

Case postale 4084, 3001 Berne, 031 24.11.15

LAMA / LAMM

Guide pour orateurs / debaters

A. La révision de la loi sur l'assurance-maladie est-elle nécessaire ?

1. Cotisation des assurés

Depuis plus de 20 ans, les cotisations grimpent deux fois plus vite que le renchérissement. Pour de larges couches de la population, les cotisations aux caisses-maladie ne sont pas fixées de manière à couvrir les coûts, mais elles sont tout de même un fardeau trop lourd pour bien des assurés à ressources modestes. Dans une série de cantons et de communes, les cotisations de ces assurés-là sont réduites par des contributions publiques. Il faut une loi fédérale pour étendre ce principe à tous les cantons. La nouvelle loi sur l'assurance-maladie oblige les cantons à allouer des subsides destinés à réduire les cotisations des assurés à ressources modestes.

Subside ou prélèvements en pour-cent du salaire ?

Les cotisations en pour-cent du salaire sont une forme sociale de financement à cause de leur effet redistributeur. Elles conviennent bien aux assurances obligatoires comme l'AVS, l'AI, l'assurance-accidents et l'allocation de maternité. Dans ces cas-là, on sait d'avance quand l'assuré peut bénéficier de prestations. En revanche, dans l'assurance-maladie, la décision personnelle joue un rôle très important. Comme les déductions du salaire représentent de petites sommes pour les uns et des montants pour les autres, personne n'a

finalement plus de raisons de se restreindre et de ne pas se faire soigner.

La révision de l'assurance-maladie tient compte de ce phénomène. Les prélèvements obligatoires en pour-cent du salaire ne sont prévus que pour financer l'allocation de maternité. Pour ce qui est des cotisations à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, il incombe aux gouvernements des cantons d'accorder des réductions où c'est nécessaire. Ce système a fait ses preuves en matière de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.

2. Maternité

Frais médicaux

La grossesse et la naissance entraînent des frais pour le médecin, les médicaments, l'hospitalisation, les examens de contrôle, éventuellement la sage-femme, etc. Ces frais sont couverts aujourd'hui déjà par l'assurance de base pour soins médico-pharmaceutiques. Ces dernières années, le nombre de mères qui accouchent à la maison ou ne font qu'un très bref séjour à l'hôpital a fortement augmenté. Dans ces cas, la mère et l'enfant ont besoin de soins particuliers à domicile. La nouvelle loi tient compte de cette évolution et prévoit une contribution aux frais.

Femmes non assurées

Il arrive aujourd'hui encore que des femmes se trouvent dans une situation très précaire parce qu'elles n'ont pas fait assurer les frais d'accouchement auprès d'une caisse-maladie. La nouvelle loi comble cette lacune. Les femmes qui ne sont pas assurées et dont le revenu n'atteint pas un montant fixé par le Conseil fédéral ont le droit de demander la prise en charge des frais d'accouchement moyennant une taxe. Elle touchent les quatre cinquièmes des prestations qui

sont dues aux femmes assurées auprès d'une caisse-maladie. Conçu à l'intention des femmes appartenant à des groupes sociaux marginaux, ce soutien est possible grâce à la nouvelle loi, parce que la Confédération rembourse aux caisses-maladie les prestations qu'elles allouent à ces femmes ainsi qu'à toutes celles qui sont assurées.

Indemnité journalière

Dans les débats sur la révision, on a cherché longtemps un moyen qui permettrait aux femmes actives de rester assez longtemps à la maison en cas de maternité sans avoir à subir de pertes de salaire.

Il n'était politiquement pas possible de choisir la solution du régime obligatoire de l'assurance d'une indemnité journalière. Du reste le financement par l'entreprise qui était prévu pour cette indemnité de maternité aurait été défavorable pour les femmes.

Carences actuelles

On ne pouvait d'autre part laisser les choses en l'état. Les femmes qui sont aujourd'hui assurées individuellement ou par le canal d'une entreprise pour l'indemnité journalière la reçoivent en cas de maternité pendant dix semaines, période qui est manifestement trop courte pour assurer le développement harmonieux de la mère et de l'enfant et qui est bien moins longue que les normes en vigueur dans le reste de l'Europe. Certaines conventions collectives de travail prévoient une durée plus longue pour le versement de l'indemnité journalière de maternité, mais seule une partie des femmes sont soumises à de telles conventions.

Pour de nombreuses femmes actives, il n'existe aucune assurance pour indemnité journalière, si

bien que l'employeur ne doit leur verser le salaire que pour une durée très courte en cas de maternité. Les assurances d'une indemnité journalière conclues auprès des compagnies privées excluent parfois l'indemnité en cas de maternité.

La protection contre le licenciement en cas de grossesse est elle-même insuffisante.

En fin de compte, le Parlement fédéral a adopté une solution qui prévoit que l'indemnité de maternité est versée non seulement aux femmes actives, mais aussi à celles qui n'exercent pas d'activité lucrative. Ces allocations sont financées par un supplément aux cotisations AVS comme dans le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile.

Pourquoi vote-t-on sur un seul objet contenant à la fois l'allocation de maternité et l'assurance-maladie ?

Si la modification de la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain et l'extension de la protection contre les résiliations à toute la durée de la grossesse sont contenues dans le même "paquet" que l'assurance-maladie et n'en peuvent être retirées, cela s'explique par le déroulement des délibérations parlementaires et l'intention de départ qui était de régler toute la problématique de la maternité par le biais de l'assurance-maladie.

3. Evolution des coûts de la santé

Offre surabondante de prestations médicales / Frein aux coûts insuffisant

L'évolution des coûts fournit une autre raison importante justifiant la révision de la loi en vigueur sur l'assurance-maladie. Cette évolution n'est certainement pas due seulement au vieillissement démographique et à la détérioration des conditions de vie. Dans l'augmentation disproportionnée des dépenses des caisses-maladie, les

facteurs suivants jouent aussi un rôle: offre surabondante de prestations médicales de toute sorte, offre surabondante de lits d'hôpitaux coûteux et d'appareils médico-techniques, faiblesse des moyens d'action des caisses-maladie, manque d'intérêt des malades pour des soins médicaux meilleur marché. Pour changer tout cela, il faut de nouvelles bases légales. Celles-ci sont en partie créées par la loi révisée.

4. Lacunes dans les prestations

Traitement
hospitalier

La limitation à 720 jours dans une période de 900 jours des prestations à charge des caisses-maladie a pu conduire dans certains cas à des situations intolérables, en particulier quand il fallait verser des prestations hospitalières pour des séjours en home médicalisé de sorte que le patient en cause n'avait plus droit à des prestations lors d'un séjour ultérieur dans un hôpital de soins aigus. Une délimitation de validité générale entre homes de soins et hôpitaux, de même que l'obligation faite à toutes les caisses-maladie de verser leurs prestations sans limite de durée en cas d'hospitalisation, ne peuvent être instituées que par une modification de la loi. La révision contient ces postulats.

Soins à domicile

On entend souvent dire qu'une organisation efficace des soins à domicile ne peut devenir réalité que si ce sont les caisses-maladie, et non les cantons et les communes, qui paient davantage. La nouvelle loi sur l'assurance-maladie tient compte de ce point de vue. On ignore pour le moment quelles seront les répercussions de ces nouvelles prestations obligatoires sur les soins à domicile d'une part, sur les cotisations aux caisses-maladie d'autre part.

Homes de soins

La dernière révision de la loi remonte à 1964. Depuis lors le nombre des homes de soins et des patients qui y séjournent a très considérablement augmenté; les frais journaliers dans un home de soins ont augmenté tout autant. La loi en vigueur ne contient pas de réglementation uniforme concernant les prestations des caisses-maladie en cas de séjour dans un home de soins. La nouvelle loi comble cette lacune. En cas de séjour dans un home de soins, tous les frais médicaux doivent être pris en charge par la caisse-maladie sans limite de durée, alors que seuls les revenus des pensionnaires (rentes, etc.) et éventuellement des contributions des cantons et des communes doivent être utilisés pour couvrir les frais de pension.

Examens préventifs

Depuis la dernière révision de la loi, la médecine préventive a pris beaucoup d'importance. Les caisses-maladie ont suivi cette évolution sur des bases bénévoles. La présente révision stipule que sont obligatoirement à charge de chaque caisse les prestations pour certains examens préventifs. Les vaccinations devront à l'avenir être aussi payées dans certains cas particuliers.

Réadaptation médicale

De nouvelles formes de traitement se sont imposées pour suivre les victimes d'un infarctus ou les patients qui ont subi une opération orthopédique, etc. Les prestations légales à charge des caisses-maladie doivent donc être adaptées. Mais pour les cures de convalescence ordinaires, il n'y a toujours pas de prise en charge obligatoire au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

5. Subventions de la Confédération

But des subsides
fédéraux

La loi sur l'assurance-maladie impose aux caisses-maladie toute une série d'obligations de nature socio-politique. Ces hypothèques font que certains groupes d'assurés paient de fortes contributions de solidarité par le biais de leurs cotisations. Pour éviter le dépassement de ce qui est supportable, la Confédération participe aux coûts des obligations sociales. La majeure partie de ces subsides fédéraux sert à compenser les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes.

Gel au niveau de 1976

Dans le sillage des mesures d'économie prises par la Confédération, les subsides fédéraux versés aux caisses-maladie ont été gelés il y a dix ans au niveau de 1976. Depuis cette date, toutes les hausses de coûts relatives aux obligations sociales ont dû être financées par les cotisations des assurés. Une modification de la loi est nécessaire si l'on veut que ces subsides fédéraux soient de nouveau liés à l'évolution des coûts. La nouvelle loi fait donc de nouveau obligation à la Confédération de tenir compte de l'évolution des coûts dans la fixation de ses subsides. En outre les subsides fédéraux en faveur des familles et pour faciliter la répartition des charges sont répartis autrement, ce qui a nécessité aussi une modification de la loi.

B. Arguments contre le texte de la loi révisée ?

Le texte est
inintelligible

Près de 40 articles sont nouveaux ou ont été modifiés. Le projet constitue bel et bien un rapiéçage peu clair. Il n'a cependant pas été possible, faute de consensus politique, de se lancer dans une révision totale. Et même ce bric-à-brac a demandé des années et des années de

discussions et il a été adopté après de vifs affrontements politiques.

Si ce rapiéçage n'est pas accepté en votation populaire le 6 décembre, il s'écoulera des années avant qu'un nouveau projet voie le jour. Quant à savoir s'il sera meilleur que le précédent, on peut se le demander. Le texte soumis au corps électoral est peu clair et peu compréhensible: on ne sait pas si une disposition est totalement nouvelle ou a été simplement modifiée. On ne voit pas non plus quelles sont les dispositions qui restent en vigueur.

Le frein aux coûts
freine à peine

Les délibérations ont montré à l'évidence qu'il y a trop de milieux qui ont intérêt à ce que les coûts de la santé ne diminuent pas ou qu'ils progressent au moins dans la même mesure que le coût de la vie. Le projet contient malgré tout une série de mesures propres à endiguer les coûts des soins médicaux et pharmaceutiques. On ne peut pas gager à priori que ces mesures n'aient pas d'effet. L'efficacité de la loi révisée ne pourra être appréciée qu'au bout de quelques années après son entrée en vigueur.

Les cotisations
augmenteront forte-
ment

Le texte prévoit une extension des prestations. Elle n'est pas gratuite. On estimait jusqu'ici que cet élargissement correspondait aux besoins de la population. Tous les désirs - loin s'en faut - n'ont pas été pris en compte.

La hausse de la par-
ticipation aux frais
est antisociale

Tous les partis politiques, hormis les organisations progressistes (POCH) et le parti du travail (PdT), ont entériné la hausse de la participation personnelle de 10 à 20 pour cent et l'introduction généralisée de la franchise annuelle.

L'instauration d'un montant maximal annuel de la quote-part permet de ne pas charger au-delà du supportable les assurés gravement ou durablement atteints dans leur santé.

La liberté de traitement des médecins est en péril

Le texte de loi prévoit différentes mesures pour améliorer le contrôle du caractère économique et de la qualité des traitements. Les médecins qui soignent bien leurs patients et à ces coûts raisonnables n'ont rien à craindre de la loi, au contraire. La Fédération des médecins suisses estime que la loi révisée constitue l'une des dernières chances de bénéficier d'un système dans lequel le médecin suisse pourra exercer son art dans des conditions ne pouvant que susciter l'envie de ses confrères européens (F.-X. Deschenaux, secrétaire général de la FMH, dans le "Bulletin des médecins suisses, no 35, p. 1540).

L'allocation de maternité va trop loin

L'allongement du congé-maternité est nécessaire pour des raisons que relèvent de la santé et de la politique sociale. L'octroi d'un revenu de remplacement en cas de maternité devrait aller de soi dans un pays qui n'est pas exactement pauvre. Mais ce n'est pas encore le cas pour toutes les femmes, d'où la nécessité de la nouvelle allocation de maternité intégrée au régime des APG. Laissons de côté la question de savoir si une allocation pour toutes femmes qui n'exercent pas d'activité lucrative est d'une urgente nécessité. De toute façon il n'est permis de prendre prétexte de cette "allocation pour femmes au foyer" pour faire capoter l'allocation de maternité qui est absolument indispensable pour les femmes actives. En cas de rejet de la révision, la protection contre les licenciements en cas de maternité ne serait pas non plus renforcée. En outre tous ceux qui sont assujettis à l'AVS paient des cotisations à cette assurance-maternité; il ne serait pas conforme à notre conception des assurances sociales

de prévoir des exceptions dans l'octroi de prestations.

Et si l'allocation pour femmes au foyer devrait réellement s'avérer un fardeau trop lourd à porter pour les assurés et les employeurs qui paient les cotisations, il serait toujours temps de soumettre la loi sur le régime des APG à une nouvelle révision. Cependant, à l'heure qu'il est et dans les prochaines décennies, nous avons toutes les raisons d'encourager la natalité par des contributions qui soient utiles. Ces derniers dix ans, le nombre des centenaires a triplé; le nombre de naissances pour 1000 femmes est en régression constante. Il ne suffit déjà plus pour assurer à long terme la reproduction de la population.

C. Pourquoi les caisses-maladie approuvent-elles la loi ?

Le texte de loi ne satisfait pas totalement les caisses-maladie, ni pour ce qui est de l'endiguement des coûts ni pour ce qui est du financement. Mais il contient des améliorations dans ces deux domaines qui n'auraient pu être obtenues sans révision de la loi. Surtout, le rejet de la loi signifierait que l'allocation de maternité est renvoyée dans les limbes. La loi sur l'assurance-maladie doit être acceptée,

- pour que les femmes enceintes n'aient plus à craindre pour leur emploi
- pour que la naissance d'un enfant ne puisse plus plonger une seule famille ou une seule femme dans des difficultés financières inextricables
- pour que notre pays ne soit pas peuplé de toujours plus de personnes âgées.

D. Les exigences contenues dans l'initiative populaire des caisses-maladie sont-elles satisfaites ?

L'initiative populaire des caisses-maladie, déposée en mars 1986 et munie d'un nombre record de signatures - 400'000 -, va nettement plus loin que la loi révisée en ce qui concerne les mesures de modération des dépenses et le financement. Cette initiative constitutionnelle, qui a déjà influencé les délibérations sur la révision dans un sens favorable pour les assurés, est naturellement maintenue. Les objectifs qu'elle poursuit doivent être atteints à moyen et à long terme pour que notre système sanitaire continue d'être finançable. La LAMM peut être considérée comme un petit pas dans la bonne direction.

E. Points nouveaux de la loi révisée

1. Cotisations

1.1 Assurés à ressources modestes

Dans l'ensemble de la Suisse, les assurés vivant des conditions modestes vont à l'avenir recevoir des subsides cantonaux destinés à abaisser leurs cotisations aux caisses-maladie. Ce système fonctionne déjà dans certains cantons, mais pas dans tous, il s'en faut de beaucoup.

La limite de revenu donnant droit à ces subsides peut être fixée - sauf exceptions - par les cantons eux-mêmes. Le montant de la réduction est également déterminé par les cantons.

1.2 Cas de rigueur

Tous les cantons sont tenus de prendre en charge les cotisations et la participation aux frais des assurés qui seraient en proie à de graves difficultés s'ils devaient les payer eux-mêmes. Le non-paiement des cotisations et de la participation aux frais

peut aboutir à la suspension des prestations d'assurance et même à la perte de la qualité de membre d'une caisse-maladie. Cela ne devrait plus se produire à l'avenir, puisque le canton doit, lorsque c'est justifié, prendre en charge ce qui est dû. Le détail sera réglé par la législation cantonale.

1.3 Enfants

Aujourd'hui déjà la Confédération alloue aux caisses-maladie un subside par enfant assuré. Ce subside sert à réduire les cotisations des enfants et il est généralement augmenté par les caisses-maladie qui recourent pour ce faire aux moyens financiers provenant de l'assurance des adultes. La nouvelle loi relève le subside fédéral par enfant de 14 francs environ par année, ce qui le portera à 72 francs environ par année.

Aujourd'hui déjà, la majorité des caisses-maladie ne prélèvent plus de cotisations pour l'assurance du troisième enfant et des suivants. Les cotisations manquantes sont financées par l'assurance des adultes. A l'avenir, la Confédération remboursera aux caisses-maladie l'intégralité des cotisations du troisième enfant et des suivants. Sont aussi considérés comme "enfants" exonérés du paiement des cotisations les jeunes de moins de 25 ans qui sont en formation. De ce fait, les caisses-maladie devront moins puiser dans l'assurance des adultes. Désormais l'exonération des cotisations à partir du troisième enfant devra être demandée au moyen d'une formule officielle.

1.4 Femmes et personnes âgées

Les cotisations des femmes ne peuvent toujours dépasser celles des hommes de plus de 10 pour cent, bien que la Confédération compense dans une moindre mesure que jusqu'ici le surcoût de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques des femmes.

L'article constitutionnel sur l'égalité des droits n'a rien à voir avec la disparité des cotisations entre sexes dans l'assurance-maladie ni dans l'assurance-accidents obligatoire. Dans cette dernière, les cotisations des hommes sont plus élevées. C'est l'inverse dans l'assurance-maladie. Quand l'article constitutionnel a été adopté, on a voté sur l'égalité des droits, mais pas sur d'éventuelles contributions de solidarité à payer par un sexe en faveur de l'autre.

Les assurés d'un certain âge qui sont entrés dans une caisse-maladie durant leur jeunesse demeurent des privilégiés quant aux cotisations. A huitante ans il ne paient pas davantage de cotisations qu'un assuré de trente ans, s'il ont adhéré à la caisse-maladie à cet âge-là, et ce bien que les dépenses de l'assurance en leur faveur soient quatre ou cinq fois plus élevées. Les tentatives visant à abolir ce privilège sous le fallacieux prétexte d'augmenter la concurrence ont fait long feu.

2. Prestations

2.1 Traitement hospitalier

Jusqu'à présent le traitement hospitalier devait être payé pendant deux ans dans une période de 900 jours. Cette limite de durée disparaît dans la nouvelle loi (de nombreuses caisses-maladie allouent déjà des prestations d'hospitalisation sans limite de durée). Un montant fixe par journée d'hospitalisation va à la charge du patient. Mais ce montant peut être couvert par une assurance complémentaire. Il est fixé uniformément pour toute la Suisse et représente à peu près ce que le malade hospitalisé devrait déboursier à la maison pour sa subsistance.

L'épuisement du droit aux prestations, redouté des personnes âgées et infirmes, ne sera dorénavant plus possible. Les assurés arrivés en bout de droits dans

le secteur hospitalier peuvent demander qu'après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi des prestations hospitalières leur soient à nouveau versées.

2.2 Homes médicalisés et institutions pour malade de longue durée

Les personnes âgées et malades chroniques qui ont besoin de soins et sortent dans un home auront droit pour une durée illimitée au paiement de tous les frais médicaux (médecin, thérapies, médicaments, soins donnés par l'infirmière). Le reste des frais de séjour dans le home devra toutefois être financé via les rentes et autres ressources du pensionnaire et du home.

Les soins aux personnes âgées soulèvent, dans tous les pays occidentaux, des problèmes personnels et financiers difficilement solubles. La pleine couverture des frais de soins en homes par l'assurance-maladie n'est pas possible pour des raisons de cotisations et elle n'est pas nécessaire étant donné l'existence des rentes et prestations complémentaires. Il faut attendre que la réglementation adoptée soit appliquée avant de juger si elle est satisfaisante pour tous ceux qui sont concernés. Elle paraît en tout cas équilibrée dans le contexte actuel.

2.3 Soins à domicile

Les prestations des caisses-maladie en matière de soins extra-hospitaliers doivent être améliorées. De nombreuses organisations de soins à domicile et tout autant d'hommes politiques sont d'avis que les soins à domicile ne peuvent avoir d'efficacité que s'ils sont financés principalement par les cotisations aux caisses-maladie, et non - comme c'est le cas aujourd'hui - par des subventions communales, des contributions versées par des associations et une participation financière payée par les bénéficiaires. C'est pourquoi la loi étend la prise en charge des caisses-maladie aux soins administrés au domicile du patient sur prescription d'un médecin.

On verra quelles sont les répercussions de cette extension des prestations sur l'organisation des soins à domicile et les cotisations aux caisses-maladie. L'engagement d'une aide ménagère pour cause de maladie ne peut toujours pas être financée par l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, mais chaque ménage doit pouvoir s'assurer pour une indemnité journalière.

2.4 Réadaptation médicale

La prise en charge obligatoire de la postcure dans une clinique spécialisée doit être définie avec plus de précision qu'actuellement. Ces postcures sont essentielles afin que les malades qui relèvent d'une opération orthopédique, d'un accident ou d'un infarctus guérissent dans les meilleures conditions. Les formes de postcures mises au point ces dernières années doivent par conséquent être intégrées dans les prestations allouées par l'assurance-maladie. Néanmoins, les séjours qui n'impliquent pas de postcures spécifiques resteront hors du champ des prestations obligatoires de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques. Les caisses-maladie demeurent libres de prévoir dans leurs statuts d'éventuelles contributions aux cures de repos.

2.5 Examens préven- tifs et vacci- nations

La plupart des caisses-maladie accordent déjà des contributions pour certains examens de dépistage du cancer chez les femmes. Désormais toutes les caisses-maladie seront obligées de payer les examens préventifs que le Conseil fédéral devra désigner. Contrairement à une opinion fort répandue, les examens préventifs sérieux et réalisables à des prix supportables ne sont pas en très grand nombre. Une bonne partie des examens préventifs effectués actuellement devrait déjà être payée par les caisses-maladie au titre des "traitements médicaux".

Au chapitre des vaccinations, les caisses-maladie seront tenues à prestations quand il s'agira pré-

venir certaines maladies pouvant affecter des personnes particulièrement menacées (vaccination antirabique des garde-chasses p.ex.), pour autant que ces vaccinations ne soient pas prises en charge par les cantons. Les campagnes de vaccination à grande échelle restent du domaine des cantons dans le cadre de la loi sur les épidémies.

2.6 Moyens et appareils

La prise en charge des moyens et appareils nécessaires au traitement, qui n'est pour le moment réglementée que très partiellement, doit être redéfinie. Cela concerne principalement les appareils du type des attelles, cathéters, etc. Dans ce domaine aussi le Conseil fédéral devra arrêter le détail.

2.7 Lésions dentaires

Contrairement aux intentions premières du Conseil fédéral, il n'a pas été possible d'inclure dans la loi une assurance pour soins dentaires avec obligation pour les dentistes de pratiquer selon le tarif. Mais lorsqu'un traitement dentaire est nécessaire par suite d'un accident et qu'aucune autre assurance n'est tenue à prestations, ce sont les caisses-maladie qui devront prendre en charge les frais. Les dentistes seront alors tenus de pratiquer selon le tarif.

La prise en charge obligatoire sera aussi réglementée avec davantage de clarté dans les cas où une maladie ou un traitement curatif (rayons, p.ex.) aboutit à des lésions dentaires. Il s'agit là de cas isolés, mais qui entraînent des dépenses élevées.

3. Combien coûte l'extension des prestations ?

Selon les estimations de l'Office fédéral des assurances sociales, l'extension des prestations devrait représenter une hausse de 5 pour cent au moins des dépenses actuelles de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Il n'est pas possible de faire des prévisions plus précises, car on ne peut dire à l'avance dans quelle mesure les soins à domicile seront sollicités ni quelles seront les conséquences de la refonte des prestations des caisses-maladie en cas de séjour dans un home médicalisé.

4. Frais aux coûts

4.1 Médecins

Facturation:

Les médecins sont tenus de par la loi d'indiquer dans les notes d'honoraires adressées aux assurés ou à leur caisse-maladie tous les détails de telle sorte que la facture puisse non seulement être vérifiée en fonction des positions du tarif mais aussi quant à son équité économique. Même si la facture doit être payée directement par la caisse-maladie, un décompte doit être remis au malade à des fins d'information et de contrôle. Ce décompte doit être rédigé de manière intelligible pour le profane et contenir toutes les indications nécessaires. Le patient doit être en mesure de contrôler la facture et de se faire une idée des coûts du traitement suivi.

Personnel qualifié

A l'avenir les médecins seront eux aussi soumis à l'obligation de n'engager que du personnel diplômé pour les traitements qui sont effectués par des employés dans le cabinet médical. Il en va de même des analyses de laboratoire faite dans le cabinet de consultation. Ce système améliore la qualité des traitements, alors qu'il réduit d'autre part l'attrait financier qui découle de l'utilisation du maximum de personnel.

Contrôle de qualité des analyses

Le traitement des malades dépend toujours davantage des résultats des examens de laboratoire. Le Conseil fédéral se voit confier par conséquent la compétence de soumettre à un contrôle scientifique systématique les analyses faites par les médecins, les laboratoires et les pharmacies. Les malades en retirent davantage de sécurité, et cela fait baisser les frais payés en analyses ratées et en traitements erronés.

Médecins-conseils

Toutes les caisses-maladie sont tenues d'instituer un service de médecin-conseil. Ce service est chargé notamment de vérifier si les traitements sont économiques. Tous les agents de la santé qui traitent des malades ont l'obligation de donner aux médecins-conseils les indications nécessaires. Cela semble aller de soi aux yeux de la majorité des médecins et des patients, mais il a fallu l'ancrer dans la loi en raison de certaines expériences négatives faites par le passé. Il a aussi fallu faire figurer dans la loi un point sur le statut des médecins-conseils.

Suppression du monopole des conventions

Actuellement, si les médecins et les caisses-maladie d'un canton sont liés par une convention, il est interdit de convenir de tarifs plus avantageux avec certains groupes de médecins. La nouvelle loi casse ce monopole. S'il existe une convention à laquelle peuvent adhérer tous les médecins, il est parfaitement possible de conclure avec des groupes de médecins une réglementation tarifaire plus avantageuse pour les patients. Une certaine concurrence peut ainsi jouer quant à la qualité des traitements et à leur aspect économique, qu'on ne trouve pas aujourd'hui. Ce système facilite aussi la création de "caisses de santé" (HMO), dans lesquelles le médecin a un intérêt matériel immédiat à la qualité des traitements, mais aussi au caractère économique de ceux-ci.

Technicité médicale A l'avenir le Conseil fédéral pourra fixer des taux indicatifs pour les prestations à caractère technique requérant l'usage d'appareils. Est-ce là un moyen efficace d'endiguer les coûts ? La question est controversée.

Planification conforme aux besoins Les installations médico-techniques coûteuses sont trop abondantes dans notre pays, ce qui fait que les équipements onéreux sont utilisés à la charge des caisses-maladie plus souvent que ce ne serait nécessaire du point de vue médical. C'est pourquoi à l'avenir les cantons devront pouvoir se prononcer, à l'aide d'une planification globale, sur l'admission de nouveaux appareils de la technologie de pointe, et ce également dans le secteur médical privé et dans les hôpitaux privés. Les caisses-maladie ne devront pas prendre en charge les traitements effectués au moyen des appareils non autorisés.

4.2 Hôpitaux

Facturation

Aux termes de la nouvelle loi, les hôpitaux publics ne pourront plus facturer - après une certaine période transitoire - que 60 pour cent au plus des frais d'exploitation par patient dans la division commune. Les cantons doivent financer 40 pour cent au moins et tous les frais de construction et d'installation. Les frais de recherche et de formation ne vont pas non plus à la charge des caisses-maladie et des malades.

Cette réglementation donne l'assurance que les cantons veilleront au caractère économique de la gestion des hôpitaux. Par ailleurs l'engagement de deniers publics pour le traitement hospitalier renforce l'aspect social du système sanitaire.

Un forfait calculé par jour ou par patient peut être porté en compte pour chaque patient de la division commune. Des prestations spéciales peuvent

également être facturées, mais l'addition des forfaits et des frais correspondant à celles-ci ne peut dépasser le 60 pour cent des frais d'exploitation de la division commune. Le forfait inclut un forfait de pension. Ce dernier est à la charge du malade s'il n'est pas couvert par une assurance complémentaire.

Grâce à la nouvelle réglementation, les taxes hospitalières vont se stabiliser approximativement au même niveau dans l'ensemble de la Suisse. Evidemment avec des écarts dus aux différentes catégories d'hôpitaux, 60 pour cent des frais d'exploitation d'un hôpital universitaire représentent en francs et centimes plus que 60 pour cent des frais d'exploitation d'un hôpital à la campagne.

La barre des 60 pour cent est actuellement nettement dépassée en Suisse romande et au Tessin surtout, de sorte que dans ces régions les taxes ne pourront plus être majorées ces prochaines années. Dans plusieurs cantons suisses alémaniques, une hausse des taxes sera possible jusqu'à atteindre la limite légale. Au préalable, il faudra du reste établir des comptes séparés pour les frais de la division commune, ce qu'aucun hôpital ou presque n'est en mesure de faire actuellement. Aujourd'hui, si les taxes hospitalières des caisses-maladie ne couvrent dans un canton que 40 pour cent de l'ensemble des frais d'exploitation, il est fort possible qu'en cas de calcul séparé des frais de la division commune on s'aperçoive que ces taxes couvrent déjà 60 pour cent des frais d'exploitation de cette division.

Dans l'éventail des prestations de l'assurance-maladie, le secteur hospitalier enregistre et de loin les taux de croissance les plus élevés. Cette évolution est due sans doute en partie au progrès de la médecine et au vieillissement de la population. Mais

les cantons ont leur part de responsabilités: ces 15 dernières années, ils ont compensé la diminution des recettes provenant de la Confédération en majorant les taxes hospitalières des caisses-maladie. L'explosion des coûts tient enfin aussi au perfectionnisme et à l'idéologie du prestige à l'honneur dans le choix des installations techniques.

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie fournit d'assez bons instruments pour maîtriser l'évolution des coûts hospitaliers et pour essayer de faire respecter le principe du traitement économique dans le secteur où ils sont les plus coûteux.

Les statistiques supplémentaires sur les coûts du fonctionnement de l'hôpital doivent rendre ceux-ci transparents et comparables. En même temps la nouvelle loi permet de fixer les forfaits de telle manière que la direction des hôpitaux ne puisse plus avoir intérêt à garder les malades plus longtemps que c'est nécessaire sur le plan médical.

Cliniques privées

Ceux qui se font soigner dans un hôpital privé devront toujours contracter une assurance complémentaire, car l'assurance de base ne leur versera que ce que la caisse-maladie devrait leur payer dans un hôpital public.

Comparaison des frais d'exploitation

Dorénavant, les hôpitaux devront tenir une statistique de leurs frais et prestations établie selon une méthode uniforme, et accorder aux gouvernements cantonaux et aux caisses-maladie le droit de consulter ces pièces. Les hôpitaux des différentes catégories deviennent ainsi comparables et ces comparaisons permettent de tirer des conclusions quant à la gestion. Il va sans dire que ces conclusions auront des conséquences sur les négociations tarifaires.

4.3 Médicaments

Homéopathie

Les médicaments de la médecine non officielle n'ont pas figuré jusqu'à présent dans la liste des médicaments à payer par les caisses-maladie parce qu'ils ne pouvaient remplir les conditions de la reconnaissance scientifique. Dorénavant l'inscription dans la liste des médicaments ne dépendra plus de la "reconnaissance scientifique", mais l'efficacité du médicament devra être prouvée par des méthodes scientifiques. Ce critère d'admission indépendant de la médecine officielle ouvre la voie à l'admission de médicaments homéopathiques et de la naturopathie. Il va de soi que le prix de ces médicaments doit être tel que leur utilisation respecte le degré du traitement économique. Cette ouverture est parfaitement souhaitable, car les patients et les médecins qui tiennent compte des méthodes de traitement alternatives sont en nombre croissant.

Médicaments ne figurant pas dans la liste des prestations obligatoires

Pour les médicaments qui ne sont pas dans la liste des médicaments que les caisses-maladie doivent prendre en charge à titre de prestations obligatoires, les prestations ne pourront atteindre que 50 pour cent au plus du prix de vente. Il paraît peu raisonnable d'établir à grands frais une liste des médicaments efficaces et avantageux si c'est pour allouer simultanément les mêmes prestations pour des médicaments qui n'y figurent pas, ne répondent à aucun besoin et/ ou sont d'un prix non équitable. La limitation à 50 pour cent est donc judicieuse et elle devrait avoir un effet sur les habitudes de prescription des médicaments.

Il arrive aussi que soient prescrits par le médecin des produits dont le lien avec le traitement de la maladie est très ténu, comme par exemple des vins fortifiants ou des "pillules". Désormais la loi interdira aux caisses-maladie de verser la moindre prestation.

La réglementation des 50 pour cent et la liste des préparations totalement exclues de la prise en charge créent une situation claire et uniforme pour toute la Suisse en matière de prise en charge des médicaments par les caisses-maladie.

Il est toutefois peu vraisemblable que les dépenses pour les médicaments vont pour autant diminuer. Des quantités impressionnantes de médicaments continueront du reste d'être prescrites dont seule une petite partie est absorbée par les patients.

4.4 Participation aux frais

Lors des délibérations sur la LAMM, la hausse de la participation aux frais a été décidée sans opposition ou presque. On espère qu'elle va tempérer le recours aux prestations médicales et accroître l'intérêt des patients pour un traitement efficace et avantageux. La hausse de la participation devrait aussi avoir indirectement un effet sur les médecins, les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les hôpitaux.

Franchise annuelle pour tous les assurés

La franchise annuelle, introduite déjà par certaines caisses-maladie, va être obligatoire pour toutes les caisses-maladie et pour tous les assurés. Il appartient au Conseil fédéral de fixer le montant que chaque assuré doit supporter par année sur ses frais de traitement. Il est vraisemblable que l'actuelle franchise annuelle de 100 francs sera maintenue. Comme tous les frais de traitement entrent en ligne de compte, frais de médicaments compris, et non

seulement les frais facturés par le médecin, le montant de la franchise devrait vite être atteint.

Quote-part de 20
pour cent

Dorénavant ce ne seront plus 10 pour cent mais 20 pour cent qui iront à la charge du malade sur les frais de traitement dépassant la franchise annuelle. Afin que les charges financières ne soient pas trop élevées, le Conseil fédéral doit fixer une participation aux frais maximale (franchise plus quote-part) par année. Ce plafond devrait osciller autour de 500 francs.

Participation aux
frais pour enfant

Actuellement les caisses-maladie ne calculent qu'une quote-part de dix pour cent pour le traitement des enfants. Si la hausse de la participation aux frais est censée encourager la responsabilité personnelle au niveau du portemonnaie et modérer la demande de traitements médicaux, cela concerne aussi les parents. C'est pourquoi les Chambres fédérales ont prévu dans la nouvelle loi une franchise annuelle pour le traitement des enfants et la quote-part relevée de 10 à 20 pour cent.

Mais la participation pour les enfants est notablement plus basse que pour les adultes, et ce pour des raisons de politique sociale et sanitaire. Le montant de la franchise annuelle est réduit de moitié pour les enfants et s'élève donc à 50 francs. Le montant total à payer annuellement par un assuré (franchise annuelle plus quote-part) est aussi réduit de moitié pour les enfants et devrait donc atteindre 250 francs par an. En outre, pour les enfants d'une famille assurés auprès de la même caisse, la participation totale aux frais ne peut excéder la participation maximale fixée pour un adulte (500 francs par année). Enfin, dans les situations difficiles, les cantons doivent aussi prendre à leur charge, en tout ou partie, la participation aux frais des enfants.

5. Subsides fédéraux pour l'assurance-maladie: affectation précise

Pourquoi des subsides?

5.1 Compensation des charges

Par ses dispositions sur les cotisations et sur l'affiliation, la loi sur l'assurance-maladie favorise considérablement les assurés en mauvaise santé, les femmes et les personnes âgées au sein des caisses. Les charges qui en découlent doivent être supportées par le reste des assurés. Mais l'affiliation à une caisse-maladie est facultative. Il peut donc arriver que ceux qui doivent payer des contributions de solidarité dans une caisse-maladie vont s'assurer ailleurs contre la maladie. Afin que la solidarité voulue par le législateur au sein de nos caisses-maladie soit préservée, la Confédération participe depuis toujours au financement de ces charges. Aux termes de la nouvelle loi, elle doit allouer aux caisses-maladie:

- des subsides pour compenser partiellement les frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés qu'occasionnent les femmes. Ce genre de subsides a de tout temps existé.
- des subsides pour les frais d'assurance des personnes âgées et invalides. Ce genre de subsides remplace les subsides alloués jusqu'ici par hommes et pour les frais d'hospitalisation des invalides.

5.2 Allègement des familles

L'encouragement de la famille est heureusement l'un des principes incontestés de notre pays, cet encouragement étant généralement indépendant de la situation économique. C'est pourquoi la Confédération alloue aux caisses-maladie des subsides pour les frais d'assurance des enfants, ce qui diminue les cotisations. En comparaison de ce qui existe aujourd'hui, la nouvelle loi augmente un peu ces subsides. Ce qui est nouveau, c'est que la Confédération verse intégralement aux caisses-maladie

les cotisations que le troisième enfant d'une famille et les suivants sont dispensés de payer. Les jeunes de moins de 25 ans qui sont en formation sont considérés comme enfants. Les exonérations qui étaient déjà accordées par les caisses-maladie ne doivent donc plus être financées par les cotisations des adultes.

5.3 Maternité

Depuis des dizaines d'années, les caisses-maladie ont le devoir de verser des prestations pour soins et en espèces, à condition qu'elles soient couvertes, en cas de maternité (celle-ci n'étant pas une maladie !). Actuellement la Confédération alloue aux caisses-maladie des subsides aux frais de la maternité. Selon la nouvelle loi, elle doit leur rembourser intégralement les frais de soins et les indemnités versés en cas de maternité. Par contre le subside pour compenser les frais plus élevés occasionnés par les femmes sera moins élevé que jusqu'à présent. Grâce à la prise en charge intégrale des frais de maternité par la Confédération, les femmes vivant dans des conditions modestes qui ne sont pas assurées auprès d'une caisse-maladie pourront elles aussi avoir droit aux prestations d'une caisse-maladie, à hauteur des quatre cinquièmes de celles dues aux femmes assurées.

De cette façon, la Confédération remplit l'obligation constitutionnelle qui lui est faite d'instituer une assurance générale en cas de maternité en liaison avec les soins médicaux et pharmaceutiques par le biais de l'assurance-maladie.

5.4 Subsides fédéraux aux cantons

Les actuels subsides supplémentaires de montagne sont supprimés. Pour les remplacer, la Confédération entend verser une contribution aux cantons de montagne à faible capacité financière pour les aider à financer la réduction des cotisations.

5.5 Indemnités
annuelles

Comme actuellement, les cabinets médicaux des régions de montagne qui sont cofinancés par les collectivités publiques et les caisses touchent un subside fédéral. Ces dépenses sont mineures.

Montant des subsides
fédéraux

Les dépenses totales de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques devraient se monter en 1987 à 7 milliards de francs environ, sans compter les frais administratifs et l'augmentation des réserves. Cette même année, la Confédération versera aux caisses-maladie 930 millions de francs en vertu de la loi en vigueur. Les subsides fédéraux permettent ainsi de financer 13 pour cent environ des frais de soins. Cette part fédérale doit plutôt diminuer sous le régime de la nouvelle loi, bien que les subsides fédéraux atteignent près de 1000 millions pour 1989 et un plus de 1000 millions pour 1990 du fait de l'entrée en vigueur de la loi au 1er janvier 1989. Pourquoi ? Parce que les dépenses croissent également et que l'amélioration des prestations entraîne des dépenses supplémentaires.

Par rapport à la situation actuelle - gel des subsides au niveau de 1976 et hausse du montant global seulement en fonction des modifications du nombre d'assurés -, la nouvelle réglementation a au moins l'avantage qu'une partie des subsides fédéraux (exonération des enfants et prestations de maternité) suit l'évolution des coûts avec un an de retard. Pour les autres subsides fédéraux, le parlement fédéral peut fixer les montants globaux mais il doit tenir compte de l'évolution des coûts lorsqu'il les adapte tous les trois ans. Sans cette astreinte, les caisses-maladie n'auraient pu approuver la révision.

Mais même avec cette nouvelle répartition des subsides fédéraux, les frais découlant des cotisa-

tions privilégiées payées par les assurés âgés et fidèles et les frais supplémentaires occasionnés par les femmes ne sont compensés qu'en partie. Bien que la moitié environ du subside fédéral aille à la compensation des frais médicaux et pharmaceutiques plus élevés des femmes, cela ne suffit pas pour abaisser les 10 pour cent de cotisation supplémentaire payés par les femmes. Du fait de la nouvelle réglementation, les contributions de solidarité des hommes vont plutôt augmenter légèrement.

Quant aux surcoûts des assurés âgés, ils ne seront pour ainsi dire influencés par les subsides de la Confédération, car ceux-ci prennent la place de subsides qui disparaissent. Les subsides suivants sont prévus:

- subside par femme et par année: 180 frs environ
- subside par assuré en âge AVS: 120 frs environ par an
- subside par rentier AI: 240 frs environ par an
- subside par enfant: 75 frs environ par an.

En comparaison: - En Suisse les dépenses en boissons alcooliques sont aussi élevées que pour l'assurance-maladie
- Les dépenses de la Confédération en faveur de l'assurance-maladie sont sept fois inférieures à la somme dépensée pour acheter des boissons alcooliques.

6. Participation des cantons aux subsides fédéraux

La révision aboutit-elle à des hausses d'impôts ?

Les cantons doivent prendre en charge la moitié des subsides fédéraux en faveur de l'assurance-maladie. Cela représente 500 millions de francs à trouver dans l'argent payé en impôts. Il ne faut cependant pas s'attendre à une hausse des impôts, car en même temps les cantons sont libérés de

leur obligation actuelle de cofinancer les subventions de la Confédération pour l'AVS. Si malgré tout certains cantons devaient avoir à supporter des charges supplémentaires du fait de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, ces charges supplémentaires devraient être éliminées par la péréquation financière. La participation financière des cantons aux subsides versés à l'assurance-maladie par la Confédération ne charge pas le contribuable, mais elle représente cependant un élément fiscal à ne pas sous-estimer. Un canton où les frais médicaux et pharmaceutiques par assuré sont relativement bas mais qui dépense beaucoup pour les hôpitaux, les soins extra-hospitaliers et l'abaissement des cotisations des assurés à ressources modestes, ce canton-là s'en tirera bien. Mais les contributions qu'un canton devra verser à la Confédération seront en revanche plus élevées s'il n'alloue que le minimum légal de 40 pour cent pour les frais d'hospitalisation et ne réduit les cotisations que symboliquement.

7. Allocation en cas de maternité

Qui est à l'origine de cette solution ?

Cette assurance d'une indemnité journalière a été proposée initialement par des représentants du PDC et du PRD. Les deux Chambres l'ont approuvée à la quasi unanimité. Les engagements pris au moment du rejet de l'initiative populaire pour une protection efficace de la maternité et visant à réaliser dans le cadre de la révision partielle de l'assurance-maladie l'amélioration unanimement souhaitée de la sécurité sociale en cas de maternité ont ainsi été tenus.

Mandat constitutionnel rempli

Pour remplir le mandat constitutionnel qui remonte à 1945 (art. 34quinquies), il ne suffit pas seulement d'inclure les soins médicaux nécessaires en cas de grossesse et d'accouchement dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et l'indemnité journalière de maternité dans l'assurance facultative d'une indemnité journalière. Dans le but de garantir une couverture minimale aux familles et à toutes les femmes qui exercent une activité lucrative avant et après la naissance d'un enfant, il faut élargir la protection légale contre le licenciement et mettre sur pied une assurance obligatoire - financée selon le principe de la solidarité - couvrant les dépenses supplémentaires et la perte de gain pendant une période assez longue. L'extension des prestations médicales et pharmaceutiques des caisses-maladie, l'amélioration de la protection contre les licenciements en cas de maternité, et la création de l'allocation de maternité forment un ensemble de mesure qui permet de dire que le mandat constitutionnel est rempli. C'est pourquoi on s'apprête à voter sur l'ensemble de ces mesures qui touchent à trois domaines législatifs mais sur un seul objet, la révision de l'assurance-maladie.

Qui est assuré ?

La loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile devient la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile ainsi qu'en cas de maternité: désormais toute femme est assurée obligatoirement pour une allocation en cas de grossesse et d'accouchement. Il faut, et c'est la condition à remplir, qu'au moment de l'accouchement elle soit domiciliée et ait sa résidence habituelle en Suisse depuis 9 mois au moins et qu'

elle soit assurée dans l'AVS. Cette restriction est nécessaire pour empêcher les abus.

Quels montants ?
Femmes actives

Pour ce qui est des femmes qui exercent une activité lucrative, l'allocation en cas de maternité est en principe réglée de la même manière que l'indemnité des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile. Est assuré le revenu soumis à l'AVS jusqu'à concurrence d'un plafond fixé actuellement à 4'200 francs par mois. Les éléments de salaire qui dépassent ce montant sont assujettis à cotisations, mais ne donnent pas droit aux prestations d'assurance. Cela ne joue pas de rôle pour les femmes, car le revenu qu'elles tirent d'une activité lucrative est en général bien inférieur à 4'000 francs par mois.

A l'instar des hommes qui font du service militaire, les femmes touchent une allocation de ménage en cas de maternité. Elle se monte à 75 pour cent du revenu tiré d'une activité lucrative, mais en aucun cas à plus de 75 pour cent de 4'200 francs par mois. Alors que les militaires peuvent toucher des allocations supplémentaires, qui portent le total à 140 francs au plus par jour ou 4'200 francs au plus par mois, l'allocation de maternité à laquelle les femmes actives ont droit pendant 16 semaines ne peut dépasser 105 francs par jour. Les femmes qui gagnent moins de 1'400 francs mensuels reçoivent dans tous les cas l'allocation minimale de 35 francs par jour.

Femmes sans activité
lucrative

Les femmes qui ne sont "que" ménagères touchent une allocation de maternité de 35 francs pendant 16 semaines, c'est-à-dire 1'000 francs environ par mois (au total donc 3'920 francs).

Le 1er janvier 1968, les allocations pour les militaires et ceux qui font de la protection civile

seront adaptées au renchérissement. Le salaire assuré se montera alors à 4'650 francs par mois. L'allocation de ménage ou l'allocation de maternité s'élèvera à 116 francs environ au plus et à 39 francs environ au moins.

Financement de
l'allocation de
maternité

L'allocation en cas de maternité est financée comme l'allocation pour service militaire et protection civile, à savoir par un supplément aux cotisations AVS. Ainsi l'ensemble de la population active participe-t-elle financièrement à la nouvelle assurance sociale. Le revenu tiré d'une activité lucrative est soumis intégralement à cotisations, tandis que les indemnités journalières ne sont versées que jusqu'à concurrence d'un revenu limité. En ce qui concerne les femmes n'exerçant pas d'activité lucrative, l'allocation n'est pas fonction du montant que le mari a versé au titre des cotisations à l'assurance-maternité générale. La femme d'un directeur reçoit la même somme que la femme d'un ouvrier, bien que le mari de la première se soit fait prélever sur son salaire dix fois le montant qui a été déduit du salaire de l'ouvrier.

Arrosoir ?

Il serait parfaitement superflu de verser une allocation de maternité à la femme d'un directeur. On distribuerait l'argent des cotisations avec un arrosoir, prétend-on. Mais le principe en honneur dans notre pays veut que tout le monde apporte sa contribution aux assurances sociales et que tout le monde ait droit aux prestations.

Cotisations

Il n'est pas permis de prélever plus de 0,4 pour cent du salaire, à payer moitié par les travailleurs et moitié par les employeurs, pour financer l'assurance-maternité. Les dépenses ont été devinées à 400 millions de francs, de sorte que durant la phase initiale tout au moins il ne faudra pas

percevoir plus de 0,3 pour cent du salaire. Pour les travailleurs, la déduction sur le salaire atteint 0,15 pour cent. Pour un salaire de 3'000 francs, cela fait 4 frs 50 par mois pour l'assurance-maternité.

Octroi des presta-
tions

Les allocations de maternité sont versées aux femmes actives de la même façon que les allocations pour perte de gain aux militaires, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'employeur ou de la caisse de compensation. Une solution simple doit être trouvée en ce qui concerne les ménagères. Elle pourrait consister à faire verser les allocations de maternité par les caisses-maladie, qui versent déjà les prestations médicales et pharmaceutiques en cas de maternité, les caisses-maladie réglant ensuite le cas avec le fonds de compensation.

30.9.1987

SK/FT/ms