajusté	0.805	0.808	0.258	0.787

Significatif à : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (bilatéral). Figurent à la ligne supérieure les coefficients de régression standardisés (bêta) et à la ligne inférieure les valeurs de t. Les valeurs de tolérance ne sont dans aucun modèle inférieures à 0.450, ce qui exclut la colinéarité multiple. Les résidus de la corrélation ne montrent aucun signe d'hétéroscédasticité.

Si l'on prend en considération la totalité des cantons, ce sont le taux global de couverture sanitaire ou la densité de médecins (celle-ci faisant partie de celui-là), le niveau de financement dans le secteur hospitalier, la quote-part de l'Etat et le revenu cantonal qui se révèlent les variables les plus explicatives. Les deux modèles utilisant ces indicateurs sont bien ajustés aux données. Ils entraînent des coefficients de détermination très élevés, de

³⁰ Les modèles 1 et 2 diffèrent en ceci que dans le premier l'on n'a inclus dans l'analyse de régression que le taux global de couverture sanitaire parmi les variables relatives à la couverture médicale dans un canton, alors que dans le second, l'on a considéré les diverses composantes de cet indicateur.

plus de 80 %, la quote-part de l'Etat dans un cas et la densité de médecins dans l'autre présentant le niveau explicatif le plus élevé. Cette constatation étaye l'hypothèse selon laquelle les dépenses publiques de santé sont influencées aussi bien par des facteurs d'augmentation de coûts du côté de la demande (vieillesse de la population, taux de chômage) et de l'offre (taux de couverture sanitaire, densité de médecins) que par l'évolution générale de l'Etat et de l'économie.

Une autre conclusion importante résultant du Tableau 11 est que les caractéristiques structurelles des cantons de Bâle-Ville et de Genève fournissent des indications intéressantes au sujet des différences de coûts de la santé dans les cantons. L'on constate ainsi que les villes, comparées aux régions rurales, assument une fonction centrale marquée, qu'en raison de structures démographiques différentes elles présentent un tissu social concentré, une différenciation sociale plus forte et que, par suite, elles ne disposent pas seulement d'un secteur des services plus important mais ont également une perception accrue des problèmes sociaux. Tous ces facteurs influent dans une forte mesure aussi bien sur l'offre de biens et de services dans le domaine de la santé³¹ que sur leur demande (voir aussi la discussion du paragraphe 3.2.1).

Dans les centres urbains se pose en outre le problème fondamental des externalités spatiales (Schaltegger 2001 : 3 s.). Du fait que c'est là que se trouvent les hôpitaux universitaires, dont l'offre est hautement spécialisée, ils proposent des prestations dont les régions environnantes profitent aussi, sans toutefois y participer financièrement dans une mesure équitable. Lorsqu'il existe de tels transferts négatifs (spillovers), le principe de l'équivalence fiscale n'est pas respecté, ce qui constitue une charge financière supplémentaire pour les centres urbains. Au niveau cantonal, ces effets sont normalement peu visibles, car les externalités sont compensées par le fait que l'environnement rural des villes concernées appartient au même canton : c'est le cas dans les cantons de Zurich, Berne et Vaud. Dans ceux de Bâle-Ville et de Genève, au contraire, l'effet est apparent car d'autres cantons, voisins, peuvent profiter de l'offre de prestations médicales de pointe, et la charge supplémentaire se reflète ainsi directement sur les dépenses des cantons-villes concernés.

4.2.2 Evolution des dépenses publiques de santé

Pour l'analyse de l'évolution des dépenses de santé durant la période de référence, c'est la modification moyenne des coûts de 1994 à 1999 qui constitue la variable dépendante. Concernant les variables indépendantes, il se pose ici toutefois le problème de leur constance remarquable sur la période en question. Les données observées ne présentent des taux de changement significatifs que pour environ un tiers d'entre elles. C'est pourquoi l'on tiendra compte aussi du niveau des variables indépendantes, et non seulement de leur modification, pour expliquer l'évolution des coûts.

³¹ C'est dans les cinq grandes villes de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich qu'il existe des hôpitaux universitaires pratiquant une médecine de pointe aux coûts élevés.

a) Approche bivariée

Le Tableau 12 montre les relations bivariées entre la modification des besoins financiers nets par habitant et la modification de celles des variables indépendantes pour lesquelles une telle modification au cours de la période de référence peut être calculée. Or aucune de ces corrélations ne s'avère significative. C'est la relation positive entre l'accroissement du chômage et l'évolution croissante des dépenses dans le domaine de la santé publique qui est la plus marquée. L'augmentation de l'activité étatique générale présente également un lien positif faible avec l'évolution des dépenses. Il en va de même pour la modification de la pyramide des âges, alors que la corrélation faiblement négative avec la modification de la densité de lits donne à penser qu'une réduction de capacité dans le domaine des soins aigus ne se traduit pas par une diminution des coûts. Il paraît en revanche naturel de supposer qu'une réduction du nombre de lits s'effectue surtout dans les cantons où les dépenses de santé croissent plus fortement.

Tableau 12 : Relations bivariées (r de Pearson) entre la modification des besoins financiers nets par habitant et la modification de variables indépendantes (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification du besoins financiers nets par hab.</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>sans BS/GE (N = 24)</i>
Modification de :		
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.166	0.160
<i>Taux de chômage</i>	0.282	0.293
<i>Revenu par habitant¹</i>	0.076	0.189
<i>Densité de médecins</i>	-0.061	-0.055
<i>Densité de lits en hôpitaux pour soins aigus²</i>	-0.214	-0.201
<i>Proportion du secteur ambulatoire³</i>	0.163	0.103
<i>Concordance gouvernementale</i>	-0.014	-0.078
<i>Quote-part de l'Etat¹</i>	0.168	0.104

¹ Modification moyenne 1994-1998

² Modification moyenne 1994-1996

³ Modification moyenne 1996-1999

Contrairement à la modification des variables indépendantes, leur niveau fournit des résultats très explicatifs, comme on le voit dans le Tableau 12. Ce sont le taux global de couverture sanitaire et la proportion des cliniques spécialisées dans un canton qui présentent les corrélations négatives les plus fortes. C'est-à-dire que les dépenses publiques de santé croissent moins fortement dans les cantons ayant un taux de couverture sanitaire élevé et un système hospitalier hautement spécialisé que dans les cantons où cette offre est moins développée. Les relations généralement négatives entre le niveau des coûts et leur

évolution dénotent également l'effet de nivellement déjà évoqué au chapitre 2 : plus les coûts de la santé sont élevés dans un canton, moins ils augmentent.

La corrélation négative significative entre la proportion des cliniques spécialisées dans l'offre cantonale d'hospitalisation et l'accroissement des dépenses peut être expliquée surtout par la privatisation croissante du secteur hospitalier. La proportion des hôpitaux privés, non subventionnés par l'Etat, est presque deux fois plus élevée pour les cliniques spécialisées (47,2 %) que pour les hôpitaux pour soins aigus (27,2 %).³² Si, au cours de la période de référence, il y a eu des modifications dans la propriété, c'est-à-dire des privatisations de ces cliniques spécialisées ou un déplacement de la fourniture de prestations des hôpitaux généralistes vers les hôpitaux spécialisés entraînant ainsi un allègement pour l'Etat, il en découle, au vu des données étudiées, un effet modérateur des coûts dans le secteur des dépenses publiques.

La corrélation entre le taux global de couverture sanitaire et l'évolution des dépenses est également négative. Plus ce taux est élevé, moins les dépenses publiques pour la santé croissent. Cela signifie que les cantons qui ont déjà un taux global de couverture sanitaire élevé enregistrent une hausse des dépenses plus faible que ceux où l'offre de prestations est plus modeste. En exceptant les cantons-villes de l'observation bivariée, on observe que le degré de financement constitue encore un autre facteur d'accroissement des coûts : dans les cantons qui supportent une part plus élevée des coûts du secteur hospitalier, les dépenses publiques de santé ont tendance à croître plus fortement que dans ceux où les assureurs-maladie participent plus fortement à la couverture de ces coûts.

La demande exerce sur la dynamique des besoins financiers nets de l'Etat une influence plutôt faible par rapport à celle qu'elle a sur le niveau de ces coûts. Du côté de l'offre également, la plupart des grandeurs examinées présentent une corrélation négative plutôt faible avec l'évolution des dépenses publiques, ce qui peut à nouveau être considéré comme l'indication que les cantons disposant d'une offre de soins médicaux bien développée et dense enregistrent une augmentation des dépenses plus faible. Des corrélations négatives faibles avec l'évolution des coûts s'observent également pour la grandeur moyenne des hôpitaux et pour l'offre Spitex. Dans le premier cas, l'explication peut être trouvée dans l'effet de nivellement dont il est question plus haut; le second cas signale un certain effet réducteur de coûts des prestations Spitex qui, selon les résultats figurant dans le Tableau 10, se manifeste toutefois principalement dans les cantons ayant déjà un niveau de dépenses élevé.

³² Ces données se rapportent à l'année 1998 et ont été mises à disposition par Madame Muriel Golay, Section de la santé de l'OFS.

Tableau 13 : Relations bivariées (r de Pearson) entre la modification des dépenses publiques de santé et le niveau des variables indépendantes (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification des besoins financiers nets, par hab.</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>
Niveau des coûts 1994-1999 :		
<i>Etat</i>	-0.212	-0.126
<i>Assurance-maladie</i>	-0.105	0.020
Facteurs influant sur la demande :		
<i>Taux d'hospitalisation</i>	0.046	0.109
<i>Taux de personnes âgées</i>	-0.069	0.007
<i>Taux d'urbanisation</i>	-0.147	-0.072
<i>Taux de chômage</i>	-0.117	-0.066
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.057	0.160
<i>Réseaux sociaux</i>	-0.015	-0.076
<i>Langue/Région culturelle</i>	0.039	0.004
Facteurs influant sur l'offre :		
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	-0.368 ⁺	-0.337
<i>Densité de médecins</i>	-0.179	-0.064
<i>Proportion de médecins spécialistes</i>	-0.169	-0.068
<i>Degré de prise en charge dans les hôp.¹</i>	-0.235	-0.177
<i>Densité de lits hôp. pour soins aigus</i>	-0.218	-0.194
<i>Densité de lits EMS, etc.</i>	0.014	-0.017
<i>Densité de lits psychiatrie</i>	-0.140	-0.107
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	-0.532 ^{**}	-0.523 ^{**}
<i>Taille moyenne des hôpitaux</i>	-0.239	-0.171
<i>Proportion du secteur ambulatoire</i>	-0.083	-0.040
<i>Rapports lits pour soins aigus / lits pour soins de longue durée</i>	-0.104	-0.043
<i>Offre Spitex</i>	-0.230	-0.181
Facteurs politiques :		
<i>Degré de financement</i>	0.119	0.364 ⁺
<i>Démocratie directe</i>	0.084	0.044
<i>Référendum financier</i>	0.081	0.004
<i>Recours à la démocratie directe</i>	-0.047	-0.053
<i>Utilisation du référendum financier</i>	-0.174	-0.162
<i>Concordance gouvernementale</i>	0.270	0.216
<i>Quote-part de l'Etat</i>	-0.109	-0.034
<i>Volonté de changement</i>	0.064	0.088
<i>Poids des syndicats</i>	0.198	0.244
<i>Poids des partis de gauche</i>	0.099	0.142

Significatif à : ⁺ p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral)¹ Mesure de la corrélation : rho (ρ) de Spearman

L'influence des facteurs politico-institutionnels sur l'évolution des dépenses publiques de santé paraît également faible à la lumière des données observées. Le lien, certes faible mais négatif de façon stable, entre le recours au référendum financier et l'augmentation des dépenses tend à démontrer un effet disciplinant de cet instrument, alors qu'au contraire une forte concordance gouvernementale et des groupes d'intérêts forts tendent à présenter une corrélation positive avec l'évolution des dépenses. Vu que les corrélations ne sont en général pas significatives, ces interprétations doivent cependant être accueillies avec réserve.

b) Analyses multivariées

Le pouvoir explicatif des différents paramètres examinés sur l'évolution des dépenses publiques dans le secteur de la santé est mesuré ici encore à l'aide de modèles de régression multivariés. Pour ce qui est des variables indépendantes, on considère d'une part leur niveau moyen, d'autre part leur modification lorsque celle-ci est connue. Le Tableau 14 donne les résultats de ces modèles.

La proportion des cliniques spécialisées et la modification moyenne du chômage sont les seules variables significatives qui peuvent livrer une contribution autonome à l'explication des modifications des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Un modèle fondé sur ces deux grandeurs explique à peu près la moitié de la variance observée. Lorsqu'il est fait abstraction des deux cantons-villes, le modèle demeure stable. L'on peut en déduire que la croissance des dépenses des cantons et des communes pour la santé comprend d'une part une composante dépendant de la demande et de la conjoncture mais qu'elle est d'autre part influencée aussi par le développement et le degré de spécialisation de l'offre de prestations hospitalières. Les besoins financiers nets de l'Etat présentent une tendance à la hausse pour les cantons dans lesquels le chômage croît et dont le paysage hospitalier ne comprend qu'une faible proportion de cliniques spécialisées.

On constate ici les effets incitateurs de coûts d'un chômage élevé et des problèmes qui en découlent. Cette relation est d'autant plus étroite que non seulement le chômage conduit à un risque accru de maladie, mais qu'à l'inverse, les couches de la population qui exercent des professions pouvant porter atteinte à la santé sont aussi exposées à un risque de chômage plus grand.

Tableau 14 : Régressions multiples (méthode OLS) avec la modification moyenne des besoins financiers nets 1994-1999 comme variable dépendante. N = 26

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification des besoins financiers nets</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>
Constante	16.161** (5.251)	16.746** (5.209)
<i>Modification du chômage</i>	0.461** (2.950)	0.487** (2.993)
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	-0.657** (-4.207)	-0.665** (-4.086)
R ²	0.480	0.491
R ² ajusté	0.435	0.442

Significatif à : ** $p < 0.01$ (bilatéral). Figurent à la ligne supérieure les coefficients de régression standardisés (bêta) et à la ligne inférieure les valeurs de t. Le d de Durbin-Watson vaut 1.871 (tous les cantons) et 1.818 (sans BS et GE), ce qui permet d'exclure les autocorrélations.

4.3 Signification des dimensions géographique et culturelle

Avant d'analyser les différences intercantionales des coûts de l'assurance-maladie, il convient d'examiner la signification des différences structurelles entre la ville et la campagne ainsi qu'entre les parties germanophone et latine du pays. Ces différences se répercutent aussi sur le niveau des primes de l'assurance-maladie obligatoire de base pour les soins (OFAS 2000a: 20). Les corrélations simples des différentes variables indépendantes avec le taux d'urbanisation d'une part, avec la proportion des germanophones dans la population du canton d'autre part, doivent permettre de reconnaître quelles sont les différences entre cantons du côté de l'offre et de la demande, ainsi que sur le plan politico-institutionnel, qui se cachent derrière ces deux dimensions. Au vu des résultats figurant dans le Tableau 15, l'on constate que les cantons-villes présentent, par rapport aux cantons ruraux, un chômage plus important, un revenu par habitant plus élevé, une plus forte densité de médecins, une offre médicale plus spécialisée, une plus forte densité du réseau des pharmacies, et aussi que ces cantons disposent d'hôpitaux plus grands et plus développés, ont tendance à limiter la fourniture de médicaments par les médecins, prévoient le référendum financier dans une plus faible mesure, montrent une concordance gouvernementale plus restreinte et ont des partis de gauche plus forts.

Tableau 15 : Relations bivariées (r de Pearson) entre les dimensions linguistico-culturelle et ville-campagne et les variables indépendantes (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Taux d'urbanisation</i>		<i>Proportion de germanophones</i>	
	<i>Tous les cantons</i>	<i>Sans BS/GE</i>	<i>Tous les cantons</i>	<i>Sans BS/GE</i>
Facteurs influant sur la demande :				
<i>Taux d'hospitalisation</i>	0.289	0.240	-0.498**	-0.750**
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.309	0.173	-0.176	-0.316
<i>Taux d'urbanisation</i>	-	-	0.261	-0.196
<i>Taux de chômage</i>	0.607**	0.552**	-0.854**	-0.844**
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.513**	0.390	0.261	0.370
<i>Réseaux sociaux</i>	-0.300	-0.178	0.757**	0.799**
<i>Langue/Région culturelle</i>	0.261	-0.196	-	-
Facteurs influant sur l'offre :				
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	0.749**	0.684**	-0.269	-0.285
<i>Densité de médecins</i>	0.781**	0.757**	-0.419*	-0.494*
<i>Proportion de médecins spécialistes</i>	0.832**	0.784**	-0.475*	-0.493*
<i>Degré de prise en charge dans les hôp.¹</i>	0.686**	0.611**	-0.614**	-0.595**
<i>Densité de lits en hôp. pour soins aigus</i>	0.154	0.058	-0.310	-0.425*
<i>Densité de lits en EMS, etc.</i>	-0.227	-0.176	0.586**	0.512*
<i>Densité de lits en psychiatrie</i>	0.639**	0.629*	-0.079	-0.033
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	0.276	0.250	-0.063	-0.061
<i>Taille moyenne des hôpitaux</i>	0.496**	0.307	0.096	0.296
<i>Propharmacie</i>	-0.541**	-0.451*	0.822**	0.849**
<i>Densité de pharmacies</i>	0.546**	0.439*	-0.843**	-0.870**
<i>Part du secteur ambulatoire</i>	0.059	0.183	0.269	0.525**
<i>Rapport lits pour soins aigus / lits pour soins de longue durée</i>	0.287	0.145	-0.458*	-0.518*
<i>Offre Spitex</i>	0.094	-0.093	-0.369	-0.354
Facteurs politiques :				
<i>Degré de financement</i>	0.189	-0.243	-0.185	0.084
<i>Démocratie directe</i>	-0.386	-0.320	0.840**	0.813**
<i>Référendum financier</i>	-0.667**	-0.581**	0.223	0.084
<i>Recours à la démocratie directe</i>	0.183	0.224	0.504**	0.553**
<i>Utilisation du référendum financier</i>	0.065	0.029	0.477**	0.521**
<i>Concordance gouvernementale</i>	-0.685**	-0.572**	0.167	-0.056
<i>Quote-part de l'Etat</i>	-0.039	-0.323	-0.578**	-0.576**
<i>Volonté de changement</i>	0.159	0.122	0.047	0.178
<i>Poids des syndicats</i>	0.314	0.259	-0.527**	-0.584**
<i>Poids des partis de gauche</i>	0.652**	0.666**	-0.254	-0.310

Significatif à : * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral)

¹ Mesure de la corrélation : rho (ρ) de Spearman

Par contre, une proportion élevée de germanophones dans la population d'un canton s'avère être une variable auxiliaire influente, favorisant un taux d'hospitalisation plus bas, un chômage plus faible, des réseaux sociaux plus denses, une offre de prestations plus réduite et moins spécialisée dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, un plus grand nombre de lits dans les institutions de médecine sociale, une densité de pharmacies moindre, une fourniture de médicaments par les médecins (= propharmacie) plus importante, une proportion de lits pour soins aigus plus faible, des institutions de démocratie directe utilisées plus fréquemment, une quote-part de l'Etat plus faible et un degré d'organisation syndicale moins grand.

4.4 Analyse des coûts de l'assurance-maladie

4.4.1 Niveau des coûts de l'assurance-maladie

a) Approche bivariée

Dans le domaine des coûts de l'assurance-maladie, les hypothèses posées au départ se voient généralement mieux confirmées que dans celui des dépenses publiques. Les résultats s'avèrent en outre plus robustes par rapport à l'influence des deux cantons-villes (Tableau 16). Les signes des relations sont les mêmes, sous réserve d'un petit nombre d'exceptions non significatives, que dans l'analyse des dépenses publiques pour la santé. Des relations de sens contraire à celui qui avait été postulé par hypothèse apparaissent uniquement pour la densité d'institutions médico-sociales, pour l'offre Spitex et pour la volonté de changement dans les cantons. L'un des rares paramètres à varier selon la prise en compte ou non des cantons-villes est celui de la taille moyenne des hôpitaux.

Les variables présentant les plus fortes corrélations avec les coûts bruts par mois d'assurance sont le chômage, les réseaux sociaux, la langue, la densité de médecins, le degré de prise en charge dans les hôpitaux et la fourniture de médicaments par les médecins. En d'autres termes : les coûts de l'assurance-maladie dans les cantons sont d'autant plus élevés que le chômage est plus important, les liens sociaux plus ténus, le nombre de germanophones vivant dans le canton plus faible, la densité de médecins ainsi que le niveau de couverture hospitalière plus importants et la proportion de médecins dispensant eux-mêmes les médicaments plus restreinte.

Tableau 16 : Relations bivariées (r de Pearson) entre les coûts de l'assurance-maladie et les variables indépendantes considérées dans les hypothèses (moyennes 1994-1999)

Variables indépendantes	Coûts bruts par mois d'assurance (log)	
	Tous les cantons (N = 26)	Sans BS/GE (N = 24)
Facteurs influant sur la demande :		
<i>Taux d'hospitalisation</i>	0.604**	0.706**
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.537**	0.491*
<i>Taux d'urbanisation</i>	0.702**	0.590**
<i>Taux de chômage</i>	0.842**	0.866**
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.194	-0.104
<i>Réseaux sociaux</i>	-0.699**	-0.676**
<i>Langue/Région culturelle</i>	-0.703**	-0.769**
Facteurs influant sur l'offre :		
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	0.650**	0.504*
<i>Densité de médecins</i>	0.848**	0.768**
<i>Proportion de médecins spécialistes</i>	0.807**	0.679**
<i>Degré de prise en charge dans les hôp. ¹</i>	0.747**	0.689**
<i>Densité de lits en hôp. pour soins aigus</i>	0.287	0.218
<i>Densité de lits en EMS, etc.</i>	-0.358+	-0.329
<i>Densité de lits en psychiatrie</i>	0.323	0.253
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	0.112	0.049
<i>Taille moyenne des hôpitaux</i>	0.334+	-0.028
<i>Propharmacie</i>	-0.771**	-0.770**
<i>Densité de pharmacies</i>	0.806**	0.771**
<i>Part du secteur ambulatoire</i>	-0.029	-0.300
<i>Rapport lits pour soins aigus / lits pour soins de longue durée</i>	0.512**	0.414*
<i>Offre Spitex</i>	0.478*	0.356+
Facteurs politiques :		
<i>Degré de financement</i>	0.341+	-0.164
<i>Démocratie directe</i>	-0.619**	-0.659**
<i>Référendum financier</i>	-0.553**	-0.404*
<i>Recours à la démocratie directe</i>	-0.135	-0.150
<i>Utilisation du référendum financier</i>	-0.136	-0.236
<i>Concordance gouvernementale</i>	-0.608**	-0.304
<i>Quote-part de l'Etat</i>	0.522**	0.332
<i>Volonté de changement</i>	0.100	0.026
<i>Poids des syndicats</i>	0.597**	0.627**
<i>Poids des partis de gauche</i>	0.607**	0.654**

Significatif à : + p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral)

¹ Mesure de la corrélation : rho (ρ) de Spearman

Parmi les hypothèses relatives à la demande, la seule qui ne s'est pas confirmée est celle de coûts supérieurs dans les cantons où le revenu est plus élevé. Toutes les autres variables de ce groupe présentent avec les coûts de l'assurance-maladie des coefficients de corrélation très marqués, qui, dans une large mesure, demeurent stables lorsque l'on fait abstraction des deux cantons-villes. Ce résultat confirme l'hypothèse selon laquelle les coûts de l'assurance-maladie sont déterminés par le recours aux prestations médicales plus fortement que ne le sont les dépenses publiques de santé. Les dimensions linguistico-culturelle et ville-campagne sont toutes deux fortement en rapport avec le niveau des coûts. Enfin, ce qui est frappant, c'est la corrélation positive très significative entre le taux de chômage et les coûts de l'assurance-maladie.

Du côté de l'offre, des relations semblables à celles rencontrées pour les besoins financiers nets de l'Etat apparaissent. Alors que la densité de médecins et celle de pharmacies ont le pouvoir explicatif bivarié le plus élevé³³, les structures de l'offre du secteur hospitalier ont comparativement une incidence moins forte sur les coûts de l'assurance-maladie. Une exception importante est constituée toutefois par le taux de couverture hospitalière, qui s'avère avoir des effets sur ces coûts beaucoup plus forts que sur la participation de l'Etat. Ce résultat indique que les caisses-maladie ressentent plus directement que les cantons et les communes le niveau élevé des prix et des tarifs découlant d'un taux élevé de couverture sanitaire. Les cantons et les communes doivent non seulement couvrir les coûts des sinistres, mais aussi les frais d'exploitation et d'investissement des hôpitaux, qui dépendent moins fortement du taux de couverture sanitaire et du recours effectif aux prestations médicales.

L'hypothèse selon laquelle la réglementation de la distribution de médicaments influe sur les coûts totaux pour la santé est également confirmée. L'effet réducteur des coûts de la dispensation par les médecins est statistiquement significatif et indépendant de l'influence des cantons-villes. A l'opposé, une forte densité du réseau des pharmacies se révèle un facteur important de hausse des coûts.³⁴ Si l'on admet que ce paramètre donne une indication sur la consommation de médicaments dans un canton, à savoir que l'on vend aussi plus de médicaments dans les cantons ayant une forte densité de pharmacies, les différences dans la consommation de médicaments seront l'une des causes centrales des différences de coûts entre les cantons. L'on constate en outre ici des différences significatives entre les régions linguistiques.³⁵

Le rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et pour soins de longue durée et l'offre Spitex ont également des liens positifs avec le niveau des coûts. Une considération bivariée confirme donc l'hypothèse selon laquelle une offre de lits pour soins dans les établissements de santé non hospitaliers faible par rapport au domaine des soins aigus entraîne des coûts élevés. Cependant, contrairement à l'hypothèse proposée, une offre Spitex plus importante va plutôt de pair avec un niveau de coûts élevé. Cette situation doit

³³ Avec 0.661, les deux variables ont une très forte corrélation entre elles.

³⁴ Il existe une corrélation bivariée extrêmement forte (-0.898) entre ces deux variables.

³⁵ Dans l'Enquête suisse sur la santé également, l'on constate qu'en Suisse alémanique la prise de médicaments est sensiblement plus rare que dans les régions latines. Cette situation est expliquée par des pratiques différentes en matière de prescription de médicaments (OFS 2000b : 40).

être interprétée comme dans le cas des dépenses publiques. Reste pour le moment ouverte la question de savoir si les prestations de soins à la charge des caisses-maladie contribuent à soulager d'autres secteurs et ainsi à freiner l'évolution des coûts ou si elles interviennent en complément des autres types de soins, augmentant ainsi le volume global des prestations.

L'on est frappé par les valeurs relativement élevées, même si elles ne sont pas significatives, observées pour la densité des établissements non hospitaliers, qui aurait un effet réducteur sur les coûts. L'élargissement du catalogue des prestations obligatoires, qui, depuis la révision de la LAMal de 1996, comprend également la prise en charge des soins dispensés dans les établissements médico-sociaux, ayant entraîné une hausse sensible des primes (Greppi et al. 1998 : 21), l'on s'étonne de la corrélation négative constatée entre l'offre de places pour soins et les coûts de l'assurance-maladie. Une explication pourrait être cherchée en rapport avec l'hypothèse confirmée concernant le rapport entre nombre de lits pour soins aigus et pour soins de longue durée, selon laquelle une forte densité de lits dans les établissements non hospitaliers soulage le secteur des soins aigus dans les hôpitaux et maintient les coûts de l'assurance-maladie à un niveau peu élevé.

Aussi bien l'existence d'instruments de démocratie directe que le poids des syndicats et des partis de gauche s'avèrent être des paramètres politiques tout à fait significatifs, alors qu'ici encore, une influence de la volonté de changement n'apparaît pas. Par contre, comme dans le cas des besoins financiers, le caractère significatif de la concordance gouvernementale disparaît dès que les cantons-villes ne sont plus compris dans l'analyse. Ce résultat peut s'expliquer dans une large mesure par les dimensions linguistico-culturelle et ville-campagne. Ainsi que cela a déjà été constaté, de fortes différences entre les cantons apparaissent sur ces deux axes, principalement du point de vue politico-institutionnel (cf. Tableau 15). Etant donné qu'aussi bien le taux d'urbanisation que la proportion de germanophones dans la population d'un canton ont une très forte corrélation avec les coûts de l'assurance-maladie, les différences politico-institutionnelles, qui sont également liées à ces deux dimensions, se font remarquer plus fortement et masquent les influences plus faibles des différences culturelles et ville-campagne. Pour ces corrélations, les facteurs politiques sont donc des caractéristiques plutôt concomitantes qu'interdépendantes.

b) Analyses multivariées

Comme le montre le Tableau 17, les différences intercantionales des coûts de l'assurance s'expliquent le mieux par des indicateurs fondamentaux des structures de l'offre et de la demande, la densité de médecins y occupant une place centrale. Ce résultat souligne l'importance de la demande et fait ressortir l'influence comparativement faible des facteurs politico-institutionnels sur les différences de coûts dans l'assurance-maladie.

Le modèle 1 confirme les hypothèses selon lesquelles une forte proportion de personnes plus âgées, une forte urbanisation et un chômage supérieur à la moyenne entraînent des coûts élevés pour l'assurance-maladie. Ceux-ci découlent donc principalement du recours aux services de santé et moins de leur offre de couverture en soins ou de caractéristiques de l'activité de l'Etat. Le vieillissement de la population et la situation en matière de revenus

s'avèrent être des facteurs prépondérants du côté de la demande. L'influence centrale du contraste ville-campagne a déjà été confirmée plusieurs fois. Afin de découvrir les différences qui se cachent derrière cette dimension, l'on a cherché, à l'aide des modèles 2 et 3, des facteurs explicatifs supplémentaires des différences de coûts dans l'assurance-maladie.

Dans les analyses multivariées, près de 90 % des différences de coûts entre cantons peuvent s'expliquer à l'aide des trois grandeurs 'Chômage', 'Réseaux sociaux' et 'Densité de médecins'. Le niveau de précision presque aussi élevé du modèle 3, qui ne comprend que la densité de médecins et la proportion d'habitants germanophones des cantons, montre que la dimension linguistique comporte des aspects socio-économiques et socio-culturels importants. Ces observations confirment non seulement l'influence prédominante du revenu sur le recours aux prestations du domaine de la santé, mais aussi l'incidence multiple des réseaux sociaux sur le comportement en matière de santé et la demande de prestations médicales qui en découle. Il apparaît ainsi que l'intégration sociale – elle-même fortement dépendante de la vie professionnelle – tend à favoriser la santé et à réduire les coûts.

Tableau 17 : Régressions multiples (méthode OLS) avec les coûts bruts de l'assurance-maladie (moyenne 1994-1999) comme variable dépendante

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Assurance-maladie</i>		
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>		
	<i>Modèle 1</i>	<i>Modèle 2</i>	<i>Modèle 3</i>
Constante	1.741** (27.741)	1.910** (73.005)	2.027** (60.025)
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.301** (3.413)		
<i>Taux d'urbanisation</i>	0.233* (2.177)		
<i>Taux de chômage</i>	0.621** (5.886)	0.391** (3.656)	
<i>Réseaux sociaux</i>		-0.203* (-2.171)	
<i>Densité de médecins</i>		0.493** (5.231)	0.671** (7.965)
<i>Proportion de germanophones</i>			-0.421** (-4.999)
R ²	0.847	0.889	0.865
R ² ajusté	0.826	0.874	0.854

Significatif à : + p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral). Figurent à la ligne supérieure les coefficients de régression standardisés (bêta) et à la ligne inférieure les valeurs de t. Les valeurs de tolérance ne sont dans aucun modèle inférieures 0.5. Dans le modèle 1, le d de Durbin-Watson se situe tout juste dans le domaine d'incertitude; pour les modèles 2 et 3, une autocorrélation peut être exclue.

4.4.2 Evolution des coûts de l'assurance-maladie

a) Approche bivariée

Ainsi que cela a déjà été montré au paragraphe 2.2, les coûts de l'assurance-maladie sont en hausse dans tous les cantons. Seule la mesure des hausses varie. Pour expliquer les différences, l'on a calculé tout d'abord les corrélations bivariées de ces hausses de coûts avec la *modification* des différentes variables indépendantes (Tableau 18), puis avec le *niveau* de celles-ci (Tableau 19).

Les résultats empiriques les plus importants sont les suivants. Les paramètres présentant les liens les plus forts avec la croissance des coûts de l'assurance-maladie sont la proportion de cliniques spécialisées dans un canton, l'évolution du secteur ambulatoire ainsi que l'importance de la concordance gouvernementale. Un effet positif, quoique moins significatif (seuil de 10 %), découle aussi d'une augmentation de la participation de l'Etat. Autrement dit, les coûts de l'assurance-maladie croissent d'autant plus vite que la proportion de cliniques spécialisées est forte, que la part des prestations dans le secteur ambulatoire est élevée, que l'électorat des partis gouvernementaux est faible et que la quote-part de l'Etat augmente.

Tableau 18 : Relations bivariées (r de Pearson) entre la modification des coûts de l'assurance-maladie et la modification de variables indépendantes (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification des coûts de l'assurance-maladie</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>
Modification de :		
<i>Taux de personnes âgées</i>	-0.080	-0.081
<i>Taux de chômage</i>	0.305	0.352 ⁺
<i>Revenu par habitant</i> ¹	-0.282	-0.289
<i>Densité de médecins</i>	-0.089	-0.083
<i>Densité de lits en hôpitaux pour soins aigus</i> ²	0.117	0.131
<i>Propharmacie</i> ³	0.121	0.104
<i>Proportion du secteur ambulatoire</i> ³	-0.312	-0.407 [*]
<i>Concordance gouvernementale</i>	0.059	0.048
<i>Quote-part de l'Etat</i> ¹	0.376 ⁺	0.364 ⁺

Significatif à : ⁺ p < 0.1, ^{*} p < 0.05

¹ Modification moyenne 1994-1998

² Modification moyenne 1994-1996

³ Modification moyenne 1996-1999

L'on constate, dans le domaine de l'assurance-maladie également, une certaine tendance à l'égalisation des différences de coûts. L'évolution de ceux-ci est dans un rapport négatif avec leur niveau, c'est-à-dire que les cantons où les coûts sont relativement bas enregistrent généralement une augmentation plus forte que ceux où ce niveau est élevé. Une augmentation plus élevée des coûts présente en outre de faibles corrélations avec un revenu par habitant en baisse, des réseaux sociaux forts et une proportion plus forte de germanophones dans la population du canton.

Le degré de privatisation plus élevé pour les cliniques spécialisées que pour les hôpitaux généraux pour soins aigus (voir ci-dessus) a pour conséquence que la part de l'assurance-maladie au financement des cliniques spécialisées est nettement supérieure à ce qu'elle est pour les hôpitaux pour soins aigus. De forts transferts de coûts à la charge de l'assurance-maladie ont ainsi lieu en cas de privatisations ou d'accroissement du recours aux hôpitaux privés par rapport aux fournisseurs de prestations bénéficiant de subventions publiques. Les résultats ci-après étayent l'existence d'une telle évolution : plus la proportion de cliniques spécialisées est importante dans le paysage hospitalier d'un canton, plus l'accroissement des dépenses de l'Etat est faible et plus les coûts de l'assurance-maladie augmentent. Pour savoir si cette observation est effectivement due à la privatisation d'institutions hospitalières, des recherches plus approfondies seraient nécessaires.

Si l'on considère les données d'évolution, l'on constate qu'un déplacement croissant du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire exerce une influence réductrice sur les coûts. Dans les cantons où un tel déplacement se produit, la croissance des coûts dans l'assurance-maladie est moins forte – quand bien même les assureurs doivent prendre en charge l'intégralité des coûts des traitements ambulatoires alors que l'Etat participe aux coûts du secteur hospitalier. Du côté de l'offre de prestations médicales, les faibles corrélations de l'évolution des coûts avec la densité de lits en psychiatrie et avec le rapport entre lits pour soins aigus et pour soins de longue durée sont également frappantes. Ce que l'on constate, c'est que les coûts de l'assurance-maladie ont tendance à croître plus fortement dans les cantons qui ont une offre étendue en psychiatrie et une offre élevée de lits dans les institutions médico-sociales par rapport au secteur des soins aigus.

Tableau 19 : Relations bivariées (r de Pearson) entre la modification des coûts de l'assurance-maladie et le niveau des variables indépendantes (moyennes 1994-1999)

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification des coûts de l'assurance-maladie</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE (N = 24)</i>
Niveau des coûts 1994-1999 :		
<i>Etat</i>	-0.214	-0.121
<i>Assurance-maladie</i>	-0.252	-0.173
Facteurs influant sur la demande :		
<i>Taux d'hospitalisation</i>	-0.234	-0.311
<i>Taux de personnes âgées</i>	0.060	0.087
<i>Taux d'urbanisation</i>	-0.074	0.188
<i>Taux de chômage</i>	-0.233	-0.161
<i>Revenu par habitant (log)</i>	0.017	0.085
<i>Réseaux sociaux</i>	0.327	0.298
<i>Langue/Région culturelle</i>	0.363 ⁺	0.312
Facteurs influant sur l'offre :		
<i>Taux global de couverture sanitaire</i>	0.170	0.303
<i>Densité de médecins</i>	-0.158	-0.044
<i>Proportion de médecins spécialistes</i>	-0.113	-0.008
<i>Degré de prise en charge dans les hôp.¹</i>	0.057	0.135
<i>Densité de lits en hôp. pour soins aigus</i>	0.044	0.045
<i>Densité de lits en EMS, etc.</i>	0.157	0.082
<i>Densité de lits en psychiatrie</i>	0.274	0.329
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	0.497 ^{**}	0.529 ^{**}
<i>Taille moyenne des hôpitaux</i>	0.136	0.306
<i>Propharmacie</i>	0.164	0.104
<i>Proportion du secteur ambulatoire</i>	-0.176	-0.088
<i>Rapports lits pour soins aigus / lits pour soins de longue durée</i>	-0.305	-0.301
<i>Offre Spitex</i>	0.139	0.218
Facteurs politiques :		
<i>Degré de financement</i>	-0.115	0.078
<i>Démocratie directe</i>	0.291	0.226
<i>Référendum financier</i>	0.156	0.088
<i>Recours à la démocratie directe</i>	0.225	0.233
<i>Concordance gouvernementale</i>	-0.275	-0.656 ^{**}
<i>Quote-part de l'Etat</i>	-0.229	-0.168
<i>Volonté de changement</i>	-0.012	0.051
<i>Poids des syndicats</i>	0.086	0.108
<i>Poids des partis de gauche</i>	0.119	0.134

Significatif à : ⁺ p < 0.1; * p < 0.05; ** p < 0.01 (bilatéral)¹ Mesure de la corrélation : rho (ρ) de Spearman

Parmi les facteurs relatifs à la demande, l'on constate des corrélations relativement fortes entre l'évolution des coûts et celle du chômage d'une part, la proportion de germanophones d'autre part. Cette influence d'un accroissement du chômage sur l'augmentation des coûts avait déjà été constatée dans le cas des dépenses publiques pour la santé. En outre, les coûts des assureurs-maladie ont tendance à augmenter plus fortement dans les cantons germanophones, ce qui explique également le faible coefficient de corrélation négatif du taux d'hospitalisation, qui dépend fortement de la proportion de germanophones (cf. Tableau 15). Cette interprétation se recouvre avec la constatation que la croissance des coûts dans les cantons où ceux-ci ont déjà un niveau élevé – les cantons latins – tend à être plus faible qu'en Suisse alémanique.

La corrélation avec les dimensions linguistico-culturelle et géographique se remarquent également pour quelques facteurs politico-institutionnels. L'indicateur de la concordance gouvernementale n'est pas seulement l'expression d'une certaine forme de règlement des conflits, mais traduit aussi un type déterminé de modèle socio-structurel des cantons. C'est ainsi que la concordance gouvernementale est particulièrement marquée dans les cantons ruraux, petits, avec des gouvernements à majorité bourgeoise comme les deux Appenzell, Uri, Obwald et Nidwald, alors que c'est moins le cas pour les cantons latins et les cantons fortement urbanisés. Les cantons du premier type disposent de systèmes de santé plutôt modestes, qui présentent également une croissance plus faible des coûts (voir chapitre 2).

b) Analyses multivariées

Le Tableau 20 contient les résultats d'une régression multivariée destinée à analyser les facteurs influant sur l'augmentation des coûts bruts par mois d'assurance. Selon le premier modèle, qui englobe tous les cantons, la proportion de cliniques spécialisées et celle des germanophones se révèlent les facteurs les plus adéquats pour expliquer l'évolution des coûts de l'assurance-maladie. En effet, ces coûts augmentent particulièrement dans les cantons germanophones et dans les cantons qui disposent d'un secteur hospitalier présentant des niveaux élevés de spécialisation et de privatisation. Les tendances déjà évoquées à un déplacement des coûts de l'Etat vers l'assurance-maladie se trouvent ainsi confirmées en ce qui concerne les cliniques spécialisées.

Tableau 20 : Régressions multiples (méthode OLS) avec la modification moyenne 1994-1999 des coûts bruts de l'assurance-maladie comme variable dépendante

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modification des coûts de l'assurance-maladie</i>	
	<i>Tous les cantons (N = 26)</i>	<i>Sans BS/GE</i>
Constante	4.202** (7.060)	17.373** (6.359)
<i>Proportion de germanophones</i>	0.396* (2.452)	
<i>Proportion de cliniques spécialisées</i>	0.522** (3.230)	0.345* (2.438)
<i>Taux d'hospitalisation</i>		-0.309* (-2.304)
<i>Concordance gouvernementale</i>		-0.551** (-3.894)
R ²	0.403	0.640
R ² ajusté	0.351	0.586

Significatif à : + $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (bilatéral). Figurent à la ligne supérieure les coefficients de régression standardisés (Bêta) et à la ligne inférieure les valeurs de t. Les valeurs de tolérance sont supérieures à 0.9. D'après le d de Durbin-Watson, il n'y a autocorrélation dans aucun des modèles. Les résidus de la corrélation ne montrent aucun signe d'hétéroscédasticité.

Si l'on excepte les cantons-villes, l'on se trouve en présence d'un modèle atteignant 60 % de variance expliquée pour les différences de coûts entre les cantons. L'accroissement des coûts bruts par mois d'assurance s'avère dépendre de la concordance gouvernementale, de la proportion de cliniques spécialisées et du taux d'hospitalisation. Les particularités des petits cantons ruraux – forte concordance gouvernementale, faible taux d'hospitalisation et faible proportion de cliniques spécialisées – sont donc des facteurs qui tendent à freiner l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie.

5 SYNTHÈSE

La présente étude a pour ambition de répondre aux trois questions suivantes :

- Quelles sont, à la lumière des données statistiques, les causes expliquant les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie ?
- Quels sont les principaux facteurs de réduction ou d'augmentation des coûts permettant de comprendre ces différences, telles qu'elles se sont manifestées au cours des années 90 ?
- Quelles conclusions d'ordre pratique peut-on tirer dans la perspective de l'évolution future et quelles recommandations peut-on formuler pour la LAMal et pour les politiques de santé communales ou cantonales ?

La présente synthèse vise à fournir une vue d'ensemble des résultats empiriques les plus parlants et à en tirer des conclusions concrètes applicables au niveau politique.

5.1 Les différences de coûts entre les cantons dans les domaines de la santé et de l'assurance-maladie

En matière de coûts de la santé, on continue d'observer durant la seconde moitié des années 90 des disparités considérables d'un canton à l'autre, écarts qui tendent cependant à se combler quelque peu. Ces différences ressortent d'une comparaison entre les dépenses publiques de santé assumées par les cantons ayant les charges les plus élevées et celles des cantons ayant les charges les plus basses. Ainsi, les besoins financiers nets par habitant des cantons de Bâle-Ville et de Genève ne sont pas moins de quatre fois supérieurs à ceux des cantons de Lucerne, Schwytz, Appenzell Rh.-Int. et Thurgovie. Quant aux cantons d'Obwald, de Glaris, de Schaffhouse, des Grisons, du Tessin, de Vaud et du Jura, ils se situent pour ainsi dire tous au-dessus de la moyenne pour ce qui est des dépenses publiques, tandis que ceux d'Argovie, de Saint-Gall et de Soleure occupent le bas de l'échelle. Cependant, comme le montre l'exemple d'Obwald et d'Appenzell Rh.-Ext., le montant des dépenses a été sujet à des fluctuations notables au cours des années 90 dans plusieurs cantons. Ce phénomène s'explique notamment par les investissements des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, dont la proportion dans les besoins financiers nets est très variable.

La structure des coûts des budgets publics (cantons et communes) révèle que les coûts hospitaliers représentent toujours le gros des dépenses publiques de santé, dans des proportions néanmoins très diverses. Alors que le canton de Glaris consacre près de 90 % de son enveloppe sanitaire aux séjours en milieu hospitalier, celui du Tessin y en affecte à peine 45 %. On constate également des différences très nettes dans les dépenses pour les homes médicalisés. Dans certains cantons (comme Uri, Soleure, Bâle-Ville et Bâle-Campagne), ce secteur n'est pour ainsi dire pas soutenu par l'Etat, tandis que dans d'autres

(Obwald et Tessin), il représente un poste important du budget de la collectivité.³⁶ Les soins ambulatoires – qui englobent notamment les subventions aux services d'aide et de soins à domicile (Spitex), aux associations de samaritains, aux maisons ou aux associations de soins –, reçoivent également un soutien financier contrasté selon les cantons (Valais : 0,4 %, Appenzell Rhodes-Intérieures : 8,2 %).

En ce qui concerne l'évolution des coûts publics de la santé, les disparités entre les cantons ayant un niveau de dépenses élevé et ceux enregistrant de faibles coûts ont eu tendance à s'estomper au cours de la seconde moitié des années 90. D'une manière générale, en effet, les dépenses publiques ont augmenté davantage dans les cantons ayant peu de coûts, alors que parmi ceux qui supportent une charge financière importante, un seul (Glaris) a enregistré une hausse de ses dépenses supérieure à la moyenne. Dans la plupart des cantons dont le niveau de coûts est bas, les dépenses de santé connaissent une croissance considérable. Les cantons du haut et ceux du bas de l'échelle permettent d'expliquer ce phénomène : tandis que les deux cantons urbains Bâle-Ville et Genève sont parvenus à faire baisser, au cours de la seconde moitié des années 90, le niveau exceptionnellement élevé de leurs dépenses publiques, le canton de Schwytz, qui présente la charge par habitant la plus basse de Suisse, détient le record en matière de taux de croissance. Seuls les cantons d'Appenzell Rh.-Ext., de Lucerne, de Thurgovie et de Zurich s'écartent de ce modèle puisque, au cours de la période sous revue, ils ont abaissé encore leur niveau de dépenses par habitant, déjà inférieur à la moyenne.

Tableau 21: Classement des cantons selon le niveau moyen et l'évolution moyenne de leurs besoins financiers nets par habitant de 1994 à 1999

Moyenne 1994-1999	Dépenses publiques en baisse	Dépenses publiques en légère hausse (< 3,18 %)*	Dépenses publiques en forte hausse (> 3,18 %)*
Dépenses publiques faibles (< 753,85)*	AR, LU, TG, ZH	AG, AI, FR, NW, SG	BE, BL, NE, SO SZ, UR, VS, ZG
Dépenses publiques élevées (753,85 – 1507,7)*	JU, OW	GR, SH, TI, VD	GL
Dépenses publiques très élevées (> 1507,7)*	BS, GE		

* Valeurs moyennes pour l'ensemble de la Suisse 1994-1999 (1507,7 : double de la valeur moyenne des dépenses publiques)

³⁶ Ces différences sont, entre autres, imputables aux différents modes de financement et de comptabilité appliqués par les systèmes publics. Le canton de Bâle-Ville, par exemple, est organisé selon un système de financement par individu, tandis que les autres cantons versent des subventions d'exploitation aux foyers médicalisés pour personnes âgées. L'une et l'autre méthodes ne sont pas comptabilisées de la même manière.

La répartition des cantons en termes de coûts de l'assurance-maladie est, sinon identique, du moins similaire à celle des dépenses publiques de santé. Ainsi, les cantons de Genève, de Bâle-Ville, de Vaud, du Jura et du Tessin enregistrent également les coûts moyens les plus importants, tandis que ceux d'Appenzell Rh.-Int., de Lucerne et de Saint-Gall se situent une fois de plus au bas de l'échelle. Les charges assumées par les assureurs-maladie sont supérieures à la moyenne dans les cantons de Zurich, de Berne, de Fribourg, de Bâle-Campagne, du Tessin, de Vaud, de Neuchâtel et du Jura. Pour leur part, les petits cantons ruraux de Suisse alémanique, comme les deux Appenzell ou Nidwald, détiennent sans équivoque les chiffres les plus bas en la matière et restent à moins de 80 % de la moyenne nationale. Pour ce qui est des coûts supportés par les caisses-maladie, les différences intercantionales sont tout aussi évidentes, bien que nettement moins marquées que dans le domaine des dépenses publiques de santé. En outre, ces disparités sont sujettes à des variations minimales sur la durée. Il importe toutefois de noter que les coûts n'ont cessé de croître dans tous les cantons durant la seconde moitié des années 90.

D'une manière générale, la structure des coûts de l'assurance-maladie est, elle aussi, plus homogène que celle des dépenses publiques. Les écarts flagrants entre cantons concernent au premier chef la structure des coûts bruts de l'assurance-maladie pour ce qui est de la répartition entre les frais de médecin et d'hôpital. A titre d'exemple, dans les cantons de Zurich, de Bâle-Campagne et de Genève, la part des frais médicaux est très élevée, tandis que dans ceux de Neuchâtel et du Jura, elle est extrêmement faible. Le budget consacré aux coûts hospitaliers dans les deux Appenzell, les cantons de Thurgovie, de Neuchâtel et du Jura est plutôt élevé, alors qu'il est relativement bas dans les cantons de Schaffhouse et de Genève. Sur le plan des médicaments, la situation est assez équilibrée. Quant aux montants versés par les assureurs aux homes médicalisés et aux services d'aide et de soins à domicile (Spitex), ils sont supérieurs à la moyenne dans les cantons de Zurich, de Berne, de Fribourg, de Soleure, de Schaffhouse et du Jura. Dans les cantons de Bâle-Campagne, d'Appenzell Rh.-Int., des Grisons et du Valais, cette participation est relativement faible.

Comme pour les dépenses publiques de santé, la relation entre le niveau et l'évolution moyenne des coûts est légèrement négative. Les cantons où le niveau des coûts est élevé enregistrent souvent une croissance plus modérée, tandis que, dans les cantons comparativement bon marché, les coûts de l'assurance-maladie augmentent à un rythme supérieur à la moyenne. La tendance au nivellement des différences intercantionales s'étend par conséquent aussi aux coûts de l'assurance-maladie. Seuls trois cantons – Berne, le Jura et Zurich – ont enregistré, au cours de la période sous revue, un niveau et une évolution des coûts supérieurs à la moyenne.

Tableau 22: Classement des cantons selon le niveau moyen et l'évolution moyenne des coûts bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999

Moyenne 1994-1999	Coûts de l'assurance-maladie en légère hausse (< 6,38 %)*	Coûts de l'assurance-maladie en forte hausse (> 6,38 %)*
Coûts de l'assurance-maladie faibles (< 137,33)*	AI, AR, NW, OW, SZ, UR, VS, ZG	AG, GL, GR, LU, SG, SH, SO, TG
Coûts de l'assurance-maladie élevés (> 137,33)*	BL, BS, FR, GE, NE, TI, VD	BE, JU, ZH

* Valeurs moyennes pour l'ensemble de la Suisse 1994-1999

5.2 Facteurs majorant ou freinant les dépenses publiques de santé

Les dépenses moyennes consacrées à la santé par les 26 cantons entre 1994 et 1999 ont été comparées à l'aide d'un modèle d'analyse systématique comprenant quelque 100 indicateurs. Sept d'entre eux se révèlent être les principaux facteurs d'influence pouvant expliquer les différences intercantionales en matière de dépenses publiques de santé.

L'indice global, qui correspond à la somme des facteurs majorant ou freinant les dépenses cantonales publiques de santé, exprime les résultats essentiels de l'analyse statistique (Tableau 23), sur la base des sept indicateurs les plus significatifs³⁷. Alors que Bâle-Ville détient le maximum de facteurs d'accroissement des coûts, trois cantons alémaniques de taille moyenne, Saint-Gall, Lucerne et Thurgovie, se distinguent par une absence totale de facteurs de hausse.

Ventilés en fonction de l'offre et de la demande, ainsi que selon l'activité générale de l'Etat, les éléments indiqués ci-après peuvent être considérés comme les principales causes du niveau plus ou moins élevé des dépenses publiques de santé dans les cantons.

³⁷ Ne sont cités ici que les indicateurs qui ont permis de fournir des explications pertinentes (voire très pertinentes) dans les modèles multivariés (ou bivariés).

Tableau 23: Facteurs majorant ou freinant les dépenses publiques de santé à l'échelon cantonal

	Demande			Offre		Etat et politique		Indice
	Fort proportion de personnes âgées	Chômage important	Revenu par habitant élevé	Fort densité de médecins	Degré élevé de couverture sanitaire	Participation élevée au financement	Quote-part élevée de l'Etat	
GE	-	X	X	X	X	X	X	6
BS	X	X	X	X	X	X	X	7
SH	X	X	X	X	X	X	-	6
JU	X	X	-	-	-	X	X	4
VD	X	X	X	X	X	-	X	6
TI	X	X	-	X	X	-	X	5
SG	-	-	-	-	-	-	-	0
AG	-	-	X	-	-	-	-	1
LU	-	-	-	-	-	-	-	0
TG	-	-	-	-	-	-	-	0
AI	X	-	-	-	-	-	X	2
SZ	-	-	X	-	-	X	-	2

Commentaire: Les croix (X) désignent les facteurs d'accroissement des coûts, les tirets (-) les effets de frein. Le classement d'une variable dans l'une ou l'autre catégorie est déterminé par le rapport entre la valeur variable du canton concerné et la moyenne arithmétique (cf. Freitag 1996). Les cantons sont classés dans l'ordre décroissant des besoins financiers nets, par habitant, des cantons et des communes (moyenne 1994-1999). Une vue d'ensemble des cantons se trouve en annexe (tableau E1).

a) Demande

Du côté de la demande, trois facteurs ont pour effet d'augmenter les dépenses de santé publique : proportion élevée de personnes âgées, chômage important et revenu par habitant élevé. Ces facteurs rendent également compte, dans une large mesure, des différences constatées entre régions linguistiques. Dans les cantons latins, en effet, les deux premières caractéristiques d'ordre structurel jouent un rôle prépondérant, tandis que les cantons alémaniques de taille moyenne bénéficient de conditions socio-structurelles de base plus favorables.

Les résultats empiriques confirment largement les constats d'études comparatives menées à l'échelle internationale (Schmidt 1999 : 236). Ainsi, d'un point de vue intercantonal également, la prospérité économique, la structure d'âge et la part de chômeurs sont autant de caractéristiques sociales qui ont une influence majeure sur les coûts publics de la santé. Les personnes âgées et les chômeurs tombent plus facilement malades, souffrent plus

souvent de troubles chroniques, nécessitent davantage de soins et, par conséquent, davantage de prestations médicales. Un niveau de prospérité élevé induit également une hausse de la demande de prestations de santé.

Toutefois, l'analyse démontre clairement que les dépenses des cantons en matière de santé ne dépendent pas uniquement des facteurs structurels que sont l'économie, l'âge et l'emploi, mais qu'elles sont aussi, en général, plus importantes dans les régions urbanisées que dans les zones rurales. Les villes, en effet, sont davantage marquées par des conditions de vie – nuisances sonores, forte pollution – qui se répercutent négativement sur l'état de santé (OFS 2000b : 59 s.). Cependant, comme le prouve l'exemple de Bâle-Ville et de Genève, dont les dépenses de santé sont deux fois plus élevées que celles des autres cantons, les centres urbains proposent des prestations médicales bien développées et hautement spécialisées auxquelles les cantons limitrophes recourent également, sans toutefois fournir une participation financière à la hauteur des services dont ils bénéficient (cf. OFS 1999 : 29). En comparaison intercantonale, le niveau exceptionnellement élevé des coûts de la santé des deux cantons-villes n'est pas uniquement imputable au cumul de risques et de problèmes sociaux inhérents aux zones urbanisées, mais illustre aussi le phénomène du « spillover » (évoqué à la fin du paragraphe 4.2.1), problème particulièrement aigu en Suisse, notamment dans le domaine de la santé, en raison de la segmentation géographique propre à notre pays.

Des facteurs d'ordre culturel, comme le sentiment d'avoir droit aux prestations des institutions de la santé ou la propension, en cas de maladie, à recourir d'abord à l'automédication avant de se rendre chez le médecin, jouent eux aussi un rôle crucial dans la compréhension des disparités cantonales. Ainsi, les dépenses liées à la santé sont moins importantes dans les cantons où les réseaux sociaux sont suffisamment bien développés pour que l'aide réciproque et informelle entre les personnes remplace avantageusement la fourniture commerciale de prestations de soins médicaux.

b) Offre

Du côté des fournisseurs de prestations, deux caractéristiques en particulier se sont révélées être d'importants facteurs d'accroissement des coûts au niveau cantonal : le nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) par habitant et le degré général de couverture sanitaire. Dans les cantons à forte densité de médecins (accompagnée d'un niveau de spécialisation élevé) et dotés d'un réseau de fourniture des soins bien développé, les dépenses de santé sont nettement supérieures à la moyenne, la demande étant induite par l'offre. La densité de lits dans les hôpitaux de soins aigus et la proportion de médecins spécialisés sont étroitement liées aux besoins financiers nets par habitant des cantons. Ainsi, un degré élevé de fourniture des prestations dans le secteur ambulatoire va de pair non seulement avec une demande importante dans le secteur des soins en milieu hospitalier, mais aussi avec une extension coûteuse des infrastructures hospitalières publiques.

Il ressort de ce qui précède que les degrés de couverture sanitaire et de spécialisation des praticiens dans les domaines ambulatoire et hospitalier constituent des valeurs clés

pouvant expliquer le niveau des dépenses cantonales liées à la santé. Autre facteur d'accroissement des coûts au niveau cantonal : les cliniques universitaires. En effet, parmi les cantons affichant les dépenses de santé les plus élevées se trouvent trois cantons (Bâle-Ville, Genève et Vaud) parmi les cinq dotés d'un hôpital universitaire et, partant, d'une offre hospitalière hautement spécialisée. Pour leur part, les petits cantons de Suisse centrale, meilleur marché, ne disposent que d'un hôpital de soins aigus.

Les cantons proposant une offre de soins à domicile (Spitex) supérieure à la moyenne font également face à de lourdes dépenses. Si, à l'évidence, il s'agit là d'un facteur générateur de coûts, il faut d'abord se poser la question de savoir si les soins Spitex, au bénéfice de subventions publiques, contribuent à décharger d'autres domaines et, ainsi, à endiguer la hausse des dépenses, ou si ces services sont fournis en complément d'autres offres de prestations. Pour les autres facteurs, en revanche, l'analyse statistique ne fait apparaître aucun effet d'accroissement des coûts, ou alors comparativement minime. C'est le cas, par exemple, de la densité de lits dans les autres secteurs comme les homes médicalisés et les établissements psychiatriques, ainsi que de la part du secteur ambulatoire et du rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et pour soins de longue durée. Abstraction faite des deux cantons urbains, la taille moyenne des hôpitaux n'exerce pas non plus d'influence déterminante sur le montant des dépenses.

c) Activité générale de l'Etat

Dans la sphère d'influence directe des pouvoirs publics, deux éléments jouent un rôle prépondérant. Tout d'abord, les dépenses publiques de santé sont étroitement liées au degré de financement du secteur hospitalier. Plus la part prise en charge par l'Etat est importante, plus ses besoins financiers nets par habitant sont élevés. Ce facteur permet notamment de mieux comprendre pourquoi les coûts de la santé sont aussi lourds à Bâle-Ville et à Genève. Ces deux cantons détiennent non seulement le record en matière de dépenses publiques, mais aussi celui du degré de financement des séjours en milieu hospitalier.

Il se confirme, par ailleurs, qu'une politique de l'Etat généralement interventionniste influe fortement sur les dépenses publiques de santé. Les cantons qui, par tradition, appliquent des méthodes centralisées et peu axées sur le marché pour gérer les problèmes reproduisent ce comportement dans leur politique de la santé.

Le *changement* intervenu dans les dépenses de santé à l'échelon cantonal entre 1994 et 1999 s'explique en priorité par deux facteurs. Il s'agit, d'une part, de l'augmentation du nombre de cliniques spécialisées et, d'autre part, de l'évolution moyenne du chômage. On peut en conclure que la croissance des dépenses de santé cantonales et communales dépend, d'un côté, de la demande et de la conjoncture et, de l'autre, de l'étendue et du degré de spécialisation de l'offre de prestations hospitalières. Les besoins financiers nets des pouvoirs publics ont une tendance à la hausse dans les cantons où le chômage augmente et dont le parc hospitalier ne comprend qu'une modeste proportion de cliniques spécialisées.

Par conséquent, la relation négative évidente entre la part de cliniques spécialisées dans l'offre hospitalière cantonale et la croissance des dépenses résulte avant tout de la dynamique de privatisation observée dans le secteur hospitalier. Alors que les changements de statut des cliniques spécialisées – c'est-à-dire les privatisations – ou encore le transfert de la fourniture des prestations des établissements généraux aux établissements spécialisés permettent d'alléger la charge financière des collectivités publiques, ces mêmes phénomènes engendrent des coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie.

On observe également que les dépenses publiques de santé progressent moins rapidement dans les cantons dont le degré de couverture sanitaire est élevé que dans ceux où l'offre est plus restreinte. A nouveau, la relation négative entre niveau et évolution des coûts, ainsi que la tendance au nivellement, sont mises en évidence : dans les cantons proposant une palette de prestations médicales dense et étendue, le taux d'augmentation des dépenses est inférieur à celui des autres cantons.

Les possibilités d'influence politico-institutionnelle sont plutôt insignifiantes en termes de coûts. Seul le lien faible, mais néanmoins négatif et stable, entre l'utilisation du référendum financier et la croissance des dépenses prouve que cet instrument a un effet régulateur, tandis qu'un renforcement de la quote-part de l'Etat stimule légèrement les coûts.

5.3 Facteurs majorant ou freinant les coûts de l'assurance-maladie

Les effets agissant dans un sens ou dans l'autre sur les coûts de l'assurance-maladie peuvent être déterminés selon le même processus que celui utilisé pour identifier ces effets sur les dépenses publiques de santé. Ici également, l'indice se fonde sur les indicateurs qui, dans l'analyse statistique, se sont révélés être les principaux facteurs d'influence sur les coûts de l'assurance.³⁸ Le canton de Vaud présente le plus grand nombre de facteurs d'accroissement des coûts, tandis que dans deux cantons de Suisse centrale, Uri et Lucerne, on n'en a identifié qu'un seul, contre aucun dans les deux demi-cantons d'Obwald et de Nidwald (cf. Tableau 24).

a) Demande

Quatre facteurs déterminent dans une large mesure la demande de biens et de services de santé et, partant, les coûts de l'assurance-maladie : une forte proportion de personnes âgées, un haut degré d'urbanisation, un taux de chômage élevé et un faible développement des réseaux sociaux. Il est ainsi possible d'établir un parallèle évident avec les dépenses publiques, lesquelles sont soumises, à peu de chose près, aux mêmes facteurs d'influence. Les deux derniers indicateurs diffèrent nettement en fonction des régions linguistiques et

³⁸ Ne sont cités ici que les indicateurs qui ont permis de fournir des explications pertinentes (voire très pertinentes) dans les modèles multivariés (ou bivariés).

permettent par conséquent d'expliquer pour une bonne part les disparités de coûts existantes. Ainsi, en Suisse alémanique, non seulement le taux de chômage est en général plus bas que dans le reste du pays et l'intégration sociale, mesurée à l'aune de la densité des réseaux interpersonnels, plus élevée (cf. Freitag 2000), mais les coûts de l'assurance-maladie y sont aussi généralement inférieurs à ceux des régions latines.

Le problème de l'urbanisation et des charges inhérentes aux centres urbains a également de lourdes répercussions sur les coûts de l'assurance-maladie. Les cantons urbanisés sont, par ailleurs, davantage touchés par le chômage, ont des réseaux sociaux moins solides et une proportion de personnes âgées plus importante que les régions rurales, d'où une demande accrue de prestations de santé et, partant, un accroissement des coûts.

Tableau 24: Facteurs majorant ou freinant les coûts de l'assurance-maladie à l'échelon cantonal

	Demande				Offre		Etat et politique		Indice
	Fortes proportions de personnes âgées	Haut degré d'urbanisation	Chômage important	Réseaux sociaux peu développés	Fortes densités de médecins	Peu de dispensation directe par les médecins	Peu de consultation des citoyens	Fortes présences des partis de gauche	
GE	-	X	X	X	X	X	X	X	8
BS	X	X	X	X	X	X	-	X	8
VD	X	X	X	X	X	X	X	X	9
TI	X	X	X	X	X	X	X	-	8
NE	X	X	X	X	X	X	X	X	9
JU	X	-	X	X	-	X	X	-	6
ZH	X	X	X	-	X	X	X	X	7
GR	-	-	-	-	X	X	-	-	2
UR	X	-	-	-	-	-	-	-	1
OW	-	-	-	-	-	-	-	-	0
LU	-	X	-	-	-	-	-	-	1
AR	X	-	-	-	-	-	-	X	2
NW	-	-	-	-	-	-	-	-	0
AI	X	-	-	X	-	-	-	-	2

Commentaire: Les croix (X) désignent les facteurs d'accroissement des coûts, les tirets (-) les effets de frein. Le classement d'une variable dans l'une ou l'autre catégorie est déterminé par le rapport entre la valeur variable du canton concerné et la moyenne arithmétique (cf. Freitag 1996). Les cantons sont classés dans l'ordre décroissant des coûts bruts moyens par mois d'assurance 1994-1999. Un aperçu de l'ensemble des cantons se trouve en annexe (tableau E2).

b) Offre

Les principaux facteurs faisant monter les coûts de l'assurance-maladie sont une forte densité de médecins, la réglementation relative à la remise des médicaments ainsi que, dans une moindre mesure, le rapport entre le nombre de lits pour soins aigus et le nombre de lits pour soins de longue durée. Comme dans le cas des dépenses publiques de santé, la présence d'une offre étendue dans le domaine ambulatoire pousse les coûts à la hausse. Une densité élevée de praticiens, généralistes ou spécialistes, incite la population à recourir davantage aux prestations médicales, ce qui alourdit d'autant les coûts de l'assurance-maladie. La densité des médecins dépend en outre étroitement du degré d'urbanisation, d'une part parce que, dans les villes, la demande de prestations médicales est plus élevée que dans les campagnes et, d'autre part, parce que les médecins ont plus tendance à faire appel à l'infrastructure hospitalière, laquelle complète leur offre ambulatoire et leur permet d'étendre leurs prestations.

En Suisse, la remise des médicaments est soumise à des réglementations cantonales. Elle s'effectue soit directement par les médecins (dispensation directe ou propharmacie), soit par les pharmacies (sur ordonnance), soit encore simultanément par ces deux canaux. La dispensation directe se révèle être le système le plus avantageux du point de vue des coûts, car les médecins, à l'inverse des pharmaciens, sont soumis au contrôle des assureurs-maladie, ce qui limite les abus. De plus, ils prescrivent plus souvent des médicaments génériques, meilleur marché que les préparations originales (cf. Gröflin et Züllig 1995). Etant donné que 20 % des coûts de l'assurance sont engendrés par les médicaments, le durcissement des contrôles et la responsabilisation des médecins lors de la remise des médicaments jouent un rôle prépondérant dans la réduction des coûts de l'assurance-maladie.

L'exemple de la remise des médicaments illustre parfaitement l'influence des particularités structurelles régionales sur les coûts de l'assurance-maladie. Ce système est surtout encouragé dans les petits cantons alémaniques peu urbanisés, notamment parce que leur structure de fourniture de soins est décentralisée afin d'être proche de la population dans des régions rurales retirées où la densité des pharmacies est très faible (cf. tableau D17 en annexe). Entretenant des contacts directs avec leurs patients, les médecins de famille peuvent combiner consultation et remise de médicaments, d'autant que pour nombre de patients, le trajet jusqu'à une pharmacie souvent éloignée est synonyme de perte de temps et d'argent, associée à une relation anonyme. Vu sous l'angle de la sécurité de l'approvisionnement et de la satisfaction du consommateur, on comprend aisément pourquoi ces cantons préfèrent autoriser la dispensation directe. Dans les villes, au contraire, la densité des pharmacies est sensiblement plus élevée (cf. tableau 15), la structure des fournitures de soins, très diversifiée et la culture de consommation de biens et de services, plus ancrée dans les mœurs. Autant de réalités qui limitent la nécessité de la dispensation directe.

En relation étroite avec la réglementation en matière de remise de médicaments, la densité des pharmacies constitue également un facteur clé pour expliquer les différences de coûts. Les coûts de l'assurance-maladie sont en effet proportionnels à la densité des pharmacies. Si l'on admet que cet indicateur permet de tirer des conclusions quant à la consommation

de médicaments dans un canton, c'est-à-dire que les cantons bénéficiant d'une forte densité de pharmacies vendent plus de médicaments que les autres, les différences en matière de consommation de médicaments représentent une cause importante de la disparité des coûts entre les cantons.

Les structures pour soins de longue durée contribuent fortement à augmenter les coûts de l'assurance-maladie, d'autant que les prestations de soins figurent aussi dans le catalogue des prestations depuis l'introduction de la LAMal. Les prestations aux personnes âgées nécessitant davantage de soins sont essentiellement fournies par les services d'aide et de soins à domicile (Spitex) ou par des institutions telles que les homes médicalisés, qui ploient cependant sous une demande qu'ils peinent à satisfaire pour l'instant. Aussi les personnes âgées nécessitant des soins sont-elles encore souvent orientées, sans que leur état de santé le justifie, vers des hôpitaux de soins aigus beaucoup plus onéreux. Bien que le taux d'occupation des hôpitaux en soit relevé, cette situation mobilise des capacités inutiles (infrastructure, prestations de soins) et entraîne donc un surcroît de coûts.

c) Activité générale de l'Etat

Parmi les diverses caractéristiques politiques, deux sont indissociablement liées aux coûts de l'assurance-maladie. Si un bon développement des institutions de démocratie directe contribue à freiner les coûts, une prépondérance des partis de gauche tend à faire augmenter le volume des coûts. Ces constatations doivent être placées dans le contexte géographique (ville ou campagne) et socio-culturel (région linguistique germanophone ou latine) des cantons. A titre d'illustration, dans les cantons alémaniques, l'exercice de la démocratie directe est beaucoup plus répandu que dans les cantons latins, où les citoyens sont moins consultés du fait d'une politique plutôt axée sur la représentativité (Vatter 2002 : 350). Par ailleurs, étant donné le développement relativement faible des réseaux sociaux en Suisse romande et du fait que les conceptions en matière de politique sociale divergent de part et d'autre de la frontière linguistique (Freitag 2000 : 190 s.), on peut voir dans la propension à recourir ou non aux prestations de santé une particularité d'ordre culturel qui se répercute sur les coûts de l'assurance-maladie.

5.4 Conclusions et recommandations

Les principaux résultats de l'étude comparative des différences intercantionales en termes de dépenses publiques de santé et de coûts de l'assurance-maladie peuvent se résumer en trois points :

- Pour les deux domaines analysés, les disparités observées suivent un schéma analogue : les coûts les plus élevés ont été constatés dans les cantons urbains, les coûts les plus bas, dans les cantons alémaniques de taille petite à moyenne.
- Depuis le milieu des années 90, on a observé un nivellement de l'évolution des coûts : faible croissance dans les cantons à fortes dépenses, croissance supérieure à la moyenne dans les cantons jusque-là peu coûteux.
- Les facteurs générateurs de coûts expliquant les disparités cantonales se trouvent aussi bien du côté de l'offre que de celui de la demande : selon les données cantonales, une offre de prestations très dense et spécialisée dans les domaines ambulatoire et hospitalier, associée à une proportion élevée de personnes âgées, à un chômage supérieur à la moyenne et à une faiblesse des réseaux sociaux représentent les principaux facteurs d'accroissement des coûts de la santé.

Les résultats de l'analyse permettent de tirer les conclusions et de formuler les recommandations suivantes :

- Améliorer la disponibilité, la comparabilité et la cohérence des données cantonales

Le système de santé suisse pêche avant tout par son peu de transparence. En particulier, le manque d'une véritable vision d'ensemble des informations disponibles au niveau cantonal et la multiplicité des méthodes de décompte et de tarification rendent impossible l'établissement de comparaisons directes et, partant, favorisent l'apparition de coûts plus élevés. Aussi, pour mettre en place des mesures de maîtrise des coûts, convient-il au premier chef de réunir des données statistiques cohérentes sur le système de santé. La présente étude comparative des disparités cantonales en matière de coûts a révélé de graves lacunes dans la disponibilité et la fiabilité des données statistiques relatives aux structures des divers systèmes de santé et processus cantonaux. Si certaines données de base concernant le domaine hospitalier sont disponibles (hôpitaux, homes), force est de déplorer de sérieuses insuffisances dans le secteur des soins ambulatoires, lacunes qui entravent fortement la comparaison entre les cantons sur le plan de la fourniture des prestations. Font également défaut des informations importantes, susceptibles d'être comparées sous l'angle statistique, relatives à l'état de santé de la population des cantons (indicateurs de santé), au rapport prix-prestation des fournisseurs de prestations, à la qualité des prestations fournies (indicateurs de qualité), ainsi qu'aux flux de financement et de patients à l'échelle cantonale (OFS 1999 : 28, Rothenbühler 1999 : 26). Il ne sera possible d'obtenir des informations plus détaillées sur les causes profondes des disparités cantonales en matière de coûts de la santé que si toutes les instances participant au rassemblement des

données prennent les mesures nécessaires pour améliorer la collecte, la disponibilité et la coordination desdites données. Dans ce contexte, il importe que la Confédération et les cantons intensifient leurs efforts communs, notamment dans le cadre du projet « Politique nationale suisse de la santé » visant à créer un observatoire chargé de recueillir les données statistiques sur la santé en Suisse.

- *Nivellement des disparités cantonales en matière de coûts, consécutif à un processus de rattrapage ou à un relâchement de la discipline en matière de coûts ?*

L'effet de nivellement entre les cantons constaté au niveau des dépenses a débouché, pour certains d'entre eux, sur des économies substantielles dans le secteur des soins hospitaliers. Ainsi, les deux cantons-villes – Bâle-Ville et Genève –, qui détiennent le record en matière de niveau des coûts, ont pu réduire leurs dépenses de santé au cours de la seconde moitié des années 90. A l'inverse, les cantons de taille petite à moyenne, où le niveau des coûts était jusque-là relativement bas, ont enregistré un accroissement de leurs dépenses supérieur à la moyenne. Reste à savoir si le comblement des écarts entre les cantons doit être attribué au premier chef à un mouvement de rattrapage (« catch-up effect ») amorcé par les cantons jusqu'ici les plus avantageux, à une pression financière et politique moins forte que dans les régions urbanisées, à un besoin de rattrapage dans le secteur des investissements ou encore à une tendance à l'uniformisation de l'offre de prestations à l'échelle nationale. Il est cependant évident que ce n'est pas en mettant l'accent sur la spécialisation et sur l'extension de l'offre dans les petits cantons (jusqu'ici peu coûteux) que l'on parviendra à fournir à la population des prestations de santé à la fois optimales et avantageuses. Il s'agit, en l'occurrence, d'intensifier la coordination des ressources et des flux de patients entre les cantons (voir point suivant).

- *Intensifier la planification régionale de l'offre et la coordination supracantonale en matière de fourniture des prestations*

L'interdiction imposée à de nombreux acteurs de la santé d'exercer leur activité au-delà des frontières cantonales empêche de satisfaire aux exigences actuelles en vue d'une fourniture efficace des prestations de santé. L'accroissement exceptionnel des coûts constaté durant les années 90 dans les cantons petits à moyens en termes de population met précisément en évidence les lacunes de la coopération intercantonale dans le domaine de la santé. Alors que, durant la seconde moitié des années 90, les cantons de Suisse romande et de Suisse centrale ont renforcé leur collaboration, d'autres n'ont pas jugé utile de consulter leurs voisins, ou ne l'ont fait que de manière très occasionnelle, lors de la planification de leur offre (Rothenbühler 1999 : 16). On peut en déduire que tous les cantons n'ont pas encore épuisé le potentiel des économies réalisables grâce à une coordination supracantonale cohérente visant à exploiter les ressources de manière optimale et à éliminer les surcapacités.

- Répartir équitablement les coûts et coordonner à l'échelle nationale l'offre de prestations dans la médecine de pointe

En dépit des efforts d'économies déployés par les cantons de Bâle-Ville et de Genève, le niveau des charges y reste considérable, essentiellement parce que les facteurs d'accroissement des coûts se cumulent dans les régions urbaines, tant du côté de l'offre que de celui de la demande. Cependant, la situation particulière des cantons-villes ne saurait être imputée uniquement à des conditions spécifiques génératrices de coûts ni à une offre de prestations dans les secteurs ambulatoire et hospitalier particulièrement coûteuse du fait de sa densité et de son haut niveau de spécialisation. Elle résulte aussi du fait que le système de santé suisse est très fédéraliste et segmenté géographiquement. Les différences notables de coûts entre les cantons-villes et les autres s'expliquent notamment par l'offre de soins médicaux de pointe – indissociable d'une infrastructure extrêmement coûteuse –, qui attire les patients des cantons limitrophes, cantons qui ne participent toutefois que dans une faible mesure au financement de ces prestations (OFS 1999 : 29). De plus, seule une part limitée des coûts de formation et de recherche assumés par les hôpitaux universitaires peut être imputée aux autres cantons. En parallèle, l'offre de soins de pointe dans le secteur hospitalier est en surcapacité et accuse un manque de coordination entre les cantons dotés d'un établissement clinique universitaire. Aussi la réduction des différences intercantionales en matière de coûts et la réalisation d'économies ciblées passent-elles forcément par le renforcement de la participation des cantons limitrophes aux coûts qu'ils engendrent et par l'intensification de la coordination et de la concentration dans l'offre de soins médicaux de pointe.

- Développer les mesures propres à réduire les coûts du côté des fournisseurs de prestations

La densité de médecins (généralistes et, surtout, spécialistes) constitue l'un des principaux facteurs d'accroissement des coûts et permet d'expliquer les disparités cantonales aussi bien dans les dépenses publiques de santé que dans les coûts de l'assurance-maladie. Les résultats obtenus confirment les constatations nationales ou internationales selon lesquelles la demande de prestations médicales monte en flèche dès lors que la densité de fourniture de prestations ambulatoires augmente, entraînant les surcroûts de coûts que l'on sait (OFS 1999, Schmidt 1999). En Suisse, les mesures visant à inciter le corps médical à fournir des prestations meilleur marché ne sont guère efficaces. Aussi faut-il considérer les mesures d'incitation à la concurrence – comme la suppression de l'obligation de contracter entre fournisseurs de prestations et assureurs et la poursuite de la décartellisation des négociations tarifaires entre les associations de médecins et les associations de caisses-maladie –, ainsi que les interventions directes dans la planification de l'offre du secteur ambulatoire, comme autant d'instruments particulièrement efficaces en vue d'une baisse durable des coûts.

- Miser sur l'effet régulateur de la démocratie directe

Les cantons qui, d'une manière générale, appliquent des méthodes centralisées pour résoudre les problèmes ont plutôt tendance à pratiquer une politique de la santé fondée sur un modèle d'expansion. Dans ces cantons, les dépenses de santé et la participation financière au secteur hospitalier sont souvent plus élevées qu'ailleurs. Cependant, la réduction du nombre de fournisseurs de prestations étatiques dans le système de santé ne se traduit pas forcément par une baisse des coûts globaux de la santé, mais, dans nombre de cas, par un transfert des coûts sur les particuliers et les assureurs-maladie (voir point suivant). A l'inverse, les institutions encourageant la démocratie directe se sont révélées efficaces pour mettre un frein aux dépenses de santé. Comme l'ont démontré d'autres études comparatives entre les cantons (Freitag et Vatter 2000, Schaltegger 2001), les votants ont été beaucoup plus attentifs au facteur coûts que les politiques et l'administration, en particulier ces dernières années, du fait de leur double rôle financier de contribuables et de payeurs de primes. Ce constat donne à penser que le potentiel de réduction des coûts inhérent à la consultation démocratique des citoyens lors de décisions cantonales importantes en matière de politique de la santé n'a pas encore été suffisamment exploité. D'ailleurs, l'avantage des décisions légitimées par le peuple réside en ceci que les discussions entre les différents acteurs ont lieu en amont de la décision et non au cours de sa mise en œuvre, d'où un risque d'échec moindre durant la phase d'exécution.

- Renforcer les mesures visant la réduction des coûts, plutôt que de pousser à la déresponsabilisation

Que les mesures politiques aient de plus en plus tendance à transférer les coûts, plutôt qu'à les réduire, se vérifie à plusieurs égards : les dépenses publiques de santé enregistrent une croissance comparativement faible alors que les coûts de l'assurance-maladie prennent l'ascenseur ; la part des cliniques privées pèse lourd dans la balance, et les pouvoirs publics participent pour moins de 50 % au financement du secteur hospitalier dans nombre de cantons. Depuis longtemps déjà, un mouvement de redistribution s'observe dans le financement du système de santé. En effet, tandis que l'Etat se démet peu à peu de sa fonction de financier direct, la prise en charge des prestations est de plus en plus assumée par les assurances-maladie et les ménages (OFS 2000a : 9). La privatisation accrue des exploitations hospitalières, la réduction généralisée des subventions accordées par l'Etat au secteur hospitalier et la prépondérance croissante des établissements privés par rapport aux fournisseurs de prestations subventionnés par l'Etat contribuent à alléger la charge des pouvoirs publics. Tout porte à croire que les tendances à la déréglementation et à la privatisation prévalant dans le domaine de la santé ont surtout occasionné un transfert des coûts des cantons et des communes vers les assurances-maladie et les ménages, sans pour autant contribuer de manière notable à une maîtrise générale des coûts de la santé.

- Maintien d'une dynamique de croissance structurelle dans le domaine des dépenses de santé

Du côté de la demande, les principaux facteurs générateurs de coûts sont les suivants : forte proportion de personnes âgées, chômage important et faiblesse des réseaux sociaux, ce qui démontre que les besoins financiers pour la santé sont influencés par des composantes d'ordre tant structurel que conjoncturel, et ce à de multiples égards. La poursuite du vieillissement de la population au cours des prochaines décennies, les progrès techniques fulgurants réalisés dans le domaine de la médecine et l'augmentation du nombre de ménages à une seule personne laissent supposer que les coûts de la santé continueront de croître (Gilliand 2001 : 96) et que la demande de structures de soins étendues (homes médicalisés, Spitex) augmentera. Or, on constate que cette offre de prestations est aujourd'hui déjà fortement sollicitée et que, dans de nombreux cantons, les capacités de soins à domicile ou de longue durée ne suffisent plus à décharger les hôpitaux de soins aigus. Les conséquences de cette situation sur les coûts sont également exposées ici. Pour optimiser l'ensemble de l'offre de prestations, il semble donc nécessaire de redéfinir les manques et les surplus de capacités dans les domaines ambulatoire et hospitalier et de les intégrer dans la planification des offres de prestations cantonales compte tenu de leur influence réciproque.

On peut cependant aussi déduire des résultats présentés ici qu'un système de santé avantageux à long terme repose sur une politique économique et sociale efficace. La sécurité de l'emploi et la densité du tissu social constituent donc les fondements d'un système de santé caractérisé par un recours limité aux prestations médicales.

BIBLIOGRAPHIE

- ADMINISTRATION FÉDÉRALE DES FINANCES (2000) : *Finances publiques de la Suisse 1998*. Berne : AFF.
- ANNÉE POLITIQUE SUISSE (APS ; diverses années) : *Année politique suisse*. Berne : Institut de sciences politiques à l'Université de Berne.
- BACKHAUS, Klaus et al. (2000) : *Multivariate Analysemethoden*. Berlin et al. : Springer, 9^e éd.
- BASSAND, Michel (1988) : *Les enjeux de l'urbanisation*. Berne, Francfort et Paris : Lang.
- BERTOGG, Jürg et Luca STÄGER (1998) : « Bund und Kantone », in Michael EGLI (éd.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; chap. 2.2.
- BIERSACK, Ortrud (2000) : *Evaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal – Les méthodes de planification des cantons. [Rapport] à l'intention du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires*. Berne : CDS.
- CONSEIL FÉDÉRAL (1991) : *Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991* (91.071).
- CONSEIL FÉDÉRAL (2000) : *Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 septembre 2000* (00.538).
- COPLAN (2001) : *Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken*. Rapport de recherche N° 15/01. Berne : OFAS.
- DOMENIGHETTI, Gianfranco et al. (1996) : *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France*. Lausanne : Réalités sociales.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2000) : *Health Care Systems in Transition : Switzerland*. Copenhague : European Observatory on Health Care Systems.
- FREI, Andreas (1998a) : « Struktur und Aufbau », in Michael EGLI (éd.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; chap. 1.3.
- FREI, Andreas (1998b) : « Kennzahlen, Kosten und Finanzierung », in Michael EGLI (éd.): *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; chap. 1.4.
- FREITAG, Markus (1996) : « Wahlbeteiligung in westlichen Demokratien. Eine Analyse zur Erklärung von Niveauunterschieden », *Revue suisse de science politique* 2(4) : 101-134.
- FREITAG, Markus (2000) : « Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit », *Zeitschrift für Soziologie* 29(3) : 186-201.
- FREITAG, Markus et Adrian VATTER (2000) : « Direkte Demokratie, Konkordanz und Wirtschaftsleistung: Ein Vergleich der Schweizer Kantone », *Revue suisse d'économie politique et de statistique* 136(4) : 579-606.
- GERMANN, Raimund E. et Katja WEIS (1995) : *Les administrations cantonales : une vue comparative*. Berne, Stuttgart et Vienne : Haupt.

- GILLIAND, Pierre (2001) : « Coûts et financement du système de santé suisse », in : Gerhard KOCHER, et Willy OGGIER (éd.) : *Système de santé suisse 2001/2002*. Soleure : Concordat des assureurs-maladie suisses : 78-84.
- GREPPI, Spartaco, Raymond ROSSEL et Wolfram STRÜWE (1998) : *Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé*. Rapport de recherche N° 15/98. Berne : OFAS.
- GREPPI, Spartaco, Heiner RITZMANN, Raymond ROSSEL et Nicolas SIFFERT (2000) : *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale*. Rapport de recherche N° 5/00. Berne : OFAS.
- GRÖFLIN, René et ZÜLLIG, Christoph (1995) : « SWISSCARE unterstützt die günstige Medikamentenabgabe durch Ärzte », *Bulletin des médecins suisses* 76/41 : 1652-1654.
- H+ LES HÔPITAUX DE SUISSE (1997) : *Statistique administrative globale des hôpitaux suisses 1996*. Aarau : H+ Verlag
- INFRAS (2000) : *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich*. Rapport de recherche N° 7/00. Berne : OFAS.
- LADNER, Andreas et Reto STEINER (1998) : *Gemeindereformen in den Schweizer Kantonen. Konzeptionelle Grundlagen und empirische Ergebnisse einer Kantonsbefragung*. Rapport de recherche N° 28, Berne : Institut d'Organisation et de Personnel de l'Université de Berne.
- LINDER, Wolf (1999) : *Schweizerische Demokratie. Institutionen – Prozesse – Perspektiven*. Berne, Stuttgart et Vienne : Haupt.
- NUSPLIGER, Kurt (2000) : « Die Kantonsregierungen – Strukturen, Prozesse, Reformen », in Peter KNOEPFEL et Wolf LINDER (éd.) : *Verwaltung, Regierung und Verfassung im Wandel. Gedächtnisschrift für Raimund E. Germann*. Bâle, Genève et Munich : Helbing & Lichtenhahn : 79-97.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (diverses années) : *Annuaire statistique de la Suisse*. Zurich : NZZ Verlag.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1993) : *Coûts du système de la santé 1985-1990. Conception et résultats*. Berne : OFS.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1999) : *Coûts du système de santé. Résultats détaillés 1997 et évolution depuis 1960*. Neuchâtel : OFS.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2000a) : *Coûts du système de santé. Résultats détaillés 1998 et évolution depuis 1960*. Neuchâtel : OFS.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2000b) : *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel : OFS.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2000c) : « Les hôpitaux suisses ont traité plus de 1,25 million de patients en 1998 ». Communiqué de presse N° 21/00
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2001) : « Coûts de la santé ». Communiqué de presse N° 351-0106-40
- OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (2000a) : *Statistique de l'assurance-maladie 1999*. Berne : OFAS.

- OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (2000b) : *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 1998*. Berne : OFAS.
- OGGIER, Willy (1999) : *Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz. Trends und Empfehlungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie*. Berne, Stuttgart et Vienne : Haupt.
- OLSON, Mancur (1991) : *Aufstieg und Niedergang von Nationen. Ökonomisches Wachstum, Stagflation und Starrheit*. Tübingen : J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 2^e éd.
- POMMEREHNE, Werner (1990) : « The Empirical Relevance of Comparative Institutional Analysis », *European Economic Review* 34(2/3) : 458-469.
- ROTHENBÜHLER, Martin (1999) : *Evaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'article 39 LAMal. Rapport au secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires*. Berne : CDS.
- SCHALTEGGER, Christoph A. (2001) : « Ist der Schweizer Föderalismus zu kleinräumig ? », *Revue suisse de science politique* 7(1) : 1-18.
- SCHENKER, Luc (1997) : « Coûts moyens de l'assurance-maladie obligatoire en 1996 par genre de prestations, par assuré et par canton ». Lausanne : Hospices cantonaux vaudois.
- SCHMIDT, Manfred G. (1993) : « Theorien in der international vergleichenden Staatstätigkeitsforschung », in Adrienne HÉRITIER (éd.) : *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*. Opladen : Westdeutscher Verlag : 371-393.
- SCHMIDT, Manfred G. (1999) : « Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder », *Politische Vierteljahresschrift* 40/2 : 229-245.
- SPROULE-JONES, Mark (1993) : *Governments at Work: Canadian Parliamentary Federalism and Its Public Policy Effects*. Toronto : University of Toronto Press.
- STUTZER, Alois et Bruno S. FREY (2000) : « Stärkere Volksrechte – Zufriedenere Bürger : eine mikroökonomische Untersuchung für die Schweiz », *Revue suisse de science politique* 6(3) : 1-30.
- VATTER, Adrian (1994) : *Eigennutz als Grundmaxime in der Politik ?* Berne, Stuttgart et Vienne : Haupt.
- VATTER, Adrian (1997) : « Die Wechselbeziehungen von Konkordanz- und Direktdemokratie », *Politische Vierteljahresschrift* 38/4 : 743-770.
- VATTER, Adrian (2002) : *Kantonale Demokratien im Vergleich. Entstehungsgründe, Interaktionen und Wirkungen politischer Institutionen in den Schweizer Kantonen*. Opladen: Leske + Budrich.
- WAGSCHAL, Uwe (1999) : *Statistik für Politikwissenschaftler*. Munich et Vienne : Oldenbourg.

ANNEXE: VARIABLES ET DONNÉES

Table des matières des tableaux annexés:

- A1 Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant
- A2 Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant, indexés chaque année (CH = 100) de 1994 à 1999
- A3 Variation annuelle moyenne des besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant, de 1994 à 1999, exprimée en %
- A4 Part des investissements dans les besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique de 1994 à 1999
- B1 Coûts bruts par mois d'assurance en francs en valeurs absolues, de 1994 à 1999
- B2 Coûts bruts par mois d'assurance indexés chaque année (CH = 100) de 1994 à 1999
- B3 Variation annuelle moyenne des coûts bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999, en %
- C Parts de financement dans le secteur hospitalier en 1998, en %
- D1 Taux d'hospitalisation (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants du canton) en 1998
- D2 Part des plus de 65 ans à la population résidante permanente de 1994 à 1999, en %
- D3 Degré d'urbanisation en 1988
- D4 Part de chômeurs à la population active de 1994 à 1999, en %
- D5 Revenu cantonal net aux coûts des facteurs de 1994 à 1998, par habitant
- D6 Poids des réseaux sociaux en 1992
- D7 Part de germanophones à la population du canton en 1990, en %
- D8 Degré global de couverture sanitaire de 1994 à 1999 et bases de calcul (Transformation n valeur z des données de base)
- D9 Densité de médecins (nombre de médecins en pratique privée pour 100 000 habitants du canton de 1994 à 1999)
- D10 Part des médecins avec une spécialisation FMH au nombre de médecins en pratique privée pour 100 000 habitants de 1994 à 1999, en %
- D11 Degré de prise en charge dans le domaine hospitalier en 1999
- D12 Densité de lits en hôpitaux de soins aigus (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton de 1994 à 1996)
- D13 Densité de lits en EMS (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton) en 1998
- D14 Densité de lits en psychiatrie (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton) en 1998
- D15 Part des cliniques spécialisées au nombre d'hôpitaux par canton en 1998, en %
- D16 Taille moyenne des hôpitaux par canton en 1998 (nombre de lits par hôpital)

-
- D17 Densité de pharmacies (nombre de pharmacies pour 100 000 habitants du canton) de 1994 à 1999
 - D18 Etendue de la propharmacie (part des médecins remettant des médicaments) de 1995 à 1999
 - D19 Part du secteur ambulatoire aux coûts bruts de l'assurance-maladie de 1996 à 1999, en %
 - D20 Rapport de lits pour soins aigus par rapport aux lits en EMS en 1998
 - D21 Nombre d'heures de soins à domicile par habitant du canton en 1998
 - D22 Indice 1992 de la démocratie directe d'après Frey et Stutzer 2000
 - D23 Référendum financier obligatoire
 - D24 Recours aux instruments cantonaux de la démocratie directe de 1994 à 1999
 - D25 Utilisation du référendum financier dans les cantons de 1994 à 1999
 - D26 Concordance gouvernementale (part des suffrages obtenus par les partis gouvernementaux) de 1994 à 1999
 - D27 Volonté de changement des cantons d'après Ladner et Steiner 1998
 - D28 Quote-part de l'Etat (part des dépenses publiques au revenu cantonal, moins les dépenses de santé) de 1994 à 1998, en %
 - D29 Part des partis de gauche au gouvernement (PS, Verts et Parti démocrate social) de 1994 à 1999, en %
 - E1 Dépenses relatives à la santé publique dans les cantons: effets de levier ou de frein
 - E2 Coûts de l'assurance-maladie dans les cantons: effets de levier ou de frein

Figures annexées:

- A Rapport entre le niveau moyen et l'évolution moyenne des besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique par habitant de 1994 à 1999
- B Rapport entre le niveau moyen et l'évolution moyenne des coûts bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999

Tableau A1: Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant (Total, soit somme du compte de fonctionnement et du compte des investissements) 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Moyenne 94 - 99	Calcul du logarithme
ZH	745.41	741.25	703.34	630.78	608.05	647.66	679.42	2.83
BE	658.30	592.55	680.58	719.19	703.58	808.60	693.80	2.84
LU	537.90	553.07	495.84	471.34	483.60	483.03	504.13	2.70
UR	325.61	465.53	645.37	740.41	643.29	655.69	579.32	2.76
SZ	212.01	253.57	306.38	413.14	511.90	474.59	361.93	2.56
OW	675.65	960.70	1046.63	797.69	622.40	636.54	789.94	2.90
NW	525.19	751.44	813.52	661.52	504.74	543.40	633.30	2.80
GL	615.74	694.82	761.20	992.85	1021.13	987.65	845.56	2.93
ZG	589.58	496.55	809.20	831.81	712.52	789.30	704.83	2.85
FR	690.36	599.47	727.56	705.23	667.45	741.71	688.63	2.84
SO	461.06	450.62	661.50	593.53	592.28	653.36	568.73	2.75
BS	1844.32	1967.63	1928.77	1800.20	1793.03	1797.30	1855.21	3.27
BL	595.31	689.16	679.25	737.96	778.78	787.12	711.26	2.85
SH	824.03	800.59	898.20	924.70	924.72	917.12	881.56	2.95
AR	596.14	680.94	751.68	606.53	682.48	535.65	642.24	2.81
AI	413.51	380.89	456.26	370.11	392.77	463.43	412.83	2.62
SG	530.70	516.95	548.15	509.84	536.70	585.70	538.01	2.73
GR	775.50	643.57	639.07	788.35	872.83	815.30	755.77	2.88
AG	511.35	522.51	543.86	538.60	525.64	545.90	531.31	2.73
TG	504.60	447.08	442.25	393.28	456.86	391.27	439.22	2.64
TI	763.77	766.76	705.77	877.79	820.99	806.34	790.24	2.90
VD	811.64	751.92	783.98	744.90	804.20	905.01	800.28	2.90
VS	619.37	638.99	763.22	729.64	787.80	784.02	720.51	2.86
NE	492.08	500.55	553.89	919.04	984.42	999.08	741.51	2.87
GE	1893.71	1743.87	1946.42	1880.88	1870.64	1883.92	1869.91	3.27
JU	972.33	754.55	827.26	850.33	940.48	819.35	860.72	2.93
CH	699.43	706.37	773.81	778.06	778.59	786.85	753.85	2.88
E-t	373.04	365.18	369.03	348.18	346.85	344.99	347.38	

Source: OFS (www.statistique.admin.ch), *1999: valeurs provisoires (données 1999 fournies par les cantons et données 1998 fournies par les communes)

E-t: écart-type

Tableau A2: Besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant, indexés chaque année (CH = 100) de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Moyenne 94 - 99
ZH	106.57	104.94	90.89	81.07	78.10	82.31	90.65
BE	94.12	83.89	87.95	92.43	90.37	102.76	91.92
LU	76.91	78.30	64.08	60.58	62.11	61.39	67.23
UR	46.55	65.91	83.40	95.16	82.62	83.33	76.16
SZ	30.31	35.90	39.59	53.10	65.75	60.32	47.49
OW	96.60	136.01	135.26	102.52	79.94	80.90	105.20
NW	75.09	106.38	105.13	85.02	64.83	69.06	84.25
GL	88.03	98.36	98.37	127.60	131.15	125.52	111.51
ZG	84.29	70.30	104.57	106.91	91.51	100.31	92.98
FR	98.70	84.87	94.02	90.64	85.73	94.26	91.37
SO	65.92	63.79	85.49	76.28	76.07	83.04	75.10
BS	263.69	278.56	249.26	231.37	230.29	228.42	246.93
BL	85.11	97.56	87.78	94.85	100.02	100.03	94.23
SH	117.82	113.34	116.07	118.85	118.77	116.56	116.90
AR	85.23	96.40	97.14	77.95	87.66	68.07	85.41
AI	59.12	53.92	58.96	47.57	50.45	58.90	54.82
SG	75.88	73.18	70.84	65.53	68.93	74.44	71.47
GR	110.88	91.11	82.59	101.32	112.10	103.62	100.27
AG	73.11	73.97	70.28	69.22	67.51	69.38	70.58
TG	72.14	63.29	57.15	50.55	58.68	49.73	58.59
TI	109.20	108.55	91.21	112.82	105.45	102.48	104.95
VD	116.04	106.45	101.31	95.74	103.29	115.02	106.31
VS	88.55	90.46	98.63	93.78	101.18	99.64	95.37
NE	70.36	70.86	71.58	118.12	126.44	126.97	97.39
GE	270.75	246.88	251.54	241.74	240.26	239.43	248.43
JU	139.02	106.82	106.91	109.29	120.79	104.13	114.49
CH	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Ecart	240.44	242.66	211.94	194.17	189.81	189.70	200.94

*1999: valeurs provisoires (données 1999 fournies par les cantons et données 1998 fournies par les communes)

Ecart: différence entre la valeur maximale et la valeur minimale; cf. Wagschal 1999: 107s.)

Tableau A3: Variation annuelle moyenne des besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique, en francs, par habitant, de 1994 à 1999, exprimée en %

	94 - 95	95 - 96	96 - 97	97 - 98	98 - 99*	Moyenne 94 - 99
ZH	-0.56	-5.12	-10.32	-3.60	6.51	-2.77
BE	-9.99	14.86	5.67	-2.17	14.93	4.20
LU	2.82	-10.35	-4.94	2.60	-0.12	-2.13
UR	42.97	38.63	14.73	-13.12	1.93	15.03
SZ	19.60	20.83	34.85	23.90	-7.29	17.49
OW	42.19	8.94	-23.78	-21.97	2.27	-1.19
NW	43.08	8.26	-18.68	-23.70	7.66	0.68
GL	12.84	9.55	30.43	2.85	-3.28	9.91
ZG	-15.78	62.97	2.79	-14.34	10.78	6.01
FR	-13.17	21.37	-3.07	-5.36	11.13	1.45
SO	-2.27	46.80	-10.28	-0.21	10.31	7.22
BS	6.69	-1.97	-6.67	-0.40	0.24	-0.52
BL	15.77	-1.44	8.64	5.53	1.07	5.74
SH	-2.84	12.19	2.95	0.00	-0.82	2.16
AR	14.22	10.39	-19.31	12.52	-21.51	-2.12
AI	-7.89	19.79	-18.88	6.12	17.99	2.31
SG	-2.59	6.04	-6.99	5.27	9.13	1.99
GR	-17.01	-0.70	23.36	10.72	-6.59	1.01
AG	2.18	4.09	-0.97	-2.41	3.86	1.32
TG	-11.40	-1.08	-11.07	16.17	-14.36	-4.96
TI	0.39	-7.95	24.37	-6.47	-1.79	1.09
VD	-7.36	4.26	-4.98	7.96	12.54	2.20
VS	3.17	19.44	-4.40	7.97	-0.48	4.83
NE	1.72	10.66	65.92	7.11	1.49	15.22
GE	-7.91	11.62	-3.37	-0.54	0.71	-0.10
JU	-22.40	9.64	2.79	10.60	-12.88	-3.37
CH	3.33	11.99	2.65	0.96	1.67	3.18

*1999: valeurs provisoires (données 1999 fournies par les cantons et données 1998 fournies par les communes)

Tableau A4: Part des investissements dans les besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	Moyenne 94 - 99
ZH	29.40	31.19	25.62	22.28	26.92	23.3	26.5
BE	14.60	18.60	9.41	14.12	14.77	24.2	15.9
LU	37.16	28.67	25.99	21.64	27.35	24.6	27.6
UR	35.91	43.42	40.09	45.20	30.47	39.1	39.0
SZ	27.16	31.72	0.86	1.44	1.82	1.1	10.7
OW	37.13	53.65	46.00	20.71	1.64	2.7	27.0
NW	68.37	64.42	57.05	27.32	6.88	8.1	38.7
GL	33.31	43.19	41.46	52.73	44.53	41.9	42.9
ZG	29.82	21.95	34.35	24.73	16.35	11.4	23.1
FR	16.10	5.97	2.72	5.06	9.92	13.9	8.9
SO	24.66	22.72	25.82	22.74	32.01	31.2	26.5
BS	16.54	13.34	15.43	15.12	18.55	15.9	15.8
BL	3.49	12.46	19.20	19.48	25.39	20.7	16.8
SH	7.41	7.10	5.78	7.67	4.20	6.7	6.5
AR	25.22	32.68	39.25	28.85	35.49	18.5	30.0
AI	17.78	4.65	25.01	7.10	6.21	3.0	10.6
SG	18.75	11.94	11.86	7.23	13.63	15.4	13.1
GR	43.23	20.98	11.86	16.71	23.23	29.0	24.2
AG	2.61	13.00	15.85	19.03	19.88	21.4	15.3
TG	20.67	17.51	14.13	14.49	19.91	10.3	16.2
TI	16.48	18.03	6.53	12.50	15.46	17.0	14.3
VD	7.03	16.60	15.21	14.20	8.81	6.5	11.4
VS	12.90	15.72	23.28	19.45	21.75	16.8	18.3
NE	15.38	23.17	17.07	16.96	15.84	13.7	17.0
GE	12.06	7.78	6.77	5.14	4.86	3.6	6.7
JU	25.58	6.74	9.65	11.92	8.40	5.0	11.2
CH	23.03	22.58	21.01	18.22	17.47	16.35	19.78
Et	13.99	14.83	14.25	11.32	10.86	10.75	9.87

Source: OFS (www.statistique.admin.ch), propres calculs

*1999: valeurs provisoires (données 1999 fournies par les cantons et données 1998 fournies par les communes)

Figure A: Niveau moyen et évolution moyenne des besoins financiers nets des cantons et des communes pour la santé publique de 1994 à 1999, par habitant

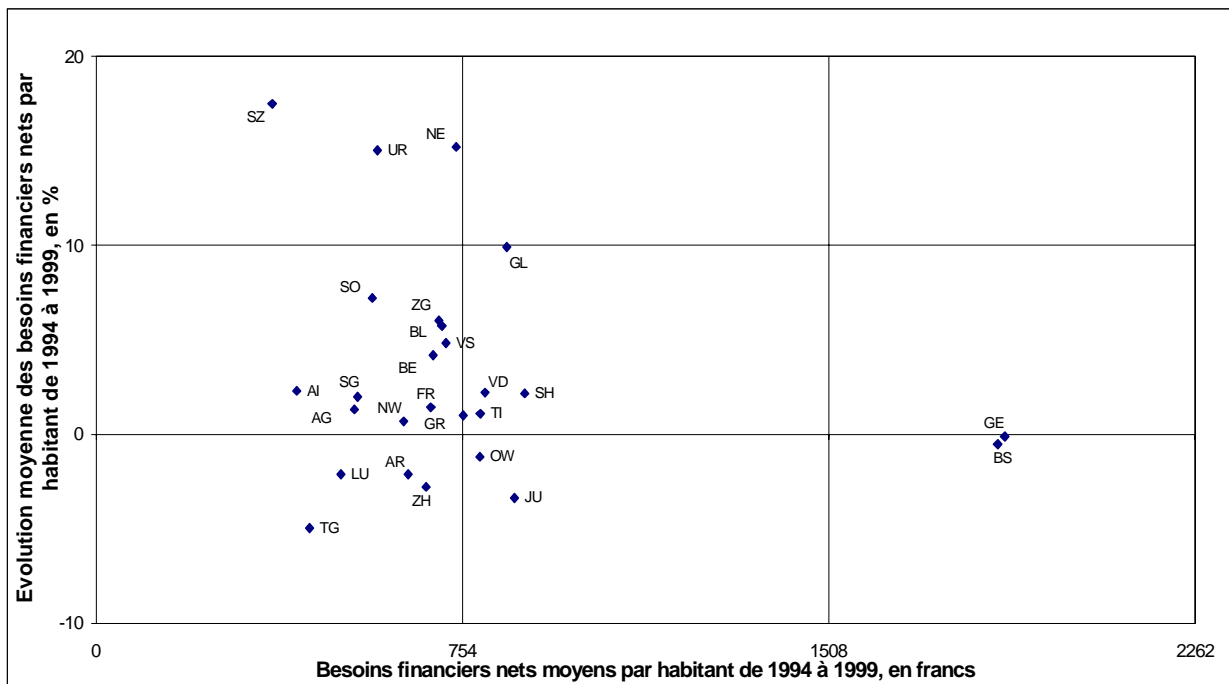


Figure B: Niveau moyen et évolution moyenne des coûts bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999

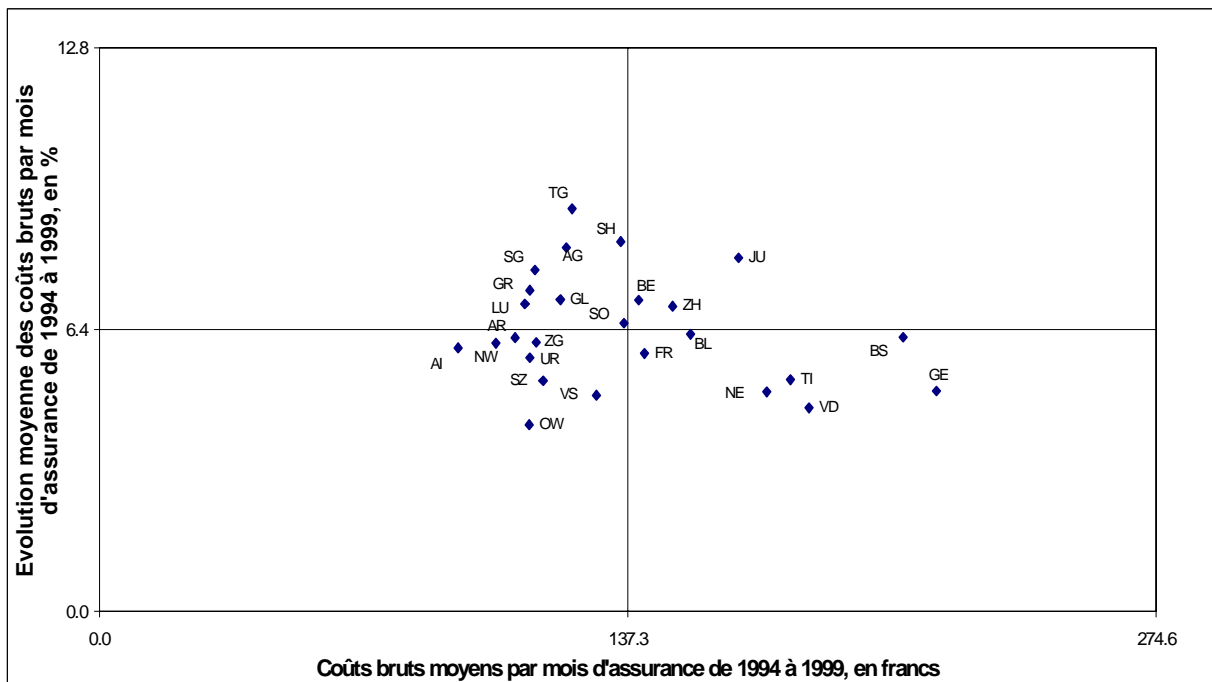


Tableau B1: Coûts bruts par mois d'assurance en francs en valeurs absolues, de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 - 99	Calcul du logarithme
ZH	123.79	127.43	148.03	153.23	168.44	172.88	148.97	2.17
BE	114.89	120.56	137.68	151.56	154.67	161.49	140.14	2.15
LU	92.43	95.52	109.00	113.46	123.51	129.42	110.55	2.04
UR	96.01	101.28	110.37	116.26	119.73	126.91	111.76	2.05
SZ	102.08	105.81	113.81	115.91	122.14	131.64	115.23	2.06
OW	101.80	102.03	109.17	111.23	121.01	125.19	111.74	2.05
NW	87.81	91.46	105.68	104.47	110.95	117.88	103.04	2.01
GL	99.73	104.47	118.71	125.14	130.09	140.25	119.73	2.08
ZG	97.71	100.16	111.49	114.83	125.38	131.33	113.48	2.05
FR	122.90	126.99	137.36	141.89	157.46	163.20	141.63	2.15
SO	114.15	117.19	137.52	142.38	150.42	156.59	136.37	2.13
BS	177.22	190.09	200.15	213.78	232.01	239.48	208.79	2.32
BL	130.61	138.89	151.70	158.29	165.27	177.07	153.64	2.19
SH	110.78	114.79	131.46	142.30	148.07	165.61	135.50	2.13
AR	92.55	94.67	106.17	113.41	116.39	125.03	108.04	2.03
AI	82.23	84.69	90.26	93.50	98.76	109.87	93.22	1.97
SG	92.53	97.54	110.61	118.56	125.05	134.25	113.09	2.05
GR	93.57	97.09	106.48	117.05	124.00	132.92	111.85	2.05
AG	97.66	102.60	119.42	125.33	137.22	145.06	121.21	2.08
TG	94.20	106.87	116.06	133.94	139.90	145.73	122.79	2.09
TI	154.64	162.44	181.45	183.93	195.00	199.68	179.52	2.25
VD	162.23	165.78	182.63	192.94	199.23	203.24	184.34	2.27
VS	114.07	116.81	126.55	134.16	138.35	144.85	129.13	2.11
NE	144.81	153.16	172.16	187.96	197.39	184.58	173.34	2.24
GE	191.25	196.60	211.20	216.92	245.01	244.02	217.50	2.34
JU	136.51	138.26	160.12	177.40	183.20	200.58	166.01	2.22
CH	116.47	121.28	134.82	142.30	151.10	158.03	137.33	2.14
Et	28.38	29.67	31.60	33.54	36.89	35.25	32.36	

Source: OFAS, Section Statistique

Et = Ecart-type

Tableau B2: Coûts bruts par mois d'assurance indexés chaque année (CH = 100), de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 - 99
ZH	106.29	105.07	109.80	107.68	111.48	109.40	108.29
BE	98.64	99.41	102.12	106.50	102.36	102.19	101.87
LU	79.36	78.76	80.85	79.73	81.74	81.89	80.39
UR	82.43	83.51	81.87	81.70	79.24	80.31	81.51
SZ	87.64	87.25	84.41	81.46	80.84	83.30	84.15
OW	87.41	84.13	80.98	78.16	80.08	79.22	81.66
NW	75.39	75.41	78.39	73.42	73.43	74.60	75.11
GL	85.63	86.15	88.05	87.94	86.10	88.75	87.10
ZG	83.90	82.58	82.70	80.70	82.97	83.11	82.66
FR	105.53	104.71	101.89	99.71	104.21	103.27	103.22
SO	98.01	96.63	102.01	100.05	99.55	99.09	99.22
BS	152.16	156.74	148.46	150.23	153.54	151.54	152.11
BL	112.15	114.52	112.52	111.23	109.38	112.05	111.98
SH	95.11	94.65	97.51	100.00	97.99	104.79	98.34
AR	79.46	78.06	78.75	79.70	77.02	79.12	78.69
AI	70.60	69.83	66.95	65.70	65.36	69.53	68.00
SG	79.45	80.43	82.05	83.31	82.76	84.95	82.16
GR	80.34	80.05	78.98	82.26	82.07	84.11	81.30
AG	83.85	84.60	88.58	88.08	90.81	91.79	87.95
TG	80.88	88.12	86.09	94.13	92.59	92.22	89.00
TI	132.78	133.95	134.59	129.25	129.05	126.36	131.00
VD	139.29	136.70	135.46	135.59	131.85	128.61	134.58
VS	97.94	96.32	93.87	94.28	91.56	91.66	94.27
NE	124.34	126.29	127.70	132.09	130.63	116.80	126.31
GE	164.21	162.11	156.65	152.44	162.15	154.41	158.66
JU	117.21	114.00	118.77	124.66	121.25	126.93	120.47
CH	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Ecart	93.61	92.27	89.70	86.74	96.79	84.89	90.66

Ecart: différence entre la valeur maximale et la valeur minimale; cf. Wagschal 1999: 107s.)

Tableau B3: Variation annuelle moyenne des coûts bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999, en %

	94 - 95	95 - 96	96 - 97	97 - 98	98 - 99	Moyenne 94 - 99
ZH	2.94	16.17	3.51	9.93	2.63	6.91
BE	4.93	14.21	10.08	2.05	4.41	7.05
LU	3.35	14.11	4.09	8.86	4.78	6.96
UR	5.49	8.97	5.34	2.98	5.99	5.74
SZ	3.66	7.56	1.85	5.38	7.77	5.22
OW	0.23	7.00	1.89	8.79	3.46	4.22
NW	4.16	15.55	-1.14	6.20	6.25	6.07
GL	4.76	13.63	5.41	3.96	7.81	7.06
ZG	2.50	11.32	3.00	9.18	4.75	6.09
FR	3.33	8.16	3.29	10.98	3.65	5.83
SO	2.67	17.35	3.53	5.65	4.10	6.53
BS	7.26	5.30	6.81	8.53	3.22	6.21
BL	6.34	9.22	4.34	4.41	7.14	6.27
SH	3.62	14.52	8.25	4.05	11.85	8.37
AR	2.30	12.14	6.82	2.63	7.43	6.20
AI	2.99	6.57	3.59	5.63	11.25	5.97
SG	5.41	13.40	7.18	5.48	7.35	7.73
GR	3.76	9.68	9.92	5.94	7.19	7.27
AG	5.07	16.39	4.95	9.48	5.71	8.24
TG	13.44	8.60	15.41	4.45	4.17	9.12
TI	5.05	11.70	1.37	6.02	2.40	5.24
VD	2.19	10.16	5.65	3.26	2.02	4.61
VS	2.41	8.34	6.01	3.13	4.70	4.89
NE	5.77	12.40	9.18	5.02	-6.49	4.97
GE	2.79	7.43	2.71	12.95	-0.40	4.99
JU	1.28	15.82	10.79	3.27	9.49	8.00
CH	4.14	11.37	5.53	6.08	5.10	6.38

Tableau C: Parts de financement dans le secteur hospitalier en 1998, en %

	Sans investissement		Avec investissements	
	Cantons	Assureurs	Cantons	Assureurs
ZH	38.71	61.29	46.73	53.27
BE	50.81	49.19	55.16	44.84
LU	40.94	59.06	47.55	52.45
UR	48.68	51.32	58.64	41.36
SZ	55.17	44.83	55.67	44.33
OW	44.10	55.90	44.83	55.17
NW	52.16	47.84	54.31	45.69
GL	51.08	48.92	66.86	33.14
ZG	47.16	52.84	50.83	49.17
FR	49.32	50.68	52.81	47.19
SO	40.83	59.17	51.57	48.43
BS	59.07	40.93	64.73	35.27
BL	47.00	53.00	55.49	44.51
SH	58.36	41.64	59.38	40.62
AR	47.83	52.17	59.75	40.25
AI	40.36	59.64	42.16	57.84
SG	48.09	51.91	51.31	48.69
GR	53.85	46.15	61.29	38.71
AG	47.73	52.27	53.97	46.03
TG	36.69	63.31	41.84	58.16
TI	36.83	63.17	41.83	58.17
VD	45.00	55.00	47.68	52.32
VS	48.67	51.33	55.73	44.27
NE	46.54	53.46	50.93	49.07
GE	76.05	23.95	77.12	22.88
JU	49.65	50.35	52.24	47.76
CH	49.47	50.53	54.47	45.53

Source: Conseil fédéral 2000. Calcul de l'OFS sur la base de la Statistique des coûts du système de santé, de la Statistique de l'assurance-maladie et de la Statistique des finances publiques

Tabelle D1: Taux d'hospitalisation (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants du canton) en 1998

	Taux d'hospitalisation
ZH	126.9
BE	154.6
LU	130.2
UR	128.9
SZ	121.4
OW	120.1
NW	122.1
GL	124.1
ZG	112.2
FR	153.9
SO	155.3
BS	194.8
BL	151.0
SH	126.4
AR	136.8
AI	127.2
SG	132.7
GR	148.8
AG	104.7
TG	122.4
TI	184.0
VD	148.1
VS	152.5
NE	179.3
GE	119.8
JU	156.2
CH	147.7

Source: OFS 2000c. Les données se basent sur les indications de 95 % des 399 établissements hospitaliers en Suisse

Tableau D2: Part des plus de 65 ans à la population résidante permanente de 1994 à 1999, en %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	14.80	14.87	14.96	15.04	15.13	15.18	15.00	0.51
BE	16.49	16.58	16.67	16.81	16.94	17.04	16.76	0.66
LU	13.62	13.69	13.79	13.95	14.17	14.34	13.93	1.04
UR	14.87	14.90	14.88	15.02	15.18	15.23	15.01	0.48
SZ	11.92	12.04	12.25	12.44	12.64	12.85	12.36	1.51
OW	13.67	13.66	13.78	13.69	13.84	13.87	13.75	0.29
NW	11.12	11.15	11.21	11.37	11.48	11.62	11.33	0.89
GL	15.86	15.82	15.93	15.96	16.02	16.04	15.94	0.22
ZG	11.36	11.43	11.47	11.53	11.58	11.77	11.52	0.72
FR	12.90	12.89	12.82	12.82	12.83	12.86	12.85	-0.07
SO	14.20	14.28	14.39	14.56	14.65	14.84	14.49	0.90
BS	20.36	20.49	20.58	20.70	20.78	20.94	20.64	0.56
BL	13.93	14.30	14.60	14.92	15.22	15.55	14.75	2.22
SH	16.64	16.84	16.96	17.16	17.34	17.52	17.08	1.04
AR	16.01	16.07	16.01	16.04	16.20	16.27	16.10	0.32
AI	14.37	14.74	15.03	15.09	15.23	15.38	14.97	1.37
SG	13.93	13.95	14.01	14.12	14.13	14.21	14.06	0.40
GR	14.45	14.56	14.64	14.77	14.90	15.06	14.73	0.83
AG	12.39	12.48	12.63	12.86	13.03	13.20	12.76	1.27
TG	13.62	13.64	13.66	13.76	13.91	14.00	13.76	0.55
TI	16.31	16.44	16.69	16.87	17.12	17.33	16.79	1.21
VD	15.12	15.18	15.33	15.44	15.52	15.58	15.36	0.60
VS	12.88	13.09	13.33	13.64	13.92	14.25	13.52	2.04
NE	16.46	16.51	16.68	16.82	16.89	16.99	16.73	0.64
GE	13.87	13.98	14.15	14.28	14.42	14.47	14.20	0.86
JU	15.47	15.58	15.77	15.96	16.06	16.14	15.83	0.84
CH	14.48	14.58	14.70	14.83	14.97	15.10	14.78	0.84

Source: Propres calculs sur la base de données de l'OFS (Section de l'évolution de la population)

Tableau D3: Degré d'urbanisation en 1988

	Degré d'urbanisation
ZH	85.7
BE	52.0
LU	50.7
UR	0.0
SZ	11.4
OW	0.0
NW	0.0
GL	0.0
ZG	79.8
FR	27.8
SO	55.5
BS	100.0
BL	86.4
SH	74.7
AR	0.0
AI	0.0
SG	41.0
GR	31.3
AG	70.0
TG	40.8
TI	75.0
VD	60.2
VS	24.9
NE	71.0
GE	100.0
JU	17.4
CH	44.4

Source: Bassand 1988

Tableau D4: Part de chômeurs à la population active de 1994 à 1999, en %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	4.5	4.0	4.3	5.2	4.2	2.9	4.2	-8.4
BE	4.1	3.5	3.9	4.4	2.9	1.9	3.5	-14.3
LU	3.6	3.2	4.0	4.3	2.9	1.9	3.3	-12.0
UR	1.6	1.6	2.3	2.4	1.5	1.0	1.7	-9.0
SZ	2.3	2.0	2.9	2.8	2.1	1.5	2.3	-8.2
OW	2.0	1.7	2.1	2.3	1.4	0.6	1.7	-21.4
NW	2.7	2.1	2.5	2.6	1.5	0.6	2.0	-26.0
GL	2.0	2.0	3.3	2.9	2.0	1.5	2.3	-5.6
ZG	3.5	2.8	3.4	3.9	3.1	2.3	3.2	-8.1
FR	5.9	5.2	4.8	4.7	3.7	2.5	4.5	-15.8
SO	4.4	3.5	4.6	6.0	3.7	2.5	4.1	-10.7
BS	5.7	4.9	4.7	4.9	3.7	2.5	4.4	-15.2
BL	3.6	3.0	3.4	3.7	2.6	1.8	3.0	-12.9
SH	4.2	3.8	4.5	5.3	4.1	2.8	4.1	-7.8
AR	2.6	1.9	2.3	2.5	1.4	0.9	1.9	-19.1
AI	1.2	0.8	1.5	1.9	0.8	0.5	1.1	-16.1
SG	3.3	2.8	3.5	4.0	2.8	2.2	3.1	-7.8
GR	1.9	2.0	2.6	3.2	2.5	1.6	2.3	-3.4
AG	3.3	2.9	3.8	4.7	3.0	2.1	3.3	-8.6
TG	3.0	2.6	3.5	4.3	3.2	2.0	3.1	-7.8
TI	6.5	6.7	7.6	7.8	6.3	4.4	6.6	-7.5
VD	7.5	7.0	7.3	7.2	5.6	4.1	6.5	-11.4
VS	7.4	7.0	6.7	6.9	4.7	3.5	6.0	-13.9
NE	6.5	5.8	5.5	6.3	5.3	3.9	5.6	-9.7
GE	7.6	6.9	6.8	7.8	6.1	5.1	6.7	-7.7
JU	6.4	5.4	6.2	6.6	3.9	2.8	5.2	-15.2
CH	4.1	3.7	4.2	4.6	3.3	2.3	3.7	-11.7

Source OFS

Tableau D5: Revenu cantonal net aux coûts des facteurs de 1994 à 1998, par habitant

	1994	1995	1996	1997	1998*	Moyenne 94 – 98	Calcul loga- rithme	Variation moyenne 94 – 98 en %
ZH	51746	52850	53563	56562	58770	54698	4.74	3.2
BE	36723	38048	38686	39484	38111	38210	4.58	0.9
LU	37252	38144	38891	39764	39341	38678	4.59	1.4
UR	37902	38354	37608	37658	42108	38726	4.59	2.7
SZ	39738	39677	40033	45920	49768	43027	4.64	5.8
OW	31572	32729	33453	36554	34251	33712	4.53	2.1
NW	44462	45663	49295	54027	54789	49647	4.70	5.4
GL	51284	50267	47745	54153	52222	51134	4.71	0.5
ZG	73061	71133	70396	69275	69755	70724	4.85	-1.2
FR	35035	35412	36906	37575	36302	36246	4.56	0.9
SO	35771	39525	39406	40766	41458	39385	4.60	3.8
BS	54554	56254	57817	66740	76235	62320	4.81	8.7
BL	45661	45357	45415	49337	48632	46880	4.67	1.6
SH	41794	42906	43533	46315	46708	44251	4.65	2.8
AR	34252	33648	34464	35702	39592	35532	4.56	3.7
AI	31249	32958	34197	39505	39608	35503	4.56	6.1
SG	37659	37964	37472	38055	39123	38055	4.58	1.0
GR	37938	37973	37355	38833	42151	38850	4.60	2.7
AG	42302	42890	43177	43411	44386	43233	4.64	1.2
TG	36714	36638	37011	38354	39399	37623	4.58	1.8
TI	34909	35941	36361	37587	40691	37098	4.58	3.9
VD	41365	42314	42680	44662	45677	43340	4.64	2.5
VS	30297	31577	32129	32879	35197	32416	4.52	3.8
NE	30536	32800	37506	39701	39173	35943	4.56	6.4
GE	45771	47603	47896	51613	54189	49414	4.70	4.3
JU	27512	28486	30191	30672	33804	30133	4.49	5.3
CH	40271.5	41042.7	41661.0	44042.5	45440.0	42491.6	4.6	3.1

Source: OFS, Section des comptes nationaux

* 1998: données provisoires

Tableau D6: Poids des réseaux sociaux en 1992

	Indice du capital social
ZH	0.08
BE	0.06
LU	0.19
UR	0.13
SZ	0.17
OW	0.17
NW	0.47
GL	-0.12
ZG	0.10
FR	-0.16
SO	0.22
BS	-0.23
BL	0.01
SH	0.30
AR	0.13
AI	-0.03
SG	0.01
GR	0.14
AG	0.09
TG	0.29
TI	-0.40
VD	-0.31
VS	0.02
NE	-0.20
GE	-0.17
JU	-0.29

Source: Freitag 2000

Tableau D7: Part de germanophones à la population du canton en 1990, en %

	Part de germanophones
ZH	82.5
BE	83.8
LU	88.6
UR	93.2
SZ	89.4
OW	92.8
NW	93.1
GL	83.6
ZG	85.0
FR	29.7
SO	87.1
BS	78.6
BL	86.0
SH	86.7
AR	88.6
AI	91.7
SG	87.2
GR	65.3
AG	85.7
TG	86.2
TI	9.8
VD	9.0
VS	29.4
NE	5.2
GE	5.5
JU	4.8
CH	66.5

Source: OFS, Recensement 1990

Tableau D8: Degré global de couverture sanitaire de 1994 à 1999 et bases de calcul (Transformation en valeur z des données de base)

	Densité de médecins	Part de spécialistes	Degré de prise en charge dans le domaine hospitalier	Densité de lits en hôpitaux de soins aigus	Densité de lits en EMS, etc.	Densité de lits en psychiatrie	Part de cliniques spécialisées	Degré global de couverture sanitaire
ZH	0.8	0.8	1.5	-0.1	0.4	1.0	0.5	0.7
BE	0.4	0.9	1.5	0.2	0.7	0.1	-0.3	0.5
LU	-0.4	-0.1	0.2	-0.7	0.6	-0.3	0.5	0.0
UR	-0.7	-0.9	-1.2	-0.6	0.2	-1.2	-1.9	-0.9
SZ	-1.0	-1.1	-1.2	-1.2	0.1	-1.2	-1.9	-1.1
OW	-1.1	-1.8	-1.2	-0.7	0.6	-1.2	-1.9	-1.0
NW	-1.1	-0.9	-1.2	-1.1	-0.1	-1.2	-1.9	-1.1
GL	-0.7	-1.2	-1.2	0.1	1.7	-1.2	0.5	-0.3
ZG	-0.1	0.6	-1.2	-0.5	0.6	1.1	0.5	0.2
FR	-0.3	0.8	0.2	0.0	0.2	-0.2	-1.0	-0.1
SO	-0.3	-0.4	0.2	-0.8	-0.1	-0.1	-0.3	-0.3
BS	3.1	2.4	1.5	2.0	0.7	0.7	0.7	1.6
BL	0.3	0.5	1.5	-0.4	-0.2	-0.3	-0.3	0.2
SH	0.3	-0.1	-1.2	-0.5	1.3	2.6	0.5	0.4
AR	-0.4	-1.0	-1.2	0.6	2.6	0.9	1.8	0.5
AI	-1.4	-1.1	-1.2	-0.7	-0.4	-1.2	0.5	-0.8
SG	-0.3	-0.2	0.2	-0.1	-	0.0	0.2	0.0
GR	0.1	-0.4	0.2	3.6	-0.8	0.2	0.3	0.4
AG	-0.5	0.2	0.2	-0.1	-1.1	-0.1	0.4	-0.1
TG	-0.7	-0.9	0.2	-1.1	-0.4	1.0	2.0	0.0
TI	0.3	0.6	0.2	1.1	0.0	-0.5	-0.2	0.2
VD	1.2	0.8	1.5	0.2	-1.3	-0.2	0.3	0.4
VS	0.0	0.2	0.2	0.5	-1.4	-0.7	0.8	-0.1
NE	0.4	0.3	0.2	0.0	-0.7	2.0	-0.7	0.2
GE	2.4	2.3	1.5	-0.4	-1.9	0.8	0.2	0.7
JU	-0.4	-0.2	0.2	0.7	-1.1	-1.2	0.5	-0.2

Le degré global de couverture sanitaire se compose des grandeurs suivantes transformées en valeur z: densité moyenne de médecins de 1994 à 1999, part moyenne de spécialistes de 1994 à 1999, degré de prise en charge dans le domaine hospitalier 1999, moyenne de la densité de lits en hôpitaux de soins aigus de 1994 à 1996, densité de lits en institutions médico-sociales 1998, densité de lits en psychiatrie 1998, part des cliniques spécialisées 1998. Les données de base se trouvent dans les tableaux suivants (D9 à D15).

Tableau D9: Densité de médecins (nombre de médecins en pratique privée pour 100 000 habitants du canton) de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	188.5	198.8	203.3	208.2	212.0	215.0	204.3	2.7
BE	170.0	176.1	182.0	185.4	189.0	192.7	182.5	2.5
LU	131.3	133.1	136.1	137.7	139.0	141.3	136.4	1.5
UR	113.7	113.7	114.1	114.7	121.0	124.4	116.9	1.8
SZ	87.9	95.6	99.5	104.2	107.0	103.4	99.6	3.3
OW	93.4	92.6	95.5	95.1	101.0	100.2	96.3	1.4
NW	88.7	90.2	92.1	91.3	102.0	98.5	93.8	2.1
GL	114.9	109.5	110.2	116.8	123.0	122.7	116.2	1.3
ZG	143.6	144.1	152.3	156.7	162.0	159.7	153.1	2.1
FR	135.7	139.3	139.9	140.7	142.0	143.3	140.2	1.1
SO	136.6	135.9	136.6	142.1	148.0	152.2	141.9	2.2
BS	305.8	315.6	330.5	340.9	327.0	350.4	328.4	2.8
BL	165.6	171.4	178.5	177.4	179.0	184.0	176.0	2.1
SH	163.2	167.0	172.7	173.2	180.0	186.0	173.7	2.7
AR	129.6	124.1	131.9	132.3	142.0	149.8	135.0	2.9
AI	62.6	76.5	76.2	83.0	90.0	103.3	81.9	10.5
SG	132.4	135.3	139.2	143.7	149.0	150.3	141.6	2.6
GR	153.3	154.3	157.4	164.0	169.0	172.7	161.8	2.4
AG	127.1	129.2	131.8	132.2	131.0	136.9	131.4	1.5
TG	110.4	113.3	113.7	115.6	120.0	124.4	116.2	2.4
TI	153.7	165.8	173.2	182.3	184.0	189.9	174.8	4.3
VD	204.2	212.6	220.8	228.9	234.0	236.1	222.8	2.9
VS	149.7	158.5	158.9	160.0	163.0	164.3	159.1	1.9
NE	169.1	175.1	181.8	187.5	191.0	190.9	182.6	2.4
GE	268.5	281.7	290.2	300.3	310.0	311.1	293.6	3.0
JU	129.0	134.3	130.1	136.5	145.0	150.1	137.5	3.1
CH	147.3	151.7	155.7	159.6	163.8	167.4	157.6	2.7

Source: OFAS, Section Statistique

Tableau D10: Part des médecins avec une spécialisation FMH au nombre de médecins en pratique privée pour 100 000 habitants de 1994 à 1999, en %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	65.4	65.3	65.7	65.7	68.1	66.4	66.1	3.0
BE	66.6	67.1	67.5	68.2	69.0	68.3	67.8	3.1
LU	57.6	57.1	57.3	57.7	58.6	58.1	57.7	1.6
UR	45.0	47.5	47.5	50.0	52.4	51.2	48.9	4.5
SZ	42.9	45.7	47.5	48.1	50.0	50.4	47.4	6.5
OW	37.9	37.9	40.0	40.0	43.8	40.6	40.0	3.1
NW	41.9	46.9	48.5	48.5	54.1	55.6	49.2	8.1
GL	46.7	46.5	46.5	46.7	46.8	46.8	46.7	1.2
ZG	63.6	63.6	63.4	65.5	65.2	65.8	64.5	2.9
FR	66.3	66.7	66.6	65.8	67.1	66.8	66.5	1.2
SO	51.6	52.5	52.8	55.6	58.0	57.1	54.6	4.4
BS	83.1	82.4	82.8	83.2	83.1	82.5	82.8	2.6
BL	62.2	62.5	62.8	64.1	65.1	65.1	63.6	3.1
SH	55.8	56.1	56.7	56.7	59.8	59.6	57.5	4.0
AR	44.3	46.3	46.5	52.1	53.9	45.0	48.0	3.4
AI	55.6	45.5	45.5	41.7	46.2	46.7	46.8	6.6
SG	55.8	55.7	55.8	56.0	59.4	55.2	56.3	2.3
GR	53.1	53.8	52.7	53.2	55.7	54.9	53.9	3.2
AG	58.4	59.1	60.5	61.5	62.8	61.8	60.7	2.7
TG	47.1	48.0	49.4	49.6	51.3	48.9	49.1	3.2
TI	63.2	63.7	64.2	64.8	66.0	66.6	64.7	5.4
VD	64.3	65.2	66.4	66.9	69.0	67.8	66.6	4.1
VS	60.9	59.6	60.3	61.5	61.8	61.4	60.9	2.1
NE	60.2	60.7	62.3	62.1	63.7	62.5	61.9	3.2
GE	81.5	81.3	80.9	80.9	82.0	81.3	81.3	2.9
JU	55.2	53.8	54.5	54.3	60.2	59.4	56.3	4.7
CH	64.4	64.6	65.1	65.6	67.2	66.1	58.5	3.6

Source: OFAS, Section Statistique

Tableau D11: Degré de prise en charge dans le domaine hospitalier en 1999

	Degré de prise en charge
ZH	3
BE	3
LU	2
UR ^a	1
SZ	1
OW ^a	1
NW ^a	1
GL	1
ZG	1
FR	2
SO	2
BS ^b	3
BL ^b	3
SH	1
AR	1
AI	1
SG	2
GR	2
AG	2
TG	2
TI	2
VD	3
VS	2
NE	2
GE	3
JU	2

Source: Biersack 2000

^{a, b}: Planification hospitalière commune

- 1: Prise en charge de base et élargie
- 2: Offre jusqu'à la prise en charge spécialisée
- 3: Offre jusqu'à la prise en charge hautement spécialisée

Tableau D12: Densité de lits en hôpitaux de soins aigus (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton) de 1994 à 1996

	1994	1995	1996	Moyenne 94 – 96	Variation moyenne 94 – 96 en %
ZH	503.2	513.1	514.2	511.8	1.1
BE	563.0	576.1	558.1	562.7	-0.4
LU	426.4	408.2	391.1	401.6	-4.2
UR	460.5	412.2	390.8	409.0	-7.9
SZ	349.2	343.8	300.9	319.1	-7.2
OW	409.1	316.1	429.6	402.8	2.5
NW	409.1	403.0	281.8	331.5	-17.0
GL	551.8	532.4	527.8	533.5	-2.2
ZG	558.9	546.8	356.0	434.7	-20.2
FR	558.1	529.9	514.5	526.3	-4.0
SO	402.6	393.2	378.5	386.3	-3.0
BS	873.2	879.2	845.0	857.5	-1.6
BL	461.9	466.8	452.5	457.2	-1.0
SH	440.7	430.3	425.5	429.5	-1.7
AR	657.4	636.9	605.4	622.1	-4.0
AI	535.8	354.6	381.0	406.7	-15.7
SG	524.1	503.3	489.6	499.2	-3.3
GR	1246.5	1131.9	1097.8	1134.4	-6.2
AG	519.5	513.7	499.4	506.3	-2.0
TG	360.5	344.5	306.3	324.8	-7.8
TI	773.2	766.2	712.0	715.2	-4.0
VD	562.4	571.7	538.9	550.2	-2.1
VS	629.9	611.1	584.4	598.8	-3.7
NE	551.1	523.4	505.8	518.4	-4.2
GE	477.9	455.2	443.2	452.5	-3.7
JU	581.1	671.6	659.5	646.2	6.5
CH	553.4	532.1	507.3	520.7	-4.5

Source: OFS, Annuaire statistique (diverses années)

Tableau D13: Densité de lits en EMS (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton) en 1998

	Densité de lits dans les institutions médico-sociales
ZH	15.3
BE	17.5
LU	17.0
UR	14.2
SZ	13.6
OW	17.0
NW	12.5
GL	23.1
ZG	16.8
FR	14.1
SO	12.6
BS	17.4
BL	12.1
SH	20.8
AR	28.4
AI	10.6
SG	-
GR	8.4
AG	6.5
TG	10.5
TI	13.4
VD	5.3
VS	4.6
NE	8.9
GE	1.5
JU	6.4
CH	13.1

Source: OFS 2000c. Les données se réfèrent à 88 % des 2394 institutions médico-sociales de Suisse. Pour le canton de Saint-Gall, une base de données suffisante fait défaut.

Tableau D14: Densité de lits en psychiatrie (nombre de lits pour 100 000 habitants du canton) en 1998

	Densité de lits dans les cliniques psychiatriques
ZH	213.6
BE	127.8
LU	84.2
UR	0.0
SZ	0.0
OW	0.0
NW	0.0
GL	0.0
ZG	226.3
FR	90.0
SO	106.0
BS	179.1
BL	87.1
SH	367.1
AR	202.4
AI	0.0
SG	118.4
GR	133.1
AG	106.6
TG	216.3
TI	65.7
VD	99.1
VS	48.3
NE	307.1
GE	190.7
JU	0.0
CH	114.2

Tableau D15: Part des cliniques spécialisées au nombre d'hôpitaux par canton en 1998, en %

	Part de cliniques spécialisées
ZH	50.9
BE	34.0
LU	50.0
UR	0.0
SZ	0.0
OW	0.0
NW	0.0
GL	50.0
ZG	50.0
FR	18.2
SO	33.3
BS	53.3
BL	33.3
SH	50.0
AR	77.8
AI	50.0
SG	42.9
GR	46.2
AG	48.0
TG	81.3
TI	35.7
VD	46.7
VS	57.1
NE	25.0
GE	43.8
JU	50.0
CH	39.5

Tableau D16: Taille moyenne des hôpitaux par canton en 1998 (nombre de lits par hôpital)

	Taille moyenne des hôpitaux
ZH	148.6
BE	127.6
LU	201.6
UR	145.0
SZ	85.8
OW	104.0
NW	102.0
GL	75.5
ZG	87.0
FR	98.5
SO	127.3
BS	185.5
BL	140.7
SH	133.0
AR	77.4
AI	101.0
SG	116.7
GR	71.1
AG	144.2
TG	101.6
TI	85.7
VD	85.4
VS	113.5
NE	89.7
GE	189.8
JU	119.3
CH	117.6

Source des tableaux D14 à D16: Propres calculs sur la base de données OFS (www.statistique.admin.ch). Les valeurs se basent sur 95 % des 399 établissements hospitaliers de Suisse.

Tableau D17: Densité de pharmacies (nombre de pharmacies pour 10 000 habitants du canton) de 1994 à 1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	18.0	17.9	17.5	18.9	18.7	18.4	18.2	0.5
BE	17.3	17.3	17.5	18.4	18.3	18.1	17.8	0.9
LU	8.9	8.8	8.8	9.7	9.7	9.9	9.3	2.2
UR	8.5	8.5	8.6	8.6	8.6	5.8	8.1	-7.4
SZ	9.2	9.1	9.0	8.9	8.8	8.7	8.9	-1.1
OW	6.4	6.4	6.4	6.3	6.3	6.3	6.3	-0.4
NW	5.7	5.6	5.6	5.5	5.5	5.5	5.6	-0.8
GL	7.7	7.6	7.7	7.8	7.8	7.8	7.7	0.3
ZG	15.6	15.3	15.0	13.8	13.6	14.4	14.6	-1.6
FR	30.5	30.5	29.7	30.7	30.5	30.2	30.3	-0.2
SO	11.5	11.4	11.3	11.3	11.6	11.6	11.5	0.1
BS	33.4	33.5	33.7	35.1	35.9	36.4	34.7	1.7
BL	14.8	14.8	13.9	14.3	14.2	14.1	14.3	-1.0
SH	17.7	14.9	17.7	19.1	19.1	19.1	17.9	1.6
AR	7.4	7.4	7.4	9.3	7.5	7.5	7.7	0.2
AI	7.0	7.0	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	-0.3
SG	10.9	10.6	10.8	11.1	10.8	11.0	10.9	0.2
GR	18.1	18.0	18.0	19.2	19.2	19.2	18.6	1.2
AG	19.6	19.6	19.1	20.0	20.1	20.1	19.7	0.5
TG	10.0	10.3	10.3	9.8	10.2	10.1	10.1	0.3
TI	56.5	55.6	54.7	56.1	56.7	56.3	56.0	-0.1
VD	37.2	37.1	36.5	38.2	37.7	37.5	37.4	0.2
VS	37.9	37.2	37.1	37.9	38.1	38.7	37.8	0.4
NE	32.1	31.4	31.3	33.2	32.5	32.5	32.2	0.3
GE	40.8	39.4	40.4	42.2	42.2	42.1	41.2	0.6
JU	23.7	23.6	23.7	26.7	25.2	25.3	24.7	1.3
CH	19.5	19.2	19.2	20.0	19.8	19.7	19.6	0.0

Source: OFS

Tableau D18: Etendue de la propharmacie (part des médecins remettant des médicaments) de 1995 à1999

	1996	1997	1998	1999	Moyenne 96 – 99	Variation moyenne 96 – 99 en %
ZH	48.11	47.71	47.32	49.04	48.04	0.64
BE	51.27	50.99	51.94	48.76	50.74	-1.65
LU	83.96	85.37	83.12	81.69	83.53	-0.91
UR	90.80	92.09	91.13	89.91	90.98	-0.33
SZ	84.77	85.56	83.06	83.06	84.11	-0.68
OW	85.17	88.70	87.58	86.34	86.95	0.46
NW	80.70	84.26	83.14	82.17	82.57	0.60
GL	83.39	85.86	84.60	83.62	84.37	0.09
ZG	75.00	76.31	75.12	75.50	75.48	0.22
FR	9.80	9.02	8.17	9.95	9.24	0.53
SO	71.84	72.11	71.15	70.31	71.35	-0.71
BS	7.19	20.22	9.36	9.13	11.48	8.28
BL	59.50	58.88	56.77	55.71	57.72	-2.17
SH	32.25	31.71	30.97	31.80	31.68	-0.47
AR	85.65	86.17	83.03	84.97	84.95	-0.27
AI	83.81	88.04	84.27	87.17	85.82	1.32
SG	84.35	85.56	83.54	84.16	84.41	-0.07
GR	40.37	40.80	38.12	36.31	38.90	-3.47
AG	14.62	14.56	14.04	14.77	14.50	0.35
TG	81.71	83.33	81.55	82.29	82.22	0.24
TI	4.81	3.37	4.01	4.41	4.15	-2.84
VD	3.02	1.45	1.92	2.21	2.15	-9.85
VS	6.27	6.61	5.72	5.83	6.11	-2.39
NE	4.68	3.14	3.45	3.25	3.63	-11.45
GE	3.48	2.68	3.06	2.83	3.01	-6.66
JU	13.97	9.11	7.58	8.38	9.76	-15.66
CH	49.63	50.52	48.99	48.98	49.53	-1.80

Source: CAMS (aujourd'hui santésuisse), Statistique des assurés 1996-1999

Tableau D19: Part du secteur ambulatoire aux coûts bruts de l'assurance-maladie de 1996 à 1999, en %

	1996	1997	1998	1999	Moyenne 96 – 99	Variation moyenne 96 – 99 en %
ZH	40.48	39.42	39.69	38.77	39.59	-1.43
BE	34.32	31.17	33.85	34.91	33.56	0.57
LU	34.41	33.85	34.45	33.23	33.98	-1.15
UR	35.88	36.77	38.42	37.24	37.08	1.25
SZ	35.43	37.02	37.79	36.86	36.78	1.33
OW	33.05	33.48	38.14	37.33	35.50	4.14
NW	35.88	36.36	38.42	37.77	37.11	1.72
GL	32.98	34.49	37.19	37.20	35.47	4.09
ZG	37.37	37.66	38.64	38.59	38.07	1.08
FR	34.47	47.33	34.12	34.75	37.67	0.28
SO	34.61	32.65	34.94	35.44	34.41	0.80
BS	37.72	33.84	34.75	33.86	35.04	-3.54
BL	39.18	38.34	39.89	38.77	39.04	-0.34
SH	35.51	33.31	34.78	33.38	34.25	-2.04
AR	36.34	35.78	36.75	36.89	36.44	0.50
AI	35.93	34.31	36.31	37.65	36.05	1.58
SG	35.72	35.91	36.38	35.76	35.94	0.04
GR	34.43	34.66	34.10	34.87	34.51	0.43
AG	36.78	35.51	35.36	35.11	35.69	-1.53
TG	34.24	37.09	36.70	35.89	35.98	1.58
TI	33.35	34.35	34.79	34.63	34.28	1.26
VD	35.95	36.98	36.55	37.38	36.71	1.31
VS	32.19	33.11	33.08	34.38	33.19	2.21
NE	32.58	27.97	29.42	30.33	30.07	-2.35
GE	42.11	41.26	40.34	41.38	41.27	-0.58
JU	31.08	27.90	29.72	29.83	29.63	-1.35
CH	35.46	35.40	35.95	35.85	35.67	0.38

Source: CAMS (aujourd'hui santésuisse), Statistique des assurés 1996-1999

Tableau D20: Proportion de lits pour soins aigus par rapport aux lits en EMS en 1998

	Rapport lits pour soins aigus / lits en EMS
ZH	0.35
BE	0.35
LU	0.24
UR	0.33
SZ	0.22
OW	0.21
NW	0.24
GL	0.14
ZG	0.20
FR	0.33
SO	0.36
BS	0.60
BL	0.44
SH	0.19
AR	0.16
AI	0.64
SG	-
GR	0.33
AG	0.31
TG	0.18
TI	0.45
VD	0.62
VS	0.45
NE	0.34
GE	0.42
JU	0.47
CH	0.34

Source: Propres calculs sur la base de données OFS. Pour le canton de Saint-Gall, une base de données suffisante fait défaut.

Tableau D21: Nombre d'heures de soins à domicile par habitant du canton en 1998

	Nombre d'heures de soins à domicile par habitant
ZH	0.51
BE	0.72
LU	0.62
UR	0.54
SZ	0.46
OW	0.77
NW	0.28
GL	0.63
ZG	0.46
FR	0.50
SO	0.80
BS	1.11
BL	0.56
SH	0.65
AR	0.44
AI	0.38
SG	0.48
GR	0.56
AG	0.44
TG	0.60
TI	0.10
VD	0.94
VS	0.52
NE	0.60
GE	1.01
JU	1.98
CH	0.64

Source: OFAS 2000b

Tableau D22: Indice 1992 de la démocratie directe

	Indice de la démocratie
ZH	4.17
BE	3.50
LU	4.48
UR	5.42
SZ	4.93
OW	5.58
NW	4.92
GL	5.50
ZG	4.42
FR	2.42
SO	5.42
BS	4.40
BL	5.69
SH	5.08
AR	5.50
AI	5.25
SG	3.40
GR	4.75
AG	5.46
TG	4.04
TI	2.10
VD	2.42
VS	3.42
NE	2.13
GE	1.75
JU	3.71
CH	4.23

Source: Stutzer et Frey 2000

Table D23: Référendum financier obligatoire (état 1995)

	Référendum financier obligatoire
ZH	X
BE	
LU	X
UR	X
SZ	X
OW	X
NW	X
GL	X
ZG	
FR	X
SO	X
BS	
BL	
SH	X
AR	X
AI	X
SG	X
GR	X
AG	
TG	X
TI	
VD	
VS	X
NE	X
GE	
JU	X

Source: Germann et Weis 1995

Tableau D24: Recours aux instruments de la démocratie directe de 1994 à 1999

	Nombre de votations populaires 94 - 99
ZH	93
BE	18
LU	20
UR	35
SZ	26
OW	22
NW	40
GL	36
ZG	15
FR	8
SO	66
BS	26
BL	72
SH	53
AR	38
AI	46
SG	27
GR	41
AG	41
TG	16
TI	12
VD	14
VS	10
NE	6
GE	33
JU	6
Total	820

Source: Année politique suisse APS (diverses années)

Tableau D25: Utilisation du référendum financier de 1994 à 1999

	Nombre de référendums financiers 94 - 99
ZH	11
BE	7
LU	5
UR	7
SZ	0
OW	2
NW	7
GL	6
ZG	0
FR	1
SO	7
BS	6
BL	7
SH	8
AR	4
AI	9
SG	4
GR	6
AG	3
TG	7
TI	0
VD	2
VS	2
NE	3
GE	5
JU	2
Total	121

Source: APS (diverses années)

Tableau D26: Concordance gouvernementale (part des suffrages obtenus par les partis gouvernementaux) de 1994 à 1999, en %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99	Variation moyenne 94 – 99 en %
ZH	79.4	87.8	87.8	87.8	87.8	83.0	85.6	0.9
BE	80.0	80.0	80.0	80.0	76.1	76.1	78.7	-1.0
LU	91.2	86.5	86.5	86.5	86.5	75.1	85.4	-3.8
UR	93.8	93.8	100.0	100.0	100.0	100.0	97.9	1.3
SZ	93.0	93.0	86.0	86.0	86.0	86.0	88.3	-1.6
OW	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	98.1	0.0
NW	90.0	90.0	90.0	90.0	100.0	100.0	93.3	2.1
GL	95.0	95.0	95.0	95.0	87.3	87.3	92.4	-1.7
ZG	90.0	90.0	90.0	90.0	85.0	85.0	88.3	-1.1
FR	78.5	78.5	92.3	92.3	92.3	92.3	87.7	3.3
SO	89.6	89.6	89.6	88.2	88.2	88.2	88.9	-0.3
BS	76.9	76.9	61.6	61.6	61.6	61.6	66.7	-4.3
BL	64.3	73.8	73.8	73.8	73.8	77.3	72.8	3.8
SH	70.0	70.0	78.8	78.8	78.8	80.8	76.2	2.9
AR	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	93.1	0.0
AI	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	85.7	97.6	-3.0
SG	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	0.0
GR	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	87.5	0.0
AG	78.0	78.0	78.0	86.0	86.0	86.0	82.0	2.0
TG	80.0	80.0	83.1	83.1	83.1	83.1	82.1	0.8
TI	82.2	96.7	96.7	96.7	96.7	94.8	94.0	2.9
VD	95.5	95.5	90.5	90.5	85.2	85.2	90.4	-2.3
VS	83.8	83.8	83.8	96.9	96.9	96.9	90.4	2.9
NE	92.2	92.2	92.2	89.6	89.6	89.6	90.9	-0.6
GE	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	0.0
JU	81.7	81.7	81.7	81.7	77.2	77.2	80.2	-1.1
CH	84.6	85.7	85.9	86.5	85.9	84.8	85.6	0.1

Source: APS (diverses années), propres calculs

Tableau D27: Volonté de changement des cantons

	Indice de l'activité réformatrice
ZH	4
BE	23
LU	12
UR	4
SZ	10
OW	5
NW	6
GL	4
ZG	1
FR	9
SO	12
BS	5
BL	13
SH	5
AR	8
AI	7
SG	5
GR	9
AG	7
TG	8
TI	7
VD	3
VS	8
NE	8
GE	14
JU	2
CH	7.65

Source: Ladner et Steiner 1998
(minimum: 0, maximum théorique: 32)

Tableau D28: Quote-part de l'Etat (part des dépenses publiques au revenu cantonal, moins les dépenses de santé) de 1994 à 1998, en %

	1994	1995	1996	1997	1998*	Moyenne 94 – 98	Variation moyenne 94 – 98 en %
ZH	13.2	12.6	13.2	12.3	11.7	12.6	-3.1
BE	18.2	18.0	18.6	18.8	18.9	18.5	0.9
LU	16.1	16.3	17.0	16.8	17.4	16.7	2.0
UR	25.7	26.3	30.9	32.6	27.7	28.7	1.9
SZ	11.0	10.7	11.5	10.9	10.2	10.8	-1.8
OW	24.7	23.0	24.8	21.4	21.2	23.0	-3.8
NW	13.5	13.7	13.1	11.9	12.3	12.9	-2.2
GL	14.6	15.4	17.6	16.6	16.8	16.2	3.5
ZG	9.4	9.2	10.4	11.5	11.1	10.3	4.1
FR	21.7	21.0	21.9	22.3	23.2	22.0	1.6
SO	15.2	12.9	14.6	16.1	16.3	15.0	1.9
BS	31.4	29.0	29.7	26.8	24.0	28.2	-6.5
BL	15.8	16.2	17.5	16.4	16.6	16.5	1.3
SH	15.6	15.2	15.8	14.8	14.7	15.2	-1.5
AR	16.7	17.3	18.4	18.0	16.8	17.4	0.1
AI	20.7	19.1	21.0	18.7	17.7	19.4	-3.9
SG	14.3	14.3	15.8	16.9	16.9	15.6	4.2
GR	19.5	19.8	21.0	21.5	22.5	20.8	3.6
AG	13.0	12.6	13.2	13.2	13.0	13.0	-0.1
TG	14.3	14.7	15.8	15.4	15.5	15.1	1.9
TI	22.1	21.7	21.8	21.8	19.5	21.4	-3.2
VD	19.8	19.3	19.4	19.5	19.2	19.4	-0.8
VS	24.2	21.2	22.1	22.5	20.7	22.1	-3.8
NE	26.4	23.8	21.1	21.5	22.9	23.1	-3.5
GE	31.2	29.0	29.4	28.0	27.0	28.9	-3.6
JU	39.6	34.6	34.4	37.0	32.3	35.6	-5.0
CH	19.5	18.7	19.6	19.4	18.7	19.2	-0.6

Source: Propres calculs sur la base des données de l'OFS (tableau D5) et de l'AFF pour 2000

* 1998: valeurs provisoires

Tableau D29: Part des partis de gauche au gouvernement (PS, Verts et Parti démocrate social) de 1994 à 1999, en %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Moyenne 94 – 99
ZH	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
BE	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
LU	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
UR	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
SZ	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3
OW	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NW	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	14.3	4.8
GL	28.6	28.6	28.6	28.6	14.3	14.3	23.8
ZG	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
FR	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6	28.6
SO	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
BS	28.6	28.6	42.9	42.9	42.9	42.9	38.1
BL	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	20.0	36.7
SH	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	60.0	43.3
AR	40.0	40.0	14.3	14.3	14.3	14.3	22.9
AI	14.3	14.3	0.0	28.6	0.0	0.0	9.5
SG	14.3	14.3	28.6	28.6	28.6	28.6	23.8
GR	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	6.7
AG	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
TG	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
TI	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
VD	42.9	42.9	57.1	57.1	28.6	28.6	42.9
VS	0.0	0.0	0.0	20.0	20.0	20.0	10.0
NE	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
GE	0.0	0.0	0.0	42.9	42.9	42.9	21.5
JU	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
CH	21.0	21.0	21.1	24.6	23.2	23.2	22.4

Source: APS (diverses années), propres calculs

Tableau E1: Facteurs majorant ou freinant les dépenses publiques de santé dans les cantons

	<i>Demande</i>			<i>Offre</i>		<i>Etat et politique</i>		Indice
	Taux de personnes âgées	Chômage	Revenu cantonal	Densité de médecins	Degré de couverture global	Degré de financement	Etat	
GE	14.2	6.7	49414	293.6	0.69	76.1	28.6	6
BS	20.6	4.4	62320	328.4	1.56	59.1	27.4	7
SH	17.1	4.1	44251	173.7	0.40	58.4	15.1	6
JU	15.8	5.2	30133	137.5	-0.21	49.7	34.7	4
GL	15.9	2.3	51134	116.2	-0.29	51.1	16.3	3
VD	15.4	6.5	43340	222.8	0.36	45.0	19.5	6
TI	16.8	6.6	37098	174.8	0.23	36.8	21.1	5
OW	13.8	1.7	33712	96.3	-1.02	44.1	22.6	1
GR	14.7	2.3	38850	161.8	0.44	53.9	21.1	5
NE	16.7	5.6	35943	182.6	0.21	46.5	23.2	5
VS	13.5	6.0	32416	159.1	-0.06	48.7	22.2	4
BL	14.8	3.0	46880	176.0	0.17	47.0	16.5	3
ZG	11.5	3.2	70724	153.1	0.15	47.2	10.4	2
BE	16.8	3.5	38210	182.5	0.53	50.8	18.7	4
FR	12.9	4.5	36246	140.2	-0.06	49.3	22.2	3
ZH	15.0	4.2	54698	204.3	0.70	38.7	12.5	5
AR	16.1	1.9	35532	135.0	0.46	47.8	17.3	2
NW	11.3	2.0	49647	93.8	-1.06	52.2	12.7	2
UR	15.0	1.7	38726	116.9	-0.90	48.7	28.5	3
SO	14.5	4.1	39385	141.9	-0.25	40.8	15.1	1
SG	14.1	3.1	38055	141.6	-0.04	48.1	15.9	0
AG	12.8	3.3	43233	131.4	-0.14	47.7	13.1	1
LU	13.9	3.3	38678	136.4	-0.02	40.9	16.8	0
TG	13.8	3.1	37623	116.2	-0.01	36.7	15.1	0
AI	15.0	1.1	35503	81.9	-0.78	40.4	19.5	2
SZ	12.4	2.3	43027	99.6	-1.06	55.2	10.7	2
MW	14.8	3.7	42492	157.6	0.00	48.5	19.1	

Remarques: Les valeurs en gras correspondent à des facteurs de majoration que l'indice chiffre par canton. La valeur de la variable de chaque canton par rapport à la moyenne arithmétique détermine si une variable peut être considérée comme un facteur majorant les dépenses de santé du canton (voir à ce sujet Freitag 1996). Les cantons sont classés par ordre décroissant en fonction des besoins financiers nets moyens des cantons et des communes, par habitant, de 1994 à 1999.

Tableau E2: Facteurs majorant ou freinant les coûts de l'assurance-maladie dans les cantons

	<i>Demande</i>				<i>Offre</i>		<i>Etat et politique</i>		Indice
	Taux de personnes âgées	Degré d'urbanisation	Chômage	Réseaux sociaux	Densité de médecins	Propharmacie	Démocratie directe	Poids des partis de gauche	
GE	14.2	100.0	6.7	-0.17	293.6	3.7	1.8	21.5	6
BS	20.6	100.0	4.4	-0.23	328.4	15.8	4.4	38.1	7
VD	15.4	60.2	6.5	-0.31	222.8	3.3	2.4	42.9	8
TI	16.8	75.0	6.6	-0.40	174.8	5.0	2.1	20.0	7
NE	16.7	71.0	5.6	-0.20	182.6	4.5	2.1	40.0	8
JU	15.8	17.4	5.2	-0.29	137.5	11.1	3.7	20.0	5
BL	14.8	86.4	3.0	0.01	176.0	58.8	5.7	36.7	3
ZH	15.0	85.7	4.2	0.08	204.3	48.4	4.2	28.6	7
FR	12.9	27.8	4.5	-0.16	140.2	10.0	2.4	28.6	5
BE	16.8	52.0	3.5	0.06	182.5	53.5	3.5	28.6	5
SO	14.5	55.5	4.1	0.22	141.9	71.9	5.4	20.0	2
SH	17.1	74.7	4.1	0.30	173.7	32.9	5.1	43.3	6
VS	13.5	24.9	6.0	0.02	159.1	7.3	3.4	10.0	4
TG	13.8	40.8	3.1	0.29	116.2	82.0	4.0	20.0	1
AG	12.8	70.0	3.3	0.09	131.4	15.3	5.5	20.0	2
GL	15.9	0.0	2.3	-0.12	116.2	84.9	5.5	23.8	3
SZ	12.4	11.4	2.3	0.17	99.6	84.9	4.9	14.3	0
ZG	11.5	79.8	3.2	0.10	153.1	76.5	4.4	28.6	2
SG	14.1	41.0	3.1	0.01	141.6	84.3	3.4	23.8	2
GR	14.7	31.3	2.3	0.14	161.8	38.6	4.8	6.7	2
UR	15.0	0.0	1.7	0.13	116.9	91.4	5.4	14.3	1
OW	13.8	0.0	1.7	0.17	96.3	87.4	5.6	0.0	0
LU	13.9	50.7	3.3	0.19	136.4	84.4	4.5	14.3	1
AR	16.1	0.0	1.9	0.13	135.0	85.8	5.5	22.9	2
NW	11.3	0.0	2.0	0.47	93.8	83.3	4.9	4.8	0
AI	15.0	0.0	1.1	-0.03	81.9	85.1	5.3	9.5	2
MW	14.8	44.4	3.7	0.00	157.6	50.4	4.2	22.4	

Remarques: Les valeurs en gras correspondent à des facteurs de majoration que l'indice chiffre par canton. La valeur de la variable de chaque canton par rapport à la moyenne arithmétique détermine si une variable peut être considérée comme un facteur majorant les coûts de l'assurance-maladie (cf. à ce sujet Freitag 1996). Les cantons sont classés par ordre décroissant en fonction des coûts moyens bruts par mois d'assurance de 1994 à 1999.