

**Données statistiques**

**1995/2**

**Statistique de l'assurance-maladie  
dans le canton de Genève**

Bilan à fin 1991

---

Table des matières	Page
<b>Introduction</b>	3
<b>1. Champ couvert par l'information disponible</b>	5
<b>2. Analyse des données statistiques</b>	6
2.1 Effectifs des caisses-maladie	6
2.2 Dépenses et recettes des caisses-maladie	6
2.3 Activités et consommation médicales	9
2.4 Conclusion	9
<b>3. Données statistiques</b>	11
3.1 Données du Service de l'assurance-maladie	11
3.2 Données du Concordat des caisses-maladie suisses	35
<b>Annexe : remarques méthodologiques</b>	47
A.1 Sources de la statistique	47
A.2 Documentation des données	53

---

L'Office cantonal de la statistique produit et recueille des informations dans tous les domaines de la statistique, les met à disposition et les diffuse. Il assure également la coordination de la statistique publique sur le plan cantonal.

**Principaux modes de diffusion :**

**Publications**

Voir liste en page 4 de couverture

**Téléphone**

022 / 787 67 07 (accès principal à l'Office)

022 / 787 67 67 (indice des prix à la consommation)

**Télécopieur**

022 / 736 29 45

**Vidéotex**

\*5703 ou \*STAT#

**Centre de documentation**

Ouvert au public de 8 h 30 à 12 h et de 14 h à 17 h

**Légende des signes**

- valeur nulle
- 0 valeur inférieure à la moitié de la dernière position décimale retenue
- ... donnée inconnue
- /// aucune donnée ne peut correspondre à la définition
- ( ) l'information ne peut être communiquée pour des raisons tenant à la protection des données
- [ ] valeur peu significative
- e valeur estimée
- p donnée provisoire
- r donnée révisée

*Reproduction et utilisation des chiffres autorisées avec mention de la source.*

**Office cantonal de la statistique**

8, rue du 31-Décembre

Case postale 6255 1211 Genève 6



DEPARTEMENT DE L'ÉCONOMIE PUBLIQUE  
République et canton de Genève

## Données statistiques

1995/2

### Statistique de l'assurance-maladie dans le canton de Genève

Bilan à fin 1991

---

Table des matières	Page
<b>Introduction</b>	3
<b>1. Champ couvert par l'information disponible</b>	5
<b>2. Analyse des données statistiques</b>	6
2.1 Effectifs des caisses-maladie	6
2.2 Dépenses et recettes des caisses-maladie	6
2.3 Activités et consommation médicales	9
2.4 Conclusion	9
<b>3. Données statistiques</b>	11
3.1 Données du Service de l'assurance-maladie	11
3.2 Données du Concordat des caisses-maladie suisses	35
<b>Annexe : remarques méthodologiques</b>	47
A.1 Sources de la statistique	47
A.2 Documentation des données	53

---

## Résumé

- Durant l'année 1991, dernier exercice comptabilisé sur la base de l'ancienne législation cantonale sur l'assurance-maladie, les dépenses des caisses-maladie genevoises ont dépassé le milliard de francs (1 005 millions). Cette somme représentait une augmentation de presque 75 % par rapport à 1985 (578 millions). Au niveau individuel, ces dépenses sont passées de 1 536 francs par assuré en 1985 à 2 610 francs en 1991. Ces chiffres reflètent la hausse des coûts de la santé pris en charge par l'assurance-maladie à la veille de l'introduction de la nouvelle loi et résument tout l'intérêt qu'une information statistique peut représenter pour suivre une évolution aussi préoccupante.
- Cette publication a pour but d'actualiser les données statistiques des caisses-maladie genevoises pour les années 1990 et 1991. Les tableaux reprennent partiellement les informations contenues dans la brochure intitulée *Approche statistique de l'assurance-maladie* parue en 1992. Les séries complètes couvrent ainsi la période de 1985 à 1991. Elles sont donc antérieures à l'introduction de la législation actuelle et permettent de mettre un point final à cette période qui, d'un point de vue statistique, ne peut être comparée à la situation nouvelle.
- L'introduction présente les principales modifications résultant de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie introduite le 1<sup>er</sup> janvier 1993 et met en exergue les différences entre l'ancien et le nouveau régime. Puis la première partie précise le champ couvert par l'information disponible.
- La deuxième partie est constituée par une analyse statistique qui couvre l'ensemble des données utilisées. Elle présente brièvement les effectifs, les dépenses et les recettes des caisses-maladie ainsi que les activités et la consommation médicales. Une place importante est réservée aux assurés bénéficiant de la LAMPA (Loi sur l'assurance-maladie des personnes âgées). Tous âgés de plus de 75 ans, ils composent un groupe d'un intérêt tout particulier.
- Une troisième partie présente l'ensemble des données sous forme de tableaux. Les professionnels ou spécialistes maîtrisant les rouages de l'assurance-maladie auront tout loisir de s'y reporter directement. Ce regroupement de l'information de base en 25 tableaux totalisant quelque 5 400 données fournit ainsi un bon outil de travail, facile à consulter.
- Des annexes décrivent succinctement le fonctionnement des caisses-maladie. Leur contenu fournit les éléments indispensables à une bonne compréhension du sujet, de manière à rendre cette brochure accessible à un large public.
- Après un rapide historique de la genèse de l'assurance-maladie en Suisse, une présentation rappelle quelles étaient les bases légales fédérale et cantonale régissant les rapports des assureurs, des affiliés et de l'Etat avant l'introduction de la nouvelle législation. Ce tour d'horizon sur les devoirs et obligations des partenaires décrit : l'assujettissement; l'affiliation; les principes de la reconnaissance des caisses par l'Etat ainsi que ceux du subventionnement (cantonal et fédéral); la cotisation de l'assuré et les prestations des caisses.
- Ces définitions sont suivies d'une description des données et s'accompagnent également de nombreuses précisions sur les assurés, le droit à la subvention cantonale, la participation de l'assuré aux frais, les charges et les recettes des caisses, etc., ainsi que de commentaires sur les cas de maladie, les prestations de base, les médecins, les frais médicaux, etc. Bref, cette présentation contient toutes les informations de base nécessaires à la bonne interprétation des données compte tenu de l'environnement législatif du moment.

*Cette publication est une mise à jour du n° 15 de la collection "Etudes et documents", éditée en 1992 par l'Office cantonal de la statistique. Le lecteur désireux de compléter son information peut s'adresser à :*

*Alain Schweri (tél. : 787 67 83) ou Pierre-Alain Wassmer (tél. : 787 67 84).*

## Statistique de l'assurance-maladie dans le canton de Genève

Bilan à fin 1991

---

### Introduction

En mai 1992 paraissait la première publication réalisée à Genève sur les statistiques de l'assurance-maladie<sup>1</sup>. Depuis lors, la législation cantonale en vigueur a été modifiée par l'introduction de la nouvelle *loi sur l'assurance-maladie obligatoire, le subventionnement des caisses-maladie et l'octroi de subsides en faveur de certains assurés des caisses-maladie*. Les principales modifications introduites le 1<sup>er</sup> janvier 1993 sont les suivantes :

#### Obligation d'assurance

L'assurance obligatoire implique :

- pour les personnes, l'obligation de s'affilier à une caisse-maladie agréée dans le canton;
- pour les caisses-maladie, l'obligation d'accepter toute demande d'affiliation quels que soient l'âge et l'état de santé du demandeur, sans finance d'entrée.

#### Réserves

Les réserves, c'est-à-dire l'exclusion d'une ou plusieurs maladies de l'assurance, ne sont plus applicables.

#### Libre-passage

Les assurés ont à tout moment le droit de passer d'une caisse à une autre s'ils ne sont pas satisfaits moyennant un préavis de trois mois, le changement de caisse ne pouvant intervenir qu'à fin mars, fin juin, fin septembre ou fin décembre.

#### Cotisations

Chaque caisse n'a qu'une seule cotisation pour l'assurance de base individuelle quel que soit l'âge de l'assuré, indépendamment de sa date d'affiliation.

Pour les assurés de moins de 25 ans, les réductions suivantes peuvent être consenties sur la cotisation individuelle :

- 65 % pour les enfants jusqu'à 15 ans révolus (gratuité possible dès le troisième enfant);
- 50 % pour les adolescents de 16 à 20 ans;
- 25 % pour les jeunes adultes de 21 à 25 ans.

---

<sup>1</sup> *Approche statistique de l'assurance-maladie dans le canton de Genève*, Etudes et documents n° 15, Office cantonal de la statistique, mai 1992 (70 p.).

### Subsides en faveur des assurés

Les subsides versés aux assurés à faibles ressources pour les aider à payer leurs cotisations sont maintenus et développés. Selon le revenu taxable de l'assuré, les subsides mensuels pour 1993 sont de 45 ou 30 francs pour les adultes et les adolescents et de 35 francs pour les enfants. Les personnes pouvant bénéficier de ces subsides reçoivent une attestation rose à transmettre à leur caisse-maladie.

Il est important de rappeler que cette nouvelle législation concerne uniquement l'assurance de base. Pour les assurances complémentaires *privées* ou *semi-privées*, ce sont les règles contractuelles qui continuent de s'appliquer.

Il est évident que de tels changements ne sont pas sans conséquences sur les relevés statistiques. Ces modifications se répercutent sur l'homogénéité des séries. Par exemple, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1993, 17 caisses-maladie supplémentaires sont subventionnées par le canton. Le nombre total des caisses comptabilisées passe ainsi de 27 à 44, introduisant une rupture dans les séries. C'est pourquoi il est apparu impératif de clore la période couverte par l'ancienne législation avant de remanier la statistique en fonction du nouveau contexte.

**Cette brochure présente par conséquent la situation de l'assurance-maladie à la veille de l'introduction de la nouvelle loi et permet de mettre un point final à la période régie par l'ancienne législation.** Ainsi, les séries les plus longues débutent en 1985 et s'interrompent par la force des choses en 1991 puisque les chiffres 1992 ont déjà été comptabilisés sur la base du nouveau régime<sup>2</sup>. Ces données, combinées aux relevés les plus récents, feront l'objet d'une future publication.

La parution des informations rétrospectives présentées ici se justifie à deux titres. D'une part, elle assure le suivi des années passées sous revue et permet d'éviter l'apparition d'un *trou* statistique entre les dernières données publiées et les futures séries débutant en 1992. D'autre part, elle éclaire l'évolution de l'assurance-maladie durant la période de gestation de cette nouvelle loi. En effet, les données mises à jour depuis la dernière édition décrivent les deux années charnières qui ont débouché sur la mise en place des bases légales en vigueur aujourd'hui.

L'ouvrage contient trois parties. Après une description succincte du champ couvert par l'information disponible, une première partie présente l'analyse statistique des résultats : effectifs couverts par l'assurance-maladie, dépenses et recettes des caisses-maladie, activités et consommation médicales. De plus, une place importante est réservée aux assurés LAMPA<sup>3</sup>, constitués d'un groupe de personnes toutes âgées de plus de 75 ans, dont l'intérêt particulier n'échappera à personne.

La deuxième partie concentre, sous forme de tableaux, les quelque 5 400 données chiffrées produites par le Service de l'assurance-maladie du DASS ou extraites des données fournies par la Fédération genevoise des caisses-maladie.

La troisième partie regroupe sous forme d'annexe les remarques méthodologiques, les sources de la statistique ainsi qu'une documentation sur les données. Décrivant succinctement le fonctionnement des caisses-maladie, elle est agrémentée d'un court historique de la genèse de l'assurance-maladie en Suisse. Cette dernière partie remémore les bases légales fédérale et cantonale régissant les rapports des assureurs, des affiliés et de l'Etat avant 1993.

<sup>2</sup> Les comptes de chaque exercice sont bouclés en fin de période, mais les questionnaires ne peuvent être remplis, centralisés et vérifiés que durant le courant de l'année suivante.

<sup>3</sup> Loi sur l'assurance-maladie des personnes âgées, du 14 septembre 1973.

## 1. Champ couvert par l'information disponible

Les deux séries de chiffres présentées dans ce document proviennent du *Service de l'assurance-maladie du Département de l'action sociale et de la santé* du canton de Genève et du *Concordat des caisses-maladie suisses*, à Soleure, via la *Fédération genevoise des caisses-maladie*. Organe de contrôle et de subventionnement, le premier établit une statistique des recettes et dépenses des caisses-maladie reconnues par la Confédération et agréées par le canton de Genève (pour la période concernée il s'agit de 27 caisses-maladie). Le deuxième, centralisant la production statistique des caisses-maladie sur le plan national, s'appuie sur les unités de facturation des caisses-maladie du canton (cas de maladie<sup>4</sup>) pour mettre en évidence des dépenses moyennes par médecin, par cas de maladie et prestation de base (consultations et visites), selon la spécialité exercée, dans le cadre de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques ambulatoires.

Dans les deux cas, à l'origine de ces statistiques, les fournisseurs primaires des données restent les caisses-maladie. Il va sans dire que le cadre fixé et la source primaire unique des données ne permettent pas d'aborder toute la réalité du système de santé, vu la non-exhaustivité des deux statistiques. L'une ne prend en compte que les caisses-maladie *reconnues par la Confédération et agréées par le canton de Genève* (environ 5 000 assurés, au plus, ne sont pas pris en compte), l'autre uniquement les prestations fournies dans le cadre de *l'assurance des soins médico-pharmaceutiques ambulatoires*<sup>5</sup> (environ 95 % des assurés sont recensés).

Une autre restriction importante concernant le champ couvert par ces deux statistiques provient de l'identité même des *fournisseurs primaires* des données. Selon le fonctionnement de notre système de santé, les caisses-maladie n'ont que très peu, voire pas de possibilités d'établir systématiquement un lien entre, d'une part, les dépenses effectuées et l'état de santé de leurs assurés et, d'autre part, les prestations facturées et celles qui sont réellement effectuées au cabinet médical.

Par ailleurs, les deux séries de données excluent les informations relatives aux prestations et dépenses financées par :

- les assureurs privés (maladie et accidents),
- les assurés eux-mêmes (frais inférieurs à la franchise annuelle, réserves, prestations non ou partiellement remboursées ...),
- les patients auto-payants,
- les assurances-accidents (CNA et autres caisses relevant de la LAA),
- les autres sources possibles de financement, parallèlement aux caisses-maladie (employeurs).

---

<sup>4</sup> Il faut être attentif au fait que la définition du cas de maladie change après 1989. A partir de 1990, la franchise annuelle se généralise. Dès lors, le cas de maladie se rapproche de la notion de malade ayant recouru au moins une fois dans l'année à son assurance. Pour plus de détails, il faut se reporter au point A.1.6, page 52.

<sup>5</sup> C'est-à-dire toutes les prestations effectuées par le médecin et son personnel paramédical.

## 2. Analyse des données statistiques

### 2.1 Effectifs des caisses-maladie

Le nombre total des assurés, pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques auprès des caisses-maladie reconnues par la Confédération, agréées et subventionnées par le canton de Genève, se montait en 1991 à 386 376. La ventilation de ces assurés par catégories d'assurance est donnée dans le *tableau 1.1.1*. Les trois quarts des personnes étaient assurées pour les frais médico-pharmaceutiques sans indemnité journalière.

En ce qui concerne le type de contrat d'assurance, il est intéressant de relever qu'en moyenne un tiers des personnes étaient assurées auprès d'assurances collectives. Cette part est même plus élevée pour les hommes adultes.

La subvention cantonale était allouée pour la presque totalité (97,6 %) des assurés. Relevons cependant que les Confédérés travaillant à Genève mais résidant dans un autre canton, ainsi que les familles des frontaliers français, n'avaient pas droit à la subvention cantonale.

### 2.2 Dépenses et recettes des caisses-maladie

#### 2.2.1 Dépenses

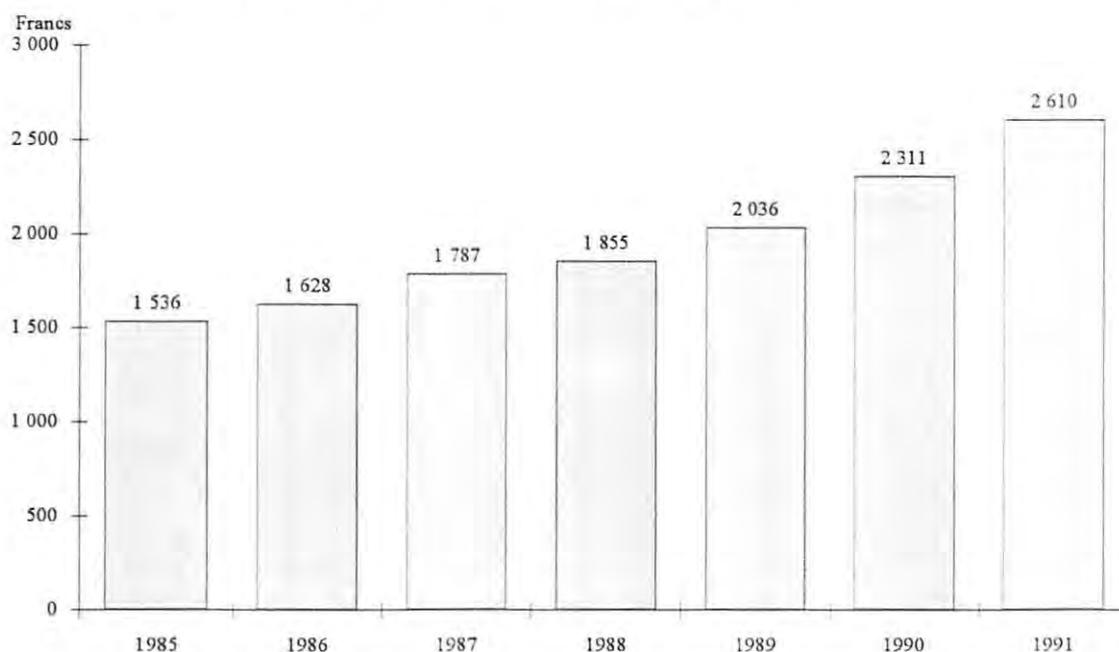
L'ensemble des dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (à l'exception de la caisse des CFF) sont présentées dans le *tableau 1.2.1*. Ces dépenses se montaient pour la première fois à plus d'un milliard de francs (1 005 millions de francs) en 1991. Cette somme inclut une part des frais pris en charge par les assurés.

Par assuré, ces dépenses s'élevaient à 2 610 francs, dont les 87 % correspondaient effectivement à des dépenses pour des prestations d'assurances. Les 13 % restants représentaient les dépenses de frais administratifs (7 %), de primes de réassurance, de constitution de provisions et de réserves. L'augmentation se chiffre à 12,9 % par rapport à l'année précédente et 28,2 % par rapport à 1989.

Canton de Genève

Graphique 1

Evolution des dépenses des caisses-maladie par assuré de 1985 à 1991



La décomposition des dépenses des caisses-maladie pour les seules prestations d'assurance est présentée dans le *tableau 1.2.2*. Le total de ces dépenses représentait 877 millions de francs pour 1991.

On constate que 86,8 % des prestations considérées correspondaient à des soins médico-pharmaceutiques. Le solde se répartissait entre les indemnités journalières, la maternité, l'invalidité, la tuberculose, les frais dentaires, etc.

Les **dépenses des caisses-maladie pour les soins médico-pharmaceutiques** sont présentées par type de traitement et par groupe d'assurés dans les *tableaux 1.2.3, 1.2.4 et 1.2.5*.

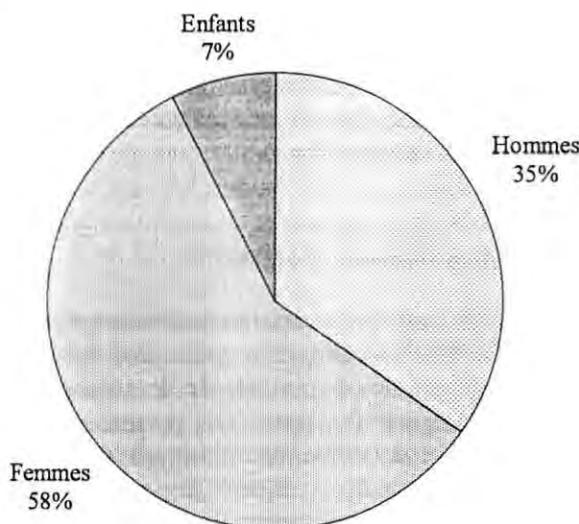
68,7 % de ces dépenses correspondaient à des frais de traitements ambulatoires et 31,3 % à des frais de traitements hospitaliers. On observe cependant que, pour les enfants, ces rapports se montaient à 87,5 % et 12,5 %.

Globalement, le montant moyen par assuré s'élevait, en 1991, à 1 976 francs. Cependant, le coût par femme est nettement supérieur à la moyenne puisqu'il était de 2 239 francs, tandis que les coûts par homme et par enfant, étaient respectivement de 1 509 et 751 francs.

Canton de Genève

Graphique 2

### Répartition des dépenses des caisses -maladie selon le genre d'assurés en 1991



Les *tableaux 1.2.6 à 1.2.8* présentent, quant à eux, les dépenses des caisses-maladie pour les soins médico-pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés. La dépense totale de 522 millions de francs se répartissait pour 55,2 % en frais médicaux ordinaires (soins et analyses effectués au cabinet du médecin), 26,7 % en médicaments ordonnés, 8,5 % en frais de laboratoire et 8,8 % en soins paramédicaux.

Les frais étaient nettement plus élevés pour les femmes, mais leur répartition était semblable à celle des hommes. Par contre, pour les enfants, les frais médicaux ordinaires étaient relativement plus importants que chez les adultes, alors que ceux des médicaments ordonnés étaient plus faibles.

## 2.2.2 Recettes

L'ensemble des recettes des caisses-maladie est présenté dans le *tableau 1.3.1*. En mettant le total des recettes en regard du total des dépenses (cf. *tableau 1.2.1*), on constate que les dépenses excèdent les recettes des caisses-maladie depuis 1987. Ce découvert était de 59 millions de francs en 1991, soit presque 5,9 % des dépenses.

La part des recettes provenant des assurés (cotisations et participation aux frais) reste quasiment constante de 1986 à 1991, à savoir aux environs de 82 %. Les subventions contribuent pour 15,1 % aux recettes.

La décomposition des subventions et subsides versés par le canton de Genève aux caisses-maladie est présentée dans le *tableau 1.3.2*<sup>6</sup>. En 1991, le total des subventions et subsides se montait à près de 76 millions de francs, soit presque 8 % de l'ensemble des recettes des caisses-maladie.

L'apport financier cantonal aux caisses-maladie peut être subdivisé en trois parts. Les subventions directes (subventions ordinaire et extraordinaire d'hospitalisation), les subventions LAMPA pour certains assurés du 3ème âge (subventions ordinaire, supplémentaire pour cotisation, sur déficit LAMPA), et finalement les subsides aux assurés à revenu modeste.

Le *tableau 1.3.3* présente les montants unitaires versés respectivement aux niveaux fédéral et cantonal. Relevons que les subventions fédérales ont été bloquées depuis 1976, alors que celles du canton ont été régulièrement indexées.

A partir de 1990, le calcul des subventions ordinaires s'est sensiblement modifié puisque, dorénavant, les caisses-maladie ne touchent plus de subventions par personne assurée, mais par unité de risque assuré. Suivant son sexe et son âge, un assuré équivaut à plus ou moins d'unités de risque. Ce nouveau mode de calcul permet de subventionner davantage les caisses-maladie dont les effectifs comprennent de nombreux assurés présentant beaucoup d'unités de risque.

## 2.2.3 Dépenses et recettes des assurés LAMPA

L'origine des assurés dits *LAMPA* (Loi sur l'assurance-maladie des personnes âgées) remonte à 1974. A cette époque, l'Etat de Genève a décidé d'encourager les personnes âgées domiciliées dans le canton qui n'étaient pas encore assurées pour la maladie à s'assurer, en accordant aux caisses-maladie un subventionnement particulier pour cette catégorie d'assurés. Les personnes concernées par cette loi étaient celles nées avant le 1er janvier 1914 et qui, à l'entrée en vigueur de la loi, étaient domiciliées dans le canton au moins depuis le 1er janvier 1973. L'effectif des assurés LAMPA, comme le montre le *tableau 1.4.1*, diminue donc régulièrement suite au mouvement démographique (décès pour l'essentiel). En 1991, il subsistait ainsi quelque 3 565 assurés LAMPA.

Actuellement, les statistiques des assurés LAMPA présentées dans les *tableaux 1.4.1 à 1.4.7* constituent un bon ensemble de données concernant un échantillon de personnes très âgées, puisque nées avant 1914. En comparant les assurés LAMPA avec le reste des assurés, on peut notamment relever, sans surprise, qu'ils engendraient des coûts environ deux fois et demi plus élevés, soit quelque 6 101 francs par assuré et par an. La part des frais des traitements hospitaliers dans l'ensemble des dépenses est également nettement plus élevée puisqu'elle était en moyenne de 45,3 %, contre 31,3 % pour le reste de la population. Quant à la composition des dépenses pour les soins médico-pharmaceutiques ambulatoires, il est frappant de constater l'importante part (39,9 %) consacrée aux frais de médicaments.

<sup>6</sup> Relevons que ce tableau prend en considération l'ensemble des caisses-maladie du canton, alors que le *tableau 1.3.1* n'incorpore que les caisses agréées et subventionnées (pour la subvention "ordinaire"), sans la caisse des CFF. Cela explique pourquoi les montants des subventions cantonales sont légèrement plus bas dans le *tableau 1.3.1* que dans le *tableau 1.3.2*.

### 2.3. Activités et consommation médicales

De toutes les consultations effectuées chaque année par les libres praticiens du canton, les médecins de médecine générale, de médecine interne, de médecine physique et de rhumatologie en assurent environ un tiers; ces mêmes praticiens assurent plus du 50 % des visites à domicile comptabilisées dans le canton; par année, 5,0 % de ces dernières sont à mettre à l'actif des pédiatres, 3,6 % à celui des ophtalmologues et médecins O.R.L., et le reste aux autres médecins du canton. Ce sont les médecins de médecine générale qui se rendent le plus fréquemment au chevet de leurs patients, à domicile : ils effectuent une visite à domicile pour 15 consultations en 1983, une pour 19 consultations en 1991. Le même ratio pour les dermatologues se situe à 1 pour 250 environ et celui des pédiatres à 1 pour 60.

Les consultations annuelles totales des cabinets médicaux privés ont progressé de 54,9 % entre 1983 et 1991. Les progressions les plus fortes se situent dans les groupes de spécialités :

- neurologie et psychiatrie (+ 126 %),
- dermatologie et vénéréologie (+ 121 %),
- ophtalmologie et O.R.L. (+ 47 %).

Ce sont les pédiatres et les groupes *médecine interne et médecine physique et rhumatologie* qui sont à l'origine de la plus faible progression des consultations annuelles totales : + 31,3 % et + 40,6 % entre 1983 et 1991.

### 2.4 Conclusion

Le financement du secteur de la santé reste, en cette fin de siècle, un défi parmi les plus importants posés aux générations présentes et à venir. Le vieillissement constant de la population, l'élévation des standards du bien-être physique, l'élargissement des prestations fournies par l'Etat, le besoin de performances toujours plus élevées, bref toutes les caractéristiques de nos sociétés modernes semblent constituer autant de facteurs stimulant le recours à la médecine, contribuant ainsi à faire exploser les coûts des soins médicaux.

Or, l'assurance-maladie est un des piliers sur lesquels repose le financement de cette immense machine sanitaire qui ne cesse de se complexifier. Bien comprendre son fonctionnement et bien connaître sa situation sont deux étapes décisives dans l'élaboration de points de vue pertinents sur la question.

Il est donc impératif que des informations quantifiées sur ce sujet brûlant soient élaborées, mises à jour et largement diffusées. Cette publication est un outil répondant partiellement à cet objectif. Elle mérite d'être développée de manière à apporter sa contribution dans les prises de décision qui façonneront notre environnement médical de demain. De ce point de vue, la nouvelle législation en la matière est positive puisque la couverture de l'assurance-maladie s'étend désormais à l'ensemble de la population genevoise. Les futures données n'en seront que plus exhaustives.



### 3. Données statistiques

#### 3.1 Données du Service de l'assurance-maladie

##### 3.1.1 Effectifs

- Tableau 1.1.1 Effectif des membres des caisses-maladie pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques par groupe d'assurés
- Tableau 1.1.2 Effectif des membres des caisses-maladie pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques par groupe d'assurés, en pour cent
- Tableau 1.1.3 Nombre d'assurés, cas de maladie et jours d'hospitalisation par groupe d'assurés
- Tableau 1.1.4 Nombre d'assurés, cas de maladie et jours d'hospitalisation par assuré selon le groupe d'assurés

##### 3.1.2 Dépenses

- Tableau 1.2.1 Dépenses des caisses-maladie selon le type de frais
- Tableau 1.2.2 Dépenses des caisses-maladie pour les prestations des branches d'assurance
- Tableau 1.2.3 Dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.2.4 Dépenses des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.2.5 Dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés, pour cent francs
- Tableau 1.2.6 Dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.2.7 Dépenses des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.2.8 Dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, pour cent francs

##### 3.1.3 Recettes

- Tableau 1.3.1 Recettes des caisses-maladie selon la source et le type de produit, en francs
- Tableau 1.3.2 Subventions et subsides cantonaux aux caisses-maladie, en francs
- Tableau 1.3.3 Subventions unitaires fédérales et cantonales aux caisses-maladie selon la source et le groupe d'assurés, en francs

##### 3.1.4 Assurés LAMPA

- Tableau 1.4.1 Assurés LAMPA : cas de maladie par type de traitement et jours d'hospitalisation, par groupe d'assurés
- Tableau 1.4.2 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.4.3 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.4.4 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par type de traitement et groupe d'assurés
- Tableau 1.4.5 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.4.6 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs
- Tableau 1.4.7 Assurés LAMPA : dépenses des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, pour cent francs

**Effectif des membres des caisses-maladie<sup>1</sup> pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques par groupe d'assurés<sup>2</sup>**

Tableau I.1.1

Totaux annuels

	Total	Type d'assurance		Type de contrat		Subvention cantonale	
		Sans indemnité journalière	Avec	A titre individuel	A titre collectif	Avec <sup>3</sup>	Sans
<b>Hommes</b>							
1985	139 085	85 091	53 994	82 518	56 567	136 765	2 320
1986	143 272	88 706	54 566	88 502	54 770	141 118	2 154
1987	145 785	92 476	53 309	85 250	60 535	143 661	2 124
1988	148 659	97 907	50 752	85 299	63 370	146 192	2 467
1989	154 620	100 246	54 374	86 855	67 765	152 248	2 372
1990	155 088	105 372	49 716	88 146	66 942	153 369	1 719
1991	152 208	108 219	43 989	88 452	63 756	148 658	3 550
<b>Femmes</b>							
1985	155 043	94 990	60 053	116 837	38 206	153 345	1 698
1986	157 585	97 991	59 594	120 481	37 104	155 883	1 702
1987	160 060	102 584	57 476	119 489	40 571	158 295	1 765
1988	162 868	107 391	55 477	119 102	43 756	160 861	2 007
1989	165 567	110 712	54 855	120 398	45 169	163 444	2 123
1990	168 208	114 802	53 406	122 194	46 014	166 125	2 083
1991	169 379	121 965	47 414	120 364	49 015	165 488	3 891
<b>Enfants<sup>4</sup></b>							
1985	59 563	59 563	///	47 373	12 190	57 977	1 586
1986	59 259	59 259	///	47 752	11 507	57 741	1 518
1987	59 361	59 361	///	46 716	12 645	57 868	1 493
1988	59 776	59 776	///	46 196	13 580	58 213	1 563
1989	60 731	60 731	///	46 435	14 296	59 118	1 613
1990	62 982	62 982	///	46 859	16 123	61 052	1 930
1991	64 889	64 889	///	46 449	18 440	62 862	2 027
<b>Total</b>							
1985	353 691	239 644	114 047	246 728	106 963	348 087	5 604
1986	360 116	245 956	114 160	256 735	103 381	354 742	5 374
1987	365 206	254 421	110 785	251 455	113 751	359 824	5 382
1988	371 303	265 074	106 229	250 597	120 706	365 266	6 037
1989	380 918	271 689	109 229	253 688	127 230	374 810	6 108
1990	386 278	283 156	103 122	257 199	129 079	380 546	5 732
1991	386 476	295 073	91 403	255 265	131 211	377 008	9 468

1. Caisses-maladie reconnues par la Confédération et agréées et subventionnées par le canton de Genève.

2. Les assurés sont comptés en années-subsides. Une année-subsidie correspond à une durée d'assurance de 12 mois, ouvrant droit, pour la caisse, à une subvention cantonale unitaire, si l'assuré remplit certaines conditions. Ces 12 mois peuvent se rapporter à un seul assuré (membre de la caisse depuis une année ou plus), ou à plusieurs assurés dont le contrat d'assurance est inférieur à 12 mois (entrés ou sortis de la caisse en cours d'année). Si la division du total des mois d'assurance par 12, pour créer des années-subsides, produit un solde égal ou supérieur à 6 mois, le résultat est majoré d'une année-subsidie.

3. Droit à la subvention cantonale : les assurés domiciliés dans le canton de Genève et les frontaliers qui y travaillent. Sont donc exclus : les Confédérés travaillant à Genève mais résidant dans un autre canton et la famille des frontaliers.

4. Un assuré est considéré comme un enfant jusqu'à la fin de l'année civile dans laquelle il atteint l'âge de 15 ans révolus.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Effectif des membres des caisses-maladie<sup>1</sup> pour l'assurance des frais  
médico-pharmaceutiques par groupe d'assurés<sup>2</sup>**

Tableau 1.1.2

En pour cent

	Total	Type d'assurance		Type de contrat		Subvention cantonale	
		Sans indemnité journalière	Avec	A titre individuel	A titre collectif	Avec <sup>3</sup>	Sans
<b>Hommes</b>							
1985	100,0	61,2	38,8	59,3	40,7	98,3	1,7
1986	100,0	61,9	38,1	61,8	38,2	98,5	1,5
1987	100,0	63,4	36,6	58,5	41,5	98,5	1,5
1988	100,0	65,9	34,1	57,4	42,6	98,3	1,7
1989	100,0	64,8	35,2	56,2	43,8	98,5	1,5
1990	100,0	67,9	32,1	56,8	43,2	98,9	1,1
1991	100,0	71,1	28,9	58,1	41,9	97,7	2,3
<b>Femmes</b>							
1985	100,0	61,3	38,7	75,4	24,6	98,9	1,1
1986	100,0	62,2	37,8	76,5	23,5	98,9	1,1
1987	100,0	64,1	35,9	74,7	25,3	98,9	1,1
1988	100,0	65,9	34,1	73,1	26,9	98,8	1,2
1989	100,0	66,9	33,1	72,7	27,3	98,7	1,3
1990	100,0	68,3	31,7	72,6	27,4	98,8	1,2
1991	100,0	72,0	28,0	71,1	28,9	97,7	2,3
<b>Enfants<sup>4</sup></b>							
1985	100,0	100,0	///	79,5	20,5	97,3	2,7
1986	100,0	100,0	///	80,6	19,4	97,4	2,6
1987	100,0	100,0	///	78,7	21,3	97,5	2,5
1988	100,0	100,0	///	77,3	22,7	97,4	2,6
1989	100,0	100,0	///	76,5	23,5	97,3	2,7
1990	100,0	100,0	///	74,4	25,6	96,9	3,1
1991	100,0	100,0	///	71,6	28,4	96,9	3,1
<b>Total</b>							
1985	100,0	67,8	32,2	69,8	30,2	98,4	1,6
1986	100,0	68,3	31,7	71,3	28,7	98,5	1,5
1987	100,0	69,7	30,3	68,9	31,1	98,5	1,5
1988	100,0	71,4	28,6	67,5	32,5	98,4	1,6
1989	100,0	71,3	28,7	66,6	33,4	98,4	1,6
1990	100,0	73,3	26,7	66,6	33,4	98,5	1,5
1991	100,0	76,3	23,7	66,0	34,0	97,6	2,4

1. Caisses-maladie reconnues par la Confédération et agréées et subventionnées par le canton de Genève.

2. Les assurés sont comptés en années-subsides. Une année-subside correspond à une durée d'assurance de 12 mois, ouvrant droit, pour la caisse, à une subvention cantonale unitaire, si l'assuré remplit certaines conditions. Ces 12 mois peuvent se rapporter à un seul assuré (membre de la caisse depuis une année ou plus), ou à plusieurs assurés dont le contrat d'assurance est inférieur à 12 mois (entrés ou sortis de la caisse en cours d'année). Si la division du total des mois d'assurance par 12, pour créer des années-subsides, produit un solde égal ou supérieur à 6 mois, le résultat est majoré d'une année-subside.

3. Droit à la subvention cantonale : les assurés domiciliés dans le canton de Genève et les frontaliers qui y travaillent. Sont donc exclus : les Confédérés travaillant à Genève mais résidant dans un autre canton et la famille des frontaliers.

4. Un assuré est considéré comme un enfant jusqu'à la fin de l'année civile dans laquelle il atteint l'âge de 15 ans révolus.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

Nombre d'assurés, cas de maladie et jours d'hospitalisation<sup>1</sup> par groupe d'assurés

Tableau 1.1.3

Totaux annuels

	Nombre d'assurés <sup>2</sup>	Cas de maladie			Jours d'hospitalisation <sup>5</sup>
		ambulatoires <sup>3</sup>	hospitaliers <sup>4</sup>	Total	
<b>Hommes</b>					
1985	138 100	229 080	14 319	243 399	227 765
1986	142 257	236 121	14 648	250 769	228 343
1987	144 757	251 572	15 822	267 394	245 640
1988	147 662	245 037	16 413	261 450	285 675
1989	153 654	275 273	18 271	293 544	288 733
1990	154 140	...	...	...	...
1991	151 274	...	...	...	...
<b>Femmes</b>					
1985	154 797	427 689	23 323	451 012	395 702
1986	157 330	442 459	24 532	466 991	405 284
1987	159 794	467 586	25 016	492 602	434 198
1988	162 589	457 196	25 319	482 515	457 093
1989	165 296	515 445	29 701	545 146	511 353
1990	167 938	...	...	...	...
1991	169 110	...	...	...	...
<b>Enfants</b>					
1985	59 390	139 274	3 124	142 398	19 498
1986	59 084	140 429	3 435	143 864	19 910
1987	59 173	148 049	3 595	151 644	19 896
1988	59 604	148 863	3 220	152 083	19 836
1989	60 568	161 521	3 902	165 423	20 522
1990	62 822	...	...	...	...
1991	64 720	...	...	...	...
<b>Total</b>					
1985	352 287	796 043	40 766	836 809	642 965
1986	358 671	819 009	42 615	861 624	653 537
1987	363 724	867 207	44 433	911 640	699 734
1988	369 855	851 096	44 952	896 048	762 604
1989	379 518	952 239	51 874	1 004 113	820 608
1990	384 900	...	...	...	...
1991	385 104	...	...	...	...

1. Pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques (sans tuberculose, sans les cas de maternité et sans les soins aux assurés invalides) des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans celle des CFF).

2. Les assurés sont comptés en années-subsides. Une année-subsidie correspond à une durée d'assurance de 12 mois, ouvrant droit, pour la caisse, à une subvention cantonale unitaire, si l'assuré remplit certaines conditions. Ces 12 mois peuvent se rapporter à un seul assuré (membre de la caisse depuis une année ou plus), ou à plusieurs assurés dont le contrat d'assurance est inférieur à 12 mois (entrés ou sortis de la caisse en cours d'année). Si la division du total des mois d'assurance par 12, pour créer des années-subsides, produit un solde égal ou supérieur à 6 mois, le résultat est majoré d'une année-subsidie.

3. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les soins prodigués et/ou prescrits à un assuré, par un médecin unique (sauf exception prévue et acceptée par la caisse).

4. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les frais résultant du traitement d'un assuré dans un même établissement hospitalier. Y compris les cliniques privées.

5. Y compris les cliniques privées.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Nombre d'assurés, cas de maladie et jours d'hospitalisation<sup>1</sup> par assuré selon le groupe d'assurés**

Tableau 1.1.4

Totaux annuels

	Nombre d'assurés <sup>2</sup>	Cas de maladie			Jours d'hospitalisation <sup>5</sup>	
		ambulatoires <sup>3</sup>	hospitaliers <sup>4</sup>	Total	par assuré	par cas de maladie
<b>Hommes</b>						
1985	138 100	1,7	0,1	1,8	1,6	15,9
1986	142 257	1,7	0,1	1,8	1,6	15,6
1987	144 757	1,7	0,1	1,8	1,7	15,5
1988	147 662	1,7	0,1	1,8	1,9	17,4
1989	153 654	1,8	0,1	1,9	1,9	15,8
1990	154 140	...	...	...	...	...
1991	151 274	...	...	...	...	...
<b>Femmes</b>						
1985	154 797	2,8	0,2	2,9	2,6	17,0
1986	157 330	2,8	0,2	3,0	2,6	16,5
1987	159 794	2,9	0,2	3,1	2,7	17,4
1988	162 589	2,8	0,2	3,0	2,8	18,1
1989	165 296	3,1	0,2	3,3	3,1	17,2
1990	167 938	...	...	...	...	...
1991	169 110	...	...	...	...	...
<b>Enfants</b>						
1985	59 390	2,3	0,1	2,4	0,3	6,2
1986	59 084	2,4	0,1	2,4	0,3	5,8
1987	59 173	2,5	0,1	2,6	0,3	5,5
1988	59 604	2,5	0,1	2,6	0,3	6,2
1989	60 568	2,7	0,1	2,7	0,3	5,3
1990	62 822	...	...	...	...	...
1991	64 720	...	...	...	...	...
<b>Total</b>						
1985	352 287	2,3	0,1	2,4	1,8	15,8
1986	358 671	2,3	0,1	2,4	1,8	15,3
1987	363 724	2,4	0,1	2,5	1,9	15,7
1988	369 855	2,3	0,1	2,4	2,1	17,0
1989	379 518	2,5	0,1	2,6	2,2	15,8
1990	384 900	...	...	...	...	...
1991	385 104	...	...	...	...	...

1. Pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques (sans tuberculose, sans les cas de maternité et sans les soins aux assurés invalides) des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans celle des CFF).
2. Les assurés sont comptés en années-subsides. Une année-subsidie correspond à une durée d'assurance de 12 mois, ouvrant droit, pour la caisse, à une subvention cantonale unitaire, si l'assuré remplit certaines conditions. Ces 12 mois peuvent se rapporter à un seul assuré (membre de la caisse depuis une année ou plus), ou à plusieurs assurés dont le contrat d'assurance est inférieur à 12 mois (entrés ou sortis de la caisse en cours d'année). Si la division du total des mois d'assurance par 12, pour créer des années-subsides, produit un solde égal ou supérieur à 6 mois, le résultat est majoré d'une année-subsidie.
3. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les soins prodigués et/ou prescrits à un assuré, par un médecin unique (sauf exception prévue et acceptée par la caisse).
4. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les frais résultant du traitement d'un assuré dans un même établissement hospitalier. Y compris les cliniques privées.
5. Y compris les cliniques privées.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie selon le type de frais

Tableau 1.2.1

Totaux annuels

	Prestations versées <sup>2</sup>	Provisions et autres prestations <sup>3</sup>	Frais administratifs amortissements <sup>4</sup>	Autres charges <sup>5</sup>	Primes de réassurance	Constitution des réserves légalés	Total
<b>Francs</b>							
1985	506 234 760	12 632 892	42 042 231	1 608 122	11 957 604	4 000 559	578 476 168
1986	551 999 910	11 438 639	45 245 070	978 476	9 382 220	6 160 295	625 204 610
1987	615 065 185	15 928 886	48 732 618	830 509	9 083 280	8 595 282	698 235 759
1988	651 934 293	14 686 074	53 802 208	818 640	11 398 171	8 246 797	740 886 184
1989	723 437 932	24 016 901	57 770 667	909 434	12 293 434	14 847 141	833 275 509
1990	779 595 931	19 051 342	63 659 597	776 230	10 817 275	15 705 041	889 605 416
1991	877 140 337	22 352 643	72 665 055	1 121 587	10 453 058	21 239 938	1 004 972 618
<b>Francs par assuré</b>							
1985	1 345	34	112	4	32	11	1 536
1986	1 437	30	118	3	24	16	1 628
1987	1 574	41	125	2	23	22	1 787
1988	1 632	37	135	2	29	21	1 855
1989	1 768	59	141	2	30	36	2 036
1990	2 025	49	165	2	28	41	2 311
1991	2 278	58	189	3	27	55	2 610
<b>Pour cent</b>							
1985	87,5	2,2	7,3	0,3	2,1	0,7	100,0
1986	88,3	1,8	7,2	0,2	1,5	1,0	100,0
1987	88,1	2,3	7,0	0,1	1,3	1,2	100,0
1988	88,0	2,0	7,3	0,1	1,5	1,1	100,0
1989	86,8	2,9	6,9	0,1	1,5	1,8	100,0
1990	87,6	2,1	7,2	0,1	1,2	1,8	100,0
1991	87,3	2,2	7,2	0,1	1,0	2,1	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.

2. Prestations d'assurances : indemnité journalière, soins médico-pharmaceutiques "ordinaires", maternité (indemnité journalière, frais médico-pharmaceutiques, indemnités d'allaitement), soins médico-pharmaceutiques aux assurés invalides, tuberculose (indemnité journalière et soins médico-pharmaceutiques), frais dentaires et indemnité au décès. L'assurance des soins médico-pharmaceutiques "ordinaires" comprend l'assurance de base, d'indemnité journalière d'hospitalisation (obligatoire et facultative), de frais de traitement hospitalier, combinée d'hospitalisation et patients privés ambulatoires (pour les caisses qui la pratiquent).

3. Secours (à des assurés, des hôpitaux et d'autres institutions), frais de mesures prophylactiques.

4. Frais d'administration : personnel, informatique et traitement électronique des données, primes d'acquisition, publicité, locaux administratifs et autres frais administratifs. Amortissements : sur les installations TED, sur mobilier et machines de bureau.

5. Autres charges d'exploitation, comptes de résultat des immeubles, etc...

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les prestations des branches d'assurance**

Tableau 1.2.2

Totaux annuels

	Soins médico-pharmaceutiques <sup>2</sup>	Indemnité journalière	Maternité <sup>3</sup>	Invalidité, tuberculose <sup>4</sup>	Autres branches <sup>5</sup>	Total
<b>Francs</b>						
1985	435 019 971	35 062 875	12 758 417	7 237 493	16 156 004	506 234 760
1986	474 857 338	37 070 054	13 863 051	8 225 771	17 983 696	551 999 910
1987	532 311 391	39 536 905	14 947 957	8 263 900	20 005 033	615 065 185
1988	557 907 758	39 654 788	16 060 694	9 448 127	28 862 926	651 934 293
1989	633 521 456	42 479 850	18 317 047	10 804 948	18 314 631	723 437 932
1990	681 459 529	47 074 884	22 497 209	12 343 295	16 221 020	779 595 937
1991	760 918 253	54 156 135	27 979 294	12 605 224	21 481 431	877 140 337
<b>Pour cent</b>						
1985	85,9	6,9	2,5	1,4	3,2	100,0
1986	86,0	6,7	2,5	1,5	3,3	100,0
1987	86,5	6,4	2,4	1,3	3,3	100,0
1988	85,6	6,1	2,5	1,4	4,4	100,0
1989	87,6	5,9	2,5	1,5	2,5	100,0
1990	87,4	6,0	2,9	1,6	2,1	100,0
1991	86,7	6,2	3,2	1,4	2,4	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.

2. Soins médico-pharmaceutiques "ordinaires" sans maternité, invalidité et tuberculose soit : assurances de base, indemnité journalière d'hospitalisation (obligatoire et facultative), pour frais de traitement hospitalier, combinée d'hospitalisation, patients privés ambulatoires (pour les caisses qui la pratiquent).

3. Indemnités journalières, frais médico-pharmaceutiques et indemnités d'allaitement.

4. Soins médico-pharmaceutiques aux invalides, indemnités journalières et soins médico-pharmaceutiques aux patients atteints de tuberculose (seulement pour les caisses non réassurées).

5. Assurance des frais dentaires et assurance d'une indemnité au décès.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>,  
par type de traitement et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.2.3

Totaux annuels

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1986	118 297 410	45 915 585	1 874 066	166 087 061
1987	133 288 439	50 953 867	2 012 676	186 254 982
1988	133 792 665	39 501 416	1 970 403	175 264 484
1989	149 097 511	41 907 910	2 223 690	193 229 111
1990	160 399 331	43 180 199	2 256 638	205 836 168
1991	176 888 683	48 851 223	2 564 884	228 304 790
<b>Femmes</b>				
1986	198 914 883	73 616 733	2 475 361	275 006 977
1987	223 171 651	83 295 753	2 726 006	309 193 411
1988	225 538 529	61 070 655	2 732 587	289 341 771
1989	254 964 293	61 867 971	3 126 381	319 958 645
1990	273 148 641	63 145 557	3 102 240	339 396 438
1991	303 064 642	71 949 102	3 551 831	378 565 575
<b>Enfants</b>				
1986	29 719 585	3 605 855	437 861	33 763 301
1987	32 864 508	3 483 057	515 433	36 862 998
1988	33 007 945	2 836 827	525 382	36 370 154
1989	36 097 747	3 564 533	622 805	40 285 085
1990	38 861 412	4 566 065	696 240	44 123 717
1991	42 504 587	5 290 844	807 173	48 602 604
<b>Total</b>				
1986	346 931 878	123 138 173	4 787 288	474 857 338
1987	389 324 598	137 732 677	5 254 116	532 311 391
1988	392 339 139	160 340 247	5 228 373	557 907 758
1989	440 159 551	187 389 029	5 972 876	633 521 456
1990	472 409 378	202 995 033	6 055 118	681 459 529
1991	522 457 912	231 536 453	6 923 888	760 918 253

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.

2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, les patients atteints de tuberculose et pour la maternité) soit : assurance de base, indemnité journalière d'hospitalisation (obligatoire et facultative), pour frais de traitement hospitalier, combinée d'hospitalisation, patients privés ambulatoires (pour les caisses qui la pratiquent).

3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également compris les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, suite à une modification des formulaires de l'OFAS remplis par les caisses-maladie, seuls les frais médico-pharmaceutiques "ordinaires" de l'assurance de base (position 302 du questionnaire de l'OFAS) sont pris en compte. Pour rendre les totaux annuels, postérieurs à 1988, comparables avec les années précédentes, les frais relatifs aux autres assurances (positions 303 à 307 du formulaire de l'OFAS) ont été ajoutés dans ce tableau. L'addition des chiffres indiqués pour les hommes, femmes et enfants ne correspond donc pas au total indiqué pour l'ensemble des assurés.

4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie par assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.2.4

Totaux annuels

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1986	832	323	13	1 168
1987	921	352	14	1 287
1988	906	268	13	1 187
1989	970	273	14	1 258
1990	1 041	280	15	1 335
1991	1 169	323	17	1 509
<b>Femmes</b>				
1986	1 264	468	16	1 748
1987	1 397	521	17	1 935
1988	1 387	376	17	1 780
1989	1 542	374	19	1 936
1990	1 626	376	18	2 021
1991	1 792	425	21	2 239
<b>Enfants</b>				
1986	503	61	7	571
1987	555	59	9	623
1988	554	48	9	610
1989	596	59	10	665
1990	619	73	11	702
1991	657	82	12	751
<b>Total</b>				
1986	967	343	13	1 324
1987	1 070	379	14	1 464
1988	1 061	434	14	1 508
1989	1 160	494	16	1 669
1990	1 227	527	16	1 770
1991	1 357	601	18	1 976

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.

2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, les patients atteints de tuberculose et pour la maternité) soit : assurance de base, indemnité journalière d'hospitalisation (obligatoire et facultative), pour frais de traitement hospitalier, combinée d'hospitalisation, patients privés ambulatoires (pour les caisses qui la pratiquent).

3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également compris les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, suite à une modification des formulaires de l'OFAS remplis par les caisses-maladie, seuls les frais médico-pharmaceutiques "ordinaires" de l'assurance de base (position 302 du questionnaire de l'OFAS) sont pris en compte. Pour rendre les totaux annuels, postérieurs à 1988, comparables avec les années précédentes, les frais relatifs aux autres assurances (positions 303 à 307 du formulaire de l'OFAS) ont été ajoutés dans ce tableau. L'addition des chiffres indiqués pour les hommes, femmes et enfants ne correspond donc pas au total indiqué pour l'ensemble des assurés.

4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>,  
par type de traitement et groupe d'assurés**

Tableau 1.2.5

Pour 100 francs

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1986	71,2	27,6	1,1	100,0
1987	71,6	27,4	1,1	100,0
1988	76,3	22,5	1,1	100,0
1989	77,2	21,7	1,2	100,0
1990	77,9	21,0	1,1	100,0
1991	77,5	21,4	1,1	100,0
<b>Femmes</b>				
1986	72,3	26,8	0,9	100,0
1987	72,2	26,9	0,9	100,0
1988	77,9	21,1	0,9	100,0
1989	79,7	19,3	1,0	100,0
1990	80,5	18,6	0,9	100,0
1991	80,1	19,0	0,9	100,0
<b>Enfants</b>				
1986	88,0	10,7	1,3	100,0
1987	89,2	9,4	1,4	100,0
1988	90,8	7,8	1,4	100,0
1989	89,6	8,8	1,5	100,0
1990	88,1	10,3	1,6	100,0
1991	87,5	10,9	1,7	100,0
<b>Total</b>				
1986	73,1	25,9	1,0	100,0
1987	73,1	25,9	1,0	100,0
1988	70,3	28,7	0,9	100,0
1989	69,5	29,6	0,9	100,0
1990	69,3	29,8	0,9	100,0
1991	68,7	30,4	0,9	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.
2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, les patients atteints de tuberculose et pour la maternité) soit : assurance de base, indemnité journalière d'hospitalisation (obligatoire et facultative), pour frais de traitement hospitalier, combinée d'hospitalisation, patients privés ambulatoires (pour les caisses qui la pratiquent).
3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également compris les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, suite à une modification des formulaires de l'OFAS remplis par les caisses-maladie, seuls les frais médico-pharmaceutiques "ordinaires" de l'assurance de base (position 302 du questionnaire de l'OFAS) sont pris en compte. Pour rendre les totaux annuels, postérieurs à 1988, comparables avec les années précédentes, les frais relatifs aux autres assurances (positions 303 à 307 du formulaire de l'OFAS) ont été ajoutés dans ce tableau. L'addition des chiffres indiqués pour les hommes, femmes et enfants ne correspond donc pas au total indiqué pour l'ensemble des assurés.
4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.2.6

Totaux annuels

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1986	64 752 152	7 715 110	1 485 269	10 566 037	33 778 841	118 297 410
1987	73 935 381	8 920 423	1 611 035	11 709 899	37 111 702	133 288 439
1988	72 476 867	9 211 283	1 518 421	12 521 598	38 064 497	133 792 665
1989	82 298 014	10 467 979	1 668 528	12 037 432	42 625 558	149 097 511
1990	89 320 933	11 870 284	1 772 824	12 854 592	44 580 698	160 399 331
1991	96 216 544	13 690 206	1 931 200	15 803 212	49 247 520	176 888 682
<b>Femmes</b>						
1986	108 227 270	13 978 356	2 081 436	18 693 122	55 934 699	198 914 883
1987	122 328 155	16 506 116	2 217 771	20 690 581	61 429 028	223 171 651
1988	120 152 035	17 684 379	2 003 233	22 226 227	63 472 655	225 538 529
1989	139 710 859	20 710 135	2 228 416	21 377 059	70 937 824	254 964 293
1990	151 460 620	23 587 729	2 309 392	23 219 843	72 571 057	273 148 641
1991	163 299 681	27 520 190	2 575 260	28 320 808	81 348 703	303 064 642
<b>Enfants</b>						
1986	20 360 543	1 671 363	49 590	1 401 893	6 236 196	29 719 585
1987	22 700 730	2 018 020	48 270	1 520 173	6 577 315	32 864 508
1988	22 133 491	2 166 942	53 820	1 739 020	6 914 672	33 007 945
1989	24 854 704	2 287 478	64 240	1 451 469	7 439 856	36 097 747
1990	26 872 082	2 666 273	74 739	1 586 575	7 661 743	38 861 412
1991	28 623 573	3 183 250	69 892	1 869 948	8 757 924	42 504 587
<b>Total</b>						
1986	192 387 946	23 866 746	3 616 296	31 111 154	95 949 736	346 931 878
1987	218 964 267	27 444 558	3 877 076	33 920 653	105 118 045	389 324 598
1988	214 762 393	29 062 604	3 575 474	36 486 845	108 451 824	392 339 139
1989	246 863 577	33 465 592	3 961 183	34 865 960	121 003 238	440 159 551
1990	267 653 633	38 124 285	4 156 953	37 661 009	124 813 497	472 409 377
1991	288 139 798	44 393 646	4 576 352	45 993 968	139 354 147	522 457 911

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. De 1986 à 1988, les indications des caisses quant aux divers types de frais et quant à la ventilation hommes, femmes, enfants souffrent de quelques manques; seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre; les autres données sont indicatives.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, la maternité et la tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.2.7

Totaux annuels

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1986	455	54	10	74	237	832
1987	511	62	11	81	256	921
1988	491	62	10	85	258	906
1989	536	68	11	78	277	970
1990	579	77	12	83	289	1 041
1991	636	90	13	104	326	1 169
<b>Femmes</b>						
1986	688	89	13	119	356	1 264
1987	766	103	14	129	384	1 397
1988	739	109	12	137	390	1 387
1989	845	125	13	129	429	1 542
1990	902	140	14	138	432	1 626
1991	966	163	15	167	481	1 792
<b>Enfants</b>						
1986	345	28	1	24	106	503
1987	384	34	1	26	111	555
1988	371	36	1	29	116	554
1989	410	38	1	24	123	596
1990	428	42	1	25	122	619
1991	442	49	1	29	135	657
<b>Total</b>						
1986	536	67	10	87	268	967
1987	602	75	11	93	289	1 070
1988	581	79	10	99	293	1 061
1989	650	88	10	92	319	1 160
1990	695	99	11	98	324	1 227
1991	748	115	12	119	362	1 357

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. De 1986 à 1988, les indications des caisses quant aux divers types de frais et quant à la ventilation hommes, femmes, enfants souffrent de quelques manques; seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre; les autres données sont indicatives.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, la maternité et la tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés**

Tableau 1.2.8

Pour 100 francs

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1986	54,7	6,5	1,3	8,9	28,6	100,0
1987	55,5	6,7	1,2	8,8	27,8	100,0
1988	54,2	6,9	1,1	9,4	28,5	100,0
1989	55,2	7,0	1,1	8,1	28,6	100,0
1990	55,7	7,4	1,1	8,0	27,8	100,0
1991	54,4	7,7	1,1	8,9	27,8	100,0
<b>Femmes</b>						
1986	54,4	7,0	1,0	9,4	28,1	100,0
1987	54,8	7,4	1,0	9,3	27,5	100,0
1988	53,3	7,8	0,9	9,9	28,1	100,0
1989	54,8	8,1	0,9	8,4	27,8	100,0
1990	55,4	8,6	0,8	8,5	26,6	100,0
1991	53,9	9,1	0,8	9,3	26,8	100,0
<b>Enfants</b>						
1986	68,5	5,6	0,2	4,7	21,0	100,0
1987	69,1	6,1	0,1	4,6	20,0	100,0
1988	67,1	6,6	0,2	5,3	20,9	100,0
1989	68,9	6,3	0,2	4,0	20,6	100,0
1990	69,1	6,9	0,2	4,1	19,7	100,0
1991	67,3	7,5	0,2	4,4	20,6	100,0
<b>Total</b>						
1986	55,5	6,9	1,0	9,0	27,7	100,0
1987	56,2	7,0	1,0	8,7	27,0	100,0
1988	54,7	7,4	0,9	9,3	27,6	100,0
1989	56,1	7,6	0,9	7,9	27,5	100,0
1990	56,7	8,1	0,9	8,0	26,4	100,0
1991	55,2	8,5	0,9	8,8	26,7	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève (sans la caisse des CFF), sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. De 1986 à 1988, les indications des caisses quant aux divers types de frais et quant à la ventilation hommes, femmes, enfants souffrent de quelques manques; seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre; les autres données sont indicatives.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides, la maternité et la tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

Recettes des caisses-maladie<sup>1</sup> selon la source et le type de produit, en francs

Tableau 1.3.1

Chiffres annuels

	Assurés			Subventions					
	Cotisations	Participation aux frais <sup>2</sup>	Total	fédérales	cantonales	communales, de l'employeur	Total	Autres produits <sup>3</sup>	Total
<b>Francs</b>									
1986	478 788 184	45 611 388	524 399 572	51 313 263	51 348 942	234 270	102 896 475	11 161 506	638 457 552
1987	505 184 089	54 891 413	560 075 503	51 681 445	54 150 601	159 866	105 991 912	12 840 754	678 908 169
1988	536 242 836	62 926 381	599 169 217	53 085 023	68 936 293	214 443	122 235 758	13 787 719	735 192 693
1989	586 081 290	68 281 507	654 362 797	53 625 642	68 562 597	2 185 706	124 373 944	16 763 951	795 500 693
1990	630 651 283	72 384 874	703 036 157	67 760 186	75 538 055	2 582 148	145 880 389	18 649 777	867 566 323
1991	693 340 914	84 416 126	777 757 040	64 407 960	75 631 033	2 851 649	142 890 642	25 098 638	945 746 320
<b>Francs par assuré</b>									
1986	1 246,8	118,8	1 365,6	133,6	133,7	0,6	268,0	29,1	1 662,6
1987	1 292,7	140,5	1 433,1	132,2	138,6	0,4	271,2	32,9	1 737,2
1988	1 342,4	157,5	1 499,9	132,9	172,6	0,5	306,0	34,5	1 840,4
1989	1 432,2	166,9	1 599,1	131,0	167,5	5,3	303,9	41,0	1 944,0
1990	1 638,5	188,1	1 826,5	176,0	196,3	6,7	379,0	48,5	2 254,0
1991	1 800,4	219,2	2 019,6	167,2	196,4	7,4	371,0	65,2	2 455,8
<b>Pour cent</b>									
1986	75,0	7,1	82,1	8,0	8,0	0,0	16,1	1,7	100,0
1987	74,4	8,1	82,5	7,6	8,0	0,0	15,6	1,9	100,0
1988	72,9	8,6	81,5	7,2	9,4	0,0	16,6	1,9	100,0
1989	73,7	8,6	82,3	6,7	8,6	0,3	15,6	2,1	100,0
1990	72,7	8,3	81,0	7,8	8,7	0,3	16,8	2,1	100,0
1991	73,3	8,9	82,2	6,8	8,0	0,3	15,1	2,7	100,0

1. Caisses-maladie agréées et subventionnées (subvention ordinaire) par le canton de Genève (sans la caisse des CFF).

2. Y compris les subsides aux assurés à revenus modestes. Une modification de la pratique en vigueur concernant la subvention supplémentaire à valoir sur les cotisations des assurés LAMPA à faibles ressources a entraîné en 1988 une charge supplémentaire exceptionnelle d'environ 3 050 000 F.

3. Intérêts, autres produits d'exploitation, remboursement frais d'assurance, comptes de résultat des immeubles, revalorisation de titres et autres produits.



Subventions et subsides cantonaux aux caisses-maladie<sup>1</sup>, en francs

Tableau 1.3.2

Totaux annuels

	Subvention directe		Subvention LAMPA <sup>2</sup>			Subsides pour les assurés à faible revenu <sup>7</sup>	Total <sup>8</sup>
	Subvention ordinaire <sup>3</sup>	Subvention extraordinaire d'hospitalisation <sup>4</sup>	Subvention ordinaire	Subvention supplémentaire de cotisation <sup>5</sup>	Subvention sur déficit LAMPA <sup>6</sup>		
1985	31 588 143	2 782 033	950 318	3 890 220	2 515 668	6 490 408	50 777 729
1986	33 171 844	2 786 972	906 788	4 364 967	2 329 568	7 972 954	53 330 925
1987	36 111 404	3 066 752	887 246	3 827 688	2 575 159	7 854 554	56 732 443
1988	39 350 998	4 976 645	866 454	6 989 650	3 411 467	13 557 751	72 820 685
1989	43 295 765	5 140 461	842 709	3 022 212	1 922 603	14 422 837	69 815 729
1990	46 891 688	5 271 263	812 554	2 679 108	5 468 402	15 146 816	76 269 831
1991 <sup>9</sup>	45 245 595	5 783 266	2 454 406	2 305 136	4 148 987	15 973 737	75 911 127

1. Toutes les caisses-maladie du canton de Genève.

2. En vertu de la loi cantonale sur l'encouragement à l'assurance-maladie des personnes âgées (LAMPA) du 14.9.1973.

3. Le montant annuel par assuré est calculé (dès 1985), pour chaque catégorie (hommes, femmes et enfants), selon la méthode fixée par la Confédération en vertu de l'article 35 alinéa 1a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13.6.1911 et de la loi genevoise sur le subventionnement des caisses-maladie du 9.10.1969. Le montant total est versé aux caisses-maladie, agréées et subventionnées, en fonction du nombre de leurs assurés pour les soins médico-pharmaceutiques (effectif de l'année précédente) ouvrant droit à la subvention.

4. En vertu de la loi cantonale sur le subventionnement des caisses-maladie du 9 octobre 1969.

5. Pour les assurés à faibles ressources, le canton prend en charge une partie de leur cotisation, sans dépasser les 40 % de la cotisation annuelle maximale. Une modification de la pratique en vigueur concernant la subvention à valoir sur les cotisations des assurés LAMPA à faibles ressources a entraîné en 1988 une charge supplémentaire exceptionnelle d'environ 3 050 000 F.

6. Les caisses reçoivent une subvention annuelle en couverture partielle (70 %) du déficit engendré par la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques de leurs assurés LAMPA.

7. En vertu de la loi cantonale de subside en faveur de certains assurés des caisses-maladie, du 16 mars 1984, destinée à réduire les cotisations des assurés à faibles ressources.

8. Déduction faite des rectificatifs sur l'exercice précédent et y compris l'augmentation de la provision.

9. A partir de 1991, le nouveau mode de calcul de la subvention soutient en priorité les caisses assurant une forte proportion de personnes âgées.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Subventions unitaires fédérales et cantonales aux caisses-maladie<sup>1</sup> selon la source et le groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.3.3

Montants unitaires annuels

	Confédération <sup>2</sup>			Canton <sup>3</sup>		
	Hommes	Femmes	Enfants	Hommes	Femmes	Enfants
1970	18,3	99,5	30,5	10,0	32,0	20,0
1971	20,8	113,9	34,0	11,5	36,2	22,2
1972	24,1	129,8	38,4	13,1	41,5	24,7
1973	27,8	150,5	41,0	15,2	47,2	27,9
1974	31,5	170,2	45,4	17,5	54,7	29,8
1975	36,8	200,4	52,8	19,8	62,0	33,0
1976	43,4	232,3	58,4	23,1	72,9	38,4
1977	42,4	225,9	55,9	27,3	84,6	42,5
1978	43,4	232,3	58,4	30,1	92,9	45,9
1979	43,4	232,3	58,4	31,4	97,2	46,8
1980	43,4	232,3	58,4	33,1	101,8	49,9
1981	41,2	220,7	55,5	35,2	108,2	52,0
1982	41,2	220,7	55,5	37,6	115,3	54,8
1983	41,2	220,7	55,5	41,3	125,4	60,3
1984	41,2	220,7	55,5	44,4	134,6	62,8
1985	41,2	220,7	55,5	48,2	144,8	69,1
1986	43,4	232,3	58,4	50,6	150,3	70,9
1987	43,4	232,3	58,4	54,3	160,3	75,3
1988	43,4	232,3	58,4	58,0	172,0	80,5
1989	43,4	232,3	58,4	62,9	184,8	89,6
1990	43,4	232,3	58,4	66,3	196,4	93,2
1991 <sup>4</sup>	...	...	58,4 <sup>5</sup>	...	...	96,4

1. Caisses-maladie reconnues par la Confédération, agréées et subventionnées par le canton de Genève.

2. En vertu de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMA) du 13 juin 1911 et de ses ordonnances d'application. En 1977, le montant unitaire a été réduit de 11,5 % par rapport au montant unitaire calculé selon article 35 alinéa 1a de la LAMA. De 1978 à 1980, selon la loi fédérale du 5.5.1977, article 38 bis, les subventions ont été fixées au niveau atteint en 1976. De 1980 à 1985 leur montant a été réduit de 5% selon l'arrêté fédéral du 20.6.1980 et l'ordonnance du 26.8.1981 (par rapport au montant ressortant de l'article 38 bis de la LAMA). Dès 1986, la réduction prévue pour 5 ans selon l'arrêté fédéral du 2.6.1980 est échue (le 31.12.1985); retour à la situation antérieure (soit augmentation de 5%).

3. En vertu de la loi cantonale sur le subventionnement des caisses-maladie du 9.10.1969 et de son règlement d'exécution. Dès 1985, le montant de la subvention unitaire cantonale est calculé sur la base de l'article 35 alinéa 1a de la LAMA.

4. Dès 1991, la méthode de calcul est effectuée en fonction du risque (groupes selon l'âge et le sexe) exprimé en points, la subvention globale étant ensuite divisée par le nombre total de points (Rapport du Conseil d'Etat 1991).

5. Seule la catégorie enfants subsiste dès 1991.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA: cas de maladie par type de traitement et jours d'hospitalisation, par groupe d'assurés<sup>1</sup>**

Tableau 1.4.1

Totaux annuels

	Nombre d'assurés <sup>2</sup>	Cas de maladie			Jours d'hospitalisation <sup>5</sup>
		ambulatoires <sup>3</sup>	hospitaliers <sup>4</sup>	Total	
<b>Hommes</b>					
1985	1 358	5 179	719	5 898	17 850
1986	1 216	4 952	773	5 725	18 406
1987	1 081	4 595	728	5 323	17 415
1988	964	4 148	750	4 898	19 454
1989	842	3 888	815	4 703	22 488
1990	728	...	...	...	14 138
1991	600	...	...	...	12 357
<b>Femmes</b>					
1985	5 576	19 960	3 047	23 007	93 455
1986	5 123	19 930	3 124	23 054	96 059
1987	4 673	18 416	2 924	21 340	93 990
1988	4 232	16 995	3 304	20 299	108 382
1989	3 853	16 576	3 497	20 073	122 082
1990	3 449	...	...	...	75 485
1991	2 965	...	...	...	61 405
<b>Total</b>					
1985	6 934	25 139	3 766	28 905	111 305
1986	6 339	24 882	3 897	28 779	114 465
1987	5 754	23 011	3 652	26 663	111 405
1988	5 196	21 143	4 054	25 197	127 836
1989	4 695	20 464	4 312	24 776	144 570
1990	4 177	...	...	...	89 623
1991	3 565	...	...	...	73 762

1. Pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques "ordinaires" (sans les soins aux invalides et aux tuberculeux), des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève.
2. Certaines caisses-maladie agréées et subventionnées ne comptent pas d'assurés LAMPA parmi leurs membres. La loi genevoise sur l'encouragement à l'assurance-maladie des personnes âgées du 14.9.1973 (LAMPA) s'adressait aux personnes nées avant le 1er janvier 1914, pas encore assurées pour les frais médico-pharmaceutiques au 1er janvier 1974, (le délai d'inscription, sauf dispositions particulières, était échu le 30.6.1974). L'effectif des assurés LAMPA, établi en 1974, subit donc une diminution régulière jusqu'à nos jours due au mouvement naturel.
3. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les soins prodigués et/ou prescrits à un assuré, par un médecin unique (sauf exception prévue et acceptée par la caisse).
4. Période de 3 mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les frais résultant du traitement d'un assuré dans un même établissement hospitalier. Sans les cliniques privées.
5. Sans les cliniques privées.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA: dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.4.2

Totaux annuels

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1985	2 543 189	1 779 845	8 466	4 331 501
1986	2 455 550	1 658 606	16 074	4 130 230
1987	2 453 625	1 840 600	16 988	4 311 213
1988	2 384 804	1 762 431	17 466	4 164 700
1989	2 307 793	1 750 144	9 264	4 067 201
1990	2 126 327	1 892 814	11 127	4 030 268
1991	2 037 244	1 647 719	11 997	3 696 960
<b>Femmes</b>				
1985	10 500 522	8 603 831	48 883	19 153 235
1986	10 589 668	8 552 380	148 022	19 290 070
1987	10 581 142	8 803 563	122 476	19 507 182
1988	10 191 669	9 319 058	86 727	19 597 454
1989	9 853 686	9 494 916	51 535	19 400 136
1990	9 434 699	9 127 081	32 445	18 594 225
1991	9 800 528	8 206 689	46 637	18 053 854
<b>Total</b>				
1985	13 043 711	10 383 676	57 349	23 484 736
1986	13 045 218	10 210 987	164 096	23 420 301
1987	13 034 767	10 644 163	139 465	23 818 395
1988	12 576 472	11 081 489	104 193	23 762 154
1989	12 161 479	11 245 060	60 798	23 467 337
1990	11 561 026	11 019 895	43 572	22 624 493
1991	11 837 772	9 854 408	58 634	21 750 814

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.
2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et les patients atteints de tuberculose), y compris les frais des assurances complémentaires jusqu'en 1988.
3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin, y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également comprises les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, les dépenses ne contiennent plus les frais des assurances complémentaires.
4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA: dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>, par type de traitement et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.4.3

Totaux annuels

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1985	1 873	1 311	6	3 190
1986	2 019	1 364	13	3 397
1987	2 270	1 703	16	3 988
1988	2 474	1 828	18	4 320
1989	2 741	2 079	11	4 830
1990	2 921	2 600	15	5 536
1991	3 395	2 746	20	6 162
<b>Femmes</b>				
1985	1 883	1 543	9	3 435
1986	2 067	1 669	29	3 765
1987	2 264	1 884	26	4 174
1988	2 408	2 202	20	4 631
1989	2 557	2 464	13	5 035
1990	2 735	2 646	9	5 391
1991	3 305	2 768	16	6 089
<b>Total</b>				
1985	1 881	1 498	8	3 387
1986	2 058	1 611	26	3 695
1987	2 265	1 850	24	4 139
1988	2 420	2 133	20	4 573
1989	2 590	2 395	13	4 998
1990	2 768	2 638	10	5 416
1991	3 321	2 764	16	6 101

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève, sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.
2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et les patients atteints de tuberculose), y compris les frais des assurances complémentaires jusqu'en 1988.
3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également comprises les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, les dépenses ne contiennent plus les frais des assurances complémentaires.
4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA : dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup>, par type de traitement et groupe d'assurés**

Tableau 1.4.4

Pour 100 francs

	Traitements ambulatoires	Traitements hospitaliers <sup>3</sup>	Autres frais <sup>4</sup>	Total
<b>Hommes</b>				
1985	58,7	41,1	0,2	100,0
1986	59,5	40,2	0,4	100,0
1987	56,9	42,7	0,4	100,0
1988	57,3	42,3	0,4	100,0
1989	56,7	43,0	0,2	100,0
1990	52,8	47,0	0,3	100,0
1991	55,1	44,6	0,3	100,0
<b>Femmes</b>				
1985	54,8	44,9	0,3	100,0
1986	54,9	44,3	0,8	100,0
1987	54,2	45,1	0,6	100,0
1988	52,0	47,6	0,4	100,0
1989	50,8	48,9	0,3	100,0
1990	50,7	49,1	0,2	100,0
1991	54,3	45,5	0,3	100,0
<b>Total</b>				
1985	55,5	44,2	0,2	100,0
1986	55,7	43,6	0,7	100,0
1987	54,7	44,7	0,6	100,0
1988	52,9	46,6	0,4	100,0
1989	51,8	47,9	0,3	100,0
1990	51,1	48,7	0,2	100,0
1991	54,4	45,3	0,3	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève, sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés.
2. Dits "ordinaires" (sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et les patients atteints de tuberculose), y compris les frais des assurances complémentaires jusqu'en 1988.
3. Tous les frais résultant de prestations fixées par convention entre l'établissement hospitalier et la caisse, mais au moins les soins donnés par le médecin, y compris les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et les analyses, selon les taxes de la salle commune, et une contribution minimale aux autres frais. Sont également comprises les prises en charge de cure balnéaire selon l'article 12, chiffre 3 de la LAMA. Dès 1988, les dépenses ne contiennent plus les frais des assurances complémentaires.
4. Par exemple : moyens auxiliaires, soins à domicile, lunettes, stimulateurs cardiaques, valvules mitrales.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA : dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.4.5

Totaux annuels

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1985	1 245 621	66 841	2 144	106 021	1 122 563	2 543 189
1986	1 074 399	142 723	5 425	195 481	1 037 523	2 455 550
1987	1 072 875	143 179	4 955	178 759	1 053 856	2 453 625
1988	1 060 450	139 939	4 701	171 585	1 008 130	2 384 804
1989	1 019 533	169 735	2 090	142 678	973 757	2 307 793
1990	997 556	176 312	3 412	123 625	825 424	2 126 329
1991	895 502	199 851	2 681	158 146	781 066	2 037 246
<b>Femmes</b>						
1985	5 218 904	203 776	22 700	322 754	4 732 388	10 500 522
1986	4 502 589	596 247	17 581	868 482	4 604 769	10 589 668
1987	4 459 443	594 753	16 989	836 224	4 673 733	10 581 142
1988	4 380 979	581 730	15 606	728 149	4 485 204	10 191 669
1989	4 259 031	693 031	15 212	714 473	4 171 939	9 853 686
1990	4 259 841	686 115	17 350	693 006	3 778 386	9 434 698
1991	3 896 672	935 029	8 460	1 018 162	3 942 204	9 800 527
<b>Total</b>						
1985	6 464 526	270 616	24 844	428 774	5 854 951	13 043 711
1986	5 576 988	738 970	23 006	1 063 963	5 642 291	13 045 218
1987	5 532 318	737 932	21 944	1 014 983	5 727 589	13 034 767
1988	5 441 429	721 669	20 307	899 735	5 493 333	12 576 472
1989	5 278 564	862 766	17 302	857 151	5 145 696	12 161 479
1990	5 257 397	862 427	20 762	816 631	4 603 810	11 561 027
1991	4 792 174	1 134 880	11 141	1 176 308	4 723 270	11 837 773

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève, sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. La ventilation par type de frais n'est pas toujours possible pour certaines caisses. Seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et patients atteints de tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA : dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie, par assuré, pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de soins et groupe d'assurés, en francs**

Tableau 1.4.6

Totaux annuels

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1985	917	49	2	78	827	1 873
1986	884	117	4	161	853	2 019
1987	992	132	5	165	975	2 270
1988	1 100	145	5	178	1 046	2 474
1989	1 211	202	2	169	1 156	2 741
1990	1 370	242	5	170	1 134	2 921
1991	1 493	333	4	264	1 302	3 395
<b>Femmes</b>						
1985	936	37	4	58	849	1 883
1986	879	116	3	170	899	2 067
1987	954	127	4	179	1 000	2 264
1988	1 035	137	4	172	1 060	2 408
1989	1 105	180	4	185	1 083	2 557
1990	1 235	199	5	201	1 096	2 735
1991	1 314	315	3	343	1 330	3 305
<b>Total</b>						
1985	932	39	4	62	844	1 881
1986	880	117	4	168	890	2 058
1987	961	128	4	176	995	2 265
1988	1 047	139	4	173	1 057	2 420
1989	1 124	184	4	183	1 096	2 590
1990	1 259	206	5	196	1 102	2 768
1991	1 344	318	3	330	1 325	3 321

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève, sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. La ventilation par type de frais n'est pas toujours possible pour certaines caisses. Seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et patients atteints de tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS

**Assurés LAMPA : dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les soins médicaux et pharmaceutiques<sup>2</sup> ambulatoires, par type de frais et groupe d'assurés**

Tableau 1.4.7

Pour 100 francs

	Soins médicaux ordinaires <sup>3</sup>	Laboratoires	Chiropraticiens	Soins para-médicaux <sup>4</sup>	Médicaments ordonnés <sup>5</sup>	Total
<b>Hommes</b>						
1985	49,0	2,6	0,1	4,2	44,1	100,0
1986	43,8	5,8	0,2	8,0	42,3	100,0
1987	43,7	5,8	0,2	7,3	43,0	100,0
1988	44,5	5,9	0,2	7,2	42,3	100,0
1989	44,2	7,4	0,1	6,2	42,2	100,0
1990	46,9	8,3	0,2	5,8	38,8	100,0
1991	44,0	9,8	0,1	7,8	38,3	100,0
<b>Femmes</b>						
1985	49,7	1,9	0,2	3,1	45,1	100,0
1986	42,5	5,6	0,2	8,2	43,5	100,0
1987	42,1	5,6	0,2	7,9	44,2	100,0
1988	43,0	5,7	0,2	7,1	44,0	100,0
1989	43,2	7,0	0,2	7,3	42,3	100,0
1990	45,2	7,3	0,2	7,3	40,0	100,0
1991	39,8	9,5	0,1	10,4	40,2	100,0
<b>Total</b>						
1985	49,6	2,1	0,2	3,3	44,9	100,0
1986	42,8	5,7	0,2	8,2	43,3	100,0
1987	42,4	5,7	0,2	7,8	43,9	100,0
1988	43,3	5,7	0,2	7,2	43,7	100,0
1989	43,4	7,1	0,1	7,0	42,3	100,0
1990	45,5	7,5	0,2	7,1	39,8	100,0
1991	40,5	9,6	0,1	9,9	39,9	100,0

1. Dépenses brutes des caisses-maladie agréées et subventionnées par le canton de Genève, sans déduction de la part des frais prise en charge par les assurés. La ventilation par type de frais n'est pas toujours possible pour certaines caisses. Seul le total des frais ambulatoires peut être considéré comme comparable d'une année à l'autre.

2. Dits "ordinaires", soit sans les soins médico-pharmaceutiques pour les invalides et patients atteints de tuberculose.

3. Soins donnés par un médecin, y compris les analyses au cabinet médical.

4. Masseurs, kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, et tous traitements scientifiquement reconnus prescrits par le médecin.

5. Médicaments ordonnés par un médecin.

Source : Service de l'assurance-maladie du DASS



### 3.2 Données du Concordat des caisses-maladie suisses

- Tableau 2.1.1 Dépenses des caisses-maladie pour les activités médicales ambulatoires, par type de prestation et groupe de spécialités
- Tableau 2.1.2 Nombre de praticiens et dépenses des caisses-maladie, pour les activités ambulatoires des physiothérapeutes et des chiropraticiens (assurés groupe 1)
- Tableau 2.2.1 Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation et groupe de spécialités
- Tableau 2.2.2 Activités ambulatoires des physiothérapeutes et des chiropraticiens

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les activités médicales ambulatoires,  
par type de prestation et groupe de spécialités**

Tableau 2.1.1

Chiffres annuels

	Nombre de médecins <sup>5</sup>	Frais médicaux <sup>6</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>		Assurés groupes 2 et 3 <sup>4</sup>	Total des dépenses	
			Dépenses par <sup>3</sup>			Francs courants	En francs de 1983 <sup>9</sup>
			prestation de base <sup>7</sup>	cas de maladie <sup>8</sup>			
<b>Chirurgie et anesthésiologie</b>							
1983	82	4 537 796	69,00	207,91	1 619 200	6 156 996	6 156 996
1984	89	5 089 810	77,53	224,23	1 257 450	6 347 260	6 118 421
1985	98	5 563 510	78,93	227,42	1 034 621	6 598 131	6 116 516
1986	96	6 894 993	89,70	249,04	1 054 716	7 949 709	7 243 860
1987	104	8 638 334	104,33	283,41	1 254 069	9 892 403	8 839 649
1988	114	9 787 446	118,89	314,11	1 038 770	10 826 216	9 474 105
1989	126	8 873 694	97,62	270,00	1 132 760	10 006 454	8 451 004
1990	127	9 892 965	105,06	280,76	1 430 682	11 323 647	9 092 430
1991	139	10 619 050	109,22	354,67	...	10 619 050	8 079 882
<b>Dermatologie et vénéréologie</b>							
1983	24	3 519 809	64,01	168,00	858 833	4 378 642	4 378 642
1984	27	3 706 210	65,66	169,89	701 185	4 407 395	4 248 495
1985	28	4 580 286	67,19	180,51	497 997	5 078 283	4 707 605
1986	30	5 161 348	68,86	180,82	517 250	5 678 598	5 174 400
1987	31	6 734 147	76,17	205,60	548 778	7 282 925	6 507 873
1988	33	7 614 890	82,42	221,06	682 343	8 297 233	7 260 972
1989	35	8 443 304	85,49	223,76	841 423	9 284 727	7 841 465
1990	36	9 212 257	88,10	231,77	1 014 172	10 226 429	8 211 408
1991	39	12 082 596	99,41	296,29	...	12 082 596	9 193 473
<b>Gynécologie et obstétrique, Urologie</b>							
1983	78	12 270 056	102,79	186,78	3 335 164	15 605 220	15 605 220
1984	81	12 749 822	107,74	189,63	2 549 236	15 299 058	14 747 479
1985	83	13 822 671	107,76	188,25	1 919 020	15 741 691	14 592 662
1986	84	15 147 630	111,39	194,27	1 730 607	16 878 237	15 379 631
1987	89	17 845 682	117,81	206,25	1 970 805	19 816 487	17 707 608
1988	93	19 676 030	127,06	220,09	2 123 470	21 799 500	19 076 910
1989	96	19 872 088	123,81	212,54	2 351 466	22 223 554	18 769 020
1990	96	20 235 754	128,05	214,19	2 795 611	23 031 365	18 493 253
1991	99	23 664 115	140,40	295,98	...	23 664 115	18 005 685
<b>Médecine interne, Médecine physique et rhumatologie</b>							
1983	235	34 162 302	89,64	258,34	6 768 819	40 931 121	40 931 121
1984	247	35 527 400	92,60	265,09	5 652 784	41 180 184	39 695 509
1985	251	38 834 185	92,21	263,21	4 015 048	42 849 233	39 721 552
1986	254	42 256 678	95,07	269,90	3 836 070	46 092 748	42 000 208
1987	271	49 229 648	104,09	292,61	3 370 865	52 600 513	47 002 745
1988	284	51 830 511	108,53	302,15	4 373 698	56 204 209	49 184 734
1989	287	57 347 696	115,67	315,52	5 502 455	62 850 151	53 080 427
1990	301	61 982 932	123,07	328,52	6 477 875	68 460 807	54 971 255
1991	299	96 282 116	179,68	688,92	...	69 282 116	52 715 765

Notes : voir page 39.

voir suite pages suivantes

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les activités médicales ambulatoires,  
par type de prestation et groupe de spécialités**

Tableau 2.1.1 (suite)

Chiffres annuels

	Nombre de médecins <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>					Assurés groupes 2 et 3 <sup>4</sup>	
		Frais médicaux <sup>6</sup>	Dépenses par <sup>3</sup>		Frais médicaux	Total des dépenses		
			prestation de base <sup>7</sup>	cas de maladie <sup>8</sup>		Francs courants	En francs de 1983 <sup>9</sup>	
<b>Médecine générale</b>								
1983	140	13 079 455	64,20	211,79	2 445 352	15 524 807	15 524 807	
1984	153	13 918 942	67,28	221,45	2 019 160	15 938 102	15 363 484	
1985	163	16 744 514	69,52	227,46	1 446 993	18 191 507	16 863 660	
1986	168	19 518 079	75,31	246,51	1 501 417	21 019 496	19 153 191	
1987	188	24 734 715	83,75	273,63	1 433 803	26 168 518	23 383 654	
1988	191	26 490 309	88,24	284,48	2 011 731	28 502 040	24 942 354	
1989	194	29 363 308	93,71	298,35	2 556 186	31 919 494	26 957 777	
1990	196	31 603 404	98,14	306,20	3 026 032	34 629 436	27 806 035	
1991	214	36 209 948	105,03	474,72	...	36 209 948	27 551 628	
<b>Neurologie et Psychiatrie</b>								
1983	91	7 873 636	113,02	532,83	1 679 947	9 553 583	9 553 583	
1984	107	8 565 434	110,81	538,16	1 311 230	9 876 664	9 520 579	
1985	112	10 226 100	112,05	517,33	950 304	11 176 404	10 360 608	
1986	117	12 173 354	117,78	547,19	967 988	13 141 342	11 974 532	
1987	126	13 782 273	128,28	558,78	964 532	14 746 805	13 177 444	
1988	141	14 977 612	130,35	568,24	1 308 402	16 286 014	14 252 016	
1989	150	16 940 057	134,21	582,95	1 609 743	18 549 800	15 666 332	
1990	170	17 870 496	138,75	579,20	1 907 290	19 777 786	15 880 761	
1991	182	20 515 285	130,29	1 221,22	...	20 515 285	15 609 785	
<b>Ophtalmologie et Oto-rhino-laryngologie</b>								
1983	57	7 771 597	71,75	138,49	1 780 160	9 551 757	9 551 757	
1984	58	8 400 390	76,33	149,50	1 431 069	9 831 459	9 477 004	
1985	62	9 272 326	77,00	151,38	1 060 519	10 332 845	9 578 623	
1986	60	10 034 614	79,72	154,37	1 010 736	11 045 350	10 064 642	
1987	63	11 790 800	87,00	166,70	1 013 886	12 804 686	11 442 006	
1988	63	12 625 709	91,93	172,94	1 168 691	13 794 400	12 071 585	
1989	65	13 491 069	94,61	177,63	1 429 007	14 920 076	12 600 829	
1990	68	14 280 544	99,24	185,64	1 605 303	15 885 847	12 755 692	
1991	70	16 907 368	106,28	230,94	...	16 907 368	12 864 573	
<b>Pédiatrie</b>								
1983	55	7 986 165	60,97	134,68	1 306 629	9 292 794	9 292 794	
1984	60	7 965 267	62,75	137,66	1 053 844	9 019 111	8 693 944	
1985	60	8 626 433	62,70	136,83	749 395	9 375 828	8 691 461	
1986	64	9 071 244	63,59	141,68	651 980	9 723 224	8 859 906	
1987	64	10 558 996	69,36	152,90	705 815	11 264 811	10 066 005	
1988	65	10 956 977	71,10	155,84	898 042	11 855 019	10 374 418	
1989	68	11 663 368	73,90	159,80	1 065 654	12 729 022	10 750 363	
1990	67	12 258 942	77,99	166,50	1 192 680	13 451 622	10 801 108	
1991	72	15 103 664	87,85	282,74	...	15 103 664	11 492 161	

Notes : voir page 39.

voir suite pages suivantes

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

**Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les activités médicales ambulatoires,  
par type de prestation et groupe de spécialités**

Tableau 2.1.1 (suite)

Chiffres annuels

	Nombre de médecins <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>				Assurés groupes 2 et 3 <sup>4</sup>		Total des dépenses	
		Frais médicaux <sup>6</sup>	Dépenses par <sup>3</sup>		Frais médicaux	Francs courants	En francs de 1983 <sup>9</sup>		
			prestation de base <sup>7</sup>	cas de maladie <sup>8</sup>					
<b>Tous les cabinets privés</b>									
1983	762	91 200 816	80,43	210,79	19 794 104	110 994 920	110 994 920		
1984	822	95 923 275	83,76	218,71	15 975 958	111 899 233	107 864 915		
1985	857	107 670 025	84,24	220,41	11 673 897	119 343 922	110 632 687		
1986	873	120 257 940	88,21	230,72	11 270 764	131 528 704	119 850 371		
1987	936	143 314 595	96,43	250,18	11 262 553	154 577 148	138 126 985		
1988	984	153 959 484	101,71	261,24	13 605 147	167 564 631	146 637 093		
1989	1021	165 994 584	104,66	266,76	16 488 694	182 483 278	159 692 515		
1990	1061	177 337 294	109,99	275,90	19 449 645	196 786 939	158 011 942		
1991	1114	204 384 142	116,36	400,65	...	204 384 142	155 512 952		
<b>Radiologie et Médecine nucléaire</b>									
1983	16	5 829 848	1 301,31	243,21	1 037 599	6 867 447	6 867 447		
1984	17	5 807 276	1 045,41	254,20	702 586	6 509 862	6 275 161		
1985	19	6 302 017	1 488,08	259,29	568 663	6 870 680	6 369 171		
1986	20	7 100 222	1 427,18	267,33	583 781	7 684 003	7 001 746		
1987	20	7 104 513	1 195,64	280,43	501 076	7 605 589	6 796 199		
1988	21	7 211 188	1 151,95	291,00	704 352	7 915 540	6 926 950		
1989	21	10 313 770	1 957,07	326,79	975 897	11 289 667	9 534 748		
1990	23	12 029 983	1 846,51	346,08	1 354 592	13 384 575	10 747 272		
1991	23	10 526 444	1 484,27	429,06	...	10 526 444	8 009 420		
<b>Permanences médicales, Polycliniques, Services ambulatoires des établissements hospitaliers</b>									
1983	2	359 238	92,56	181,53	15 274	374 512	374 512		
1984	2	342 743	100,31	192,55	15 253	357 996	345 089		
1985	19	9 522 642	128,88	239,97	801 840	10 324 482	9 570 870		
1986	37	29 892 988	137,62	247,38	2 016 000	31 908 988	29 075 813		
1987	37	41 053 922	156,99	274,61	2 217 987	43 271 909	38 666 895		
1988	40	41 067 995	166,68	277,37	3 047 686	44 115 681	38 605 971		
1989	49	49 190 897	188,66	298,60	3 944 088	53 134 985	44 875 432		
1990	47	54 027 847	210,50	318,04	4 819 863	58 847 710	47 252 328		
1991	50	47 166 327	174,63	489,32	...	47 166 327	35 888 179		
<b>Toutes les activités médicales ambulatoires</b>									
1983	...	97 389 902	85,26	212,36	20 846 977	118 236 879	118 236 879		
1984	...	102 073 294	88,43	220,36	16 693 797	118 767 091	114 485 166		
1985	...	123 494 684	91,05	223,53	13 044 400	136 539 084	126 572 728		
1986	...	157 251 150	99,18	235,19	13 870 545	171 121 695	155 927 930		
1987	...	191 473 030	109,19	256,09	13 981 616	205 454 646	183 590 079		
1988	...	202 238 667	114,50	265,34	17 357 185	219 595 852	192 170 013		
1989	...	225 499 251	121,76	275,48	21 408 679	246 907 930	208 527 396		
1990	...	243 395 124	129,78	287,23	25 624 100	269 019 224	216 011 542		
1991	...	262 076 913	128,87	415,30	...	262 076 913	199 410 552		

Notes : voir page 39.

voir notes page suivante

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

## Dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les activités médicales ambulatoires, par type de prestation et groupe de spécialités

Tableau 2.1.1 (fin)

## Notes

1. Montants bruts facturés aux assurés par les médecins ou les établissements de soins et transmis aux caisses-maladie; sans déduction de la participation de l'assuré aux frais (10% des frais médicaux et pharmaceutiques), des franchises, des réserves éventuelles ou de toute autre part des dépenses assumée par l'assuré. Il est à noter que les prestations médicales effectuées en fin d'année et facturées l'année suivante introduisent un décalage entre le volume des prestations réellement effectuées au cours de l'année civile et l'année "comptable". En 1988, les données du dernier trimestre d'une grande caisse-maladie manquent suite à un problème technique; des estimations ont été effectuées sur la base des années précédentes pour compléter les données manquantes.
2. Groupe d'assurés dont le revenu imposable et la fortune sont dans les limites fixées par le gouvernement cantonal pour bénéficier d'une protection tarifaire.
3. Cette décomposition n'est possible que pour les assurés du groupe 1. Ces données ne sont, par ailleurs, qu'approximatives puisque la définition des groupes varie légèrement d'une caisse-maladie à l'autre. Cependant, sur l'ensemble, l'ordre de grandeur des groupes 1-2-3 doit être plus ou moins respecté.
4. Groupes d'assurés dont le revenu imposable et la fortune dépassent les limites fixées par le gouvernement cantonal pour bénéficier de la protection tarifaire.
5. Tout médecin qui rédige une note d'honoraires est pris en compte même s'il cesse ou commence son activité en cours d'année; ce chiffre correspond donc à un flux. Un praticien qui change de spécialité est reclassé dans sa nouvelle pratique après 1 ou 2 ans. Pour les médecins employés et salariés d'un établissement de soins (Permanences, Cliniques etc ...), seul l'établissement est pris en compte, même si plusieurs médecins différents rédigent diverses notes d'honoraires au cours de l'année.
6. Frais pour les soins et examens effectués au cabinet médical ou à domicile (prestations de base) et pour les médicaments délivrés par le médecin lui-même.
7. Tous les actes effectués au cabinet médical (consultation) ou à domicile (visite), qu'ils soient techniques (examens divers, radiographie, petites interventions ...) ou non (anamnèse, examen clinique, vacation de temps ...), le fait du médecin lui-même ou, pour certains d'entre eux, de son personnel.
8. Période de trois mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les soins prodigués et/ou prescrits à un assuré, par un médecin unique (sauf exception prévue et acceptée par la caisse).
9. Obtenus en divisant les frais totaux par l'indice genevois des prix à la consommation (moyenne annuelle), exprimé sur base 1983 = 100.

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

**Nombre de praticiens et dépenses<sup>1</sup> des caisses-maladie pour les activités ambulatoires des physiothérapeutes et des chiropraticiens (assurés groupe 1)<sup>2</sup>**

Tableau 2.1.2

Chiffres annuels

	Nombre de praticiens <sup>3</sup>	Dépense par		Dépense totale
		Prestation de base	Cas de maladie	
<b>Physiothérapeutes</b>				
1983	176	88,3	496,1	18 103 484
1984	182	93,4	497,2	18 491 582
1985	194	89,5	500,9	19 869 806
1986	199	71,1	511,5	21 071 706
1987	218	67,7	525,6	23 795 498
1988	231	68,9	515,7	24 885 505
1989	237	71,8	517,3	24 255 483
1990	242	75,1	556,1	27 755 405
1991	256	76,4	853,8	33 268 262
<b>Chiropraticiens</b>				
1983	18	74,2	300,1	3 049 023
1984	20	75,0	307,6	3 173 173
1985	19	61,1	314,3	3 309 232
1986	20	59,2	316,5	3 400 047
1987	20	56,5	327,4	3 690 517
1988	21	57,0	314,7	3 445 006
1989	22	59,5	338,7	3 702 251
1990	26	63,1	352,9	3 946 765
1991	27	65,6	424,7	4 387 120
<b>Total</b>				
1983	194	85,9	453,4	21 152 507
1984	202	90,2	456,0	21 664 755
1985	213	83,9	461,7	23 179 038
1986	219	69,2	471,2	24 471 753
1987	238	66,0	486,1	27 486 015
1988	252	67,2	478,5	28 330 511
1989	259	69,9	483,5	27 957 734
1990	268	73,4	518,9	31 702 170
1991	283	75,0	763,8	37 655 382

1. Montants bruts facturés aux assurés par les praticiens ou les établissements de soins et transmis aux caisses-maladie, sans déduction de la participation de l'assuré aux frais (10% des frais médicaux et pharmaceutiques), des franchises, des réserves éventuelles ou de toute autre part des dépenses assumée par l'assuré. Il est à noter que les prestations effectuées en fin d'année et facturées l'année suivante introduisent un décalage entre le total des prestations réellement effectuées au cours de l'année civile et l'année "comptable".

2. Groupe d'assurés dont le revenu imposable et la fortune sont dans les limites fixées par le gouvernement cantonal pour bénéficier d'une protection tarifaire.

3. Tout praticien qui rédige une note d'honoraire est pris en compte même s'il cesse ou commence son activité en cours d'année; ce chiffre correspond donc à un flux. Les praticiens qui sont employés et salariés d'un cabinet de physiothérapie donnent lieu à un seul enregistrement pour l'institution.

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation<sup>1</sup> et groupe de spécialités

Tableau 2.2.1

Chiffres annuels

	Nombre de médecin <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>					Assurés groupes 2, 3 <sup>3</sup>				Total	
		Prestations de base <sup>4</sup>			Cas de maladie <sup>6</sup>	Prestations de base par cas de maladie	Prestations de base			Cas de maladie	Prestations de base	Cas de maladie
		Visites	Consultations	Total			Visites	Consultations	Total			
<b>Chirurgie et anesthésiologie</b>												
1983	82	1 589	64 178	65 767	21 826	3,0	...	...	...	...	65 767	21 826
1984	89	1 633	64 013	65 646	22 699	2,9	...	...	...	...	65 646	22 699
1985	98	1 333	69 153	70 486	24 464	2,9	...	...	...	...	70 486	24 464
1986	96	1 802	75 068	76 870	27 686	2,8	103	4 564	4 667	2 680	81 537	30 366
1987	104	1 684	81 114	82 798	30 480	2,7	71	3 166	3 237	2 659	86 035	33 139
1988	114	1 557	80 768	82 325	31 159	2,6	79	3 795	3 874	2 540	86 199	33 699
1989	126	1 595	89 309	90 904	32 866	2,8	132	4 672	4 804	2 814	95 708	35 680
1990	127	1 321	92 840	94 161	35 237	2,7	125	5 100	5 225	3 201	99 386	38 438
1991	139	1 302	95 923	97 225	29 941	3,2	///	///	///	///	97 225	29 941
<b>Dermatologie et vénéréologie</b>												
1983	24	203	54 788	54 991	20 951	2,6	...	...	...	...	54 991	20 951
1984	27	155	56 294	56 449	21 815	2,6	...	...	...	...	56 449	21 815
1985	28	166	68 003	68 169	25 374	2,7	...	...	...	...	68 169	25 374
1986	30	252	74 707	74 959	28 544	2,6	15	4 264	4 279	2 618	79 238	31 162
1987	31	263	88 151	88 414	32 753	2,7	7	3 458	3 465	2 595	91 879	35 348
1988	33	317	92 072	92 389	34 447	2,7	14	4 140	4 154	3 049	96 543	37 496
1989	35	368	98 401	98 769	37 734	2,6	16	5 007	5 023	3 511	103 792	41 245
1990	36	248	104 313	104 561	39 748	2,6	31	5 470	5 501	3 908	110 062	43 656
1991	39	473	121 070	121 543	40 780	3,0	///	///	///	///	121 543	40 780
<b>Gynécologie et obstétrique, urologie</b>												
1983	78	951	118 417	119 368	65 692	1,8	...	...	...	...	119 368	65 692
1984	81	914	117 423	118 337	67 237	1,8	...	...	...	...	118 337	67 237
1985	83	817	127 460	128 277	73 426	1,7	...	...	...	...	128 277	73 426
1986	84	1 094	134 896	135 990	77 973	1,7	74	7 233	7 307	6 942	143 297	84 915
1987	89	1 152	150 329	151 481	86 525	1,8	34	5 648	5 682	6 653	157 163	93 178
1988	93	1 071	153 781	154 852	89 399	1,7	32	7 133	7 165	7 940	162 017	97 339
1989	96	1 336	159 164	160 500	93 498	1,7	54	7 689	7 743	8 824	168 243	102 322
1990	96	1 169	156 861	158 030	94 476	1,7	43	7 782	7 825	9 349	165 855	103 825
1991	99	985	167 564	168 549	79 951	2,1	///	///	///	///	168 549	79 951

Notes : voir page 45.

voir suite pages suivantes

Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation<sup>1</sup> et groupe de spécialités

Tableau 2.2.1 (suite)

Chiffres annuels

	Nombre de médecin <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>					Assurés groupes 2, 3 <sup>3</sup>				Total	
		Prestations de base <sup>4</sup>			Cas de maladie <sup>6</sup>	Prestations de base par cas de maladie	Prestations de base			Cas de maladie	Prestations de base	Cas de maladie
		Visites	Consultations	Total			Visites	Consultations	Total			
<b>Médecine interne, médecine physique et rhumatologie</b>												
1983	235	16 155	364 950	381 105	132 237	2,9	...	...	...	...	381 105	132 237
1984	247	15 244	368 431	383 675	134 018	2,9	...	...	...	...	383 675	134 018
1985	251	16 568	404 573	421 141	147 543	2,9	...	...	...	...	421 141	147 543
1986	254	18 772	425 712	444 484	156 565	2,8	568	24 257	24 825	13 418	469 309	169 983
1987	271	20 623	452 333	472 956	168 242	2,8	328	16 009	16 337	11 017	489 293	179 259
1988	284	22 189	455 367	477 556	171 539	2,8	1 362	22 994	24 356	14 216	501 912	185 755
1989	287	24 026	471 757	495 783	181 758	2,7	1 930	29 545	31 475	17 146	527 258	198 904
1990	301	24 821	478 812	503 633	188 671	2,7	2 206	31 052	33 258	18 363	536 891	207 034
1991	299	26 181	509 668	535 849	139 759	3,8	///	///	///	///	535 849	139 759
<b>Médecine générale</b>												
1983	140	13 001	190 740	203 741	61 758	3,3	...	...	...	...	203 741	61 758
1984	153	12 811	194 082	206 893	62 854	3,3	...	...	...	...	206 893	62 854
1985	163	13 838	227 014	240 852	73 615	3,3	...	...	...	...	240 852	73 615
1986	168	13 984	245 187	259 171	79 179	3,3	412	11 610	12 022	5 727	271 193	84 906
1987	188	15 411	279 918	295 329	90 396	3,3	196	8 472	8 668	5 028	303 997	95 424
1988	191	16 225	283 979	300 204	93 117	3,2	791	12 601	13 392	7 035	313 596	100 152
1989	194	15 642	297 715	313 357	98 419	3,2	1 315	15 825	17 140	8 405	330 497	106 824
1990	196	15 864	306 151	322 015	103 211	3,1	1 357	17 251	18 608	9 151	340 623	112 362
1991	214	17 613	327 154	344 767	76 276	4,5	///	///	///	///	344 767	76 276
<b>Neurologie et psychiatrie</b>												
1983	91	511	69 153	69 664	14 777	4,7	...	...	...	...	69 664	14 777
1984	107	411	76 885	77 296	15 916	4,9	...	...	...	...	77 296	15 916
1985	112	863	90 402	91 265	19 767	4,6	...	...	...	...	91 265	19 767
1986	117	709	102 644	103 353	22 247	4,6	127	4 341	4 468	1 797	107 821	24 044
1987	126	711	106 726	107 437	24 665	4,4	6	3 103	3 109	1 592	110 546	26 257
1988	141	599	114 303	114 902	26 358	4,4	11	5 608	5 619	2 228	120 521	28 586
1989	150	506	125 715	126 221	29 059	4,3	21	7 267	7 288	2 769	133 509	31 828
1990	170	503	128 292	128 795	30 854	4,2	67	7 857	7 924	3 082	136 719	33 936
1991	182	767	156 697	157 464	16 799	9,4	///	///	///	///	157 464	16 799

Notes : voir page 45.

voir suite pages suivantes

Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation<sup>1</sup> et groupe de spécialités

Tableau 2.2.1 (suite)

Chiffres annuels

	Nombre de médecin <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>				Assurés groupes 2, 3 <sup>3</sup>				Total		
		Prestations de base <sup>4</sup>			Cas de maladie <sup>6</sup>	Prestations de base			Cas de maladie	Prestations de base	Cas de maladie	
		Visites	Consultations	Total		Visites	Consultations	Total				
<b>Ophthalmologie et otorhinolaryngologie</b>												
1983	57	765	107 555	108 320	56 117	1,9	...	...	...	...	108 320	56 117
1984	58	1 310	108 737	110 047	56 189	2,0	...	...	...	...	110 047	56 189
1985	62	1 698	118 726	120 424	61 254	2,0	...	...	...	...	120 424	61 254
1986	60	1 718	124 152	125 870	65 002	1,9	51	7 275	7 326	5 793	133 196	70 795
1987	63	1 759	133 769	135 528	70 731	1,9	21	5 074	5 095	4 971	140 623	75 702
1988	63	1 480	135 854	137 334	73 007	1,9	43	6 505	6 548	6 250	143 882	79 257
1989	65	2 020	140 584	142 604	75 951	1,9	93	8 161	8 254	7 324	150 858	83 275
1990	68	1 925	141 974	143 899	76 925	1,9	94	8 422	8 516	7 531	152 415	84 456
1991	70	1 992	157 092	159 084	73 210	2,2	///	///	///	///	159 084	73 210
<b>Pédiatrie</b>												
1983	55	2 714	128 261	130 975	59 299	2,2	...	...	...	...	130 975	59 299
1984	60	2 715	124 218	126 933	57 863	2,2	...	...	...	...	126 933	57 863
1985	60	2 825	134 754	137 579	63 046	2,2	...	...	...	...	137 579	63 046
1986	64	2 518	140 140	142 658	64 025	2,2	122	4 734	4 856	4 279	147 514	68 304
1987	64	3 055	149 173	152 228	69 060	2,2	76	3 530	3 606	4 304	155 834	73 364
1988	65	3 117	151 000	154 117	70 308	2,2	90	4 949	5 039	5 397	159 156	75 705
1989	68	2 992	154 833	157 825	72 986	2,2	67	5 268	5 335	6 174	163 160	79 160
1990	67	2 709	154 484	157 193	73 628	2,1	64	5 283	5 347	6 304	162 540	79 932
1991	72	2 782	169 149	171 931	53 419	3,2	///	///	///	///	171 931	53 419
<b>Tous les cabinets privés</b>												
1983	762	35 889	1 098 042	1 133 931	432 657	2,6	...	...	...	...	1 133 931	432 657
1984	822	35 193	1 110 083	1 145 276	438 591	2,6	...	...	...	...	1 145 276	438 591
1985	857	38 108	1 240 085	1 278 193	488 489	2,6	...	...	...	...	1 278 193	488 489
1986	873	40 849	1 322 506	1 363 355	521 221	2,6	1 472	68 278	69 750	43 254	1 433 105	564 475
1987	936	44 658	1 441 513	1 486 171	572 852	2,6	739	48 460	49 199	38 819	1 535 370	611 671
1988	984	46 555	1 467 124	1 513 679	589 334	2,6	2 422	67 725	70 147	48 655	1 583 826	637 989
1989	1 021	48 485	1 537 478	1 585 963	622 271	2,5	3 628	83 434	87 062	56 967	1 673 025	679 238
1990	1 061	48 560	1 563 727	1 612 287	642 750	2,5	3 987	88 217	92 204	60 889	1 704 491	703 639
1991	1 114	52 095	1 704 317	1 756 412	510 135	3,4	///	///	///	///	1 756 412	510 135

Notes : voir page 45.

voir suite pages suivantes

Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation<sup>1</sup> et groupe de spécialités

Tableau 2.2.1 (suite)

Chiffres annuels

	Nombre de médecin <sup>5</sup>	Assurés groupe 1 <sup>2</sup>					Assurés groupes 2, 3 <sup>3</sup>				Total	
		Prestations de base <sup>4</sup>			Cas de maladie <sup>6</sup>	Prestations de base par cas de maladie	Prestations de base			Cas de maladie	Prestations de base	Cas de maladie
		Visites	Consultations	Total			Visites	Consultations	Total			
<b>Radiologie et médecine nucléaire</b>												
1983	16	9	4 471	4 480	23 970	0,2	...	...	...	...	4 480	23 970
1984	17	62	5 493	5 555	22 845	0,2	...	...	...	...	5 555	22 845
1985	19	117	4 118	4 235	24 305	0,2	...	...	...	...	4 235	24 305
1986	20	17	4 958	4 975	26 560	0,2	2	79	81	1 974	5 056	28 534
1987	20	34	5 908	5 942	25 334	0,2	-	65	65	1 592	6 007	26 926
1988	21	34	6 226	6 260	24 781	0,3	-	13	13	2 107	6 273	26 888
1989	21	35	5 235	5 270	31 561	0,2	-	50	50	2 858	5 320	34 419
1990	23	135	6 380	6 515	34 761	0,2	0	83	83	3 347	6 598	38 108
1991	23	40	7 052	7 092	24 534	0,3	///	///	///	///	7 092	24 534
<b>Permanences médicales, policliniques, services ambulatoires des établissements hospitaliers</b>												
1983	2	1 073	2 808	3 881	1 979	2,0	...	...	...	...	3 881	1 979
1984	2	1 076	2 341	3 417	1 780	1,9	...	...	...	...	3 417	1 780
1985	19	1 382	72 505	73 887	39 683	1,9	...	...	...	...	73 887	39 683
1986	37	2 933	214 285	217 218	120 840	1,8	128	4 875	5 003	7 893	222 221	128 733
1987	37	3 324	258 176	261 500	149 500	1,7	107	3 947	4 054	8 234	265 554	157 734
1988	40	3 370	243 019	246 389	148 061	1,7	236	4 614	4 850	11 412	251 239	159 473
1989	49	3 236	257 501	260 737	164 739	1,6	278	4 451	4 729	13 792	265 466	178 531
1990	47	3 463	253 206	256 669	169 879	1,5	319	4 279	4 598	14 331	261 267	184 210
1991	50	3 308	266 788	270 096	96 391	2,8	///	///	///	///	270 096	96 391
<b>Activités médicales ambulatoires totales</b>												
1983		36 971	1 105 321	1 142 292	458 606	2,5	...	...	...	...	1 142 292	458 606
1984		36 331	1 117 917	1 154 248	463 216	2,5	...	...	...	...	1 154 248	463 216
1985		39 607	1 316 708	1 356 315	552 477	2,5	...	...	...	...	1 356 315	552 477
1986		43 799	1 541 749	1 585 548	668 621	2,4	1 602	73 232	74 834	53 121	1 660 382	721 742
1987		48 016	1 705 597	1 753 613	747 686	2,3	846	52 472	53 318	48 645	1 806 931	796 331
1988		49 959	1 716 369	1 766 328	762 176	2,3	2 658	72 352	75 010	62 174	1 841 338	824 350
1989		51 756	1 800 214	1 851 970	818 571	2,3	3 906	87 935	91 841	73 617	1 943 811	892 188
1990		52 158	1 823 313	1 875 471	847 390	2,2	4 306	92 579	96 885	78 567	1 972 356	925 957
1991		55 443	1 978 157	2 033 600	631 060	3,2	///	///	///	///	2 033 600	631 060

Notes : voir page 45.

voir notes page suivante

Activités médicales et cas de maladie ambulatoires, par catégorie d'assurés, type de prestation<sup>1</sup> et groupe de spécialités

Tableau 2.2.1 (fin)

## Notes

- 
1. Cette décomposition n'est possible que pour les assurés du groupe 1. Ces données ne sont, par ailleurs, qu'approximatives puisque la définition des groupes varie légèrement d'une caisse-maladie à l'autre. Cependant, sur l'ensemble, l'ordre de grandeur des groupes 1-2-3 doit être plus ou moins respecté.
  2. Groupe d'assurés dont le revenu imposable et la fortune sont dans les limites fixées par le gouvernement cantonal pour bénéficier d'une protection tarifaire.
  3. Groupes d'assurés dont le revenu imposable et la fortune dépassent les limites fixées par le gouvernement cantonal pour bénéficier de la protection tarifaire (assurés "aisés" voire "très aisés").
  4. Tous les actes effectués au cabinet médical (consultation) ou à domicile (visite), qu'ils soient techniques (examens divers, radiographie, petites interventions...) ou non (anamnèse, examen clinique, vacation de temps...), le fait du médecin lui-même ou, pour certains d'entre eux, de son personnel. Il est à noter que les prestations médicales effectuées en fin d'année et facturées l'année suivante introduisent un décalage entre le volume des prestations réellement effectuées au cours de l'année civile et l'année "comptable".
  5. Tout médecin qui rédige une note d'honoraire est pris en compte même s'il cesse ou débute son activité en cours d'année; ce chiffre correspond donc à un flux. Un praticien qui change de spécialité est reclassé dans sa nouvelle pratique après 1 ou 2 ans. Pour les médecins employés et salariés d'un établissement de soins (Permanences, Cliniques etc...), seul l'établissement est pris en compte, même si plusieurs médecins différents rédigent diverses notes d'honoraires au cours de l'année.
  6. Période de trois mois pendant laquelle sont comptabilisés et facturés tous les soins prodigués et médicaments délivrés à un assuré, par un médecin unique ou son personnel paramédical (sauf exception prévue et acceptée par la caisse).
- 

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

Activités ambulatoires des physiothérapeutes et des chiropraticiens

Tableau 2.2.2

Chiffres annuels

	Nombre de praticiens <sup>2</sup>	Prestations de base <sup>1</sup>			Cas de maladie <sup>3</sup>	Prestations de base par cas de maladie
		Visites	Consultations	Total		
<b>Physiothérapeutes</b>						
1983	176	330	204 721	205 051	36 492	5,6
1984	182	397	197 568	197 965	37 194	5,3
1985	194	180	221 883	222 063	39 671	5,6
1986	199	-	296 365	296 365	41 195	7,2
1987	218	-	351 283	351 283	45 273	7,8
1988	231	-	361 311	361 311	48 256	7,5
1989	237	-	337 594	337 594	46 890	7,2
1990	242	-	369 587	369 587	49 909	7,4
1991	256	-	435 366	435 366	38 967	11,2
<b>Chiropraticiens</b>						
1983	18	746	40 369	41 115	10 160	4,0
1984	20	283	42 004	42 287	10 316	4,1
1985	19	34	54 121	54 155	10 529	5,1
1986	20	-	57 443	57 443	10 741	5,3
1987	20	-	65 347	65 347	11 273	5,8
1988	21	-	60 422	60 422	10 947	5,5
1989	22	-	62 229	62 229	10 932	5,7
1990	26	-	62 572	62 572	11 184	5,6
1991	27	-	66 889	66 889	10 331	6,5
<b>Total</b>						
1983	194	1076	245 090	246 166	46 652	5,3
1984	202	680	239 572	240 252	47 510	5,1
1985	213	214	276 004	276 218	50 200	5,5
1986	219	-	353 808	353 808	51 936	6,8
1987	238	-	416 630	416 630	56 546	7,4
1988	252	-	421 733	421 733	59 203	7,1
1989	259	-	399 823	399 823	57 822	6,9
1990	268	-	432 159	432 159	61 093	7,1
1991	283	-	502 255	502 255	49 298	10,2

1. Tous les actes effectués au cabinet (consultation) ou à domicile (visite), qu'ils soient le fait du praticien lui-même ou, pour certains d'entre eux, de son personnel.
2. Tout praticien qui rédige une note d'honoraire est pris en compte même s'il cesse ou débute son activité en cours d'année. Les praticiens qui sont employés et salariés d'un cabinet de physiothérapie donnent lieu à un seul enregistrement pour l'institution.
3. Période de trois mois pendant laquelle sont comptabilisés tous les soins prodigués et/ou prescrits à un assuré, par un médecin unique (sauf exception prévue et acceptée par la caisse-maladie).

Source : Concordat des caisses-maladie suisses (CCMS), Soleure

## Annexe : Remarques méthodologiques

La statistique de l'assurance-maladie est la traduction quantitative d'une réalité délimitée, en particulier, par les lois fédérale et cantonales régissant le domaine. Il est donc utile de présenter, dans le chapitre A.1, les sources de cette statistique, à savoir les textes légaux à l'origine de ce cadre juridique en rappelant que **les bases légales cantonales décrites ci-dessous n'ont plus cours**.

Puis, dans le chapitre A.2, sera effectuée une description des deux sources de données :

- le Concordat des caisses-maladie suisses à Soleure,
- le Service de l'assurance-maladie du Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève.

### A.1 Sources de la statistique

#### A.1.1 Historique de la législation fédérale sur l'assurance-maladie

La base juridique de l'assurance-maladie est l'article 34 bis de la Constitution fédérale. Cet article, datant du 26 octobre 1890, est la suite constitutionnelle du message du Conseil Fédéral du 28 novembre 1889 qui proposait de faire de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents les deux premières assurances sociales du pays.

Le premier projet de loi sur l'assurance-maladie, la loi Forrer, est rejeté en référendum le 20 mai 1900. Il est remplacé par un autre projet qui devient la *Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA)* le 13 juin 1911.

En 1928, l'assurance en cas de tuberculose est fixée par ordonnance et, en 1945, le peuple et les cantons confèrent à la Confédération la compétence d'introduire l'assurance-maternité (toutefois, aucune loi fédérale n'a été édictée depuis; la maternité reste donc régie par la loi sur l'assurance-maladie).

Plusieurs commissions d'experts se succèdent ensuite pour tenter d'introduire l'assurance-maladie obligatoire et une loi distincte pour l'assurance-maternité, mais la plupart des projets se terminent par des échecs. La loi est cependant partiellement révisée le 13 mars 1964.

En 1969, une nouvelle commission d'experts est à l'origine de plusieurs modèles d'assurance-maladie (modèles de Flims, de Soleure, du Grütli et modèle de 1972). Une année plus tard, le parti socialiste lance son initiative populaire *Pour une meilleure assurance-maladie*. Le Conseil fédéral lui oppose un contre-projet. L'initiative et le contre-projet sont tous deux rejetés par le peuple en décembre 1974.

Une nouvelle commission d'experts est réunie en 1976; son rapport sert de fondement à un nouveau projet de révision partielle de la loi (*Projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et maternité*) qui est soumis au verdict populaire en décembre 1987. Le projet est à nouveau refusé.

En 1977, le Conseil Fédéral ajoute à la LAMA un article 38 bis modifiant les subsides fédéraux, tout en les bloquant au niveau des montants alloués en 1976. De 1981 à 1983, par arrêté fédéral, certaines prestations de la Confédération sont encore réduites de 10 %.

De 1980 à 1986, plusieurs initiatives sont lancées : *Pour une protection efficace de la maternité* (rejetée en 1984), *Pour une assurance-maladie financièrement supportable* (présentée en 1985 par le Concordat des caisses-maladie suisses, refusée par le peuple en février 1992), et *Pour une assurance-maladie en bonne santé* (présentée en 1986 par le Parti socialiste suisse et l'Union syndicale suisse).

Après que le projet ait échoué devant le peuple en 1987, un concours d'idées conduit à la publication de quatre rapports d'experts en vue d'une modification de la loi. Ces mêmes experts ont contribué à la parution, en décembre 1990, du rapport de la commission Schoch permettant de charpenter une nouvelle loi acceptée le 18 mars 1994 par le Conseil national et le Conseils des Etats. Le référendum lancé ayant abouti, cette loi a fait l'objet d'une votation populaire le 4 décembre 1994 et a été acceptée. Elle entrera en vigueur le 1er janvier 1996.

### A.1.2 Lois genevoises sur l'assurance-maladie jusqu'en 1992

Dans le cadre de la loi fédérale actuelle sur l'assurance-maladie (LAM depuis 1981), les cantons conservent le droit de légiférer dans le cadre fixé par cette loi. A Genève, plusieurs lois régissaient le domaine de l'assurance-maladie avant 1993. Il s'agissait de la *Loi cantonale du tribunal arbitral* (du 16 décembre 1966), de la *Loi sur l'assurance-maladie obligatoire de certains salariés* (du 9 octobre 1969), de la *Loi de subventionnement des caisses-maladie* (du 9 octobre 1969), de la *Loi sur l'assurance obligatoire des écoliers, apprentis et jeunes travailleurs* (du 5 mai 1972), de la *Loi sur l'assurance-maladie des personnes âgées (LAMPA)*, (du 14 septembre 1973), et de la *Loi de subsides en faveur de certains assurés* (du 16 mars 1984). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 1993, cette législation est remplacée par la *Loi sur l'assurance-maladie obligatoire, le subventionnement des caisses-maladie et l'octroi de subsides en faveur de certains assurés des caisses-maladie*, du 18 septembre 1992, qui n'a pas d'effet sur les données présentées dans ce recueil.

### A.1.3 Compétences fédérales et cantonales

Les grands chapitres de l'assurance-maladie étaient jusqu'en 1992 : l'assujettissement, l'affiliation, la reconnaissance et l'agrément des caisses, le subventionnement (cantonal et fédéral), la cotisation de l'assuré et les prestations des caisses.

#### a) Assujettissement

L'assujettissement des assurés est un problème cantonal. Chaque canton décide de l'obligation (partielle ou totale) ou non de contracter une assurance-maladie. Le canton peut céder ses compétences aux communes.

A Genève, l'obligation n'était pas généralisée. Elle assujettissait, pour la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques, les salariés qui ne dépassaient pas une certaine limite de revenu et de fortune (revenu annuel ne dépassant pas 60 000 francs pour les salariés mariés, et 40 000 francs pour les salariés célibataires, veufs, divorcés, ou séparés; ces limites augmentaient de 6 000 francs par personne à charge). L'obligation s'étendait aux conjoints et enfants résidant dans le canton.

Les salariés travaillant dans le canton sans y résider avaient également l'obligation de s'assurer si leur revenu n'excédait pas les limites de la loi. Dans ce cas, cette obligation ne s'étendait pas à la famille.

#### b) Affiliation

Si l'assujettissement est de la compétence du Canton, le droit à l'affiliation reste par contre réglé par la loi fédérale. Tout citoyen suisse avait le droit de s'affilier auprès d'une caisse-maladie pour autant qu'il remplisse les conditions statutaires d'admission. Il pouvait s'assurer soit pour les soins médicaux et pharmaceutiques, soit pour l'assurance d'une indemnité journalière, soit pour les deux.

Un candidat à l'assurance ne pouvait être refusé pour des raisons de santé ou à cause d'une grossesse. Cependant, les caisses pouvaient imposer à l'assuré une réserve d'assurance en cas de maladie existante au moment de l'admission et en cas de maladies antérieures sujettes à rechutes. Ces réserves devenaient caduques après cinq ans. A Genève, elles ne s'appliquaient pas, en général, aux personnes soumises à l'obligation d'assurance.

L'assurance collective permettait d'assurer en un seul contrat des groupes d'employeurs, d'employés, des associations de salariés, ou encore d'autres types de collectivités, ainsi que leurs familles si ces groupes répondaient à certaines conditions fixées par la loi fédérale.

#### c) *Reconnaissance des caisses-maladie*

Les caisses-maladie doivent se faire reconnaître par la Confédération. De plus, les caisses-maladie qui désirent pratiquer l'assurance obligatoire dans le canton de Genève doivent être agréées par le gouvernement cantonal. Pour cela, elles doivent être préalablement reconnues par la Confédération.

Le Conseil fédéral reconnaît les caisses-maladie si elles remplissent les conditions suivantes : avoir leur siège en Suisse, ne pas différencier dans leur traitement les assurés suisses des assurés étrangers, appliquer le principe de mutualité<sup>1</sup>, elles doivent assurer une sécurité quant à l'exécution de leurs engagements. Les caisses-maladie reconnues ont la possibilité de joindre d'autres branches d'assurance à leurs prestations, d'exiger des assurés une appartenance politique, professionnelle ou religieuse, et de s'organiser à leur gré.

Les statuts et règlements des caisses-maladie sont soumis à l'approbation de l'Office fédéral des assurances sociales.

Pour obtenir l'agrément cantonal, les caisses devaient avoir dans le canton leur siège ou une agence/section régulièrement constituée et exerçant une activité.

D'autres organismes, non reconnus ou agréés, pratiquent également l'assurance-maladie en dehors du cadre juridique de la LAM et de ses subventions : les assurances privées. Celles-ci ne figurent pas dans les données présentées ci-après.

#### d) *Subventions*

Les caisses-maladie reconnues et agréées ont droit à des subventions annuelles provenant de la Confédération et du Canton. Il faut rappeler que la LAM est à la base une loi de subventionnement : la Confédération et les cantons encouragent l'assurance-maladie en octroyant une aide financière aux caisses-maladie.

De 1978 à 1980, les subventions fédérales aux caisses-maladie, par assuré, ont été bloquées au montant fixé en 1976. De 1980 à 1985, d'autres restrictions ont été édictées. Le dernier arrêté fédéral relatif aux subventions, de mars 1990, introduit un échelonnement des subventions selon l'âge des assurés hommes et femmes, et augmente le montant total des subventions jusqu'en 1994.

La Confédération verse également des subventions pour frais d'accouchement, d'allaitement, de tuberculose, d'invalidité, ainsi qu'un *subside supplémentaire de montagne*.

Le canton de Genève accorde des subventions aux caisses-maladie agréées dans le canton. Le droit à la subvention est subordonné à l'adhésion des caisses-maladie aux conventions ou accords approuvés par le Conseil d'Etat. Il s'agit notamment de conventions conclues entre la Fédération genevoise des caisses-maladie et le corps médical.

Seuls les assurés pour lesquels est versée une subvention fédérale au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques donnent droit à une subvention cantonale. Sont exclus les assurés domiciliés dans un autre canton ou qui, domiciliés hors de Suisse, ne travaillent pas à Genève.

---

<sup>1</sup> A savoir, le rapport équitable entre primes et prestations. Par ailleurs, la caisse ne doit pas faire de profit et doit appliquer le principe de la proportionnalité.

*e) Cotisations*

Selon la législation fédérale, les caisses pouvaient fixer les cotisations d'après l'âge d'entrée, le sexe (pour les adultes seulement) et les différences de frais médicaux dues aux conditions locales. La cotisation des femmes pouvait être majorée de 10 % au plus.

Dans la législation genevoise, à conditions d'assurance équivalentes, les cotisations des hommes et des femmes devaient être identiques. La cotisation mensuelle maximale pour les soins médicaux et pharmaceutiques de base s'élevait à 215 francs par mois. Elle pouvait être augmentée de 10 % chez les demandeurs d'assurance âgés de plus de soixante ans (sauf pour les personnes soumises à l'assurance-maladie obligatoire).

*f) Participation de l'assuré aux frais*

En plus de la cotisation, la législation fédérale impose aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques. Cette participation est constituée d'une quote-part de 10 % des frais médicaux et pharmaceutiques et d'une franchise (pas applicable toutefois en cas d'hospitalisation, de tuberculose, de cure balnéaire et de maternité, ainsi que pour les enfants de moins de 15 ans). Cette participation était indépendante du sexe de l'assuré.

La franchise annuelle ordinaire (montant fixe par année civile) était au minimum de 150 francs pour les assurés majeurs. Les assurés avaient la possibilité de choisir une franchise à option supérieure; la cotisation était alors réduite en proportion.

*g) Prestations des caisses-maladie*

Les caisses devaient prendre en charge au moins les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière minimum. La LAM donnait une définition des soins médicaux et pharmaceutiques de base à assurer, les caisses étant libres d'étendre leur couverture. Il s'agissait des soins donnés par un médecin, des traitements scientifiquement reconnus auxquels procède le personnel paramédical sur prescription d'un médecin, des médicaments et analyses ordonnées par un médecin et des soins donnés par un chiropraticien.

Lors d'une cure balnéaire prescrite par le médecin, les caisses prévoyaient une contribution journalière aux frais de cure.

En cas de traitement dans un établissement hospitalier, les prestations étaient fixées selon la convention en vigueur entre cet établissement et la caisse. Devaient pour le moins être compris : les soins donnés par le médecin, les traitements scientifiquement reconnus, les médicaments et analyses, conformément aux taxes de la salle commune, ainsi qu'une contribution journalière minimale aux autres frais de soins.

Les soins médicaux et pharmaceutiques en traitement ambulatoire ne devaient pas être soumis à une limite de durée. En établissement hospitalier, ils devaient être pris en charge, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. A Genève, passé ce laps de temps, la couverture des soins médicaux et pharmaceutiques reprenait après une interruption d'une année.

*L'indemnité journalière* compense la perte de salaire pour cause de maladie. Les caisses devaient allouer une indemnité journalière d'au minimum 2 francs par jour en cas d'incapacité totale de travail pendant 720 jours au moins dans une période de 900 jours consécutifs (pour une ou plusieurs maladies).

A Genève, les prestations des médecins sont soumises, pour leur financement, aux conventions passées entre les caisses et les médecins. Le gouvernement cantonal examine alors, d'après la loi et le principe d'équité, les taxes prévues et les autres dispositions de la convention. Puis, il fixe les limites de revenu et de fortune déterminant les divers cercles d'assurés. Ces catégories permettent l'échelonnement des taxes conventionnelles. Les assurés à ressources faibles ou moyennes bénéficient de la protection d'un *tarif-cadre*. Ils reçoivent une attestation destinée au médecin qui est tenu d'appliquer le tarif adapté à leur catégorie.

#### *h) Affiliation des personnes âgées à Genève (LAMP A)*

En 1974, l'Etat de Genève a encouragé l'assurance-maladie des personnes âgées domiciliées dans le canton (loi dite *LAMP A*) et qui n'étaient pas encore assurées, en accordant aux caisses-maladie un subventionnement particulier pour cette catégorie d'assurés.

Les personnes concernées par cette loi étaient celles nées avant le premier janvier 1914 et qui, à l'entrée en vigueur de la loi, étaient domiciliées dans le canton au moins depuis le premier janvier.

#### **A.1.4 Questionnaires de l'OFAS et du SAM**

Les caisses-maladie reconnues par la Confédération et agréées par le canton de Genève sont contrôlées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à Berne et par le Service de l'assurance-maladie (SAM) du Département de l'action sociale et de la santé, à Genève.

Pour pouvoir, notamment, fixer les montants des subventions de base, ces deux organes de contrôle et de subventionnement récoltent annuellement, au moyen de formulaires ad hoc, les données statistiques nécessaires :

- Au niveau suisse, les formules de l'OFAS comportent trois volets. Le premier est *la feuille de statistique* : effectifs des membres, cas de maladie ambulatoires et hospitaliers, répartition des frais par catégorie d'assurés et type de traitement. Le deuxième, également exploité par le SAM au niveau cantonal, porte sur les comptes de l'exercice écoulé : bilan, comptes de résultats (charges et produits). Quant au troisième volet, *la feuille supplémentaire*, il distingue les assurances de base des assurances complémentaires.
- Au niveau cantonal, les caisses-maladie doivent remplir les questionnaires du Service de l'assurance-maladie. Pour y répondre, les caisses doivent extraire de leur comptabilité les données relatives à leurs agences ou sections genevoises. Il s'agit premièrement de la présentation du compte d'exploitation et du bilan de l'exercice écoulé (identique à celle que la caisse remplit pour l'OFAS, deuxième volet). Le deuxième rapport se rapporte à des données statistiques relatives à l'effectif total des membres, y compris ceux au bénéfice de la *LAMP A* (assurés à titre individuel ou collectif), à la répartition des frais médicaux et pharmaceutiques par catégorie d'assurés et type de traitement, ainsi qu'aux cas de maladie et jours d'hospitalisation.

#### **A.1.5 Bases légales de la statistique de l'assurance-maladie**

##### *Base fédérale*

La *Loi fédérale sur l'assurance maladie* prévoyait, dans son *article 33*, la surveillance de son exécution par le Conseil fédéral et la présentation des données statistiques nécessaires. La transmission des renseignements était précisée dans les *Ordonnances d'application I* (articles 2, 3, 7, 35) et II (article 13).

##### *Base cantonale*

A Genève, la *Loi sur le subventionnement des caisses-maladie* (J.5.6) prévoyait, notamment à l'article 18, que chaque caisse devait communiquer au Département son compte d'exploitation ainsi que son bilan sur les formules prescrites par le règlement et lui remettre le rapport des vérificateurs des comptes. A la demande du Département, les caisses étaient tenues de fournir tous les renseignements utiles sur leur activité dans le canton.

Le *règlement sur le subventionnement des caisses-maladie* (J.5.6,2) précisait dans ses articles 13 à 16 les modalités de transmission des données statistiques.

Rappelons que ces dispositions cantonales ont été remplacées par la nouvelle loi sur l'assurance-maladie qui, tout en conservant certains principes de fonctionnement décrits ci-dessus, en modifie certains autres.

### A.1.6 Concordat des caisses-maladie suisses

Le Concordat regroupe, au niveau national, les caisses-maladie reconnues par la Confédération; elles adhèrent directement ou par l'intermédiaire de leurs fédérations cantonales. Ses membres sont des fédérations cantonales de caisses-maladie, des caisses-maladie (en général de grandes entreprises), l'association suisse des caisses-maladie publiques, l'association des caisses-maladie d'entreprises suisses et la fédération de réassurance du Concordat. Un centre de calcul informatisé traite chaque année toutes les notes d'honoraires saisies par les caisses. La statistique porte sur *le domaine ambulatoire* et la pratique directe des *médecins, physiothérapeutes et chiropraticiens*; elle est établie pour la Suisse et pour chaque canton.

A Genève, jusqu'en 1989 un nouveau cas de maladie était enregistré à chaque note d'honoraire d'un médecin (ou autre praticien reconnu par la caisse) en pratique ambulatoire. Celle-ci est constituée d'un montant total, en francs, représentant le coût des prestations et d'un descriptif détaillant les activités facturées. Ce descriptif date et précise chaque prestation, effectuée au cabinet médical ou au domicile du patient, selon un système de code et de points prévus par le tarif cantonal<sup>2</sup>. Cette facturation était réalisée à la fin d'une période de trois mois à compter de la première intervention du médecin. L'assuré demandait une *feuille de maladie* à sa caisse-maladie. Si la maladie se prolongeait au-delà de trois mois, l'assuré devait demander une nouvelle *feuille de maladie* et était à l'origine d'un nouveau cas de maladie dans la statistique. A partir de 1990, la franchise annuelle s'est généralisée, modifiant la définition du cas de maladie. Dès lors, le cas de maladie s'est rapproché de la notion de malade ayant recouru au moins une fois dans l'année à son assurance. De ce fait, les séries ne sont pas très homogènes et la baisse du nombre des cas observée dès 1990 reflète davantage cette modification qu'une baisse d'activité.

Lors du recensement annuel, le Concordat enregistre chaque facture en distinguant :

- le nom du médecin, la spécialité exercée et la présence ou non d'une installation de radiologie au cabinet,
- le nombre de consultations et visites effectuées,
- les frais médicaux directs facturés,
- les frais de médicaments délivrés par le médecin à son cabinet (seulement pour les assurés du groupe 1, revenus modestes),
- l'âge de l'assuré.

La statistique porte sur le nombre de médecins, de consultations, de visites, de cas de maladie, les frais médicaux directs et de médicaments délivrés au cabinet médical *par spécialité médicale exercée* et type d'installation (avec et sans radiologie). Plusieurs moyennes sont systématiquement calculées : coût par médecin, par prestation de base (visite ou consultation), par cas de maladie, ainsi que le nombre moyen de prestations de base par cas de maladie et l'âge moyen des assurés, dans chaque spécialité.

La même procédure est appliquée aux notes d'honoraires des cabinets de physiothérapie et de chiropractie (la distinction entre groupes d'assurés n'est pas effectuée pour raison de tarification identique des prestations quel que soit l'assuré).

La statistique du Concordat des caisses-maladie suisses, établie sur d'autres bases que celle du Service de l'assurance-maladie, est donc un complément à cette dernière, par le type d'information qu'elle fournit. Ces deux sources de données ne devraient donc pas donner lieu à comparaison, voire opposition, mais permettre un enrichissement de l'information disponible. C'est dans cet esprit qu'elles figurent toutes deux dans cette publication.

---

<sup>2</sup> A défaut d'un tarif conventionnel entre les médecins et les caisses-maladie, c'est le tarif-cadre de l'Etat qui est appliqué.

## A.2 Documentation des données

### A.2.1 Données du Service de l'assurance-maladie du canton de Genève

#### Définitions

##### 1) Caisses-maladie agréées par le canton de Genève

Pour être agréée sur le plan cantonal, une caisse-maladie doit être reconnue par la Confédération et disposer d'un effectif de plus de 500 assurés ouvrant droit à la subvention cantonale. Si, au niveau suisse, elle compte 5 000 assurés ou plus, la limite d'effectif est abaissée à 250 assurés. Les données statistiques annuelles du Service de l'assurance-maladie correspondent à un nombre fluctuant de caisses; certaines entrent, d'autres sortent, du cercle des caisses agréées. A fin 1990, 27 caisses-maladie sont agréées et subventionnées sur les 39 actives dans le canton de Genève. Les 12 caisses qui échappent à la statistique représentent environ 5 000 assurés, au maximum.

Les agences genevoises de caisses-maladie de dimension régionale ou nationale ne peuvent pas toutes fournir des données relatives à leurs seuls assurés domiciliés dans le canton de Genève; leur organisation plus ou moins centralisée a des conséquences sur la qualité des données fournies au Service de l'assurance-maladie. Ainsi, la caisse maladie des CFF produit-elle des données uniquement centralisées, exception faite de l'effectif de ses membres genevois; ses quelque 1 400 membres sont donc absents du détail de la statistique cantonale. Les données présentées à partir des questionnaires du Service de l'assurance-maladie ne sont donc pas exhaustives.

##### 2) Assurés

Les assurés ne sont pas des unités-personnes, mais des assurés exprimés en années-subsides. Une année-subsidie correspond à un contrat d'assurance d'une durée de 12 mois ouvrant droit, pour la caisse, à une subvention cantonale unitaire. Ces 12 mois peuvent correspondre à un seul assuré membre de la caisse depuis 12 mois ou plus, ou à plusieurs assurés dont la durée du contrat est inférieure à l'année.

- Droit à la subvention cantonale

Les membres des caisses-maladie, assurés pour les frais médico-pharmaceutiques, qui résident dans un autre canton suisse, n'ouvrent pas un droit à la subvention cantonale pour leur caisse même s'ils travaillent à Genève. Par contre, les assurés frontaliers ouvrent un tel droit; cependant les membres de leur famille ne travaillant pas à Genève ne sont pas associés à ce droit.

- Définition de l'enfant

Un assuré est considéré comme un enfant jusqu'à la fin de l'année civile dans laquelle il atteint l'âge de 15 ans révolus.

- Différences entre les chiffres de l'OFAS et du SAM

L'effectif des assurés genevois figurant dans les publications de l'OFAS ne correspond pas à celui du Service de l'assurance-maladie. Les différences observées proviennent probablement de membres non genevois d'assurances collectives genevoises, de membres genevois d'assurances collectives non genevoises, ainsi que d'assurés de caisses non agréées par le canton. Quant au nombre de caisses du canton de Genève donné par l'OFAS (5 pour 1989), il ne correspond qu'aux organisations genevoises (donc ayant leur siège à Genève), entreprises qui ne comprennent donc pas l'ensemble des assurés genevois. Il reste à se poser la question de la correspondance entre les frais médico-pharmaceutiques totaux calculés sur le plan suisse et l'effectif des assurés mentionné : par exemple, les collectives peuvent-elles fournir, pour le nombre d'assurés retranchés ou ajoutés à l'effectif genevois, les dépenses y relatives ? Autrement dit, les dépenses nationales correspondent-elles à l'effectif des assurés présenté ?

### 3) Charges

- Prestations d'assurances

Jusqu'en 1988, le questionnaire de l'OFAS ne comportait qu'une seule rubrique pour les soins médicaux et pharmaceutiques ordinaires (sans maternité, tuberculose, invalidité). La position dite 302 résumait toutes les charges ou dépenses des caisses-maladie, que ce soit pour les frais de traitement *de base* ou pour les assurances complémentaires obligatoires et facultatives d'hospitalisation. Depuis 1988, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques est ventilée en plusieurs rubriques distinguant les assurances complémentaires d'hospitalisation. Cette modification est donc récente. Toutes les caisses ne disposant pas d'un appareil administratif informatisé capable d'intégrer cette nouvelle nomenclature sur le plan cantonal, il subsiste donc probablement une part de frais d'assurances complémentaires dans les rubriques des frais *de base*.

Sur le plan cantonal, pour les prestations en matière de maternité, il n'est pas certain que les caisses parviennent toutes à dissocier les frais médico-pharmaceutiques de base des frais dits d'hôtellerie. Il doit donc exister une part de frais de pension concernant la maternité dans les rubriques des diverses assurances complémentaires des frais médico-pharmaceutiques généraux.

Il est utile de rappeler que ces dépenses sont brutes, c'est-à-dire qu'elles contiennent la part des frais à la charge de l'assuré. Par ailleurs, elles sont amputées des données relatives à la caisse des CFF, cette caisse ne produisant pas de données cantonales.

- Provisions

Ce sont des montants calculés pour introduire, dans l'exercice de l'année en cours, les frais engendrés par les soins prodigués dans le dernier trimestre et dont la facture sera établie dans les premiers mois de l'année suivante. Le décalage entre l'année de prestations et l'année de facturation est ainsi quasiment éliminé, contrairement aux données du Concordat des caisses-maladie suisses.

- Frais administratifs

Les activités administratives sont souvent centralisées, en partie, au niveau de la direction générale des caisses régionales ou nationales. La production de données cantonales pose ainsi problème. En général, les agences ou sections genevoises mentionnent des frais administratifs calculés à partir des données globales de l'entreprise, au prorata des assurés genevois.

- Constitution des réserves légales

La LAMA édicte des règles précises pour que les caisses se dotent d'une réserve suffisante pour faire face à diverses situations de crise, sans que le remboursement des prestations aux assurés soit interrompu. Les caisses ne versent pas systématiquement, chaque année, le même montant à cette réserve. La production de données cantonales reste difficile pour certaines caisses régionales ou nationales.

### 4) Recettes

- Subventions

Le montant total des subventions cantonales est supérieur à la somme des chiffres indiqués par les caisses, puisque ces questionnaires ne sont remplis que par celles qui sont agréées par le canton. Or, certaines subventions sont versées à *toutes* les caisses du canton. Les données présentées dans ce document concernent toutes les caisses et ne sont donc pas uniquement extraites des formulaires de l'OFAS.

Schématiquement, *les subventions cantonales* sont les suivantes :

- *Aux caisses-maladie agréées du canton*

1. Est versé à ces caisses, annuellement, un montant global calculé en fonction de l'effectif total des assurés au 31 décembre de l'année précédente (assurés exprimés en années-subsides).
2. Les caisses qui comptent des assurés LAMPA dans leurs effectifs reçoivent un montant équivalant au 70 % du déficit réalisé pour ces assurés lors de l'exercice précédent.
3. Toujours pour les caisses assurant des personnes dans le cadre de la LAMPA : les 40 % de la cotisation des assurés LAMPA au bénéfice de l'attestation *rose* (revenus modestes) sont pris en charge par le canton (sur la base de l'année en cours).

- *A toutes les caisses-maladie du canton*

4. Une subvention extraordinaire d'hospitalisation est versée chaque trimestre, basée sur les journées d'hospitalisation de l'année en cours.
5. Les assurés au bénéfice de l'attestation *rose* (assurés modestes) et qui ont fait valoir leurs droits voient leur cotisation prise en charge partiellement par le canton. Ces subsides sont versés aux caisses-maladie et déduits intégralement du montant des cotisations des ayants droit.

- *Participation de l'assuré aux frais*

Elle est prévue dans la LAMA et correspond aux 10 % des dépenses ambulatoires pour les frais médico-pharmaceutiques. D'autres dépenses sont encore assumées par l'assuré : taxe sur les feuilles de maladie, franchises ou frais relatifs à d'éventuelles réserves sur l'assurance.

Ainsi, tous les frais inférieurs à la franchise (dont le montant peut être fort variable au gré du choix de l'assuré) et toutes les dépenses payées directement par l'assuré sans passer par sa caisse d'assurance, échappent à cette statistique.

Au niveau genevois, un rapport de données statistiques pour chaque caisse-maladie complète les informations des formulaires de l'OFAS. Elaboré par le SAM, il vise à enrichir la statistique par une ventilation des frais ou dépenses des caisses-maladie pour les soins médico-pharmaceutiques, selon le type de traitement prodigué et le groupe d'assurés (hommes, femmes, enfants). Avant 1986, les lacunes dans les données de base sont nombreuses, certaines caisses n'étant pas en mesure de fournir les données cantonales demandées. La série statistique débute donc en 1986; quelques estimations ont été effectuées pour combler de rares vides dans la ventilation des données selon les rubriques prévues.

Toutefois, les frais de pension ou d'hôtellerie, sensés être absents de la statistique des dépenses pour traitement hospitalier dès 1988, posent un problème de continuité de la série chronologique. La précision des données fournies est donc sujette à une fluctuation qui peut biaiser l'interprétation des résultats présentés.

## **Commentaires**

Comme expliqué précédemment, l'organisation centralisée de certaines caisses-maladie rend la production de données cantonales plus ou moins difficile. Quelques rubriques du questionnaire de l'OFAS demandent aux caisses qui sont dans l'impossibilité de fournir de telles données, de calculer le poste concerné à partir des données globales au prorata de leurs assurés genevois.

Cette superposition de compétences législatives fédérale et cantonales (très décentralisées en matière d'assurance maladie, 26 cantons 26 législations...), de caisses-maladie de dimension nationale et d'organisation centralisée, ne facilite pas la production de données réellement cantonales.

## A.2.2 Données du Concordat des caisses-maladie suisses

### Définitions et commentaires

#### 1) Assurés

Les assurés sont un échantillon représentatif, au sens statistique, des assurés des caisses-maladie membres de la Fédération genevoise des caisses-maladie. Il s'agit de personnes assurées pour les soins médicaux pharmaceutiques et elles représentent environ 95 % des assurés des caisses membres de la Fédération. Pour une même grandeur de l'échantillon, le nombre et l'identité des caisses-maladie ayant fourni des données peuvent être différents d'une année à l'autre. En effet, si certaines petites caisses-maladie ne peuvent fournir les données (pas informatisées), d'autres peuvent rencontrer des problèmes techniques qui amputent la statistique d'une partie des informations. Ces remarques restent donc valables pour les données concernant les activités médicales et les dépenses des caisses-maladie.

#### 2) Cas de maladie

Dans le chapitre précédent, l'unité statistique a été décrite comme étant l'unité de facturation, soit une note d'honoraire établie par un praticien, en pratique ambulatoire, et reconnue par la caisse-maladie, couvrant une période de soins maximale de trois mois (feuille de maladie) et adressée à un assuré<sup>3</sup>. Cette définition générale n'est pas suffisante. En effet, il est difficile d'appréhender ce qu'est, exactement, un cas de maladie pour les deux raisons suivantes :

##### a) Distinction entre médecin traitant et praticien spécialiste

Le libre choix du médecin, tel qu'il est en vigueur, permet à un assuré de consulter directement tout praticien, quels que soient la nature et le degré de sa spécialisation. Conséquence de cette situation : le médecin traitant n'est pas forcément un généraliste ou médecin de médecine interne générale orientant le patient vers le spécialiste concerné, si nécessaire. En effet, tout praticien, quelle que soit sa spécialisation, peut être médecin traitant et médecin spécialiste. Il est médecin traitant s'il prend en charge, le premier, le traitement de l'assuré (qui demande une feuille de maladie à sa caisse). Il est spécialiste lorsqu'un confrère lui adresse son patient pour une consultation ponctuelle, mais continue à le suivre médicalement. Si par contre le spécialiste est sollicité par un confrère pour prendre en charge entièrement et définitivement la suite du traitement de l'assuré, il devient le nouveau médecin traitant.

L'assuré doit généralement demander une nouvelle feuille de maladie à sa caisse au nom du nouveau médecin, exception faite généralement pour le radiologue.

Qu'il soit dans le rôle du médecin traitant ou dans celui du spécialiste, et que le patient ait demandé une ou plusieurs feuilles de maladie à sa caisse, tout praticien qui adresse une note d'honoraires à un patient est à l'origine d'un cas de maladie, comptabilisé dans la spécialité qu'il exerce.

Le *cas de maladie* n'est donc équivalent ni à *une* feuille de maladie, ni à *une* maladie ayant nécessité une prise en charge spécifique (par un ou plusieurs praticiens), ni à *une* période définie pendant laquelle un assuré a présenté un ou des problèmes de santé.

##### b) Prise en compte de prestations ordonnées

Non seulement la formation du praticien détermine le champ des problèmes de santé qu'il pourra prendre en charge lui-même, sans faire appel à un spécialiste, mais l'installation technique de son cabinet va également influencer le type de prestations, nécessaires pour le patient, qu'il effectuera lui-même ou qu'il

<sup>3</sup> A Genève est appliqué le régime dit du *tiers garant* pour les soins ambulatoires. Le praticien adresse sa note d'honoraires directement au patient qui, lui, a demandé une feuille de maladie à sa caisse. C'est l'assuré qui paie cette facture, charge à lui de faire le nécessaire pour obtenir le remboursement de ses frais par sa caisse-maladie. Sous réserve de situations particulières, la caisse garantit, en quelque sorte, la solvabilité de l'assuré. Seuls les frais de médicaments échappent, en général, à cette pratique du domaine ambulatoire; la pharmacie adresse sa facture directement à la caisse-maladie.

ordonnera à l'extérieur (laboratoire, radiologie, échographie, doppler ...). Pour un même volume d'actes médicaux, le médecin faisant appel à un confrère spécialisé, à un laboratoire d'analyses ou un institut de radiologie extérieurs à son cabinet, établira une note d'honoraire beaucoup plus modeste du point de vue de la statistique du Concordat, que celui qui a effectué toute la prise en charge à son cabinet. Le patient soigné par le premier praticien sera involontairement à l'origine de 2 feuilles de maladie (au nom des deux médecins consultés), de 4 factures distinctes (du radiologue, du confrère spécialisé, du laboratoire et du médecin traitant) et donc de 3 cas de maladie pour la statistique du Concordat, relatifs au même problème de santé. Si la maladie se prolonge au-delà de 3 mois, un cas de maladie supplémentaire s'ajoutera automatiquement. Le même patient pourrait ainsi comptabiliser, à lui seul, 4 cas de maladie ! Un problème de santé peut donc être à l'origine de  $x$  cas de maladie, comme  $x$  problèmes de santé peuvent donner lieu à un seul cas de maladie (s'ils sont traités par le même médecin à l'intérieur des 3 mois).

Le *cas de maladie* relève donc bien d'une logique administrative et non pas médicale. La définition qu'en donne le Concordat le confirme :

*Sont également considérés comme cas, les feuilles de maladie délivrées pour les suites d'un traitement auprès du même médecin, l'envoi d'un patient chez un autre médecin indépendant, les instituts de radiologie, les chiropraticiens et les physiothérapeutes.*

### 3) Prestations de base

Les prestations de base sont composées des *visites* et des *consultations* effectuées par un praticien ou un membre de son personnel paramédical. La visite est une prise en charge du médecin en dehors du cabinet médical, généralement au domicile du patient. La consultation comprend toutes les prestations fournies au cabinet médical.

Que ce soit à domicile ou à son cabinet, le médecin facture au patient, sur sa note d'honoraires, tous les actes ou interventions effectués, qu'ils soient techniques ou non. Ainsi, sont compris aussi bien l'examen clinique, le dialogue patient/médecin, les analyses de laboratoire, les radiographies que les diverses interventions chirurgicales ambulatoires. Le personnel spécialisé du médecin peut accomplir certains actes : pansements, radiographies, ponctions veineuses et analyses diverses.

Pour les médecins pratiquant une spécialité de nature chirurgicale, distinction est faite entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière. Un même traitement de nature chirurgicale peut donner lieu à :

#### *Cas No 1*

- 2 consultations préopératoires au cabinet
- 1 opération dans un établissement hospitalier
- 2 consultations ambulatoires postopératoires

#### *Cas No 2*

- 2 consultations préopératoires au cabinet
- 1 consultation/intervention chirurgicale ambulatoire
- 2 consultations postopératoires

soit, pour la statistique du Concordat, qui ne concerne que le domaine ambulatoire,

- 1 cas de maladie ambulatoire avec 4 prestations de base
- 1 cas de maladie ambulatoire avec 5 prestations de base

La nature (et le coût) des prestations de base recensées par la statistique du Concordat, dans les groupes de spécialités médicales à composante chirurgicale, est probablement fort différente suivant l'importance de la pratique chirurgicale, ambulatoire et/ou hospitalière, du praticien. Pour les disciplines médicales non chirurgicales, cette différence se situe essentiellement au niveau de l'installation technique du cabinet (radiologie, laboratoire, appareils d'investigations divers ...) et de la spécialisation du praticien (doubles

spécialités par exemple). Deux praticiens, à spécialité médicale et type de pratique identiques, peuvent également engendrer des dépenses très différentes pour les caisses-maladie, selon qu'ils prescrivent ou ordonnent de rares ou nombreux examens de laboratoire, radiographies, traitements de physiothérapie, médicaments etc ... La statistique du Concordat n'est donc qu'une approche lacunaire des prestations prises en charge par les caisses-maladie pour le domaine ambulatoire.

#### 4) Médecins

Tout médecin en pratique ambulatoire privée indépendante est inclus dans le groupe de médecins en cabinet privé, dans sa spécialité médicale. S'il pratique à l'intérieur d'un établissement de soins, pour autant qu'il ne soit pas salarié par ce dernier pour ses prestations, il fait partie des médecins décrits ci-dessus. S'il est salarié par une institution pour les soins prodigués, institution qui adresse, elle, sa note d'honoraire au patient, c'est l'entreprise ou l'établissement qui est comptabilisé dans la rubrique *nombre de médecins* de la statistique du Concordat (permanence médicale, policlinique de l'Hôpital cantonal, clinique privée, etc ...).

Tout médecin est pris en compte dans la rubrique *nombre de médecins*, même s'il exerce son activité à temps partiel, s'il n'a pris en charge qu'un seul patient, s'il débute ou interrompt son activité, s'il change de spécialité au cours de l'année considérée. S'il exerce deux spécialités médicales, il n'est pas exclu qu'il apparaisse dans les deux groupes.

#### 5) Frais médicaux

Les dépenses des caisses-maladie pour les prestations de base ambulatoires sont des montants *bruts*, tels qu'ils apparaissent sur les notes d'honoraires des praticiens. Quand l'assuré adresse cette facture à sa caisse-maladie pour être remboursé, cette dernière déduit de son versement la part de l'assuré aux frais (taxe sur la feuille de maladie, participation de 10 %, franchises ...).

Le montant de la note d'honoraire est établi sur la base du tarif conventionnel (entre les médecins et les caisses-maladie) ou à défaut, comme à Genève, du tarif-cadre du Conseil d'Etat fixant la valeur de chaque intervention (nombre de points multiplié par la valeur du point). Il est important de préciser qu'au moment de la saisie des données, les frais de maternité et de tuberculose sont codés spécialement, mais uniquement pour répondre aux questionnaires de l'OFAS. La statistique du Concordat les intègre, sans autre, dans l'ensemble des données.

#### 6) Année civile et année de prestations

Il est à relever que, pour la statistique du Concordat, il y a décalage entre la date de la prestation réellement effectuée par le praticien et la date de la facturation. Les cas de maladie qui commencent à la fin de l'année civile et couvrent des prestations médicales pendant 3 mois se transformeront en une note d'honoraires au cours des premiers mois de l'année suivante. L'année de la statistique est donc en décalage par rapport à l'année civile.

#### Traitements effectués sur les données de base

Les prestations de base effectuées et facturées par les médecins en pratique ambulatoire, au sein d'un même groupe de spécialités, sont certainement très différentes dans leur nature comme dans leur volume, d'un médecin à l'autre. Ainsi, même s'ils exercent la même spécialité médicale, la répartition des médecins dans des groupes très nombreux, respectant toutes les spécificités, tend à rendre peu représentative toute moyenne calculée à l'intérieur de ces sous-groupes.

Un regroupement a donc été opéré pour créer des ensembles de praticiens ayant des activités de nature proche. Il en est ressorti 10 groupes de spécialités :

- Chirurgie et anesthésiologie
- Dermatologie et vénéréologie
- Gynécologie, obstétrique et urologie
- Médecine interne, médecine physique et rhumatologie
- Médecine générale
- Neurologie et psychiatrie
- Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Radiologie et médecine nucléaire
- Permanences médicales, polycliniques et services ambulatoires des établissements hospitaliers.

Afin de permettre une interprétation de la statistique en termes d'évolution dans le temps, de 1983 à 1991, deux ensembles ont dû être distingués :

- Les cabinets médicaux privés (8 premiers groupes)
- La totalité des activités médicales ambulatoires (ensemble des 10 groupes).

En réalité, seul le premier ensemble peut faire l'objet d'une analyse dans le temps. En effet, premièrement, le neuvième groupe (cabinets de radiologie) fournit des données souvent peu claires quant au contenu des prestations de base et à la nature d'un cas de maladie. Deuxièmement, le dixième groupe (permanences médicales) a modifié, de 1983 à 1991, la prise en compte de ses prestations, ce qui a provoqué une progression inhabituelle et non représentative des activités médicales réellement effectuées.

# Collection "Données statistiques"

## Derniers numéros parus

1993/4

Bâtiments et logements à Genève - Données communales  
*Recensement fédéral de la population et des logements de 1990. Volume 2*

1993/5

Le commerce extérieur du canton de Genève en 1992

1993/6

Les organisations internationales à Genève et en Suisse  
Résultats de l'enquête 1993

1993/7

Le niveau des loyers à Genève  
Statistique des loyers de mai 1993

1994/1

Les votations dans le canton de Genève en 1993

1994/2

Les élections cantonales de l'automne 1993

1994/3

Bilan démographique du canton de Genève en 1993

1994/4

Statistique de l'assurance-maladie dans le canton de Genève (non publié; report en 1995)

1994/5

Le commerce extérieur du canton de Genève en 1993

1994/6

Le niveau des loyers à Genève  
Statistique des loyers de mai 1994

1994/7

Les organisations internationales à Genève et en Suisse  
Résultats de l'enquête 1994

1995/1

La main-d'oeuvre étrangère dans le canton de Genève  
Evolution depuis 1955

1995/2

Statistique de l'assurance-maladie dans le canton de Genève - Bilan 1991

## Liste complète des numéros parus

Disponible sur demande

## Prix 1995

Ce numéro	20 F
Abonnement annuel (8 à 10 numéros par an)	80 F

## Renseignements et commandes

Téléphone : 022 / 787 67 07  
Télécopieur : 022 / 736 29 45

# Publications de l'Office cantonal de la statistique

## Données générales

---

### **Annuaire statistique**

Environ 380 pages, parution vers la fin du mois d'octobre; recueil détaillé des principales statistiques annuelles concernant le canton de Genève et ses communes

### **Mémento statistique**

Dépliant annuel paraissant en mai (gratuit)

### **Bulletin statistique**

Bulletin mensuel de 8 pages, complété d'une feuille trimestrielle de données suisses et d'un cahier récapitulatif paraissant à fin mars-début avril

## Données commentées, analyses

---

Quatre séries identifiables par leur couleur

### **Aspects statistiques**

Couleur bleue, 4 à 6 numéros par an; série consacrée à la présentation commentée et illustrée de sujets divers traités périodiquement ou d'études ponctuelles

### **Données statistiques**

Couleur jaune, 8 à 10 numéros par an; série permettant la diffusion rapide de résultats statistiques sous la forme de tableaux brièvement commentés

### **Etudes et documents**

Couleur rouge, diffusion par souscription; documents techniques ou données statistiques ayant valeur d'archives

### **Reflets conjoncturels**

Couleur brune; trimestriel traitant de la conjoncture économique à Genève

## Feuilles périodiques diverses

---

### **Marche des affaires**

Feuilles de couleur orange

*Industrie* : résultats du test conjoncturel; feuille mensuelle avec complément trimestriel

*Hôtellerie* : résultats du test conjoncturel; feuille trimestrielle

*Construction* : résultats de l'enquête sur l'activité de la construction et choix d'indicateurs conjoncturels complémentaires; feuille trimestrielle

*Commerce de détail* : résultats du test conjoncturel; feuille mensuelle

*Services immobiliers* : résultats du test conjoncturel; feuille trimestrielle

### **Indice genevois des prix de la construction de logements**

Recueil de tableaux, avec commentaires, couleur turquoise, paraissant début juin

### **Indices des prix à la consommation**

Feuille mensuelle, couleur violette; tableaux sur les indices suisse et genevois, avec commentaires sur l'indice genevois