

ALLIANCE DES MEDECINS, CAISSES-MALADIE ET DENTISTES

Guide des conférenciers

Revision de l'assurance-maladie

Table des matières

<u>I. Exposé général</u>	<u>page</u>
Une certitude: la nécessité d'une revision	1
Changements des structures sociologiques	1
- Durée de vie plus longue	2
- Recul des maladies infectieuses	2
- Augmentation des maladies de civilisation	2
- Densité médicale	2
- Répartition des médecins	2
- Progrès de la médecine	2
- Davantage de membres des caisses-maladie	3
LAMA 1911: alléger les soucis des plus défavorisés	3
Meilleures thérapie et infrastructure médicale	3
Le mode de vie actuel entraîne de nouveaux frais et amène de nouveaux problèmes.	3
- Garantie de la santé non par une vie menée sagement, mais au moyen d'une infrastructure socio-hygiénique et médicale toujours plus coûteuse	3
- Augmentation des maladies de civilisation et des embarras de l'âge	4
- Amenuisement des possibilités de soins à domicile	4
- Progrès de la médecine en général et de la technique médicale en particulier	4

	<u>page</u>
LAMA la revision de 1964	5
La revision partielle de 1961	5
Les années soixante placées sous le signe de l'explosion des frais	5 ss
L'explosion des frais deux fois plus forte que le renchérissement général	6
Elle dépasse les possibilités du système de financement de l'A-M connu jusqu'ici	7
Nouvelles propositions de revision après 1964	7
- Syndicats chrétiens: 1966	7
- Association suisse des invalides: 1967	8
- Commission pour les questions des personnes âgées: 1966	8
- Initiative cantonale vaudoise: 1968	8
- 19 interventions parlementaires	8
Consultation organisée par le Conseil fédéral	8
Commission d'experts 1969	8
Le conseiller d'Etat E. Wyss: ce n'est pas la structure mais seulement le mode de financement qui doit être révisé !	9
En plein milieu des travaux des experts pour le nouveau régime de la LAMA: initiative du PSS et de l'USS	10
Initiative du PSS 1970: la structure de l'A-M doit être fondamentalement revue !	10
- Suppression du caractère facultatif	10
- Large financement par des pourcents de salaire	10
- Charge totale: 6,2% de l'ensemble des revenus du travail	11
Les experts à la recherche d'un compromis	11

	page
Le compromis de Flims:	11
- Une assurance gros risques	11
- Disjonction de l'A-M en une caisse fédérale pour les gros risques et des caisses-maladie "pour le trognon restant"	11
Gros risques financés par des pourcents sur les salaires	12
Assurance-maladie des soins ambulatoires financée essentiellement par des cotisations	12
Le modèle de Flims déclenche une inflation d'autres modèles	13
Le Conseil fédéral met le cap sur le plan constitutionnel	13
La pression du temps en raison de l'initiative du PS empêcha une solution sur le plan législatif	13
Avantage: on doit se prononcer sur des questions de principe	13
D'importantes questions de détail restent ouvertes jusqu'au stade de la législation	13
Le contre-projet du Conseil fédéral rejeté comme le modèle de Flims	14
Pas plus l'IPS que le contre-projet du Conseil fédéral ne pouvaient servir de plate-forme à une large entente	14
Le conseiller fédéral Tschudi: un nouveau régime de l'A-M n'est possible qu'avec et non contre les médecins et les caisses-maladie	14
UNE NOUVELLE VOIE SE FAIT JOUR: l'Alliance des caisses-maladie, médecins et dentistes	15
Accord dans tous les milieux sur	15
- Extension des prestations	15
- Prophylaxie	15
- Prestations sans limite de temps à l'hôpital	15
- Inclusion des affections dentaires	15

	page
- Primes égales pour hommes et femmes	15
- Allégements pour familles nombreuses	15
- Possibilité pour les personnes âgées non assurées de s'affilier à une caisse-maladie	15
- Le nouveau régime doit en premier lieu soulager les malades	16
 Quelle est la voie qui conduit à une assurance plus généreuse tout en sauvegardant le libre choix du médecin et de la caisse-maladie ?	 16
 Les problèmes ne sont pas dus à la structure de notre système de caisses-maladie et de médecins, mais bien à l'explosion des frais	 16
 L'IPS capitule devant l'explosion des frais comme si c'était une catastrophe naturelle	 17
 On peut refuser cette mentalité fataliste	 17
 Fixer des priorités	 17
 Utilisation rationnelle et appropriée des moyens financiers	 18
 L'initiative suscite des espoirs irréalistes	 18
 Condition primordiale pour endiguer l'explosion des frais: l'alliance des médecins, caisses-maladie et dentistes, et non pas l'IPS !	 19
 L'Alliance montre la voie pour le nouveau régime de l'A-P	 19
 Entente réalisée assez tôt pour avoir permis au Parlement de proposer un contre-projet raisonnable et acceptable	 20
 L'Alliance: la communauté des organisations faîtières des caisses-maladie, des médecins et des dentistes	 20

	page
Conclusions dégagées par l'Alliance:	20
- Malgré tout, il faudra consacrer davantage d'argent à l'assurance-maladie à l'avenir	20
- Besoins pour 1976: env. 6 milliards l'an	20
- Augmentation des cotisations	20
- Subventions fédérales plus élevées ?	21
- Nouvelles sources de financement ! - Une contribution de l'économie privée est indispensable	21
- Impôts spéciaux - Centime de la santé: une source à ne pas négliger	21
- 4 milliards de francs pour les atteintes à la santé !	21
- C'est celui qui compromet sa santé, et non les autres, qui doit en supporter les conséquences !	22
- Parlement opposé au centime de la santé: obstacle de la politique référendaire, réserve pour l'AVS	22
Seule solution du point de vue politique: le modèle de financement préconisé par l'Alliance !	22
- Participation aux frais appropriée	23
- Primes + franchise	23
- Subventions fédérales: 20%	23
- Contribution complémentaire en pourcents de salaire	23
- Pour plus de détails, cf annexe "Idées directrices du projet de l'Alliance"	23
Modifications du projet de l'Alliance par le Parlement	23
- Détermination de la contribution complémentaire non pas proportionnellement mais selon des taux fixes	23
- Au maximum 3% du revenu de l'activité lucrative	23
- Affectation des nouveaux moyens limitée à l'hôpital, la maternité, la prophylaxie et les soins à domicile	23
- Voie d'acheminement de ces ressources supplémentaires à prévoir par la loi	24
- L'important: sauvegarder l'unité des caisses-maladie - Pas de nouvel appareil central	24

	page
Des assurances officielles ont été données	24
Texte de la déclaration du CF Hürlimann	24
Le projet d'article constitutionnel des Chambres fédérales (voir annexe)	25
-- Il tient compte des demandes ayant fait l'objet d'interventions parlementaires Extension des prestations, frein aux dépenses, base financière	25
-- Solidarité réalisée sans bureaucratie et obligations inutiles	25
Les espoirs dans un retrait de l'initiative du PS et de l'USS sont déçus	25
La revision est maintenant compromise	26
-- Parce que l'on peut voter deux fois non mais pas deux fois oui, danger d'une addition des 'non'	26
Il n'y a plus de motif au maintien obstiné de l'IPS	26
 Discussion des arguments -----	
Avec le contre-projet, on sait ce que l'on a ! Il est clair, réaliste et réalisable	27 ss
Le contre-projet, grâce à l'Alliance, fournit une bonne plate-forme pour prendre en considération les aspirations légitimes des moins favorisés et d'en assurer la réalisation dans la loi !	28 ss
Le contre-projet serait plus cher pour le peuple	29 ss
L'initiative serait sociale	31

Le contre-projet entraînerait des cotisations plus élevées pour les assurés et moins de prestations étendues	32
L'IPS serait d'une charge moins lourde pour le particulier que le contre-projet	33
L'IPS serait globalement "meilleur marché" que le contre-projet, même pour un revenu de 60.000 francs	34 ss
L'IPS apporterait pourtant une solidarité totale avec les malades	36
L'IPS aurait pour elle l'avantage d'être une assurance-maladie complète: elle épargnerait ainsi des frais supplémentaires à celui qui est frappé par la maladie	37
D'éminents spécialistes de la politique sociale appartenant au PSS et aux syndicats ont lancé un avertissement précisément contre ce genre de solution "bon marché"	38 ss
Il est antisocial de faire supporter au patient d'autant plus de charges qu'il est malade et qu'il occasionne ainsi des dépenses plus élevées: le contre-projet affaiblirait la solidarité entre malades et bien portant	40
Les franchises seraient une arme (antisociale) à double tranchant: elles pourraient empêcher les gens de se soigner à temps	41
Objection: dans l'IPS, tous les soins dentaires sont inclus alors qu'avec le contre-projet il faudra encore ajouter ce genre de dépenses	42 ss
Le contre-projet ne serait pas à même d'apporter assez de moyens financiers pour l'extension de l'assurance-maladie: il aurait fixé la contribution générale à 3%. Les coûts de la santé augmenteraient plus rapidement que le renchérissement général, si bien que l'argent ne tarderait pas à manquer !	
Dans ce domaine, l'Alliance qui préconisait 30-50% des frais totaux ne serait justement pas parvenue à faire triompher ses vues	44 ss

	<u>page</u>
Le PSS n'aurait pas pu retirer son initiative en raison des pourcents de salaire trop bas prévus par le contre-projet	47
Texte de la proposition Weber au Conseil des Etats	47 ss
1. <u>Obligation d'assurance</u>	49
1.1. Sans obligation, il y a des complications les réserves	49 ss
1.2. Une complication demeure: on aura encore toujours des "réserves"	50 ss
1.3. Complication: et que faites-vous des vieux qui ne peuvent plus s'assurer en raison de la limite d'âge ?	52
1.4. Complication: dans quelques années, il y aura de nouveau des personnes âgées non assurées	52
1.5. Complication: le système de financement de l'IPS serait plus simple	52 ss
1.6. Complication: l'IPS rend caduc le problème de l'assurance gros risques que le contre-projet ne supprime pas non plus	54
1.7. L'IPS comprend une complète extension des prestations .. traitements dentaires y compris	55
1.8. Dès lors que 92% de la population sont déjà affiliés à l'heure actuelle à une caisse-maladie (demain ce sera 99%) pourquoi pas tout de suite les 100% ?	55 ss

Guide des conférenciers
Revision de l'assurance-maladie

I. Exposé général

Historique

La nécessité de reviser le régime de l'assurance-maladie n'est contestée par personne.

Une certitude: la nécessité d'une revision

Depuis la mise sur pied du régime de l'assurance-maladie par une loi fédérale de 1911 (LAMA: Loi sur l'Assurance en cas de Maladie et d'Accidents), un changement profond s'est produit tant dans la structure sociologique et le mode de vie de la population suisse que dans les possibilités thérapeutiques offertes par la science médicale.

Changements des structures sociologiques

- Les agriculteurs, qui constituaient 40% de la population en 1808 et 30% encore en 1910, représentent aujourd'hui moins de 10% de la population suisse.
- En 1910, les indépendants représentaient encore plus du quart de la population, contre 15% à l'heure actuelle.
- De 1941 seulement à nos jours, le nombre des femmes mariées âgées de 20 à 24 ans qui exercent une activité lucrative a plus que doublé.
- En tenant compte du renchérissement, les salaires des ouvriers ont doublé en valeur réelle depuis 1939 alors que les traitements des employés augmentaient de près de 100% en valeur réelle.
- La pyramide des âges de la population suisse s'est modifiée à l'avantage des personnes âgées: la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus a presque doublé (passant de 6 à 10%), de façon toute générale, le nombre des personnes âgées a augmenté d'une fois et demie tandis que celui des individus des 9 premières années n'augmentait que de 7%, celui des adolescents de 15 à 19 ans d'1/5 et celui des personnes de 20 à 64 ans de près de 3/5.

- La durée de vie probable (âge atteint par la moitié des nouveau-nés) s'est allongée depuis 1910 de 58 ans (hommes) et 62 ans (femmes) jusqu'à 73 ans pour les premiers et 78 ans pour les secondes. L'espérance de vie moyenne a passé dans le même temps de 49,25 à 68,72 ans pour les garçons et de 52,15 à 74,13 ans pour les filles.

- En 1911, 20% de tous les cas de décès étaient imputables aux maladies infectieuses contre un peu plus de 6% encore aujourd'hui; si 14% des décès étaient dus à l'époque à la tuberculose, on ne lui doit de nos jours plus que 1%.

Recul des maladies infectieuses

- Ont augmenté de façon notable les maladies cardiaques et circulatoires, les affections cancéreuses ainsi que les maladies propres à l'âge, de même que les troubles et atteintes à la santé apportés par notre mode de civilisation.

Augmentation des maladies de civilisation

- La densité médicale au cours des quarante dernières années ne s'est pas sensiblement modifiée: elle a passé d'un médecin praticien pour 1253 habitants en 1934 à un médecin pour 1082 habitants en 1973. En revanche, la répartition des médecins a fait plus que suivre la concentration de la population dans les agglomérations urbaines (en 1973, 45,1% de la population suisse était citadine), puisque 70% des libres praticiens exercent dans des villes; ceci vaut particulièrement pour les spécialistes FMH dont 85% sont des "médecins citadins". Cette répartition inégale des médecins ne pose cependant pas de problèmes insurmontables: "A la différence par exemple de la Suède, les distances en Suisse sont courtes, même les régions à l'écart sont facilement reliées du point de vue de la circulation et des moyens de communication" - P. Gygi/P. Tschopp: "Assurance socio-médicale").

- La proportion des médecins par rapport aux patients a toutefois augmenté de façon décisive dans les hôpitaux, passant de 1960 à 1970 seulement d'un médecin pour 7 patients à un médecin pour 3 à 4 patients; dans le même temps, la proportion personnel soignant - patient passait de 1 à 2 à 1 à 1. Au cours d'une décennie seulement, le besoin en médecins et en personnel soignant par patient a donc doublé, ceci n'étant en réalité que l'expression des énormes progrès scientifiques et techniques de la médecine au cours de ces dernières décades.

Progrès de la médecine

- Dans le même laps de temps, soit de 1911 à nos jours, le nombre des membres affiliés à des caisses-maladie suisses s'est presque multiplié par 20. En 1914, il n'y avait que 395.000 femmes, enfants et hommes assurés auprès des caisses-maladie (11% de la population résidente), alors qu'aujourd'hui 92% de cette même population sont membres de caisses-maladie.

Il s'agissait avant tout en 1911 de garantir aux couches les moins favorisées de la population une prévoyance individuelle pour les cas de maladie. Les motifs économiques ne devaient priver personne de l'assistance médicale nécessaire et le faire tomber par là à la charge des institutions charitables publiques ou privées.

LAMA 1911

Par rapport à ce que nous connaissons aujourd'hui, les possibilités thérapeutiques étaient encore limitées et, par conséquent, les coûts de la médecine moins élevés. L'infrastructure médicale (pharmacopée, hôpitaux, laboratoires) était encore modeste, l'art médical en était encore moins dépendant que maintenant et la possibilité de soigner les gens à domicile (dans les familles nombreuses) encore très utilisée.

Problème no 1: L'homme moderne s'est accoutumé à attendre en premier lieu d'une infrastructure socio-hygiénique et médicale toujours plus coûteuse la garantie de sa santé. Les dépenses sont élevées en conséquence mais apparaissent faussement plus supportables qu'une vie menée délibérément selon les impératifs de la santé (tabac, alcool, paresse physique) dont finalement personne ne se libère impunément.

Le mode de vie actuel entraîne de nouveaux frais et amène de nouveaux problèmes

Problème no 2: L'augmentation des "maladies de civilisation" et des embarras de l'âge, conséquences tous deux du progrès général, mais entraînant des frais en raison même de leur longue durée.

Problème no 3: L'amenuisement des possibilités de soins à domicile (famille réduite, logements exigus, travailleurs étrangers, stade actuellement sous-développé des soins à domicile organisés).

Problème no 4: Le progrès de la médecine en général et de la technique médicale en particulier.

Le conseiller d'Etat Bruno Hunziker, président de la Conférence fédérale des directeurs des affaires sanitaires: "Les possibilités toujours plus grandes qui sont ouvertes au médecin en matière de diagnostic et de thérapie entraînent une technicité et une spécialisation toujours plus accusées de la profession médicale. Cela suppose des investissements coûteux et des appareils entraînant des frais d'exploitation et des coûts de maladie en proportion. Prenons par exemple une hémodyalise, elle coûte environ 220 francs, c'est-à-dire de 440 à 660 francs par semaine, soit près de 30.000 francs par an (N.B.: entièrement prise en charge de nos jours par les caisses-maladie au titre de leurs prestations obligatoires). -

Le haut degré atteint aujourd'hui par la technique et la médecine met le médecin en mesure -- mais le place aussi devant la tentation -- de pratiquer des choses qui lui étaient impossibles auparavant et qui en bien des cas ne sont pas non plus absolument nécessaires. Il faut également l'admettre sans biaiser, il est souvent encouragé à le faire par la mentalité "revendicative" qui caractérise aujourd'hui notre population. Le patient entend que les dernières connaissances affinées au fur et à mesure des découvertes et les possibilités toujours plus variées soient épuisées dans son cas personnel. Cela n'est pas étonnant si l'on pense à la sensationnelle entreprise de vulgarisation opérée par les moyens d'information..."

Etant donné que parallèlement à cette évolution un nombre toujours plus grand de la population était affilié aux caisses-maladie, on assista à une pression croissante des coûts sur les bilans et les cotisations des caisses-maladie. Pendant un demi-siècle, jusqu'en 1960 environ, cette évolution fâcheuse n'était d'abord reconnaissable que par à-coups et a pu être corrigée par la voie d'arrêtés fédéraux spéciaux: les subventions fédérales à l'assurance-maladie furent à réitérées reprises adaptées aux exigences du moment.

LAMA, la revision de 1964

On ne put toutefois s'épargner une revision partielle de la LAMA en 1961. Des 40 articles traitant de l'assurance-maladie, 23 furent modifiés et 13 nouveaux articles furent introduits dans la loi. Cette revision avait essentiellement pour objet les points suivants:

- Extension des prestations légales minimales
- Facilité d'adhésion aux caisses-maladie
- Amélioration du libre passage
- Nouveau régime de participation aux frais
- Réaménagement partiel du droit médical et du droit tarifaire
- Augmentation et nouveau régime des subventions fédérales (adaptation automatique des subventions à la hausse des frais des soins).

Les profonds changements sociaux et les conséquences au plan financier du progrès de la technique médicale ne manifestèrent toutefois pleinement leurs effets qu'après la revision de la LAMA en 1964 (revision en 1964, pleins effets dès 1966). L'explosion des frais toucha avant tout le secteur hospitalier.

Les années soixante placées sous le signe de l'explosion des frais

- L'extension et les nouvelles constructions d'hôpitaux effectuées après la guerre pesèrent fortement sur les bilans.
- Le remplacement du personnel religieux par du personnel laïc se traduisit par une meilleure rémunération et une modernisation des conditions de travail: les récompenses célestes ne permettent plus d'enthousiasmer beaucoup de monde pour les professions soignantes.
- Le doublement des besoins des hôpitaux en médecins et en personnel soignant par patient de 1960 à 1970 entraîna de son côté un gonflement considérable des frais de personnel qui constituent par ailleurs les deux tiers des frais d'exploitation des hôpitaux.
- "Mais la technique également a contribué à cet état de fait. Les appareils Röntgen très spéciaux, à renforceurs d'images, les appareils TV et les instruments à haut voltage, les isotopes, les instruments spéciaux très sophistiqués, ainsi que toute la technique des ordinateurs, ont profondément influencé les budgets des hôpitaux" (B. Hunziker).
- "Last but not least", les embarras financiers dans lesquels se débattent les cantons ont imposé un transfert plus marqué de la charge constituée par les frais d'exploitation des hôpitaux -- qui grevaient auparavant les comptes cantonaux -- sur l'assurance-maladie, par le biais de plus hauts tarifs. Sans cette échappatoire, des augmentations d'impôts sensibles n'auraient pu être évitées -- et elles le seront encore moins à l'avenir.

L'explosion des frais qui s'est manifestée a été deux fois plus forte que le renchérissement général qui était lui-même bien trop grand. Plus question de calmes revisionnettes tous les dix ans, l'évolution se transformait en embardée, la revision de 1964 était devenue illusoire.

L'explosion des frais deux fois plus forte que le renchérissement général

- On peut par exemple tirer du rapport annuel de la Caisse-maladie pour le Canton de Berne que l'augmentation des frais a été de 28% (!) de 1971 à 1972.

Il est vrai que depuis, la tendance va à l'aplatissement de la courbe des frais de personnel. Pourtant, tout le monde en convient: l'alarmante explosion des frais n'est pas encore stoppée, elle se poursuit et même si certaines des composantes de sa courbe s'aplatissent, elle dépasse les possibilités du système de financement de l'assurance-maladie. Les cotisations atteignent des niveaux qui constituent une charge non seulement pour les plus défavorisés mais aussi pour les couches moyennes de la population, en particulier pour les familles nombreuses.

Elle dépasse les possibilités du système de financement de l'A-M connu jusqu'ici

Cet état de choses suscita immédiatement après la revision de la LAMA de 1964 déjà de nouvelles propositions de revision de la loi, qui devaient cette fois amener un nouveau régime de l'assurance-maladie.

Nouvelles propositions de revision

- Les syndicats chrétiens nationaux ont, dans une requête présentée le 18 novembre 1966, insisté sur les points essentiels suivants:
 - + une assurance des soins médicaux et pharmaceutiques obligatoire sur le plan fédéral, mais limitée à certaines conditions de revenus,
 - + une assurance indemnité journalière obligatoire sur le plan fédéral (garantissant le paiement de 80% du salaire au minimum),
 - + l'introduction obligatoire de l'assurance familiale,
 - + l'obligation légale pour l'employeur de prendre à sa charge au moins 50% des cotisations d'assurances.

Propositions des syndicats chrétiens

- L'Association suisse des invalides se prononça quant à elle le 7 avril 1967 pour une assurance perte de gain obligatoire financée selon le modèle de l'AVS avec des contributions patronales et salariales paritaires de 1,5%.
- La Commission pour les questions des personnes âgées suggéra le 16 décembre 1966 la création d'une assurance-maladie spéciale pour les rentiers.
- Le 4 octobre 1968, le canton de Vaud adopta une initiative cantonale par laquelle les autorités fédérales étaient invitées à engager le plus vite possible les travaux préliminaires à l'introduction d'une "assurance-maladie généralisée sur le plan fédéral".
- En tout, 19 interventions parlementaires eurent pour objet des demandes en vue de trouver un nouveau régime pour l'assurance-maladie.

Donnant suite à une interpellation du conseiller national Trottmann qui avait pour but une révision totale de la LAMA, le Conseil fédéral organisa une consultation auprès des gouvernements cantonaux, des associations économiques, des partis politiques, des associations intéressées à l'application de l'assurance-maladie, ainsi qu'auprès de diverses institutions actives dans le domaine de la politique sociale. Les réponses parvinrent au milieu de septembre 1968. Le 21 février 1969, le Département fédéral de l'intérieur désignait une commission d'experts pour un nouveau régime de l'assurance-maladie.

Consultation
organisée par le
Conseil fédéral

- Les autorités fédérales "ne peuvent pas rester indifférentes au fait que les coûts de cette assurance prennent des dimensions extraordinaires provoquant des interventions parlementaires, des requêtes de partis politiques et d'associations et des articles traduisant tous un malaise profond à l'égard de la forme actuelle de l'assurance-maladie". La Commission d'experts devrait "soulever toutes les questions qui se posent dans la perspective d'une révision de l'assurance-maladie, les étudier et présenter ensuite un rapport à l'intention du Conseil fédéral" (Exposé des motifs du Conseil fédéral).

Le nouveau régime de l'assurance-maladie était mis en train.

On pouvait s'attendre que les experts des groupes de travail constitués selon l'arithmétique pondérée des partis politiques représentés au Parlement allaient présenter une proposition supportable et réalisable par et pour tout le monde. Il était souhaitable autant du point de vue des patients, tributaires du nouveau régime de l'assurance-maladie, que de l'ensemble de la population qui serait d'une façon ou d'une autre appelé finalement à régler la facture de notre système de santé publique, que cette proposition constitue un compromis au-dessus des positions idéologiques des partis.

Il eût toutefois été de toute première nécessité d'analyser à fond l'ensemble de la situation, de faire ressortir les facteurs inutiles agissant sur les coûts, de contrôler ces derniers et de concevoir le nouveau régime de notre assurance-maladie de telle sorte que ces deux piliers de toute politique sociale démocratique que sont la responsabilité personnelle et la solidarité puissent trouver un équilibre approprié.

Une solution aurait d'autant plus facilement dû être trouvée qu'il apparaissait objectivement - selon les dires d'un éminent expert en matière d'assurance-maladie, le conseiller d'Etat socialiste de Bâle-Ville, E. Wyss - que "c'est avant tout le mode de financement qui a besoin d'une révision et non pas l'organisation de notre assurance-maladie en tant que telle, qui a su s'adapter aux circonstances au cours de son histoire."

Le conseiller d'Etat E. Wyss: Ce n'est pas la structure mais seulement le mode de financement qui doit être révisé !

En plein milieu des travaux des experts pour le nouveau régime de la LAMA: initiative du PS et de l'USS

Alors que les travaux des experts chargés de trouver un nouveau régime de l'assurance-maladie battaient leur plein, le Parti socialiste démocratique suisse déposa le 31 mars 1970 une "Initiative pour une assurance-maladie sociale" munie de 88.424 signatures. Elle porte pour l'essentiel sur les points suivants:

Initiative du PS: la structure de l'A-M doit être fondamentalement revue

- Suppression du caractère en principe facultatif de l'assurance connu jusqu'ici et remplacement à l'avenir par une assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris pour les affections dentaires, obligatoire pour tous.
- En plus des subventions de la Confédération et des cantons, financement étendu de l'assurance par des pourcents de salaire supportés paritairement par employeurs et travailleurs.
- Introduction d'une assurance obligatoire d'indemnité journalière, au moins pour les maladies graves, de longue durée ou les cas analogues, de même qu'une
- assurance-accidents obligatoire pour tous les travailleurs.

Suppression du caractère facultatif

Large financement par des pourcents de salaire

L'initiative constitutionnelle socialiste tend donc à réformer fondamentalement notre système de santé publique. On ne peut pas, sur la base des propositions faites sur le plan constitutionnel, émettre autre chose que des suppositions sur la forme sous laquelle ce système se présenterait: toutes les questions de détail épineuses seront, par la force des choses, réglées au stade ultérieur des travaux législatifs. La plus grande incertitude règne encore sur le point de savoir quand une telle loi d'exécution pourrait voir le jour aux Chambres fédérales: le principe de l'AVS a figuré pendant 25 ans dans la constitution fédérale avant d'être concrétisé dans une loi d'application. Pour le moment, une seule chose est sûre. L'application de cette réforme de notre système de santé publique, y compris l'assurance-indemnité journalière, provoquerait des dépenses égales à 6,2% au moins de l'ensemble des revenus du travail.

Charge totale:
6,2% de l'ensemble
des revenus du
travail

Réalisation fort
incertaine

Le dépôt de cette initiative conduisit les travaux de la commission fédérale d'experts vers une proposition de compromis que ceux-là finirent par croire avoir trouvée à Flims. On pensait que ce compromis devrait soit conduire au retrait de l'initiative, soit constituer un contre-projet qui lui aurait été opposé. On avait également l'idée que l'on dissiperait ainsi les incertitudes quant à la possibilité de réaliser l'initiative du PS.

Les experts à la
recherche d'un
compromis

Le compromis de
Flims:

L'idée maîtresse du Modèle de Flims aurait consisté dans une assurance fédérale obligatoire pour les gros risques: à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les soins de traitement hospitalier auraient été entièrement pris en charge, sans limite de temps,

- Une assurance gros risques
- Disjonction de l'A-M en une caisse fédérale pour les gros risques et des caisses-maladie "pour le trognon restant"

par cette assurance. On espérait par là décharger avant tout les budgets hospitaliers cantonaux en mettant à la charge de l'assurance la plus grande partie des frais hospitaliers.

Le solde des autres risques - traitement ambulatoire et séjour à l'hôpital jusqu'au 5ème jour - aurait en principe été laissé généreusement, sur une base facultative, à l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques pratiquée par les caisses-maladie.

On prévoyait comme mode de financement des pourcents de salaire qui auraient toutefois profité presque exclusivement à l'assurance fédérale des gros risques hospitaliers (et par son intermédiaire aux cantons); quant aux caisses-maladie, elles auraient dû augmenter massivement les primes de leurs affiliés pour financer l'extension des prestations que l'on prévoyait simultanément.

Gros risques financés par pourcents sur les salaires

Assurance-maladie des soins ambulatoires financée essentiellement par des cotisations

Le caractère unitaire de l'assurance garanti jusqu'ici par les caisses-maladie aurait été de surcroît entamé, ce qui aurait diminué la densité d'assurance. Conséquence préoccupante sur le plan de la politique de santé: la tendance vers l'hospitalisation - source de frais élevés - aurait été renforcée et la prévoyance consistant à s'assurer pour les soins ambulatoires, si nécessaire à la population de tout âge, aurait été découragée: plus d'un aurait en effet cru être suffisamment couvert par l'assurance fédérale obligatoire pour les gros risques et aurait négligé l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques.

La procédure de consultation ouverte sur ce modèle de nouveau régime de l'assurance-maladie déclencha des controverses passionnées. Le Modèle de Flims suscita fort peu de sympathies. De nombreux autres modèles lui furent opposés. On était en pleine confusion.

Le Modèle de Flims déclenche une inflation d'autres modèles

Face à cette situation, le Conseil fédéral renonça à son idée initiale de contrer l'initiative socialiste sur le plan législatif et résolut de porter l'opposition au niveau constitutionnel. Raison principale à cela: on manquait vraiment de trop de temps pour mettre sur pied une loi concrète digne de ce nom, car le Conseil fédéral était tenu de faire connaître au Parlement sa manière de voir sur l'initiative au plus tard dans les trois ans après son dépôt.

Le Conseil fédéral met le cap sur le plan constitutionnel

La pression du temps en raison de l'initiative du PS empêcha une solution sur le plan législatif

En choisissant de porter la confrontation sur le plan constitutionnel, on mettait à l'ordre du jour les questions fondamentales sur lesquelles le peuple et le Parlement auraient à prendre une décision préliminaire. Il ne s'agissait et il ne s'agit plus maintenant de questions de détail ou spéciales d'application, mais bien de savoir vers quoi doit tendre la législation. Reste l'inconvénient de voir d'importants points de détail laissés dans l'incertitude jusqu'à l'élaboration de la loi, points qu'il aurait pourtant été important de connaître pour juger du nouveau régime définitif de l'assurance-maladie. Citons par exemple: la participation aux frais, l'étendue des franchises, l'assurance des personnes âgées non encore couvertes par une assurance et bien d'autres choses encore. Le contre-projet partage ces inconvénients avec l'initiative mais, à la différence de cette dernière, il laisse pourtant la voie libre plus rapidement à l'élaboration d'une loi.

Avantage: on doit se prononcer sur des questions de principe

D'importantes questions de détail restent ouvertes jusqu'au stade de la législation

Le contre-projet du Conseil fédéral, qui revenait aussi pour l'essentiel à une sorte d'assurance gros risques obligatoire financée par des pourcents de salaire, rencontra les mêmes objections et fut à peu près rejeté de la même façon que le Modèle de Flims.

Le contre-projet du Conseil fédéral rejeté comme le Modèle de Flims

Il semblait vraiment que l'on se trouvait dans une situation inextricable:

- L'IPS était rejetée par les caisses-maladie, les médecins et les partis bourgeois.
- La proposition du Conseil fédéral ne rencontrait pas davantage de sympathies du côté des caisses et des médecins.
- "Il ne devait dans ces conditions échapper à aucun politicien réaliste avisé que l'initiative du PS pas plus que le contre-projet du Conseil fédéral ne pouvaient fournir une plate-forme valable pour une entente sur une large échelle. On ne pouvait pas non plus attendre, dans ce contexte fâcheux, grand-chose de bon d'une votation populaire sur le nouvel article constitutionnel" (E. Wyss, conseiller d'Etat de Bâle-Ville, 30.8.1973).
- Le conseiller fédéral Tschudi se laissa à déclarer un jour: "On ne peut pas concevoir dans notre démocratie référendaire faire passer un nouveau régime de l'assurance-maladie contre la volonté des caisses-maladie auxquelles sont affiliés 6 millions d'assurés et contre la volonté des médecins." Il était toutefois très difficile d'amener ces deux milieux directement concernés sur un terrain d'entente, en raison de certains de leurs intérêts divergents.

Pas plus l'IPS que le contre-projet du Conseil fédéral ne pouvaient servir de plate-forme à une large entente

Le conseiller fédéral Tschudi: Un nouveau régime de l'A-M n'est possible qu'a-vec et non contre les médecins et les caisses-maladie

Le nouveau régime de l'assurance-maladie était sérieusement compromis. L'initiative du PS avait provoqué ce danger, elle était en tout cas dans l'impossibilité de le conjurer.

C'est alors toutefois que l'entente se réalisa.

Dès lors que le nouveau régime de l'assurance-maladie était mis en train sur le plan constitutionnel, il ne pouvait et il ne peut plus s'agir de questions de moindre importance mais uniquement du choix des principes selon lesquels le nouveau régime de l'assurance-maladie doit être organisé. L'initiative du PS a rendu inévitable cette discussion fondamentale.

L'accord règne pour l'essentiel dans tous les milieux sur toute une série de questions qui prendront de l'importance lors de l'élaboration de la législation sur la nouvelle conception de l'assurance-maladie.

- Personne ne conteste la nécessité d'une extension des prestations dans le sens de la prophylaxie, de la suppression des limites de temps pour les prestations en cas d'hospitalisation, de l'inclusion des affections dentaires au nombre des prestations reconnues.
- Personne ne conteste non plus que les hommes et les femmes devraient à l'avenir payer des cotisations égales et que des allègements doivent être trouvés pour les familles nombreuses.
- En outre chacun est décidé, à l'occasion de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, à permettre pendant une période transitoire à toutes les personnes âgées qui ne seraient pas encore assurées à adhérer à une caisse-maladie.

UNE NOUVELLE VOIE

SE FAIT JOUR:

l'alliance des caisses-maladie, médecins et dentistes

Accord dans tous les milieux sur:

Extension des prestations

Prophylaxie

Prestations sans limite de temps à l'hôpital

Affections dentaires

Primes égales pour hommes et femmes

Allègements pour familles nombreuses

Possibilité pour les personnes âgées non assurées de s'affilier à une caisse-maladie

- Enfin, tout le monde exprime l'intention que le nouveau régime de l'assurance-maladie ne devra pas avoir pour but premier de soulager les finances des cantons, mais bien celui de profiter avant tout aux malades et à l'ensemble de la population.

Le nouveau régime doit en premier lieu soulager les malades

Le point sur lequel les opinions divergent concerne la voie qu'il convient de suivre pour que les tâches dévolues à une assurance-maladie moderne puissent être accomplies matériellement par chacun.

Quelle est la voie qui conduit à une assurance plus généreuse tout en sauvegardant le libre choix du médecin et de la caisse-maladie ?

En accord avec pratiquement tous les experts, l'analyse des conditions et des problèmes de l'heure posés par l'assurance-maladie permet d'affirmer:

- Les problèmes ne sont pas dus à la structure du système garantissant le libre choix de la caisse-maladie et du médecin
 - il a en effet fait ses preuves au cours des ans et a su se développer de façon harmonieuse - mais ils ont été créés par l'explosion des frais, avant tout dans le secteur hospitalier.
- Une bonne partie de ces dépenses supplémentaires est la conséquence inévitable du progrès de la médecine et de la technique.
- Une autre partie de ces frais supplémentaires est due au transfert des dépenses d'exploitation des hôpitaux supportées jusqu'ici par les cantons sur l'assurance-maladie (en raison des impasses budgétaires cantonales).

Les problèmes ne sont pas dus à la structure de notre système de caisses-maladie et de médecins mais bien à l'explosion des frais

- Le reste des frais supplémentaires apparus dans le domaine de l'assurance-maladie est né de l'indéniable nécessité d'une extension compréhensible des prestations de l'assurance.

L'initiative du PS semble accepter l'explosion des frais comme une catastrophe naturelle inévitable devant laquelle il n'y a plus qu'à capituler en trouvant de nouveaux moyens financiers et en bouleversant les structures de notre système de santé publique. On peut cependant ne pas s'accommoder de cette explosion des frais - surtout dans le domaine hospitalier - qui n'est pas nécessairement une "loi divine" et refuser d'en acquitter indéfiniment la facture !

- "Même si nous avions encore de si grands moyens financiers à disposition, ils ne nous permettraient jamais de recourir partout et toujours à toutes les possibilités offertes par la médecine moderne... Les frais auxquels il faut par exemple consentir pour prolonger la vie en transplantant des organes pour quelques rares patients permettraient de sauver sur une vaste échelle plusieurs vies humaines potentiellement menacées en recourant aux mesures de médecine préventive. Comme dans d'autres domaines, on ne peut plus en médecine, et surtout en médecine hospitalière, se passer de priorités clairement définies."

(B. Hunziker, Dr en droit, conseiller d'Etat, "Les revers du progrès de la médecine")

L'IPS capitule devant l'explosion des frais comme si c'était une catastrophe naturelle

On peut refuser cette mentalité fataliste

Fixer des priorités

- Les moyens financiers doivent être engagés de façon rationnelle et appropriée. Il n'est ni souhaitable ni nécessaire, du point de vue de la politique de la santé, d'englober dans l'extension des prestations d'un nouveau régime de l'assurance-maladie tout ce qui est taxé de "progrès" médical.
- La pénurie de médecins, de personnel, et le manque d'installations empêche que l'extension des prestations puisse s'opérer du jour au lendemain. Il ne sera donc pas possible de réaliser immédiatement tout ce qui apparaît souhaitable du point de vue médical ou de la politique en matière de santé. Faisons donc attention aux espoirs suscités par l'initiative et qui ne sont pas tous aisément réalisables.
- Une composante de la courbe des frais dans le domaine hospitalier (personnel) va s'infléchir à l'avenir, une fois le retard rattrapé.
- Il faut trouver des voies et des moyens pour que la proportion d'augmentation des coûts de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques - qui est encore à l'heure actuelle plus forte que la moyenne du renchérissement général - puisse aussi vite que possible être ramenée aux limites du renchérissement général et de façon justifiable.
- L'assainissement des budgets financiers cantonaux (hôpitaux) par le recours à l'assurance-maladie doit être effectué dans des mesures supportables.

Utilisation rationnelle et appropriée des moyens financiers

L'initiative suscite des espoirs irréalistes !

- L'échec constaté jusqu'ici des tentatives de développer des mesures efficaces contre l'emballlement des coûts ne saurait être invoqué pour justifier la capitulation face à cette évolution inquiétante. On devrait bien plutôt en tirer argument pour essayer d'agir autrement.
- La relative indifférence manifestée par une large partie de l'opinion publique pour ces questions n'est certainement pas non plus une donnée immuable; on devrait plutôt y voir l'expression d'une information insuffisante ne parvenant pas à réveiller l'intérêt des citoyens.

La condition primordiale pour contrôler et endiguer l'explosion des frais réside dans une salubre entente entre médecins et caisses-maladie. Celle-ci doit encore en bien des endroits être réalisée et doit précisément trouver sa justification dans la mise sur pied du nouveau régime de l'assurance-maladie. L'initiative n'est d'aucun secours à cet égard.

C'est dans cette optique que des représentants des milieux des caisses-maladie et des médecins, ainsi que de la politique, prirent leurs premiers contacts afin de dégager le nouveau régime de l'assurance-maladie de l'impasse dans laquelle on l'avait fourvoyé et d'en arrêter les objectifs.

- La pression des événements a certainement eu sa part. Ces personnalités désiraient effectivement empêcher un échec de la révision de l'assurance-maladie.

Condition primordiale pour endiguer l'explosion des frais: l'alliance des médecins, caisses-maladies et dentistes, et non pas l'IPS

L'alliance montre la voie pour le nouveau régime de l'A-M

- On peut également regretter que cette entente n'ait pu être réalisée plus tôt déjà. L'accord s'est pourtant fait et en tout cas assez tôt pour avoir permis aux débats parlementaires de déboucher sur un contre-projet fournissant une base raisonnable pour un large consensus populaire supportable pour chacun.
- Cette entente s'est transformée en l'alliance des médecins, caisses-maladie et dentistes au sein de laquelle se sont retrouvées officiellement les organisations faitières des responsables de notre système de santé publique. En dépit et au dam des prophètes de malheur, cette alliance a non seulement survécu aux débats parlementaires, mais elle les a profondément marqués de son empreinte; elle est aujourd'hui plus forte que jamais.

Se fondant sur une analyse approfondie de la situation l'alliance, conduite par son premier président le conseiller d'Etat Edmond Wyss, Bâle, en est arrivée aux conclusions suivantes qui ont servi d'assise à ses propositions émises à l'époque (et qui ont été largement reprises dans le contre-projet des Chambres fédérales):

- Tout en tenant compte d'une utilisation rationnelle et appropriée des moyens à mettre en oeuvre et de la nécessité d'un frein à l'explosion des frais, il sera nécessaire à l'avenir de consacrer davantage de moyens financiers à l'assurance-maladie qu'elle n'en dispose aujourd'hui. L'Office fédéral des assurances sociales (Prof. Kaiser) estime le besoin annuel en 1976 à 6 milliards environ.
- Bien que cela ne soit pas le cas pour tout le monde, il est certain que les cotisations ont atteint la limite du supportable pour de notables couches de la population.

Entente réalisée assez tôt pour avoir permis au Parlement de proposer un contre-projet raisonnable et acceptable

L'alliance: la communauté des organisations faitières des caisses-maladie, des médecins et des dentistes

Conclusions dégagées par l'alliance:

Malgré tout, il faudra consacrer davantage d'argent à l'assurance-maladie à l'avenir

Besoins pour 1976: 6 milliards l'an

Augmentation des cotisations

- La caisse fédérale ne peut pas à l'avenir être mise davantage à contribution que maintenant. Elle doit en effet faire face à de nombreuses et coûteuses autres tâches.

Subventions fédérales plus élevées ?

- Le mode de financement connu jusqu'ici pour l'assurance-maladie n'est plus à même de répondre aux besoins futurs. Le recours à de nouvelles sources de financement est inévitable. On ne pourra avant tout plus s'en sortir sans une contribution de l'économie privée sous la forme de prélèvements en pourcents des salaires selon ce qui se fait en matière d'AVS.

Nouvelles sources de financement !

Une contribution de l'économie privée est indispensable

- Dans le projet soumis à l'époque par l'Alliance, une autre réflexion avait trouvé sa place: on y préconisait la perception d'un "centime de la santé" sur les produits nuisibles à cette dernière: un prélèvement sur les prix du tabac, de l'alcool et de la benzine contenant du plomb aurait pu rapporter quelque 800 millions de francs.

Impôts spéciaux
Centime de la santé

Une source à ne pas négliger

La taxation spéciale de ces produits s'impose, car le lien entre leur utilisation et les atteintes à la santé n'est plus à démontrer. On dépense chaque année en Suisse plus de 4 milliards de francs pour l'acquisition de ces produits nocifs. Un fumeur de cigarettes à lui seul dépense au cours de son existence plus de 25.000 francs (40 fois 600 francs et plus par an); il provoque ainsi une atteinte permanente à sa santé (bronchites chroniques, troubles circulatoires, etc.) dont le traitement, au cours du même laps de temps, peut coûter souvent plus de 25.000 francs à l'assurance-maladie !

4 milliards de francs pour les atteintes à la santé !

Pourquoi ne pas appliquer à son cas le principe de la responsabilité civile ? Pourquoi donc un fumeur pourrait-il dépenser des milliers de francs en détruisant sa santé et en faire supporter les conséquences financières aux autres ?

C'est celui qui compromet sa santé, et non les autres, qui doit en supporter les conséquences !

Le Conseil des Etats, au cours des premiers débats déjà, n'a pu se faire à cette idée pas plus que, par la suite, le Conseil national. Il faut dire qu'en vertu même de la constitution, les produits nuisibles à la santé les plus importants, l'alcool et le tabac, sont déjà fiscalement réservés pour l'AVS. Il eût été néanmoins théoriquement concevable de prélever quand même un impôt spécial sur le tabac, l'alcool et d'autres produits pour financer l'assurance-maladie: certains spécialistes de la politique sociale et des représentants des Etats sur lesquels on peut beaucoup compter pour la réalisation du nouveau régime de l'assurance-maladie craignaient cependant que ces impôts spéciaux n'entraînent la destruction du mode de financement de l'oeuvre sociale qui tient encore de loin le premier rang: l'AVS. On avait d'ailleurs senti nettement au Parlement l'opposition résolue des cantons romands et des cantons vinicoles ou producteurs de tabac: il aurait pu en résulter assez facilement un large cartel des "non" lors de la votation populaire sur le nouveau régime de l'assurance-maladie.

Parlement opposé au centime de la santé: obstacle de la politique référendaire, réserve pour l'AVS

Il n'y avait donc guère plus d'autre solution garantissant la création des moyens financiers supplémentaires que tout le monde jugeait indispensable que celle préconisée par l'Alliance dans son modèle, selon ce dernier,

Seule solution du point de vue politique: le modèle de financement préconisé par l'Alliance

- en tenant compte d'une participation appropriée aux frais, par les cotisations individuelles des assurés (donc: cotisations + franchise),
- par des subventions de la Confédération et des cantons
- et enfin grâce à une contribution complémentaire générale prélevée selon les modalités de l'AVS,

le financement de l'assurance-maladie serait assuré.

Les discussions sur ce projet constitutionnel au Parlement apportèrent quelques modifications à ce modèle de l'Alliance.

- Contrairement au projet de l'Alliance, le montant de la contribution complémentaire générale selon le mode de l'AVS ne fut pas défini en pourcents du total des dépenses de l'assurance-maladie, mais par des taux fixes: on ne devrait prélever au maximum que 3% du revenu de l'activité lucrative pour l'assurance-maladie, charge supportée par moitié par les employeurs et les travailleurs.
- L'affectation de ces nouveaux moyens financiers n'a pas été prévue "en particulier" mais limitativement pour ces quatre domaines de prestations que sont l'hôpital, la maternité, la prophylaxie et les soins à domicile.

Participation aux frais appropriée

Primes + franchise

Subventions fédérales: 20%

Contribution complémentaire en pourcents de salaire

Pour plus de détails, cf annexe

Modifications du projet de l'Alliance par le Parlement

Détermination de la contribution complémentaire non pas proportionnellement mais selon des taux fixes

Au maximum 3% du revenu de l'activité lucrative

Affectation des nouveaux moyens limitée à l'hôpital, la maternité, la prophylaxie et les soins à domicile

- La façon dont ces nouvelles ressources seront acheminées pour ces prestations de l'assurance-maladie devra encore être précisée dans la loi: l'article constitutionnel laisse la question ouverte. L'Alliance avait suggéré que ces moyens financiers passent par l'intermédiaire des assureurs dans le domaine de la maladie, afin qu'il n'y ait pas besoin de créer une nouvelle "supercaisse" centralisée inutile et que l'unité des caisses-maladie soit maintenue.

Voie d'acheminement de ces ressources supplémentaires à prévoir par la loi

L'important: sauvegarder l'unité des caisses-maladie

Pas de nouvel appareil central

Les conseillers fédéraux Tschudi et Hürlimann, ainsi que le rapporteur de la commission, le conseiller aux Etats Hofmann, ont néanmoins tenu compte des arguments présentés par l'Alliance et ont donné des assurances expresses non équivoques aussi bien quant à la répartition qu'au mode d'acheminement de ces moyens supplémentaires; leurs déclarations ont été procès-verbalisées: il s'agira de ne pas les oublier lors du stade législatif.

Des assurances officielles ont été données

Conseiller fédéral Hürlimann:

"... Puisque c'est le droit constitutionnel, j'aimerais exposer ici ce que le président de la commission a déjà dit. Il n'a pas été décidé de quelle façon les montants que nous percevrons ultérieurement seront répartis sur les quatre domaines que nous venons de délimiter et il n'est pas établi non plus de quelle manière ces moyens seront finalement acheminés. Pour ma part, j'aimerais saisir cette occasion pour relever aussi que nous avons tout intérêt à ce que les assureurs actuels, par exemple, soient chargés de l'entière répartition de ces moyens, afin de ne pas devoir enfler plus que de raison l'appareil administratif fédéral dans ce domaine."

Texte de la déclaration du CF Hürlimann

Le résultat des délibérations des Chambres fédérales qui ont été influencées en partie par le modèle de l'Alliance est consigné maintenant dans un projet d'article constitutionnel sur lequel le peuple et les Etats auront à se prononcer le 8 décembre 1974.

Texte intégral: (cf annexe)

.....

- Cet article constitutionnel tient compte des légitimes demandes qui avaient trouvé leur expression dans les diverses interventions parlementaires:
 - On devra pouvoir étendre les prestations
 - Des mesures en vue de freiner l'explosion des frais sont rendues possibles.
 - Le financement de l'assurance-maladie sera nouvellement structuré et apportera une meilleure répartition sociale des charges.
- Il y parvient sans bouleverser notre système de santé publique basé sur le libre choix du médecin et de la caisse-maladie.
- Il permet de réaliser une véritable oeuvre de solidarité fédérale sans obligations et bureaucratie inutiles.

On aurait pu espérer et attendre du PS et de l'USS qu'ils retirent leur initiative et laissent ainsi la voie libre à une véritable révision de l'assurance-maladie grâce à l'acceptation unanime de ce projet de compromis.

Le projet d'article constitutionnel des Chambres fédérales

Il tient compte des demandes ayant fait l'objet d'interventions parlementaires

Extension des prestations

Frein aux dépenses

Base financière

Solidarité réalisée sans bureaucratie et obligations inutiles

Les espoirs dans un retrait de l'initiative du PS et de l'USS sont déçus

Cet espoir a été déçu. La revision de l'assurance-maladie par la voie constitutionnelle est maintenant mise en danger,

La revision est maintenant compromise

- parce que l'initiative du PS et de l'USS reste opposée à la solution de compromis du contre-projet
- et que par là deux propositions devront être soumises en votation, ce qui peut entraîner le risque d'une addition des voix rejetantes: on peut en effet voter deux fois non mais pas deux fois oui.

Parce que l'on peut voter deux fois non mais pas deux fois oui, danger d'une addition des "non"

Quels que soient les motifs invoqués du côté des tenants de cette initiative pour justifier leur comportement, ils ne résistent pas à un examen objectif !

Il n'y a plus de motif au maintien obstiné de l'IPS

- Il n'y a qu'un projet réalisable: le contre-projet des Chambres fédérales !
- Celui qui entend avoir une véritable et bonne revision de l'assurance-maladie conçue en tant qu'oeuvre nationale de solidarité doit dire oui aux principes de ce contre-projet:

OUI au libre choix de son médecin et de sa caisse-maladie

OUI à sa contribution de solidarité sans obligations et sans bureaucratie

OUI à ses freins sur les dépenses

OUI à son extension des prestations

OUI à l'entente des médecins et des caisses-maladie dans l'intérêt et au service du patient

DISCUSSION DES ARGUMENTS

Avec le contre-projet on sait ce que l'on a ! Il est clair, réaliste et réalisable

Le conseiller aux Etats P. Hofmann, président de la commission de la Chambre Haute, fit pertinemment observer ce qui suit à l'assemblée des caisses-maladie réunies à Baden le 18 mai 1974:

- Le texte de l'initiative ne prescrit nullement de façon impérative que les pourcents sur l'activité lucrative doivent être perçus selon les règles de l'AVS/AI.

On peut penser que l'on procédera dans ce cas comme dans les pays qui nous entourent et qu'à partir d'un certain niveau de revenu on se mettra à diminuer successivement le taux de la retenue: pour les revenus inférieurs on n'en restera dès lors plus au 5,2% dont parle la CSS ("Correspondance syndicale suisse", service de presse de l'USS) dans ses calculs de "carnets du lait"; ces personnes pourraient bien finir par devoir payet sept, huit pourcents ou même plus !

Cette observation est justifiée. Le risque existe de devoir procéder de la sorte en l'absence d'une formulation non équivoque du texte de l'initiative.

Et ce ne sont pas les déclarations ingénues des tenants de l'initiative -- comme celles du secrétaire de l'USS Fritz Leuthy lors de l'assemblée du Concordat le 18 mai 1974 -- assurant que ce n'est pas ce qu'ils voulaient qui vont beaucoup aider les assurés, et parmi eux surtout les ouvriers, les employés, les petits commerçants et les fonctionnaires. Les auteurs de l'initiative avaient sans doute une autre idée mais ils n'ont pas mis beaucoup d'empressement à ce qu'on la comprenne clairement.

Les tenants de l'initiative sont en tout cas les derniers qui seraient en mesure, si l'on devait passer au stade législatif de ses concrétisations, de faire triompher une telle interprétation de leur initiative fort équivoque à ce point de vue. Ils ont déjà montré lors des débats parlementaires menés à chef sur l'initiative et le contre-projet leur peu de capacité à influencer le résultat des délibérations dans le sens de leur proposition. Combien plus incapables ne le seront-ils pas encore si l'on devait en arriver à traiter de l'application de leur initiative si franchement rejetée par le Parlement !

Le contre-projet, grâce à l'Alliance, fournit une bonne plate-forme pour prendre en considération les aspirations légitimes des moins favorisés et d'en assurer la réalisation dans la loi !

A la différence de ce qui se passe pour les postulats des partisans de l'initiative -- lesquels ont prouvé déjà lors des débats parlementaires sur l'initiative et le contre-projet le peu d'influence exercée sur leur résultat -- des aspirations essentielles de

l'Alliance des médecins, caisses-maladie et dentistes sont contenues dans la proposition du Parlement: unité de l'assurance - garantie de la possibilité de voir les moyens financiers fournis par les pourcents de salaire être acheminés par les assureurs (et non par le biais d'une caisse étatique centralisée et anonyme) - protection tarifaire - obligation de s'acquitter de la contribution complémentaire - garantie du maintien de son caractère d'assurance à la caisse-maladie grâce à la limite assignée aux pourcents de salaire, etc., etc.

Les tenants de l'initiative n'ont prouvé jusqu'ici qu'une seule chose: qu'ils sont incapables de laisser s'établir une solution de compromis à laquelle on aurait pu s'attendre pendant un certain temps. Ils ont dès lors joué un double mauvais tour: à leur propre cause et à la solution d'un compromis supportable et équilibré auquel ils auraient aussi pu souscrire.

Le contre-projet serait plus cher pour le peuple

Ce n'est pas le contre-projet mais bien l'explosion des frais, surtout dans le secteur des coûts hospitaliers, qui reviendra plus cher à la population !

- Au contraire de l'initiative, qui est résignée quand elle ne capitule pas tout simplement face à cette explosion des frais, le contre-projet entend en prendre le contrôle et la freiner efficacement. Le contre-projet prévoit des mesures contre l'explosion des frais:

Sur cette base, l'Alliance contribuera à la lutte contre ce phénomène. A la différence de l'initiative, le contre-projet a un effet de frein sur les coûts de par sa structure même.

- L'Alliance préconise une affectation appropriée des moyens financiers, qu'il s'agisse des contributions en pourcents de salaire ou des subventions des pouvoirs publics, en particulier pour ce qui touche à la répartition sociale des charges et à l'abaissement du niveau des cotisations pour les classes inférieures de revenu.

Les subventions publiques ont été distribuées jusqu'ici selon la "méthode de l'arrosoir": chaque assuré, le plus aisé y compris, reçoit une part égale des suppléments publics versés pour ses cotisations. L'Alliance sera à même, sur la base du contre-projet, de promouvoir une loi d'application qui mette un terme à cette absurdité.

- Grâce au système non centralisé de caisses-maladie (donc sans anonymat) garanti par le contre-projet et qui permet le libre choix du médecin et de la caisse-maladie, on réalise la transparence des frais de santé. On sait d'où vient l'argent et où il va !

L'initiative renferme pour le moins le danger d'une caisse fédérale centralisée: c'est de façon anonyme que l'argent sera géré, réparti et redistribué. On sait combien l'on va prélever en pourcents de salaire mais on pourra difficilement savoir ce qui aura été entrepris grâce à eux ...

- Le contre-projet maintient en alerte la conscience que chacun doit prendre des coûts. Cet objectif ne peut être atteint si l'assurance est financée uniquement par des voies anonymes (impôts, pourcents de salaire) comme le préconise l'initiative.

L'initiative serait sociale

Si l'on entend par "social" ce qui a des re-
lents d'assistance ou de charité publique,
alors c'est vrai. En revanche,

- le contre-projet n'entend créer ni une caisse d'assistance pour les malades ni une institution de bienfaisance qui - pour parler comme Pestalozzi - confèrent des grâces à la place de droits.
- Le contre-projet entend créer et réalise une véritable oeuvre de solidarité sociale dans la droite ligne de la tradition de notre AVS: comme l'AVS, le contre-projet met sur pied une assurance sociale comportant des droits et des obligations appelant chacun d'entre nous à une solidarité envers la population tout entière. A la différence de l'initiative qui aimerait atteindre ce but par une obligation d'entrer dans l'assurance, le contre-projet y parvient sans bureaucratie et sans contrainte grâce à une contribution de solidarité générale obligatoire pour chacun.

Le contre-projet entraînerait des cotisations plus élevées pour les assurés et moins de prestations étendues

Ainsi que le faisait à juste titre observer le conseiller national Richard Müller, président de la fraction socialiste des Chambres fédérales, devant les délégués du Concordat des caisses-maladie suisses, le 18 mai 1974 :

- Personne ne combat l'extension des prestations. La différence entre l'IPS et le contre-projet ne se situe pas tant autour de l'extension des prestations puisque l'une et l'autre apporteraient pour l'essentiel la même chose. La divergence consiste bien plutôt
- en ce que le contre-projet y parvient parfaitement sans contrainte et bureaucratie, c'est-à-dire sans adhésion obligatoire et en englobant les autres risques - comme par exemple aussi l'assurance très développée des soins dentaires - à l'assurance facultative.
- Cette extension des prestations - qui, notons-le, s'opérera dans une situation générale d'explosion des frais qui n'aura pas encore été au préalable maîtrisée - va exiger à partir de 1976 d'énormes moyens financiers supplémentaires: aujourd'hui, environ 3 milliards, en 1976, environ 6 milliards !
- A supposer que le contre-projet n'atteigne pas la majorité du peuple et des Etats le 8 décembre 1974 - ce qui ne serait pas dû en dernier lieu au maintien de l'IPS qui lui fait concurrence - les cotisations des membres des

caisses-maladie devraient être environ doublées si l'on voulait procéder à l'extension des prestations dont la nécessité n'est niée par personne et garantir également la nouvelle réglementation hospitalière désirée par les cantons. Une solution à l'un et à l'autre problème devra être trouvée d'une manière ou d'une autre: les pouvoirs publics ne sont pas à même de le faire.

- Le contre-projet conjure précisément ce danger: il garantit des cotisations individuelles inférieures à celles qui seraient nécessaires s'il venait à être rejeté !

L'IPS serait d'une charge moins lourde pour le particulier que le contre-projet

Deux raisons infirment cet allégué. C'est même le contraire qui est vrai !

- Ainsi que nous l'exposons à la page 27, l'initiative n'offre aucune garantie que les pourcents de l'activité lucrative ne seront "que" de 5,2% comme on le prétend; le contre-projet prévoit au contraire qu'ils seront au maximum de 3%.
- On ne trouve pas non plus de garantie dans le texte de l'initiative que les moyens financiers nécessaires dépassant les pourcents de salaire resteront dans des limites raisonnables pour les assurés ! Le contre-projet a en revanche expressément prescrit que la participation individuelle aux frais devra être adaptée à la situation sociale de l'assuré.

Elle pourra être plus élevée pour les personnes aisées mais beaucoup plus basse pour les moins favorisées.

L'IPS serait globalement "meilleur marché" que le contre-projet, même pour un revenu de 60.000 francs

Seul celui qui cache une partie de la vérité peut soutenir ce propos !

L'Alliance a déjà mis au point des modèles bien charpentés pour la législation à venir sur la base du contre-projet. A la différence de l'IPS, ceux-ci ne prévoient pas de décharger avant tout les revenus de 60.000 francs.

- Il est bien possible que l'IPS soit un peu meilleur marché pour l'assuré jouissant d'un revenu de 60.000 francs que le modèle de l'Alliance basé sur le contre-projet : Mais l'on conviendra que ce n'est pas le rôle des institutions sociales que de favoriser ces couches de revenu !

- Il faut reconnaître que les modèles de l'Alliance se soucient davantage des revenus jusqu'à 25.000 francs par an que des revenus de 60.000 francs. Et cela, parce que l'on ne distribue pas les subventions avec un arrosoir ne faisant pas de différence entre riches et pauvres mais qu'on les répartit au contraire à bon escient !

Les tableaux et calculs qui suivent font ressortir, par des comparaisons objectives, les vraies réalités.

L'IPS apporterait
pourtant une soli-
darité totale avec
les malades

Ce n'est pas vrai. L'exemple de la "CSS" en
fournit trois illustrations pour l'IPS:

- c h a c u n - qu'il soit en bonne santé
ou malade - doit sa vie durant supporter
la totalité des frais de maladie et des
soins dentaires

- c h a c u n - qu'il soit en bonne santé
ou vraiment malade - doit également sup-
porter les frais de ceux qui consultent le
médecin pour la moindre bagatelle aux frais
de la caisse-maladie

- c h a c u n - qu'il soit riche ou pauvre --
doit contribuer à supporter les frais de
maladie qu'une personne aisée aurait pu
prendre pour une bonne part à sa charge
sans aucune difficulté.

Que l'on ne vienne pas nous parler de solidarité
avec les malades quand il ne s'agit que d'une
sollicitation abusive de la solidarité pour des
bagatelles et donc, osons le dire, d'une solida-
rité mal placée !

- Ce système de couverture des dépenses d'une
solidarité inopportune (selon l'IPS) incite
précisément à consulter le médecin pour le
moindre bobo --

- il dissimule que chacun doit bon an mal an
supporter également les dépenses inutiles
de l'assurance-maladie (qui résultent des
cas bénins et de la prise en charge inutile
de prestations qui auraient pu être

supportées facilement par les personnes appartenant aux classes de revenu aisées) -

- et comme personne ne réalise directement comment tout cela se traduit en charges pour lui-même, le système de couverture des frais préconisé par l'initiative favorise de ce fait la progression des coûts.

L'IPS aurait pour elle l'avantage d'être une assurance-maladie complète: elle épargnerait ainsi des frais supplémentaires à celui qui est frappé par la maladie

- Le modèle de l'Alliance qui pourrait être réalisé par l'adoption du contre-projet garantit également qu'aucun frais supplémentaire ne devra être supporté par le patient en cas de maladie grave ou d'hospitalisation.
- En revanche, pour les cas bénins, des mesures devront être trouvées afin d'empêcher à l'avenir que les cas "bagatelles" grèvent toujours plus la collectivité.
- L'IPS fait au contraire des cadeaux à tout le monde, sans se préoccuper si cela se justifie ou non: il suffit d'occasionner des frais que voilà déjà l'"assurance bon marché" vient les éponger. L'initiative entend même garantir cela constitutionnellement. Est-ce vraiment là une solution bon marché ?

Cette "solution bon marché" en vérité conduit irrémédiablement à

- relancer l'explosion des frais

- pénaliser le comportement responsable de l'individu face au problème de sa santé
- introduire une mentalité de consommateurs chez les assurés à l'égard de l'oeuvre de solidarité que constitue l'"assurance-maladie".

D'éminents spécialistes de la politique sociale appartenant au PSS et aux syndicats ont lancé un avertissement précisément contre ce genre de "solution bon marché" !

Un groupe d'experts socialistes et syndicalistes, et non des moindres, s'est exprimé de façon convaincante sur ce sujet. Dans un rapport de la VPOD - un syndicat à qui l'on ne saurait vraiment pas reprocher de suivre des idées conservatrices en matière de politique sociale - ("La VPOD et la refonte de l'assurance-maladie en Suisse"), le Prof. René Tissot, médecin à Genève et membre du PSS, a mis en garde avec insistance contre les conséquences d'une assurance-maladie anonyme. Contrairement à ce que préconise l'IPS, on plaide dans ce rapport en faveur d'une assurance-maladie reposant sur des cotisations individuelles.

On peut y lire textuellement:

"... les arguments psychologiques militent aussi très fortement en faveur des cotisations. L'impôt fut et reste la base de l'"assistance". En aucun cas, l'AM doit donner l'impression d'être,

ni être un système d'assistance généralisée. Toute organisation de ce type est particulièrement exposée à la "bureaucratie". La fiscalité apparaît comme le tonneau des Danaïdes. -

Le système de cotisation assurerait à l'AM un budget indépendant qui garantirait aux citoyens une parfaite clarté de gestion. Il est bon que l'assuré se rende compte de ce qu'il advient de son argent, qu'il puisse apprécier à travers ses cotisations le coût de l'AM et également dans quelle mesure son employeur et l'Etat contribuent aux ressources de l'AM. Le système de cotisation est moins anonyme que la fiscalité. Il contribue à maintenir le sens de la responsabilité de l'assuré. (p. 9) -

Mais l'assurance réelle du risque maladie pourrait exposer la population à une surconsommation médicale qui est non seulement dispendieuse, mais souvent iatrogène. Elle rend possible et absolument nécessaire un important frein à la consommation médicale... Il est aussi irréaliste de compter sur la sagesse des malades... On aboutit donc à la nécessité de mettre sur pied un frein économique. La difficulté est d'obtenir qu'il soit efficace sans dépasser son but. Les moyens classiques, on le sait, sont ici la franchise et la participation aux frais. (p. 30)

Il est antisocial de faire supporter au patient d'autant plus de charges qu'il est malade et qu'il occasionne ainsi des dépenses plus élevées:

le contre-projet affaiblirait la solidarité entre malades et bien portants

C'est le contraire qui est vrai. La solidarité des bien portants vis-à-vis des malades sera renforcée, surtout à l'égard des patients frappés de maladies graves et de longue durée. Il faut en outre relever qu'avec le modèle de l'Alliance et grâce à l'aide du contre-projet chacun sait où il en est et quels sont les coûts qu'entraînera pour lui une éventuelle maladie. A la différence de l'IPS, le contre-projet dissipe à cet égard toute équivoque.

- Avec le modèle de l'Alliance chacun sait, selon ce qu'il a décidé librement alors qu'il était en bonne santé, quel sera le montant des frais qu'il devra supporter en cas de maladie: il ne paiera en tout cas pas plus de 100.--, 200.-- ou 400.-- francs par an selon les franchises qu'il aura choisies et qui déterminent des cotisations plus ou moins élevées !

- Les personnes appartenant aux deux classes de revenu les plus basses ne paieront - bien qu'elles bénéficieront quand même de cotisations réduites - que 35 ou 65 francs par an à titre de participation aux frais, cela grâce aux subventions publiques !

- La maladie n'ajoutera désormais plus aux maux qu'elle entraîne l'incertitude quant aux dépenses qu'elle occasionne !
- Pour l'IPS on n'est que très vaguement fixé sur ce point et encore seulement d'après les ouï-dire de personnes qui ne sont pas assez en force au Parlement pour réunir une majorité nécessaire à même de réaliser leurs promesses.

Les franchises seraient une arme (anti-sociale) à double tranchant; elles pourraient empêcher les gens de se soigner à temps

Le contre-projet échappe à ce grief. Il prévoit en effet expressément des prestations gratuites dans le domaine de la médecine préventive qui devront être financées grâce à la contribution générale prélevée sous forme de pourcents de salaire. Chacun aura droit à des examens médicaux préventifs. On se soucie dès lors de dépister et de traiter à temps certaines maladies graves.

Grâce au système du contre-projet il sera pour la première fois vraiment possible de penser à la garantie effective de mesures de médecine préventive -- y compris en matière de soins dentaires. Ce n'est qu'en allégeant le fardeau des médecins, du personnel soignant, de l'infrastructure médicale et des caisses-maladie occupés par des cas sans importance que l'on pourra engager suffisamment de forces de travail, d'installations et de crédits nécessaires à ce genre de prestations.

Objection: dans l'IPS, tous les soins dentaires sont inclus alors qu'avec le contre-projet il faudra encore ajouter ce genre de dépenses

Le contre-projet garantit le remboursement des dépenses pour certaines prestations de soins dentaires. Il est exact qu'il ne met pas à la disposition du public gratuitement l'ensemble de ces soins. Il y a à cela un motif bien simple: il n'y a pas un secteur comme celui de la santé de la denture où l'individu porte autant et dans la plupart des cas une responsabilité si décisive quant à sa santé hygiène dentaire, habitudes alimentaires, sucreries, etc., voilà autant de facteurs qui déterminent de façon prépondérante si un individu doit avoir recours aux services du dentiste dès son plus jeune âge ou seulement bien plus tard, et cela que les dommages soient minimes ou majeurs. Instituer des prestations anonymes dans ce domaine serait offrir une prime à ceux qui font preuve de négligence et d'imprévoyance vis-à-vis de la santé de leurs dents. Quant à ceux qui en supporteraient les frais, ce ne seraient pas les responsables puisqu'ils ne seraient pas grevés financièrement mais bien tous ceux qui, conscients de leur responsabilité, prennent soin de leurs dents.

Seule une assurance facultative financée par des cotisations et qui fait appel à une participation aux frais appropriée en cas de traitement peut nous sortir de ce dilemme. Quant aux mesures de prophylaxie dentaire et notamment aux interventions chirurgicales sur le maxillaire, elles seront également prises en charge par l'assurance-maladie selon ce qu'a prévu le contre-projet.

En outre, en cas d'adoption du contre-projet, les caisses-maladie seront obligées d'introduire une assurance des frais de soins dentaires: elle devra couvrir les frais pour les traitements non opératoires et pour les prothèses.

La différence entre l'initiative et le contre-projet ne réside donc pas dans l'étendue des futures prestations mais dans le mode de financement et d'assurance. Le contre-projet entend privilégier le comportement responsable de l'individu en matière d'hygiène dentaire. Le contre-projet ne veut pas, à l'instar de l'IPS, préconiser une assurance casco total gratuite pour couvrir sans aucune discrimination les frais dentaires occasionnés très souvent par la négligence personnelle. (Imaginons un instant quel serait le comportement des usagers de la route si une assurance casco total faussement gratuite existait pour ceux qui ne s'en font pas, ce serait tous les jours fête alors que ceux qui auraient un comportement responsable n'auraient qu'à payer !)

On peut donc à bon droit renoncer à ces frais supplémentaires dans notre exemple chiffré. Ce qui est nécessaire du point de vue d'une politique de santé est réalisable avec le contre-projet et est donc déjà pris en considération dans le calcul. Tout le surplus peut être assuré sur une base facultative et ne constitue dès lors pas, même pour le père de famille de deux enfants (qui bénéficient d'ailleurs de toute façon des prestations du dentiste scolaire) une charge insupportable s'il adopte au cours de sa vie un comportement responsable.

Le contre-projet ne serait pas à même d'apporter assez de moyens financiers pour l'extension de l'assurance-maladie: il aurait fixé la contribution générale à 3%. Les coûts de la santé augmenteraient plus rapidement que le renchérissement général, si bien que l'argent ne tarderait pas à manquer !

Dans ce domaine, l'Alliance qui préconisait 30-50% des frais totaux ne serait justement pas parvenue à faire triompher ses vues

C'est un fait que les frais de santé, depuis des années, accusent une augmentation de 4 à 7% plus forte que le renchérissement général.

C'est la raison pour laquelle l'Alliance avait proposé que le montant de la contribution générale à percevoir selon les règles de l'AVS soit fixé dans la Constitution fédérale en proportion de la masse totale des dépenses de l'assurance-maladie. Il aurait été ainsi plus aisé de procéder aux nécessaires adaptations dans l'hypothèse et aussi longtemps que dans un avenir proche l'explosion des frais n'aurait pas pu être maîtrisée.

On opposa à cette manière de voir - non sans quelque pertinence - les arguments suivants.

- la "dynamisation" des pourcents de salaire selon le degré de l'explosion des frais (surtout dans le secteur hospitalier) rendrait absolument impossible toute tentative de juguler ce phénomène: la perception de la contribution rapporterait

automatiquement davantage de moyens financiers que l'on se mettrait ensuite à dépenser sans aucune retenue.

Les pourcents de l'activité lucrative ont donc été fixés à 3% au maximum.

- Cela permet de lancer ainsi un signal d'alarme à l'adresse des cantons et de la Confédération :
- Grâce à cette formule rigide, les cantons rencontreront moins facilement de succès dans leurs tentatives éventuelles de décharger par trop "généreusement" leurs budgets fiscaux pour les hôpitaux sur le dos de l'assurance-maladie (en édictant des tarifs hospitaliers plus élevés).
- De son côté, la Confédération est mise en face de l'avertissement permanent de ne pas céder à la tentation, d'une part, de "geler" les subventions qu'elle alloue à l'assurance-maladie (jusqu'ici de 20% des dépenses totales) et qui devraient être utilisées à équilibrer les charges des familles ou même, d'autre part, de descendre en dessous du taux de 20% elle entraînerait alors nécessairement une révision constitutionnelle tendant à augmenter les pourcents de salaire en faveur de l'assurance-maladie. A cet égard, on peut se demander si le pourcent fixe n'est peut-être pas l'expression de la mauvaise conscience qui a quand même empêché les parlementaires de bien dormir lorsqu'il était question, de façon bien inconséquente, de ne financer l'assurance-maladie que d'une seule et unique manière.

Il faut par ailleurs observer en même temps deux choses :

- Les 3% de la contribution générale sur les salaires prévus dans la constitution couvriraient, s'ils étaient entièrement utilisés, 45 à 50% des dépenses totales de l'assurance-maladie en 1976.

- Tout porte à croire qu'il n'y aura pas besoin d'épuiser ces 3% de salaire pour réaménager en 1976 une assurance-maladie aux prestations appropriées.

Pour autant que le contre-projet soit adopté en votation populaire, l'Alliance sera encore une fois en mesure de développer et de mener à chef des mesures efficaces de frein aux dépenses.

L'explosion des frais dans le domaine de la santé publique ne pourra jamais être vraiment maîtrisée sans le concours des caisses-maladie, des médecins et des dentistes - les charges à couvrir entraîneraient à la longue une progression galopante des pourcents de salaire que l'IPS pas plus que le contre-projet, à cause de la résistance dans la population, ne serait à même de suivre !

Il est donc primordial, puisque l'avenir en dépend, que le modèle de l'Alliance puisse triompher par l'intermédiaire du contre-projet.

Le PSS n'aurait pas pu retirer son initiative en raison des pourcents de salaire trop bas prévus par le contre-projet

S'il y a un mensonge, c'est bien cette affirmation qui n'est qu'une simple échappatoire aux entières responsabilités que l'on doit assumer pour les risques de la votation populaire du 8 décembre 1974 !

- Dès le début des débats parlementaires sur l'initiative et le contre-projet ce n'est pas du tout cette proportion de la contribution générale qui tenait tant à coeur au PSS !
- Dans une sorte de "pont jeté vers une entente", le PSS a fait déposer une proposition au Conseil des Etats qui se serait accommodée d'un pourcent de salaire bien inférieur à 3%, pour autant que l'on eût accepté l'obligation générale d'assurance, c'est-à-dire la contrainte imposée par la constitution de faire entrer tout le monde dans une caisse-maladie !

Texte de la proposition Weber

"L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle est financée par les contributions des assurés, de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de la maladie doit être exigée des assurés. Il est perçu une cotisation générale selon les règles de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité qui doit être utilisée en faveur de toute la population, en particulier pour réduire le prix des traitements hospitaliers,

Texte de la proposition Weber au Conseil des Etats

elle ne doit pas, pour les salariés, dépasser 2% du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés."

A supposer que cette proposition ait été adoptée, l'initiative du PSS et de l'USS aurait donc dû logiquement être retirée, ce qui aurait compromis financièrement pour longtemps un nouveau régime moderne de l'assurance-maladie.

- Ainsi que le fait ressortir notamment la proposition Ueber, ce n'est pas tant la recherche d'une assise financière solide pour l'assurance-maladie qui tient à coeur aux partisans de l'initiative lorsqu'ils s'opposent au contre-projet. Il en va bien plutôt d'une question de haute idéologie érigée en "principe", il en va de la vache sacrée de l'assurance-maladie obligatoire qui a été réintroduite à hue et à dia dans notre époque, tirée qu'elle fut du programme de politique sociale des années trente. (On sait pourtant que les vaches sacrées ne nourrissent pas leur homme, mais qu'elles sont au contraire nourries par lui et que, dans le meilleur des cas, elles le laissent se sanctifier en jeûnant.)
- Il en va donc en définitive de cette question: doit-on faire prévaloir pour tous les habitants de notre pays, qu'ils soient riches ou pauvres, l'adhésion obligatoire dans une caisse-maladie, avec toutes les conséquences indésirables que cela suppose ?

Ou ne doit-on pas plutôt laisser notre système de caisses-maladie ouvert librement à tout le monde, sans bureaucratie ni contrainte, grâce à une contribution générale de solidarité obligatoire ?

I. Obligation d'assurance

1.1 Sans obligation, il y a des complications: les réserves

Seuls sont assurés "avec réserve" ceux qui ont attendu des dizaines d'années pour s'affilier à une caisse-maladie et qui ne se décident à le faire qu'une fois malades, parce qu'ils seraient heureux de profiter des avantages d'une caisse-maladie. Cette catégorie de citoyens "sociaux", qui ne songent à la solidarité que lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose, courent effectivement le risque que les caisses-maladie les acceptent, mais uniquement sous réserve de ne pas avoir à répondre des frais occasionnés par les embarras de santé dont ces personnes sont affectées au moment de leur entrée dans la caisse.

- La "réserve" constitue en pareil cas une protection des assurés qui ont fait preuve, jour après jour et des années durant, de responsabilité et d'esprit solidaire contre une exploitation antisociale de leur esprit mutualiste par des égoïstes, des originaux, des cinquièmes roues de char, des "jaunes" ou toutes autres épithètes dont on affuble cette catégorie de personnes.

- Aujourd'hui déjà, les personnes assurées avec une réserve ne sont pas défavorisées ad eternum. la réserve tombe en effet automatiquement après au maximum 5 ans d'affiliation à une caisse-maladie.
- Le modèle de l'Alliance prévoit en outre, avec l'aide du contre-projet, d'inscrire encore par la suite dans la loi que toute personne non encore affiliée auprès d'une caisse-maladie puisse s'assurer sans aucune réserve dans un délai d'un an suivant l'entrée en vigueur de la loi.
- A signaler en outre que l'assurance-indemnité journalière des travailleurs ne comportera aucune réserve selon le contre-projet.

1.2 Une complication demeure. on aura encore toujours des "réserves"

Il faut partir du fait qu'après l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMA (Loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents) tous les assurés "avec réserve", ainsi que toutes les personnes qui n'avaient pu être admises dans une caisse parce qu'elles avaient dépassé l'âge limite et qui n'y songeaient même plus, pourront être admises sans aucun préjudice dans une caisse-maladie. Si cette solution est retenue, plus personne ne devrait craindre que le mal dont il souffre pourrait être frappé d'une "réserve".

On peut en outre tabler sur le fait -- ressortant de la statistique - que pratiquement tous les nouveau-nés sont annoncés à l'assurance par leurs parents dès leur naissance et que les caisses-maladie les acceptent sans aucune "réserve".

Au nombre des gens qui pourraient avoir à redouter encore à l'avenir l'une ou l'autre réserve, on compte:

- Les Suisses de l'étranger qui reviennent au pays âgés et/ou malades.

L'Alliance a prévu pour ces compatriotes une solution évitant d'injustes rigueurs.

-- Les personnes dépourvues du sens des responsabilités, les asociaux, les égoïstes, les bagarreurs et les irréductibles qui, même après l'introduction du nouveau régime de l'assurance-maladie, se moqueront de ceux qui prendront les mesures de prévoyance indiquées.

Selon l'avis de l'Alliance, il n'y a aucune raison de se mettre en quatre lorsque ces gens sont frappés par la dureté du sort. c'est alors vraiment à l'"Assistance" de s'en occuper. Il ne saurait en tout cas s'agir, pour les beaux yeux de ces gens, d'imposer contrainte et bureaucratie à l'assurance-maladie sociale ou même de la ravalier au niveau d'une institution charitable.

-- (à dire dans les réunions organisées par le PSS ou des syndicats: L'Alliance préconise à l'égard de ces gens d'adopter un même comportement que celui que les syndicalistes organisés manifestent depuis des années, et avec raison, aux "jaunes".)

1.3 Complication: et que faites-vous des vieux qui ne peuvent plus s'assurer en raison de la limite d'âge ?

Il convient de rappeler en principe ici ce qui a été exposé sous chiffre 1.1 ci-dessus.

- L'Alliance, en harmonie avec toutes les autorités et les commissions parlementaires, soutient ici la solution qui, dans le Modèle de Flims déjà, avait réuni tous les suffrages: dans le délai d'une année à compter de l'entrée en vigueur de la loi, toute personne qui n'aurait pas pu s'assurer jusque-là pourra s'affilier à une caisse-maladie.

1.4 Complication: dans quelques années, il y aura de nouveau des personnes âgées non assurées

Il convient de rappeler en principe ici ce qui a été exposé sous chiffre 1.2 ci-dessus.

1.5 Complication: le système de financement de l'IPS serait plus simple

- Il n'est pas dit que ce qui est le plus simple (en apparence) soit en même temps ce qu'il y a de mieux et de plus indiqué !

- Le financement apparemment "plus simple" conduit aux solutions socialement injustes du "système de l'arrosoir" et compromet le comportement social et responsable (cf comparaisons des modèles). Il coiffe riches et pauvres d'un même chapeau.
Plus que la simplicité, la justice sociale exige un système de financement et des solutions équilibrés. Le modèle de l'Alliance respecte ce postulat.
- La solution de financement "simple" réduit la transparence et la vue d'ensemble des dépenses. L'argent entre et sort de façon anonyme. La conscience des coûts en sort affaiblie.
- La solution "simple" n'amène pas une répartition socialement équilibrée des charges des familles.
- Enfin, la formule de financement préconisée par l'IPS est vague et équivoque (cf. p. 27).

1.6 Complication:
l'IPS rend caduc
le problème de
l'assurance gros
risques que le
contre-projet ne
supprime pas non
plus

- Le modèle de l'Alliance, qui a servi d'assise au contre-projet, garantit l'unité de l'assurance-maladie: il n'y aura donc pas un appareil anonyme et centralisé chargé d'assurer les gros risques et une assurance décentralisée et affaiblie pour les traitements ambulatoires. Les deux risques -- les maladies graves et les maladies justiciables d'un traitement ambulatoire -- seront assurés par une seule et même caisse-maladie, apte à octroyer de généreuses prestations, cette caisse-maladie sera en outre libre, ouverte et transparente pour tout le monde.

- On ne doit toutefois pas non plus perdre de vue dans ce contexte que, sous l'angle des conséquences financières, il y a certaines différences notables entre les "cas bénins" et les maladies graves qui justifient une répartition différente des charges. Il est donc assez évident d'affecter les moyens recueillis par la contribution générale sur le revenu de l'activité lucrative en priorité pour les "gros risques". Ceci profite d'ailleurs à tout le monde, car les assureurs, grâce aux contributions qui leur seront ainsi versées pour abaisser les prix, pourront garantir à chacun les frais de traitement de telles maladies, ainsi que le contre-projet le prévoit pour ce qui concerne les frais hospitaliers.

- En soutenant cette solution, le contre-projet contribue à ne pas privilégier les traitements hospitaliers, tout en rendant socialement supportables les dépenses plus considérables qu'ils occasionnent. Les caisses-maladie sont de la sorte mises en état de rembourser aussi à l'avenir la totalité des traitements hospitaliers sans avoir à augmenter massivement les cotisations individuelles.

1.7 L'IPS comprend une complète extension des prestations - traitements dentaires y compris

Voir à ce sujet les pages 42 et 43

1.8 Dès lors que 92% de la population sont déjà affiliés à l'heure actuelle à une caisse-maladie (demain ce sera 98%) pourquoi pas tout de suite les 100% ?

- Comme la statistique l'établit, une obligation d'assurance n'est pas du tout nécessaire. 92% de la population sont assurés auprès des caisses-maladie sociales, 3% le sont à titre privé et 3% pourront vraisemblablement entrer dans une caisse-maladie grâce aux dispositions transitoires pour les personnes âgées qui déploieront leurs effets après l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMA.

On aurait ainsi en tout 98% de la population qui seraient assurés sans obligation fédérale. Sur les 2% restants, la moitié se trouve dans une situation financière qui (du moins le croit-elle) ne lui fait pas apparaître l'affiliation à une institution d'assurance comme nécessaire. Reste l'autre 1% dont nous avons déjà parlé précédemment. on ne doit pas, pour les beaux yeux de ces citoyens, détruire le caractère mutualiste de nos caisses-maladie en instituant une obligation fédérale impliquant contrainte et bureaucratie et les transformer en simples bureaux chargés d'exécuter les tâches d'une institution d'assurance obligatoire.

- Une personne qui est devenue membre sous l'effet de la contrainte ne peut être mise sur le même pied qu'une personne qui est devenue membre d'une communauté par une prise de conscience intelligente de ses responsabilités. Nos syndicats eux-mêmes se sont montrés jusqu'ici opposés au système du "closed shop", c'est-à-dire contre l'organisation obligatoire des travailleurs réticents à toute organisation de la même façon que ces derniers ne se signalent pas par leur esprit de camaraderie et de collégialité, les assurés par contrainte ne se font pas non plus remarquer par l'engagement et le souci qu'ils témoignent à la vie et aux succès de leur caisse-maladie.
- Celui qui se décide librement se comporte comme quelqu'un conscient de ses responsabilités personnelles, alors que celui qui est contraint se laisse "assister" !

- L'obligation d'assurance suscite des "ayants droit aux prestations" qui ne se sentent pas responsables et qui revendiqueront d'autant plus de prestations que forte aura été la contrainte exercée pour les faire entrer dans une caisse-maladie. La "surconsommation médicale" est ainsi à nouveau relancée, ce qui est très discutable du point de vue de la politique de la santé.

- Enfin, on peut carrément retourner la question: si aujourd'hui 92% de la population, 98% demain, sont assurés auprès d'une caisse-maladie sur une base facultative, pourquoi donc encore exercer une contrainte sur les 2% restants (dont le nombre ne cesse de décroître) ? !

27 juin 1974

Dispositions constitutionnelles en vigueur

Article 34bis

¹ La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes.

² Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens.

Article 34quinquies, 4e alinéa

⁴ La Confédération instituera, par la voie législative, l'assurance-maternité. Elle pourra déclarer l'affiliation obligatoire en général ou pour certains groupes de la population et astreindre à verser des contributions même des personnes non qualifiées pour bénéficier des prestations de l'assurance. Elle peut faire dépendre ses prestations financières d'une participation équitable des cantons.

Initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie

L'article 34bis et l'article 34quinquies, 4e alinéa de la Constitution fédérale sont remplacés par les dispositions suivantes:

Article 34bis (nouveau)

¹ La Confédération institue par voie législative, en tenant compte des caisses-maladie existantes, l'assurance en cas de maladie et de maternité, ainsi que l'assurance en cas d'accidents.

² L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris les soins dentaires, est obligatoire. Dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères et non assurés au sens du 4e alinéa, d'hospitalisation et de maternité, elle couvre, en application des principes définis par la loi, la totalité des frais.

³ L'assurance de la perte de gain est obligatoire au moins dans les cas prévus au 2e alinéa. Ses prestations s'élèvent à 80 pour cent au moins du revenu réalisé précédemment; pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, elles sont au moins égales aux indemnités journalières de l'assurance en cas d'invalidité. Le plafond du revenu assurable est fixé par la loi.

⁴ L'assurance en cas d'accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut étendre l'obligation à d'autres catégories de personnes.

⁵ Les prestations prévues aux alinéas 2 et 3 sont financées par des contributions de la Confédération, des cantons et des assurés. Pour les personnes exerçant une activité lucrative et pour leurs familles, la cotisation est fixée en pour cent du revenu du travail. L'employeur prend à sa charge la moitié au moins de la cotisation des travailleurs.

⁶ La Confédération et les institutions d'assurance encouragent toutes mesures utiles à la prévention des maladies et des accidents.

⁷ La Confédération coordonne l'organisation de ces assurances avec les autres branches des assurances sociales.

⁸ Le surplus est réglé par la loi.

Contre-projet de l'Assemblée fédérale

¹ La Confédération règle par voie législative l'assurance sociale en cas de maladie et d'accident. Elle tient compte des institutions d'assurance existantes et sauvegarde en principe la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, la liberté de traitement de ces personnes ainsi que la protection qu'offrent les tarifs pour les assurés.

² L'assurance-maladie garantit des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et des prestations en espèces en cas

- de maladie, y compris certaines affections dentaires,
- de maternité ainsi que
- d'accident, s'il n'y a pas d'autre assurance.

³ L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est, en outre, perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui doit être utilisée en faveur de toute la population, pour réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, et pour financer des prestations en cas de maternité et des mesures de médecine préventive; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder trois pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour des catégories déterminées de la population.

⁴ L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés.

⁵ L'assurance-accidents est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance contre les accidents professionnels est à la charge de l'employeur.

⁶ La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique, encourage une planification hospitalière sur le plan national et peut édicter des prescriptions sur la formation professionnelle du personnel soignant et du personnel paramédical. Elle soutient les efforts, en particulier ceux des cantons, tendant à garantir des services médicaux suffisants, y compris les soins à domicile, pour l'ensemble de la population et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

Idées directrices du projet de l'Alliance

But de la revision

- L'assurance-maladie doit être mise à même de satisfaire aux exigences actuelles du point de vue des soins comme du point de vue financier.
- Elle doit continuer à assurer à la population tout entière des soins médicaux et hospitaliers de qualité.
- La revision de l'assurance-maladie doit tendre à freiner efficacement l'explosion des frais dans le domaine de la santé.

Système pondéré

- Unité de l'assurance-maladie maintenue, c'est-à-dire renonciation à toute disjonction de l'assurance en un organisme centralisé, chargé de couvrir les gros risques, et en une assurance "résiduelle" décentralisée et facultative.
- Ressources supplémentaires fournies à l'assurance-maladie dans son ensemble par des cotisations obligatoires. (Système permettant ainsi de renoncer à toute adhésion obligatoire)

Eu égard à la densité d'assurance de 90% existant aujourd'hui, une assurance obligatoire sur le plan fédéral ne s'impose nullement. Il appartient aux cantons, selon leurs besoins, de décider de l'introduction d'une obligation d'assurance. Si, d'autre part, l'assurance-maladie entend continuer à satisfaire à ses obligations, elle doit se procurer des ressources supplémentaires. Dans la situation actuelle, celles-ci ne sauraient être fournies que par une extension de la solidarité. Jusqu'à maintenant, il n'existait que la solidarité entre les assurés malades et les assurés bien portants. La solidarité étendue conduit au prélèvement, à la charge de la collectivité tout entière, de cotisations proportionnelles au revenu, et à l'introduction d'impôts spécifiques grevant les biens de consommation dangereux pour la santé.

Conception de base

- Les ressources supplémentaires fournies par les cotisations obligatoires ne doivent pas être disproportionnées par rapport au montant des cotisations individuelles et des subsides fédéraux, ces derniers ne devant pas dépasser le cinquième des dépenses globales.

- Les dispositions légales devront régler l'utilisation des susdites ressources supplémentaires de manière que celles-ci ne détruisent pas le système décentralisé actuel qui garantit un contrôle efficace des fonds utilisés. Du fait que les ressources en question passent par les caisses-maladie, on évite ainsi la création d'une caisse fédérale centralisée.
- Il appartiendra aux dispositions légales d'exécution de fixer dans quelle mesure, à qui et comment ces fonds seront versés et utilisés.
- Les ressources fournies par les cotisations obligatoires constituent un complément qui ne saurait remplacer les cotisations individuelles, adaptées au risque, et dont la charge ne devrait pas peser outre mesure sur les travailleurs et les employeurs, c'est-à-dire sur l'économie de notre pays.
- Il serait indiqué de fixer dans la Constitution le pourcentage des différentes ressources fournies à l'assurance. Le groupe de travail ne fait pas de propositions à cet égard, cette question étant, en définitive, du domaine politique.

Les représentants des caisses-maladie estiment nécessaires les pourcentages suivants (calculés par rapport aux dépenses globales):

Cotisations individuelles 30%, ressources fournies par les cotisations obligatoires 50%, subsides fédéraux 20%.

Quant aux porte-parole du corps médical, ils considèrent comme indiqués les pourcentages ci-après:

Cotisations individuelles 40 à 50%, ressources fournies par les cotisations obligatoires 30 à 40%, subsides fédéraux 20%.

Caractéristiques du projet soumis

Contrairement au contre-projet établi par le Conseil fédéral, le présent projet ne retient pas l'idée d'une assurance gros risque. Il est très difficile de définir ce qu'est le gros risque. Quelle que soit la définition choisie, ce genre d'assurance conduit à une certaine irresponsabilité de la part des bénéficiaires; une assurance qui prend en quelque sorte gratuitement à sa charge les frais élevés tend inévitablement à un accroissement des dépenses.

En revanche, le présent projet s'inspire des mêmes considérations que le Conseil fédéral en ce qui concerne la nécessité de freiner la consommation médicale et le recours au médecin pour des bagatelles qui grèvent inutilement l'assurance.

Dans l'idée des promoteurs du présent projet, la structure future de l'assurance devra tenir compte des moyens de prévoyance de l'individu et de la collectivité comme des besoins de chacun en cas de maladie. Chacun doit être libre, moyennant versement de cotisations individuelles différenciées, de choisir le moment à partir duquel seront allouées les prestations d'assurance. La franchise, par assuré (adulte) et par an, pourrait par exemple être fixée à 100 fr., 200 fr. ou 400 fr. Il appartient à la Confédération et aux cantons de veiller à ce que les personnes à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions acceptables.

L'Alliance s'est prononcée en faveur du maintien, dans leur forme actuelle, du droit médical et de la protection tarifaire des assurés.