

Documentation concernant notre mot d'ordre 2 x Non

Table des matières

chiffres marginaux

Objet et signification de la votation	1-2
Les précurseurs de l'assurance-maladie	3
L'article en vigueur de la Constitution fédérale	4-5
La votation de 1900	6
LAMA 1911	7-8
Développement et situation de l'assurance-maladie	9-11
Obligations cantonales	12
A propos de la situation de l'assurance-maladie	13-14
Révision	15-16
Les dépenses, actuellement et après la révision	17-18
Explosion des dépenses	19-24
Le sens de l'assurance-maladie sociale	25-27
Coup d'oeil rétrospectif sur les demandes de révision	28-33
Les modèles (avec tableau synoptique)	34-39
Principes inéluctables	40-42
Initiative	43-48
Contreprojet monstrueux	49-59
Que faut-il penser de la limitation des pour-cent	60-61
Pour-cent du salaire = corps étranger	62
Couverture des risques plutôt que financement anonyme	63
L'imposition salariale ne doit pas dépasser certaines limites	64
Provenance des pour-cent du salaire	65
Solidarité	66
Contreprojet = nouvelle explosion des frais	67
La participation selon le contreprojet: un problème non résolu	68
On parle beaucoup	69
Les milliards des mathématiciens fédéraux: mirage	70-73
Ce qu'il convient de faire (nos propositions)	74-77
Notre solution d'avenir	78-83
Péréquation sociale: Femmes et enfants	84-85
Schéma relatif à une couverture des frais dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques	86
Indemnité journalière	87
Appendice:	
Texte de l'article constitutionnel 34 <sup>bis</sup>	88
Texte de l'initiative	89
Texte du contreprojet	90
Situation financière des caisses-maladie en 1971	91
Morbidité + frais de traitement par assuré	92
Répercussions financières d'une éventuelle franchise annuelle	93
Coût de l'assurance selon les divers projets	94

### Objet et signification de la votation

(1) Le 8 décembre 1974: Votation fédérale sur une initiative du parti socialiste concernant l'assurance-maladie et accidents, et sur un contre-projet de l'Assemblée fédérale. Pour que l'un ou l'autre des projets soit accepté, il faudrait une majorité du peuple et des cantons. Tant l'initiative que le contreprojet demandent l'abrogation de l'article 34 bis de la Constitution fédérale. Les textes de l'article 34 bis, de l'initiative, du contreprojet se trouvent en appendice, chiffres 88-90.

(2) La votation ne remet pas en question l'existence de l'assurance-maladie. Le citoyen ne sera véritablement concerné que lorsque la loi (LAMA) sera révisée. Mais le mode de révision dépendra du texte de la Constitution. Dans le cas de 2 x Non, nous proposons comme mesures d'urgence une révision partielle de la loi (développement indispensable de certaines prestations) ainsi qu'une solution durable pour l'avenir. Cf. chiffres 74-87.

### Les précurseurs de l'assurance-maladie

(3) En 1560 fut crée en ville de Lucerne la "Confrérie des hommes célibataires" dont le règlement prescrivait que "chaque confrère infirme ou malade a droit à trois sous et demi lorsqu'il est dans le besoin, mais que si Dieu lui vient en aide et qu'il recouvre la santé, alors il rendra les trois sous et demi. S'il reste malade longtemps, il convient de lui prêter sur gage et s'il meurt il sera rendu avec ce qu'il laissera". Il s'agissait-là de tout autre chose que d'une assurance-maladie moderne, mais les principes de base sont tout de même remarquables: lors d'une brève maladie "l'assurance" accorde des prestations que "l'assuré" devra rembourser; mais lors d'une maladie de longue durée, le risque est plus important et il est pris en charge par la communauté.

Durant le dernier siècle, on vit se constituer du nombreuses caisses d'entraide qui n'étaient pas encore des assurances. Petit à petit, elles furent remplacées par des caisses-maladie au vrai sens du mot.

### L'article constitutionnel actuellement en vigueur

(4) C'est en 1890 que fut institué l'article constitutionnel 34 bis en vigueur. Il prévoit que la Confédération peut "instituer" l'assurance, et que la Confédération ou les cantons pourront déclarer celle-ci obligatoires.

(5) L'article constitutionnel prévoit des compétences importantes de la Confédération, mais le législateur ne dispose pas de directives concrètes. La LAMA n'épuise pas les compétences que lui accorde la Constitution.

#### L'échec de 1900

(6) En 1900 un premier projet pour une loi fédérale fut rejeté à une forte majorité. On y avait prévu une obligation pour les salariés, des cotisations fixées en pour-cent du salaire; l'exécution étant placée sous la responsabilité de caisses s'inspirant largement d'une conception étatique.

#### LAMA 1911

(7) C'est en 1912, à la suite d'une votation, que la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) de 1911, fut adoptée à une faible majorité. Cette loi est encore en vigueur actuellement, avec les révisions qui y ont été apportées durant les années soixante.

#### (8) Les principes de la LAMA

- Pas d'obligation fédérale (toute latitude étant laissée aux cantons)
- La Confédération reconnaît les caisses-maladie qui remplissent les conditions de la loi. Cette reconnaissance signifie qu'elle les encourage en versant des subsides. Dans une mesure beaucoup plus restreinte, les cantons et les communes accordent également des subsides (de leur propre chef, cela n'étant pas prévu dans la LAMA).
- Les conditions de la loi délimitent, entre autres, l'admission des assurés, leur libre passage, les principes qui doivent présider à la fixation des cotisations et des prestations des caisses.
- Prestations que les caisses doivent accorder dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques: lors de traitements ambulatoires (donc sans l'hospitalisation) couverture de tous les frais, durée illimitée. En cas de séjour hospitalier le traitement médical, les mesures prophylactiques, les analyses et médicaments sont pris intégralement en charge alors qu'un montant minimum est accordé pour les autres frais. Prestations pendant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Prescriptions spéciales pour les cas de tuberculose et pour l'assurance-maternité. - Indemnité journalière: prestation obligatoire minime.
- Protection tarifaire: conventions entre les caisses et les médecins, pharmacies, hôpitaux; prescriptions de l'Etat lorsqu'il n'existe pas de convention.

- Participation et franchise: Participation de 10 % lors des traitements ambulatoires, et franchise de fr. 20.-- ou 30.-- par cas de maladie; lorsque la participation est inférieure à la franchise, celle-ci remplace celle-là.

#### Développement et situation de l'assurance-maladie

(9) A l'origine tout le poids de l'assurance-maladie reposait sur les indemnités journalières. Il s'agissait avant tout d'accorder aux personnes malades une compensation du salaire. Mais peu à peu, on a cherché à couvrir les dépenses pour les traitements et actuellement les prestations des caisses couvrent surtout ces frais.

Lorsqu'un salarié tombe malade il a le droit, selon le Code des obligations (article 324 a) de toucher son salaire intégral pendant au moins trois semaines et après une année de travail pendant une période relativement plus longue. L'employeur peut se couvrir avec une assurance, de toutes manières il a l'obligation de donner suite à cette prescription.

(10) On peut dire que plus du 95 % de la population est assuré auprès d'une caisse-maladie; si l'on tient compte des assurances privées, ce chiffre passe à 97-98 %. Ce taux d'assurés est plus élevé que celui que l'on trouve dans certaines pays qui ont une obligation généralisée. On rencontre souvent des contrats de travail ou des règlements d'entreprises qui prescrivent l'obligation d'assurance.

Il n'y a que les 7 % de la population qui sont uniquement assurés pour une indemnité journalière. Par contre, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, avec les assurances privées couvre les neuf dixièmes de la population. Les chiffres ci-dessous concernent l'année 1971. Ils sont actuellement dépassés.

Assurances maladie	6,229 millions
Membres assurés pour les soins médico-pharmaceutiques	5,732 millions
Dépenses des Caisses en millions de francs	2.255 millions de francs

Pour 1974 les dépenses peuvent être évaluées à plus de 3000 millions de francs, dont plus de 600 sont pris en charge par la Confédération. En gros on peut dire que les assurés contribuent pour 70 % à ces recettes, la Con-

fédération et les cantons pour 20 %, le reste étant couvert par les contributions des employeurs et par les intérêts.

(11) Actuellement, il existe environ 700 Caisses-maladie reconnues.

#### Obligations cantonales

(12) La plupart des cantons ont introduit l'assurance obligatoire. En général celle-ci est partielle. Obligations cantonales: LU, FR, SO, BS, AR, AI, SG, TG, TI, VD, VS, NE, GE. Les communes ont la possibilité d'introduire des assurances obligatoires: ZH, BE, UR, SZ, SH, GR. Cinq cantons n'ont pas d'assurances obligatoires: OW, NW, GL, ZG, AG. Environ un quart de la population suisse est protégé par une assurance obligatoire.

#### A propos de la situation de l'assurance-maladie

(13) Les principes qui régissent l'organisation sont bons. Les assurances n'ont plus rien en commun avec les caisses d'entraide de jadis. Elles ne sont pas non plus un bureau d'encaissement et de paiement, mais bien plutôt des entreprises d'assurance autonome. Les assurances, les unes par rapport aux autres, se comportent comme des assurances privées concurrentielles, ce qui évidemment profite aux assurés. Presque toujours elles assurent bien au-delà de ce qui est prescrit, de plus, elles ont introduit des assurances complémentaires.

(14) Les difficultés surgissent lorsque l'on veut élargir les prestations dont le financement doit tenir compte de certaines exigences sociales. Dans ce cas, une réorganisation devient nécessaire.

#### Revision

(15) Il est nécessaire de développer les prestations suivantes:

- Couverture intégrale des frais d'hospitalisation (pour la division commune).
- Durée illimitée des prestations hospitalières.
- Prise en charge d'un certain nombre de mesures prophylactiques.
- Inclusion des prestations dentaires. L'initiative évoque d'une manière générale les "soins dentaires" alors que le contreprojet parle "d'affections dentaires".

(16) En outre, admissions rendues plus faciles, notamment pour les personnes du troisième-âge.

Les dépenses: actuellement et après la révision

(17) Les dépenses de l'assurance-maladie sociale s'élèvent actuellement à un montant qui correspond approximativement à 4 % du revenu de l'AVS. Selon le rapport des experts du défunt modèle de Flims, une révision ferait passer ce taux à plus de 7 %. Si l'on ne se réfère pas au revenu de l'AVS mais au revenu du travail et des rentes, la charge s'élèverait à 6 % (contre 4 % aujourd'hui).

(18) Il faut tenir compte du fait qu'en l'occurrence il ne s'agit pas d'une augmentation des frais de maladie mais d'une nouvelle répartition de ceux-ci. D'une part, l'assurance allègerait les assurés de certains frais qu'ils couvriraient eux-mêmes, d'autre part les déficits hospitaliers des cantons et des communes seraient réduits du fait des prestations d'assurances.

Explosion des dépenses

(19) Cependant le problème de l'explosion des dépenses subsiste. Une amélioration des prestations d'assurance serait susceptible d'encourager encore l'inflation des dépenses, étant donné que lorsqu'on dispose de plus d'argent il est plus tentant de le dépenser. Aussi souhaitable que soit le développement des prestations, il faut veiller que la diminution du coût des dépenses pour la santé ne devienne pas illusoire du fait d'un nouvel accroissement des dépenses.

(20) Si l'on ne veut pas tourner en rond, une des tâches les plus importantes est de limiter l'explosion des dépenses et d'éviter la surconsommation médicale. C'est ainsi seulement qu'il deviendra possible de réduire sensiblement l'augmentation du coût de l'assurance. Il est vrai qu'un peu partout il est question de la réduction des dépenses, mais on fait peu pour réaliser ce souhait. Pour ce qui est de la suite, voyez au chiffre 80.

(21) Trois chiffres (vous trouverez d'autres chiffres en appendice)

	<u>Augmentation 1970 - 1973 en %</u>
Prix à la consommation	26
Salaire	40
<u>Tarif hospitalier</u>	58

Les frais pour les soins médicaux et pharmaceutiques (sans les frais hospitaliers) ont également augmenté sensiblement; mais la plus forte aug-

mentation a été enregistrée dans le secteur des frais hospitaliers.

(22) Pourquoi les frais d'hospitalisation augmentent-ils?

- Amélioration de la situation du personnel (horaires de travail, salaire, prestations sociales).
- Augmentation des séjours hospitaliers de courte durée (conséquence de la diminution des soins à domicile) et augmentations des soins aux malades chroniques et aux personnes âgées.
- Amélioration des installations médicales.
- Manque de coordination et de planification au niveau des hôpitaux, et absence de rationalisation des entreprises.

(23) Il n'est pas dans notre propos de revendiquer une dégradation des prestations hospitalières sous prétexte d'économie. Mais si l'on en croit les spécialistes, il est aujourd'hui possible d'organiser les soins hospitaliers de manière plus rationnelle et plus économique, par ex. en poussant la coordination régionale. N'est-il pas troublant de constater que, dans notre pays, nous avons trop de lits pour les hospitalisations de courte durée. Nous devons tout mettre en oeuvre pour empêcher que ne continue l'explosion des frais.

(24) De même, dans le cas des traitements ambulatoires, des réductions de frais paraissent possibles. Une "surconsommation médicale", une trop grande exigence des besoins sont enregistrés dans ce secteur également. On voit, ici et là, se dessiner une tendance à vouloir profiter des prestations médicales parce que, en apparence, elles semblent être à la charge de l'assurance.

Le sens de l'assurance-maladie sociale

(25) S'il s'agissait d'être couvert uniquement pour les petits risques et les risques moyens, il suffirait que la plupart des Suisses ne disposent que d'une assurance pour les soins médico-pharmaceutiques privée et non subventionnée. Le coût de cette assurance s'élèverait pour une famille de 2 enfants à env. 1100 francs par année, sous forme de primes et de participations. Dans le cas d'un revenu de 33000 francs, ce qui est probablement la moyenne du pays, ce montant représenterait le 3,3 % du revenu. Dans le cas d'une situation financière normale, les frais nécessaires à la santé devraient pouvoir être couverts tout comme les dépenses pour l'habillement,

l'alimentation, la location ou la voiture.

(26) Cependant, il s'agit de penser à ceux qui ne disposent que d'un petit revenu et il faut en tenir compte lorsque l'on fixe les cotisations et les participations. En outre, la couverture de gros risques représente une charge souvent considérable, même pour les personnes disposant d'un revenu au-dessus de la moyenne. Néanmoins, les personnes disposant d'un revenu élevé peuvent couvrir ces risques en payant les primes en conséquence. Par contre, nombreux sont les assurés que ne pourraient pas payer des primes qui suffiraient entièrement à couvrir ces risques. C'est là que doivent intervenir les composantes sociales de l'assurance-maladie.

(27) Le système de financement actuel ne suffit pas, pour que cette fonction sociale soit satisfaisante. Les cotisations individuelles ne tiennent pas suffisamment compte de ces aspects sociaux, et les contributions provenant des fonds publics, si elles sont allouées en fonction du nombre d'assurés, elles ne tiennent pas compte de la situation matérielle des assurés. Le versement de subventions pour chaque assuré se fait selon le principe de "l'arrosage", autrement dit il s'agit d'un éparpillement des moyens.

#### Coup d'oeil rétrospectif sur les demandes de révision

(28) Tous les milieux concernés s'occupent depuis longtemps de savoir comment réviser l'assurance-maladie. Nous énumérons brièvement les différents modèles.

(29) Au mois de février 1969, fut constituée une Commission fédérale d'experts.

En mars 1970, le parti socialiste a déposé une initiative qui demande l'obligation générale d'assurance et la perception de pour-cent du salaire non limités.

La commission fédérale d'experts élaborera le "Modèle de Flims" (publié en 1972). Pour l'essentiel, il préconise une assurance d'hospitalisation obligatoire, financée avec des pour-cent en déduction salariale.

(30) Le Modèle de Flims n'a pas dépassé la procédure de consultation. Le Conseil fédéral proposa alors au parlement une variante: Obligation pour l'assurance d'hospitalisation et autres traitements coûteux; là encore, il fut question de pour-cent du salaire.



(31) "L'Alliance" du Concordat des caisses-maladie suisses avec la Fédération des médecins, fit une nouvelle proposition qui différait d'une précédente pétition des Caisses-maladie. Ce projet prévoyait que le financement des dépenses de l'assurance se ferait pour 30 à 50 % avec des pourcent prélevés sur le salaire, avec un impôt-santé et avec une plus forte participation aux frais de la part des assurés.

(32) Le Parlement reprit une partie du projet "Alliance". Son contreprojet à l'initiative ne prévoit pas d'obligation pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, mais une obligation généralisée pour le paiement des cotisations qui ne devraient cependant pas excéder 3 % du salaire. Tous les citoyens, assurés ou non, devraient s'acquitter de ces cotisations. En outre, le contreprojet rend obligatoire, pour les salariés, l'indemnité journalière. Le parlement n'a pas été en mesure de dire comment fonctionnerait cette solution équivoque avec une obligation pour les cotisation mais pas d'obligation d'être assuré. Quant à l'impôt-santé, il fut rejeté par le parlement, à une faible majorité.

(33) Les politiciens n'ont pas eu beaucoup de prévenance pour le "Modèle 72", le "Modèle de Soleure" et le "Modèle Grutli". Ces modèles ont en commun le refus catégorique de toutes obligations dans l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques et de toutes déductions salariales sous forme de pour-cent du salaire. Les moyens financiers qui sont encore nécessaires, devraient selon le "Modèle 72" et le "Modèle Grutli" provenir d'une perception spéciale, notamment d'un impôt-santé. Les trois modèles préconisent un échelonnement selon des critères sociaux et une participation aux frais mieux calculée.

#### Les modèles

(34) Les différents modèles ont en commun le développement des prestations (couverture intégrale des frais hospitaliers et cela pendant une durée illimitée; traitements dentaires compris dans l'assurance) et une plus grande facilité d'admission, là où ils ne prévoient pas d'obligation.

(35) Ce qui caractérise l'initiative, c'est l'obligation généralisée pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Flims et Conseil fédéral: assurance d'hospitalisation obligatoire, resp. assurance gros-risques. Alliance et contreprojet: cotisations obligatoires dans le cadre des pourcent du salaire. Grutli, Modèle 72, Soleure: pas d'obligations.

(36) Indemnité journalière: obligation dans l'initiative; les autres modèles: obligation partielle pour le salarié, avec financement de l'assurance obligatoire par des cotisations fixées en pour-cent du salaire. Aucune obligation: Grutli et Soleure.

(37) Dans les deux pages suivantes, vous trouverez un tableau synoptique avec les caractéristiques de chacun des modèles. Le développement des prestations dans l'assurance pour les soins médico-pharmaceutiques et l'assurance d'une indemnité journalière n'y sont plus mentionnés.

(38) L'Initiative est un projet d'obligation radicale, le Modèle de Flims fut l'oeuvre de la grande commission d'experts, et le projet de "L'Alliance" est un compromis entre le Concordat des caisses-maladie suisses (une forte minorité des caisses lui fut opposée) et la Fédération des Médecins. Le Contreprojet fut approuvé par la majorité des parlementaires. - Grutli: troisième assurance-maladie par le nombre de ses membres. Modèle 72: un groupe de personnalités bernoises (Communauté d'action en faveur d'une assurance-maladie vraiment sociale). Soleure: Groupe soleurois LAMA.

(39) Après que furent éliminés le Modèle de Flims et le modèle du Conseil fédéral, et après que le projet de "L'Alliance" ait été pris en considération pour l'élaboration du contreprojet, la situation peut être résumée de la manière suivante:

- Initiative: Parti socialiste suisse, Union syndicale suisse, Fédération chrétienne des syndicats.
- Contreprojet: Alliance et nombreux parlementaires et attitude bienveillante du Conseil fédéral.
- 2 x Non: Grutli, Soleure, Modèle 72, milieux romands, représentants de diverses caisses-maladie, dont l'assurance maladie et accidents chrétienne sociale (la deuxième du pays), un certain nombre de politiciens (qui ne figurent pas tous dans notre comité) et beaucoup de médecins.

#### Principes inéluctables

(40) Avant d'entrer dans les détails de l'initiative et du contreprojet, il est nécessaire d'évoquer un certain nombre de principes inéluctables. Ils permettent de porter un jugement sur l'initiative et le contreprojet.

Système

<u>Initiative</u>	Obligation généralisée pour toutes les prestations.
<u>Flims</u> (+ analogue au Conseil fédéral)	<p>Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques (5 premiers jours d'hospitalisation inclus) facultative.</p> <p>A partir du 6e jour d'hôpital, assurance d'hospitalisation obligatoire, cette assurance étant organisée de manière centralisée et sur la base de forfait.</p> <p>Conseil fédéral: Assurance obligatoire pour les gros risques.</p>
<u>Concordat</u>	Obligation généralisée.
<u>Alliance</u>	Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques facultative. Cotisation obligatoire sous forme de pour-cent du salaire, dont bénéficient également les non-assurés. Subventions fédérales accordées sur la base des pour-cent du salaire. Le mode de répartition n'est pas précisé clairement.
<u>Contreprojet</u>	Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques facultative. Mais cotisations obligatoires sous forme de pour-cent du salaire, "pour réduire le coût de l'hospitalisation", etc. Chacun en profiterait, même les non-assurés. Les subventions fédérales seraient accordées sur la base des pour-cent du salaire. Le mode de répartition n'étant pas défini.
<u>Grutli</u>	Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques facultative. Assurance unique pour les traitements ambulatoires et pour les soins hospitaliers.
<u>Modèle 72</u>	Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques facultative, Assurance d'hospitalisation également facultative (dans le cadre de l'assurance pour les soins médico-pharmaceutiques), présentation analogue à celle du modèle de Flims (à partir du 6e jour), adaptation aux capacités financières des assurés.
<u>Soleure</u>	<p>Assurance pour les soins médico-pharmaceutiques facultative.</p> <p>En outre, assurance facultative pour l'hospitalisation; médecin et médicaments couverts par l'assurance des soins médico-pharmaceutiques; assurance spéciale pour l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation; tout comme le modèle de Flims à partir du 6e jour. Echelonnement selon des critères sociaux et aide de la Confédération et des cantons.</p>

<u>Participation aux frais</u>	<u>Financement</u>
Exclue dans le cas des accidents, lors d'une maternité et de traitements hospitaliers.	Cotisations fixées en pour-cent du salaire + contribution de la Confédération et des cantons
Soins généraux: au moins 15 %. 30 à 60 francs par facture. Personnes de condition modeste 20 à 40 francs.  Hôpital: montant fixe pour les frais de pension, à l'exclusion des personnes à revenu modeste.	Soins généraux: cotisations individuelles + contribution de la Confédération et des cantons.  Hôpital: pour-cent du salaire + subventions de la Confédération aux hôpitaux.
Participation = comme jusqu'à présent.	50 % sous forme de pour-cent du salaire. 20 % contribution des fonds publics. Env. 10 % de cotisations individuelles, reste participation aux frais.
"Participation appropriée"	Assurance: cotisations individuelles + subvention de la Confédération et des cantons; possibilité pour les personnes à revenu modeste de s'assurer à des conditions supportables. Contribution complémentaire avec des pour-cent du salaire et un impôt spécial sur les produits nocifs à la santé.
"Participation appropriée"	Assurance: cotisations individuelles + subvention de la Confédération et des cantons; possibilité pour les personnes ayant un revenu modeste de s'assurer à des conditions supportables Cotisations obligatoires: jusqu'à 3 pour-cent du salaire (cotisation générale).
Soins généraux: En principe 15 %, au moins fr. 30.-- par facture, mais différenciée en fonction de critère sociaux.	Cotisations individuelles, adaptées à la capacité financière des assurés. Contributions des fonds publics (Confédération, cantons) selon critères sociaux. Contribution supplémentaire de la Confédération provenant d'un impôt-santé (tabac et alcool).
Hôpital: analogie avec le modèle de Flims.  Soins généraux: participation aux frais sous forme de pourcentage.  Hôpital: Contribution fixe aux frais de pension.	Soins généraux + hospitalisation: cotisations individuelles + 20 % de subsides de la Confédération et 20 % des cantons, application d'un échelonnement social; une partie du financement provenant d'une imposition du tabac et de l'alcool.
Soins généraux: Participation 15 % et franchise, déterminées selon des critères sociaux.  Hôpital: participation aux frais du médecin et des médicaments, franchise échelonnée selon des critères sociaux, en principe: coût d'une journée d'hospitalisation.	Soins généraux: Cotisations individuelles + subventions de la Confédération et des cantons.  Assurance pour l'indemnité journalière d'hospitalisation: cotisations individuelles + 20 % de subventions fédérales; la subvention cantonale devant être échelonnée par groupes sociaux.

(41) Nous sommes favorables à

- une assurance efficace, qui soit en mesure de couvrir les gros risques
- la possibilité, pour les assurés, d'adapter leur assurance d'une manière individuelle;
- au développement du sens de la responsabilité de tout un chacun;
- une différenciation sociale des primes;
- à un impôt-santé pour compléter les subventions provenant des fonds publics.

(42) Nous sommes opposés

- aux tendances qui nous poussent vers l'étatisation et aux obligations inutiles;
- aux pour-cent du salaire, lesquels représentent un danger mais pas une amélioration sociale, et qui, de plus ne font que favoriser l'explosion des frais.

#### Initiative

(43) Actuellement, les promoteurs de l'initiative prétendent qu'une obligation généralisée ne modifierait en rien le système et que les caisses-maladie existantes continueraient de subsister. Il s'agit-là d'une déclatation quelque peu excessive. Nous sommes des adversaires inconditionnels de toute obligation car celle-ci est inutile (95 % de la population étant assuré) et parce qu'elle n'améliore en rien l'assurance. Cependant ce qui est plus important dans le cas de l'initiative, c'est sa confiance en l'étatisation.

(44) Il est hors de doute que l'article 34 bis de la Constitution actuellement en vigueur à la Confédération de larges compétences; mais il fut conçu en 1890, c'est-à-dire durant une période où il n'était pas encore possible d'imaginer quels seraient les besoins de l'assurance-maladie. Dans le cas d'une révision de cet article, il conviendrait de le définir d'une manière plus précise. Dans la mesure où l'initiative est précise, elle s'écarte de l'assurance libre et le lecteur attentif du texte de l'initiative en déduira facilement que ce qui est préconisé, d'est le principe d'une assurance d'Etat. avec l'intégration des assurances existantes.

(45) Dans un premier temps, l'initiative aboutirait à la perception de 6 % du salaire. Il n'y aurait plus de cotisations individuelles. Le financement résulterait de la fiscalité (pour-cent du salaire + impôts). La Confédération déterminerait l'ampleur des pour-cent du salaire et il en surveillerait l'application. Alors qu'actuellement, les assurances-maladie doivent respecter certaines conditions minimales précisées par la loi, la Confédération, laquelle redistribuerait les pour-cent du salaire passerait très certainement à une réglementation généralisée et centralisée. Malgré le fait qu'elles seraient formellement reconnues, les caisses ne seraient plus que des bureaux administratifs subalternes.

(46) Le système suisse de l'assurance-maladie, du fait de sa liberté d'action et de la concurrence qui existe entre les assurances, offre à l'assuré une possibilité de choix très appréciable. Avec l'initiative, celle-ci n'existerait plus, en dépit des allégations des défenseurs de l'assurance-maladie. Une assurance administrée de manière centralisée ne saurait s'accomoder d'une liberté de choix.

(47) L'initiative ne présente aucune garantie contre ce genre de danger. Au contraire. Les interprétations candides des défenseurs de l'initiative ne sauraient rassurer compte tenu du texte de l'initiative.

(48) On ne va certainement pas à l'encontre de l'idée des défenseurs de l'initiative, si l'on se permet de supposer qu'un service de santé étatisé leur est agréable. Avec ce que nous révèle le texte de l'initiative, on peut dire que tous les préalables sont réunis pour que l'on aboutisse à un service de santé étatisé. Une assurance-maladie dirigée d'une manière centralisée, nous y conduit en droite ligne. Or, si l'on se réfère aux exemples étrangers que nous connaissons, un service de santé, cela signifie: détérioration de la situation médicale et renchérissement des soins.

#### Un contreprojet monstrueux

(49) Le Parlement s'est déterminé en faveur d'un contreprojet par crainte que l'initiative pourrait être approuvée par le peuple et les cantons. Le conseiller aux Etats Honegger (radical, zurichois) déclara qu'il n'était pas opposé à un contreprojet, mais que lui, personnellement, était d'avis que l'initiative aurait dû être soumise au peuple sans contreprojet.

(50) A propos du contreprojet dans son ensemble, nous citons encore le Conseiller aux Etats Amstad: "Si l'on compare les prescriptions de la Constitution avec les nouvelles propositions effrayantes et compliquées, il devient évident à quiconque souhaite une solution claire du point de vue juridique et politique, que nous devons repousser celles-ci et maintenir l'ancienne solution". Et pourtant, ce conseiller aux Etats s'est déclaré favorable au contreprojet!

Le contreprojet, avec ces quelques 300 mots, est une espèce de monstre. Il est incompréhensible et même les initiés ne sont pas en mesure de juger de la véritable portée de ses prescriptions. Il laisse trop de questions sans réponse.

(51) Et cela n'est pas un hasard. En effet, les défenseurs du contreprojet insistent sur le fait qu'il s'agit, en l'occurrence, d'un compromis. Un compromis peut présenter un aspect positif, mais il y a la manière comme on dit. Beaucoup de politiciens crurent pouvoir inciter ceux qui avaient lancé l'initiative à retirer celle-ci. En adoptant un texte assez approchant, ils pensèrent désamorcer l'initiative. Mais finalement, le compromis sert plutôt de tremplin à l'initiative.

(52) Certaines dispositions du contreprojet paraissent - considérés isolément - tout à fait acceptables, p. ex. la faculté de choisir le médecin certaines améliorations des prestations, l'assurance à la portée de chacun, etc. Disons que le cadre formel du contreprojet serait celui d'un assurance d'aujourd'hui. Mais ce cadre est brisé du fait des déductions salariales sous forme de pour-cent du salaire qui modifieront les structures de l'assurance en vigueur jusqu'alors. En outre, il faut signaler que les cotisations individuelles continueraient d'être perçues, en plus des pour-cent du salaire.

(53) A cela s'ajoute le fait que l'Etat encaisserait ces pour-cent par le biais des caisses de l'AVS et qu'ils seraient ensuite répartis sous forme de subventions à toute la population, y compris aux non-assurés. Ainsi, une obligation à prestation découlerait de l'obligation à cotisation. En fait, cela équivaut à une obligation d'assurance. Le conseiller fédéral Tschudi a d'ailleurs déclaré que le contreprojet était une "obligation à prestations quelque peu déguisée". Ainsi, la différence d'avec l'initiative a uniquement un caractère quantitatif (limitation des pour-cent du salaire) et non qualitatif. Nous verrons par la suite, que l'on ne peut guère se fier à la notion de limitation quantitative.

Le contreprojet aboutit, en dernier ressort, à la même conception que l'initiative.

(54) Selon le contreprojet, les subventions provenant des pour-cent du salaire devraient contribuer à réduire le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, à financer des prestations en cas de maternité et des mesures de médecine préventive. Mais cela n'est qu'un objectif général. Personne ne sait comment la Confédération répartirait ces subventions. L'objection que est faite, disant qu'un article constitutionnel ne définirait que d'une manière générale les compétences, doit être repoussée, en raison des principes fondamentaux qui sont en jeu.

(55) Le conseiller fédéral Tschudi: La question de l'utilisation de cet argent reste "pendante". Il devait poursuivre: "Il n'est pas possible de répondre à la question du conseiller national Brosi. Ce sera au législateur de préciser de quelle manière ces montants devront être utilisés pour l'ensemble de la population". (Bulletin sténographique du Conseil National, Session d'hiver 1973, page 1455).

Le conseiller fédéral Hürlimann: "Aucune décision n'a encore été prise au sujet de la manière dont cet argent sera réparti: Pour ma part j'estime qu'il est dans l'intérêt de tous que les assurances actuelles soient concernées par la distribution, afin d'éviter que l'administration fédérale n'ait à supporter ce surcroît de charges administratives" (Bulletin sténographique, Conseil des Etats, Printemps 1974, page 62).

Ces réponses confirment que le contreprojet laisse en suspens la manière dont ces milliards provenant des pour-cent du salaire seront répartis. Aujourd'hui on dit que ces milliards devraient également être distribués aux assurances-maladie, mais à cet égard le contreprojet n'offre aucune garantie. Et chacun sait qu'il n'entre plus dans la compétence d'un article constitutionnel de tenir compte de déclarations faites avant la votation.

Ce contreprojet n'exclut pas - en dépit des déclarations du Conseil fédéral - la possibilité que les milliards (ou une partie d'entre eux) soient distribués directement aux hôpitaux, etc,

(56) Si l'on affirme que les pour-cent du salaire seront distribués à l'assurance-maladie, pourquoi ne l'a-t-on pas précisé dans le contre-



projet? Pour autant que l'on puisse dégager une conception de la lecture de contreprojet, la voici: la Confédération touchera la moitié des moyens financiers de l'assurance-maladie (sous forme de pour-cent du salaire) et elle les distribuera ensuite selon un mode qui doit encore être précisé, tout en décrétant une obligation à prestations. Ce qui, tout comme dans le cas de l'initiative, nécessiterait un service de santé dirigé par la Confédération.

Il s'agirait désormais de réglementer non seulement les assurances-maladie, mais, d'une manière générale, l'engagement de plusieurs milliards. Au total, ce serait entre le 65 à 70 % des soins médicaux qui seraient financés par la fiscalité (pour-cent des salaires + impôts); la Confédération aurait ainsi une position dominante. En conséquence, elle devrait décréter une réglementation très complète des conditions requises pour toucher le produit des pour-cent du salaire; en principe, il n'en irait pas autrement que dans le cas de l'initiative. Comparativement à ce qu'elle sera alors, la situation qui découle actuellement des conditions de subventionnement est très supportable.

(57) Un détail typique: lors du débat parlementaire, il fut demandé comment les non-assurés pourraient bénéficier des subventions fédérales. Il n'y eut aucune réponse claire. On évoqua, entre autres, une caisse fédérale spéciale destinée aux non-assurés. Ainsi, les non-assurés seraient tout de même assurés auprès d'une institution d'Etat. Une fois de plus devait se manifester la contradiction qui caractérise la conception "libéraliste" du contreprojet.

(58) Et voici un paradoxe: Du fait des pour-cent du salaire, une personne pourrait se considérer comme étant obligatoirement assurée; elle pourrait donc renoncer à toute assurance facultative et ainsi faire l'économie des cotisations tout en payant, de cas en cas, les frais de traitements ambulatoires (mais elle toucherait néanmoins des prestations pour les traitements à domicile, et pour les mesures prophylactiques). Une telle possibilité peut sans autre être envisagée, notamment dans le cas d'assurés qui bénéficient d'une situation aisée. La notion d'assurance facultative aurait à souffrir de l'obligation. Il est possible qu'une telle situation ne se produise pas immédiatement, mais elle est déjà ébauchée dans le contreprojet ... et que dire lorsque les pour-cent du salaire seront augmentés.

(59) Le texte du contreprojet précise que la "cotisation générale" sera perçue selon les règles de l'AVS. Cela signifie-t-il que seules les personnes exerçant une activité lucrative auront à payer la cotisation générale, sans les rentiers? Dans le modèle de Flims où l'on avait déjà prévu les pour-cent du salaire, et qui de ce fait a servi en quelque sorte d'exemple, les cotisations des rentiers de l'AVS étaient prévues (rapport des experts, page 98). Le Conseil fédéral, dans son projet, a également tenu compte des cotisations des rentiers AVS (Bulletin fédéral 1973, tome 1, page 976). Le contreprojet n'exclut nullement une telle participation, au contraire; il précise que "pour les salariés et les personnes de condition indépendante" la cotisation ne devrait pas excéder trois pour-cent du revenu, il est donc implicitement reconnu que les rentiers AVS devront également payer la cotisation; une cotisation dont le taux n'est même pas limité. Il est donc faux de prétendre que nous n'aurons affaire qu'à des cotisations de salariés. D'ailleurs sur un tableau de calculation qui fut soumis aux commissions parlementaires, il est précisé que les rentiers AVS paieront aussi la cotisation générale.

Que vaut une limitation des pour-cent du salaire?

(60) Le contreprojet limite à 3, les pour-cent à déduire du salaire. En fait, il s'agit-là d'un montant assez important. Au Parlement il y eut des propositions moins élevées.

(61) Croit-on vraiment à une limitation définitive à 3 %?

Monsieur Hofmann, conseiller aux Etats, rapporteur de sa commission: "La majorité de la commission est d'avis que la limitation qui figurera dans la Constitution doit suffire pour un certain temps" (Bulletin sténographique session printemps 1974, page 59). - Il ajouta: "Ces 2 pour-cent ne sauraient être tabou; ils ne dureront pas éternellement" (Bulletin sténographique, session d'automne 1973, page 548).

Conseiller fédéral Tschudi: "Il est impossible de dire si un taux donné pourra encore être maintenu d'ici quelques années" (Bulletin sténographique, Conseil national, session d'hiver 1973, page 1454).

Autrement dit, des politiciens influents estiment que par la suite il faudra augmenter le taux de la déduction salariale par une nouvelle révision constitutionnelle. On connaît les effets de la "tactique du salami". Une fois institués, les pour-cent du salaire auront tendance à se multiplier. Nous assisterions alors à la mort de la libre assurance-maladie,

car l'argent des fonds publics dominerait tout ce secteur. Faisons opposition, dès le départ!

#### Pour-cent du salaire = corps étranger

(62) Les pour-cent du salaire sont à leur place dans l'AVS où ce sont des rentes sous forme de francs qui doivent être versées, rentes qui dépendent d'ailleurs directement de l'importance du salaire et qui peuvent être calculées avec des taux fixes.

Par contre, les prestations de l'assurance-maladie varient de cas en cas. Il n'existe aucune relation entre des contributions sous forme de pour-cent du salaire et l'assurance-maladie où elles font figure de corps étrangers. En tant que moyen de financement anonyme, les pour-cent du salaire détruisent au contraire toute relation objective. Dans un rapport sur le service de santé britannique, on peut lire: "Plus on perd de vue la relation directe qui existe entre cotisation et prestation, plus la tentation devient grande de profiter de la gratuité. D'une part, le citoyen est le demandeur individuel de prestations 'gratuites', d'autre part, il est le financier anonyme des services que l'Etat lui offre".

Si l'on en juge par les expériences faites dans d'autres pays, ce mode de financement, apparemment gratuit, aboutirait à une médecine "à la chaîne", en raison de la surcharge de travail imposée aux médecins, et à une dégradation de la qualité des services offerts.

#### Couverture des risques plutôt que financement anonyme

(63) Dans l'AVS, les salariés et les personnes de condition indépendante paient pour ceux qui n'exercent plus d'activité lucrative. Une telle répartition - au moyen de pour-cent du salaire - s'impose par la force des choses. Il n'en va pas de même dans le cas de l'assurance-maladie, car cette assurance doit couvrir des risques très différenciés, qui touchent indifféremment tel ou tel assuré. Avant tout, l'assurance se doit de tenir compte d'une certaine répartition des risques (équilibre des charges sur la base du calcul des probabilités, de la loi des grands nombres).

Dans cette répartition des risques, il faut également tenir compte d'une composante sociale. Celle-ci ne doit pas être un corps étranger, mais une modification qui intervient au niveau de l'assurance-maladie.

L'imposition salariale ne doit pas dépasser certaines limites

(64) L'AVS/AI/APG se chiffrent actuellement à plus de 9 % du salaire. D'ores et déjà on peut prévoir une nouvelle augmentation. Le deuxième pilier obligatoire sera, lui aussi, financé avec des pour-cent du salaire. Ces pour-cent s'accumulent petit à petit et ils atteindront un jour un point critique. Le conseiller aux Etats Heimann déclara aux Chambres: "J'attire votre attention sur le fait qu'il y a des limites aux déductions salariales et nombreux sont les salariés qui aujourd'hui déjà se plaignent de ces déductions" (id. page 550).

De la provenance des pour-cent du salaire

(65) Ce serait une illusion de taille que de croire que les pour-cent du salaire sont en quelque sorte "gratuits". En réalité, ils diminuent le salaire du travailleur et, pour ce qui est de la part de l'employeur, cette diminution est un frein au renouvellement de l'entreprise avec pour corollaire la diminution de la productivité ou, si le marché le permet, l'augmentation du prix de vente. Autrement dit, nous avons là un nouveau facteur d'inflation. Les pour-cent du salaire sont une charge, tout comme les impôts; seul le nom change.

La solidarité est remise en question

(66) Ce que nous venons de dire démontre que les pour-cent du salaire vont à l'encontre de la solidarité. On prétend qu'ils déchargeraient sensiblement les pères de famille et que, comparativement aux prestations dont ils bénéficieraient, ceux-ci auraient moins à payer. A cela nous répondons qu'il y a des personnes seules qui, du point de vue matériel, sont plus mal loties que maintes familles; quant aux familles nombreuses, elles sont une minorité et pour elles l'application d'un règlement spécial ne pose pas de problème. Ajoutons qu'un père de famille n'est pas moins touché par les conséquences économiques des pour-cent du salaire, que les personnes seules

Contreprojet = nouvel explosion des frais

(67) Le financement anonyme qui selon le contreprojet (pour-cent du salaire + impôts) couvrirait de 65 à 70 % de l'ensemble des dépenses pour la santé, ne servirait qu'à accélérer l'inflation. Les moyens financiers provenant de la fiscalité, sont une formidable tentation de laisser s'accumuler les dépenses. Les dispositions qui figurent au 6e alinéa du contreprojet, et qui invitent la Confédération à se soucier d'un déroulement économique de

l'assurance n'auraient pas de sens car le flot des milliards aurait vite raison de ces intentions.

La participation selon le contreprojet: un problème non résolu

(68) Il n'est pas dans notre propos de reprocher au contreprojet de parler en termes généraux seulement de "participation appropriée" des assurés aux frais de la maladie. Mais que l'on ne vienne pas nous dire que le contreprojet prévoit telle ou telle participation. Il ne fixe aucun montant, alors que c'est précisément de ce montant qu'il faut discuter.

On parle beaucoup

(69) Dans les tracts favorables au contreprojet on parle de manière touchante de ses avantages considérables: sécurité, péréquation sociale, solidarité, responsabilité. On veut faire croire au citoyen que ce sont-là des qualités propres au contreprojet.

Les milliards des mathématiciens fédéraux

(70) Les mathématiciens fédéraux ont établi des calculs (voir en annexe) qui sont très impressionnants sur le papier. Voici un exemple:

Estimations pour 1976, dépenses pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques

	<u>selon le régime en vigueur</u>	<u>après la révision</u>
	(mio de francs)	(mio de francs)
Ambulatoire	2450	3513
Hospitalisation	1300	2427
Total	<u>3750</u>	<u>5940</u>

Les estimations "régime en vigueur" sont exagérées (estimation des frais trop élevée). Au chiffre 73, nous reviendrons sur cette calculation. Aujourd'hui déjà, les prestations qui sont versées par les caisses pour les soins hospitaliers sont considérables; plus du tiers de toutes les dépenses pour les soins médicaux. Les dépenses pour les améliorations prévues (et pas seulement par le contreprojet!) en faveur des soins ambulatoires pour l'année 1976 (calculées sur la base d'indications données par les experts en 1974), peuvent être évaluées à env. 700 - 800 millions.

Où donc iraient les 260 à 360 millions qui restent selon le calcul des mathématiciens fédéraux? Si l'on déduit les prestations aux non-assurés,

il reste toujours une différence de 200 à 300 millions.

Les dépenses pour les améliorations de l'assurance d'hospitalisation doivent être évaluées à env. 300 millions de francs en 1976. Selon le contreprojet, il faudrait ajouter près de 200 millions de francs pour des prestations à des non-assurés. Où passeraient les 630 millions qui restent? Les tenants du contreprojet sont extrêmement discrets sur ce point. Cette différence n'est pas le fait d'améliorations en faveur des assurés, mais bien plutôt de tarifs hospitaliers encore plus élevés en raison de la diminution des charges reposant sur les cantons et les communes. Ceux-ci auraient moins de déficits à supporter, par contre se serait aux salariés à les payer.

(71) Cela n'a rien à voir avec les exigences d'une bonne assurance-maladie. Bien au contraire, la péréquation financière fédérale se ferait sur le dos des assurés. Est-ce donc là le but d'une révision de l'assurance-maladie?

(72) Mirages des mathématiciens fédéraux: Les chiffres officiels (Office fédéral des assurances sociales) ne permettent pas de se faire une idée claire des différents facteurs de dépenses.

(73) Depuis le Modèle de Flims (février 1972), il n'y a pas eu de nouvelles estimations concernant les améliorations effectives ... du moins n'ont-elles pas été publiées, si l'on excepte des informations fragmentaires. D'ailleurs toutes les estimations concernant des dépenses globales, même lorsqu'elles sont subdivisées en dépenses ambulatoires ou hospitalières, nous paraissent des plus opaques. Essayons de procéder à notre propre estimation des augmentations des dépenses de l'assurance, sans obligation et sans la péréquation Confédération/cantons.

	<u>Dépenses 1976</u> (mio de fr.)	<u>Augmentation des dépenses</u>
<u>Ambulatoire</u> jusqu'à présent (calculés sur la base des dépenses de 1973)	1950	Nouvelle réglementation (mio de fr.)
Effets de la révision		
- Plus grande facilité d'admission, limitation des réserves	120	
- Prophylaxie	140	
- Traitements dentaires	380	700
- Soins à domicile, maternité	56	
- Transports des malades	4	
	<hr/> 2650	
<u>Hôpital</u> (y compris les assurances complémentaires/calculés sur la base des dépenses de 1973)	1100	
Effets de la révision en faveur des assurés	300	300
	<hr/> 1400	
<u>Hôpital total</u>		
<u>Frais d'administration</u>	400	100
	<hr/> 4450	<hr/> 1100
<u>Estimation des mathématiciens fédéraux</u>		
avec obligation et péréquation financière	5940	
- sans obligation	5640	
Différence - sans obligation - d'avec notre estimation (en partie péréquation financière)	1190	

Pour 1976, l'estimation des mathématicien fédéraux présente un montant excédent de plus de 1000 millions - même après déduction d'une partie de l'obligation en faveur d'une amélioration de l'assurance.

Ce qu'il convient de faire (nos propositions)

(74) Remarques préalables: Nos propositions ne sont pas moins importantes que celles de l'initiative et du contreprojet; à maints égards, elles sont mêmes plus précises.

(75) D'une part, nous demandons des mesures d'urgence qui peuvent être réalisées sur la base de l'article constitutionnel en vigueur et, d'autre part, nous voulons une solution d'avenir fondée sur une révision constitutionnelle.

(76) Les mesures d'urgence concernant le développement indispensable des prestations, notamment dans le cas d'une hospitalisation, sans oublier une plus grande facilité d'admission dans les caisses (p.ex. pour les personnes âgées). Comme le démontrent les chiffres qui figurent sous le no 73, le financement de ce développement indispensable ne présente pas de véritable difficulté. Ce supplément de dépenses pour des améliorations, correspondrait au sixième des dépenses actuelles et il pourrait sans autre, être couvert avec une participation appropriée (voir plus loin) et avec une contribution des pouvoirs publics proportionnelle à l'accroissement des dépenses. Une augmentation de la cotisation individuelle ne serait même pas nécessaire.

(77) Comment peut-on procéder à une révision (mesures d'urgence) rapide? Certainement pas avec l'initiative et le contreprojet, car tous deux impliquent une nouvelle base constitutionnelle qui poserait bien des problèmes au législateur. Par contre, en votant 2 x Non on sait très bien qu'il est possible de faire en s'appuyant sur l'article constitutionnel en vigueur.

Notre solution d'avenir

(78) Idées de base: Il faut poursuivre un développement des prestations qui ne soit en rien inférieur à celles que propose le contreprojet ... resp. aux interprétations des défenseurs du contreprojet. Assurance à des conditions supportables pour chacun, protection intégrale même pour les gros risques (ambulatoire, hôpital). - Primes individuelles différenciées en fonction de critères sociaux, et participation aux frais de la part des assurés, ce qui devrait permettre de déplacer le poids des dépenses pour les petits risques sur les gros risques et d'endiguer l'explosion des frais. - Les contributions en provenance des fonds publics dans une proportion identique à celles versées jusqu'alors. En outre une éventuelle



(et modeste) contribution supplémentaire provenant d'une imposition du tabac et de l'alcool et cela dans la mesure où les autres modes de financement ne suffiraient pas.

(79) Cotisation individuelles. Chacun peut payer un minimum de cotisations. Hormis les cas sociaux, chacun est en mesure de couvrir un certain besoin en prévoyance-santé, comme il le fait pour ses besoins alimentaires, par exemple. Il faut d'autre part éviter que les petits revenus ne soient trop grevés par des cotisations individuelles.

Le calcul des primes doit résulter d'un calcul séparé des frais du médecin et des médicaments (également en cas d'hospitalisation) d'une part, et des frais d'hôpital d'autre part. Les primes doivent être échelonnées selon des critères sociaux. Grâce à l'échelonnement de la participation aux frais, les paiements des assurés auront un caractère social encore plus prononcé (voyez ci-après).

(80) Participation aux frais. La participation de l'assuré à ses dépenses pour sa santé (avec la participation et la franchise) constitue un complément au système de financement. Leur but essentiel est d'éveiller l'intérêt que l'assuré doit avoir envers sa santé. Même en Angleterre et en Suède où l'on avait cru pouvoir renoncer aux participations, il fallut les réintroduire. En Angleterre ce fut un gouvernement travailliste qui s'en chargea.

Dans notre pays, la participation est réglée de la manière suivante: une participation de 10 % au coût des traitements médicaux (participation) et un montant fixe de 20 francs par cas de maladie (franchise pour les assurés adultes). Dans le cas d'assurés de condition aisée, cette franchise est plus importante. Les recettes provenant de ces participations aux frais s'élèvent à environ 10 % de l'ensemble des dépenses pour la santé.

La participation doit être renforcée afin qu'elle puisse contribuer à la lutte contre la surconsommation médicale. Il conviendrait également de se distancer de cette idée qui veut que tous les "cas-bagatelles" doivent absolument être pris en charge par les assurances-maladie. Un correctif est indispensable. En revanche, il est bien évident que la participation ne doit pas constituer une charge financière trop lourde dans le cas d'une maladie de longue durée. La participation doit également tenir compte des capacités financières des assurés.

En ce qui concerne les "cas-bagatelles", on pourrait par exemple prendre en considération la perception d'une franchise annuelle. En 1968 on a calculé qu'avec une franchise annuelle de 100 francs par personne assurée, le 36 % des dépenses globales de l'assurance pourrait être économisé autrement dit, il pourrait servir à couvrir les gros risques! En comptant 150 francs de franchise, cela aurait fait le 46 % des dépenses globales en 1968.

(81) La participation aux frais - ambulatoire et hôpital

Ambulatoire: Pour tous, une participation (p.ex. 15 %) et une franchise échelonnée selon des critères sociaux.

Hôpital: Participation et franchise peu élevées; compte tenu des capacités financières des assurés.

(82) Subventions provenant des fonds publics. Comme jusqu'à présent les contributions devraient avoir le caractère d'un complément de financement. Elles auraient pour but de procurer des moyens financiers pour couvrir les dépenses occasionnées par les composantes sociales qui ne peuvent l'être uniquement par les moyens provenant du financement privé.

En 1974, la Confédération verse plus de 600 millions de francs aux assurances-maladie. Si l'on tient compte des versements effectués par les communes et les cantons, les subventions atteignent le chiffre de 800 millions de francs, ce qui fait un peu plus d'un cinquième des recettes des assurances.

A l'avenir, les assurances devront continuer à pouvoir bénéficier de ces subventions, et cela dans une proportion égale à celle d'aujourd'hui.

(83) Complément provenant de l'alcool et du tabac. Il n'est pas dans notre propos d'empêcher les gens de boire ou de fumer. Mais même un fumeur invétéré doit reconnaître que le tabac n'est guère favorable à la santé. On sait également que ce genre de produit supporte encore une certaine charge fiscale. On pourrait donc prévoir une imposition des produits nocifs à la santé. Et cette imposition serait affectée à l'assurance-maladie. D'ailleurs la relation de cause à effet n'échappera à personne.

Cette idée d'un "impôt-santé" fut repoussée par le Parlement, mais à une très faible majorité (Conseil des Etats 19 à 13 voix / Conseil National 89 à 66 voix). Ceux qui refusèrent l'impôt ne motivèrent pas leur attitude par une opposition de principe, mais par la crainte qu'un tel impôt ne fût impopulaire et parce qu'ils considéraient que l'alcool et le tabac étaient

déjà imposés et que cette imposition devait être réservée à l'AVS. La crainte de l'impopularité ne nous paraît guère fondée; nos concitoyens seraient certainement sensibles à une argumentation soutenant que de tels impôts doivent alléger le financement de l'assurance-maladie. Pour ce qui est de la destination de cet impôt, on peut très bien concevoir une révision constitutionnelle, ce qui ne doit présenter aucune difficulté du point de vue juridique.

Péréquation sociale: femmes, enfants

(84) Femmes. Actuellement, les cotisations des femmes sont plus élevées; une correction s'impose.

(85) Enfants. On pourrait envisager de répartir les cotisations des enfants sur celles des adultes.

Schéma relatif à une couverture des frais dans l'assurance pour les soins médico-pharmaceutiques

(86) Le schéma ci-dessous indique la manière dont on pourrait couvrir les dépenses avec les cotisation individuelles, la participation aux frais et les subventions. Il est tenu compte d'un échelonnement social en fonction du revenu (groupes I - IV)

Mode de couverture	Couverture des dépenses selon groupe de revenu			
	groupe I	groupe II	groupe III	groupe IV
Cotisation individuelles	30	40	50	60
Participation aux frais	10	20	30	40
Subventions publiques (incl. complément provenant du tabac et de l'alcool)	60	40	20	--
Total	100	100	100	100

Indemnité journalière

(87) L'assurance d'une indemnité journalière, en ce qui concerne le salarié, est en relation étroite avec l'obligation de l'employeur à verser un salaire en cas de maladie (cf. chiffre 9). Il s'ensuit que les assurances pour les indemnités journalières des salariés devront être réglementées avant tout par des conventions arrêtées entre partenaires sociaux. Une obligation fédérale s'avère donc superflue.

## Appendice

---

### (88) Article 34<sup>bis</sup> en vigueur

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 34<sup>quinquies</sup>. 4<sup>e</sup> 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.

### (89) Texte de l'initiative PSS

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 4<sup>e</sup> 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 2<sup>e</sup> alinéa. Ses prestations s'élèvent à 80 % 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'accident 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.

(90) Le contreprojet 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 indé-

pendante, 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 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.

## (91) Situation financière des caisses-maladie en 1971

Recettes + Dépenses	mio de francs	% du total
<u>Recettes</u>		
Cotisations individuelles	1'540	66
Participation + taxes pour feuilles-maladie	149	6
Subventions des fonds publics		
- Confédération	414	18
- Cantons	110	5
- Communes	20	1
Contributions des employeurs	30	1
Autres	67	3
<b>Total</b>	<b>2'330</b>	<b>100</b>
<u>Dépenses</u>		
Indemnités journalières	298	13
Soins médico-pharmaceutiques	1'519	67
Assurance-tuberculose	18	1
Assurance-maternité	94	4
Frais d'administration	199	9
Autres dépenses	127	6
<b>Total</b>	<b>2'255</b>	<b>100</b>

Morbidité + frais de traitement par assuré

	<u>1966</u>	<u>1971</u>	<u>Evolution 66-71</u>
(92) Assurés (traitements)	4,309 mio.	4,978 mio.	+ 15,5 %
Fréquence de la morbidité par année, en % d'assurés	103,4 %	136,6 %	+ 32,2 %
Frais de traitement par cas de maladie (hospitalisation incl.)	137,2 fr.	192,0 fr.	+ 40,0 %
Coût d'une journée d'hospitalisation	23,5 fr.	41,8 fr.	+ 78,0 %
Augmentation des revenus soumis à l'AVS			+ 53 %

73 - 75

(93) Répercussions financières d'une éventuelle franchise annuelle  
(Situation en 1968)

<u>Franchise annuelle par assuré, fr.</u>	<u>Permettrait de couvrir, % du total des frais de traitement</u>
50	21,5
100	36,0
150	46,4
200	54,2

(Ces chiffres sont confirmés par l'Office fédéral des assurances sociales)

(94) Coût de l'assurance selon des divers projets

(Estimations de l'Office fédéral pour les assurances sociales)

Tous les chiffres sont calculés pour l'année 1976. Les montants sont indiqués en millions de francs.

	<u>Assurés</u> <sup>1)</sup>	<u>Employeurs</u>	<u>Subventions</u>	<u>Total</u>
<u>Régime en vigueur</u>				
Soins médico-pharmaceutiques	2'846	--	898	3'744
Indemnités journalières	343	170	7	520
Total	3'189	170	905	4'264
<u>Initiative PSS</u>				
Soins médico-pharmaceutiques	2'897 <sup>2)</sup>	2'081 <sup>2)</sup>	1'147	6'125
Indemnités journalières	520 <sup>2)</sup>	520 <sup>2)</sup>	--	1'040
Total	3'417	2'601	1'147	7'165
<u>Contreprojet</u>				
Soins médico-pharmaceutiques	3'551 <sup>2)</sup>	1'242 <sup>2)</sup>	1'147	5'940
Indemnités journalières	520 <sup>2)</sup>	520 <sup>2)</sup>	--	1'040
Total	4'071	1'762	1'147	6'980

1) resp. non-assurés inclus

2) pour-cent du salaire inclus