

COMITE D'ACTION "Oui à une meilleure assurance maladie et maternité"

Case postale 4084, 3001 Berne, 031 24.11.15

LAMA / LAMM

GUIDE POUR ORATEURS/DEBATERS

Les méandres de la révision de l'assurance-maladie

- mars 1964                      Adoption d'une révision globale de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) par les Chambres fédérales. Amélioration des prestations, aménagement social des conditions d'admission et des cotisations, hausse simultanée des subsides fédéraux pour compenser les obligations sociales, fixation des subsides fédéraux en pour-cent des coûts. Réduction de la quote-part à 10 pour cent, introduction d'une franchise, refonte du droit médical (assuré débiteur des honoraires, abandon partiel de l'obligation de pratiquer selon le tarif pour les médecins dans un régime sans convention ou en cas d'indépendance des caisses). Le Concordat ne lance pas le référendum, pas d'unanimité pour cette décision.
- 1er janvier 1966              La nouvelle loi entre en vigueur au terme d'une période d'adaptation pour les caisses.
- février 1969                      Le DFI crée une commission d'experts pour une refonte de l'assurance-maladie. Au bout de trois ans elle dépose son rapport en février 1972. Elle propose une subdivision de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques: une assurance d'hospitalisation financée en pour-cent du salaire et une assurance pour les autres frais selon le système facultatif en vigueur (modèle de Flims). L'assurance des soins médico-pharmaceutiques doit être obligatoire pour les

travailleurs. Les caisses-maladie doivent être tenues de pratiquer une assurance pour soins dentaires, les dentistes étant obligés de pratiquer selon le tarif.

Le Concordat s'oppose, pour des raisons de politique sanitaire et économique, à l'idée de privilégier le traitement hospitalier. Il dépose une proposition minoritaire soutenue par la suite dans une pétition contresignée par quelques centaines de milliers de personnes.

Le "modèle de Flims" suscite une large opposition en procédure de consultation.

mars 1973

Devant l'initiative populaire du PS pour une assurance-maladie financée entièrement en prélèvements sur le salaire et les critiques formulées contre le "modèle de Flims", le Conseil fédéral propose aux Chambres d'opposer à l'initiative socialiste un contre-projet d'article constitutionnel sous forme d'assurance dite "gros risques" financée en pourcentages des salaires. Les médecins et les caisses-maladie se mettent d'accord pour proposer une solution de rechange: maintien d'une assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et financement partiel de cette assurance en pour-cent du salaire. Le Conseil des Etats et le Conseil national se rallient à cette proposition conjointe des médecins et des caisses-maladie, si bien que le Conseil fédéral renonce à son projet d'assurance "gros risques".

décembre 1974

L'initiative populaire et le contre-projet sont rejetés en votation populaire. Un des points très contestés - dans les milieux des caisses-maladie aussi -

était le prélèvement en pourcentage des salaires pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

Vu la situation précaire des finances fédérales, le Parlement décide, en recourant au droit d'urgence, d'abaisser les subsides fédéraux, ce qui affecte aussi les caisses-maladie.

Les cantons compensent la diminution des subsides de la Confédération en relevant les taxes hospitalières, une méthode qui se renforcera sans cesse au fil des années.

mars 1975

En réponse à des interventions parlementaires, le Conseil fédéral se dit prêt à mettre en route une révision de l'assurance-maladie au niveau législatif.

mai 1976

Une nouvelle commission d'experts entame ses travaux sur une révision de l'assurance-maladie. Elle propose une amélioration plus modeste des prestations, une assurance obligatoire pour l'indemnité journalière et le remplacement de subsides fédéraux par un pour cent du salaire, qui devrait aussi servir à réduire les cotisations.

Le rapport de la commission d'experts ne parvient pas non plus à susciter un consensus sur la révision de l'assurance-maladie.

mai 1977

Croyant que l'assurance-maladie va être édiflée sur un financement plus solide dans un délai utile, le Concordat accepte le gel des subsides fédéraux au niveau de 1976 prévu par une révision de la LAMA.

novembre 1978

L'avant-projet du DFI abandonne le financement en pourcentage des salaires dans l'assurance des soins

médicaux et pharmaceutiques. Les subsides fédéraux doivent être affectés en faveur des familles, il ne doivent cependant pas dépasser le montant en vigueur et doivent être fixés par le Parlement en dehors de toute possibilité de référendum. Les travailleurs ont toujours l'obligation de s'assurer pour l'indemnité journalière. Les mesures prévues pour endiguer les coûts sont modestes. Dans le secteur hospitalier, on stimule encore davantage la prolifération des coûts, en ce sens que les cantons peuvent exiger des caisses-maladie des taxes allant jusqu'à 100 pour cent des frais d'exploitation. Une quote-part majorée à 20 pour cent doit remplacer la quote-part et la franchise.

août 1981

Le message du Conseil fédéral correspond dans l'ensemble à l'avant-projet, mais il prévoit désormais que dans le cadre de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons ceux-ci devront prendre en charge la moitié des subsides fédéraux versés à l'assurance-maladie à titre de contrepartie pour les allègements dont ils bénéficient au chapitre de l'AVS.

novembre 1982

Le DFI crée une Conférence nationale en matière de santé publique groupant tous ceux qui oeuvrent dans le système sanitaire. Elle propose notamment l'introduction d'une franchise annuelle et la limitation des taxes hospitalières en division commune à 60 pour cent au plus des frais d'exploitation de cette division. Le Conseil fédéral se contente de prendre connaissance de ces propositions et les transmet sans commentaire à la commission du Conseil national.

1982 à mars 1987

Délibérations du Conseil national et du Conseil des

Etats sur la révision partielle de l'assurance-maladie. Certains parlementaires reprennent les propositions de la Conférence nationale en matière de santé publique et réussissent en partie à les imposer. Les débats aboutissent à ne traiter que les points sur lesquels un consensus est réalisable, l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière étant ramenée à une allocation de maternité pour toutes les femmes financée par le système des allocations pour perte de gain des militaires. La révision englobe malgré tout 38 articles concernant l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, deux articles du CO et une modification de la loi sur les APG.

Comme l'initiative populaire des caisses-maladie pour une assurance-maladie financièrement supportable a été déposée dans l'intervalle, il s'ensuit que la lutte contre l'explosion des coûts prend plus d'importance dans la révision et que l'article sur le subventionnement, qui était jusqu'alors inacceptable pour les caisses-maladie, est finalement modifié.

juillet 1987

Le Comité directeur du Concordat prend la décision de soutenir la loi soumise au suffrage universel le 6 décembre 1987 et combattue par l'Union suisse des arts et métiers, un petit groupe de médecins et les organisations patronales.

29.9.1987

SK/FT/aj