

11 572

**Parti socialiste suisse
Union syndicale suisse**

**Votation fédérale
sur
l'assurance-maladie**

8 décembre 1974

Exposé type pour les rapporteurs

TABLE DES MATIÈRES

- Article constitutionnel en vigueur	5
- Texte de l'initiative	5-6
- Texte du contreprojet	6-7
- Exposé succinct (il constitue le minimum de ce qui doit être dit)	8-9
- Exposé détaillé (il contient toutes les données nécessaires à l'élaboration d'un exposé personnel)	10-19
- Tableaux destinés à mieux éclairer l'exposé. Ils sont indispensables. Ils peuvent être: photocopiés (quand on utilise un vue-graphe) transposés sur des dias transposés sur de grandes feuilles de papier ou simplement photocopiés et distribués	
- Arguments des adversaires et nos réponses	30-33
- Liste des collègues prêts à présenter l'exposé devant l'assemblée de section ou de groupe (si le président ou un autre membre du comité préfère ne pas assumer cette tâche malgré la documentation dont il dispose) ou lors d'assemblées contradictoires.	34

ARTICLE CONSTITUTIONNEL EN VIGUEUR

Article 34^{bis}

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^{quinquies}, 4^e 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.

Texte de l'initiative PSS pour une meilleure assurance maladie

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

Article 34^{bis} (nouveau)

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

² L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris les soins dentaires, est obligatoire. Dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères et non-assurés au sens du 4^e 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^e 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'accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut étendre l'obligation à d'autres catégories de personnes.

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

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

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

⁸ Le surplus est réglé par la loi.

Le contre-projet de l'Assemblée fédérale (Art. 34^{bis} nouveau)

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

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

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

³ L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations des assurés et par les contributions de la Confédération et des cantons; une participation appropriée aux frais de maladie doit être exigée des assurés. Il est, en outre, perçu une cotisation générale, selon les règles de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, qui doit être utilisée en faveur de toute la population, pour réduire

le coût du traitement hospitalier et des soins à domicile, et pour financer des prestations en cas de maternité et des mesures de médecine préventive; elle ne doit pas, pour les salariés et les personnes de condition indépendante, excéder trois pour cent du revenu de l'activité lucrative, l'employeur prenant en charge la moitié des cotisations des salariés. La Confédération et les cantons doivent veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. L'assurance peut être déclarée obligatoire par la Confédération ou les cantons, en général ou pour des catégories déterminées de la population.

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

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

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

L'article 34^{quinquies}, 4^e alinéa, de la constitution fédérale est abrogé.

EXPOSÉ SUCCINCT

En Suisse comme ailleurs, les coûts de la santé augmentent constamment. De 1960 à 1970, ils ont triplé - tandis que les salaires doubleraient seulement. L'assurance maladie est toujours plus onéreuse. Pour un couple avec deux enfants, la charge minimale est passée de 175.95 fr. en 1960 à 588.-- fr. en 1971! On comprend dès lors que nombre de personnes renoncent à s'assurer ou ne s'assurent qu'insuffisamment. On ne s'étonne pas davantage de constater que plus de la moitié des cas d'assistance sont consécutifs à la maladie.

On ne peut laisser les choses aller ainsi. En 1970 déjà, le Parti socialiste et l'Union syndicale ont lancé une initiative conçue de manière à assainir une situation devenue toujours plus inquiétante pour les travailleurs, les personnes de condition modeste et les bénéficiaires de rentes.

Objectifs de l'initiative:

- création d'une assurance pour soins médicaux obligatoire pour tous et couvrant toutes les dépenses d'hospitalisation;
- l'assurance doit prendre en charge les soins dentaires, selon des conditions qui seront réglées par la loi;
- l'assurance maternité dont doivent bénéficier toutes les femmes est comprise dans l'assurance maladie;
- l'assurance pour une indemnité journalière est obligatoire pour tous. En cas de maladie ou d'accident, le travailleur touche la même indemnité.

Les dépenses exigées par ces prestations seront couvertes par des cotisations appropriées aux revenus et par des subventions des pouvoirs publics. Les cotisations sont fixées en pour-cent du gain. Celles du travailleur sont pour moitié à la charge de l'employeur.

Malheureusement, la majorité parlementaire a donné la préférence à un contreprojet. Bien qu'il constitue une amélioration au regard de la situation actuelle, il est loin d'assurer à la population une protection aussi efficace que l'initiative.

Insuffisances du contreprojet

L'assurance des soins médicaux reste facultative. C'est dire qu'elle continuera à être grevée de toutes les hypothèques de ce système. Le nombre des assurés étant insuffisant, il faut fixer des limites d'âge, poser des conditions rigoureuses en matière d'admission, imposer des discriminations. En un mot

comme en cent, l'assurance facultative implique toutes sortes d'injustices - dont l'une des plus criantes est l'alourdissement excessif des charges des assurés de condition modeste.

L'assurance obligatoire écarte ces discriminations et ces injustices. Tous étant assurés, elle garantit une péréquation optimale des risques et la protection la meilleure de chacun - au coût le plus équitable pour l'assuré. L'assurance facultative - parce qu'elle est lacunaire - ne peut être financée selon les exigences de la solidarité. Elle est contrainte de percevoir des cotisations individuelles, c'est-à-dire pour chaque personne et, en principe, selon un tarif uniforme. Le cumul de ces cotisations les rend écrasantes pour les chefs de famille. Cette assurance ne connaît aucune péréquation entre économiquement faibles et économiquement forts, entre personnes seules et familles, entre jeunes et vieux.

A la différence de ce système inéquitable, l'initiative veut introduire un financement calqué pour l'essentiel sur celui de l'AVS. Chacun paie selon ses possibilités. Les cotisations sont supportables pour tous, ce que démontrent les exemples ci-dessous:

En 1976, un assuré marié, père de deux enfants et gagnant 15 000 fr. par an, paiera en tout et pour tout, selon l'initiative, une cotisation personnelle de 633 fr. (compte non tenu de la contribution de l'employeur). Si le contreprojet l'emporte, il paiera 1355 fr., soit plus du double! Si cet assuré dispose d'un revenu de 25 000 fr., il paiera 883 fr. selon l'initiative, mais 1505 fr. selon le contreprojet. Pour un assuré marié, père de deux enfants, l'initiative est plus favorable que le contreprojet jusqu'à concurrence de 60 000 fr.! Pour le célibataire, c'est le cas jusqu'à concurrence d'un revenu de 35 000 fr. Les différences sont sensibles. La "National-Zeitung", tout en reconnaissant que le contreprojet apporte des améliorations, conclut que la réforme préconisée par l'initiative répond beaucoup plus largement aux exigences sociales.

Sans exagérer, on peut affirmer:

- Seule l'initiative offre une solution vraiment sociale!
- Seule l'initiative introduit une véritable assurance-maternité!
- Seule l'initiative couvre les soins dentaires!
- Seule l'initiative prévient des charges excessives pour le père de famille!
- Seule l'initiative est conçue dans le même esprit social que l'AVS!

Pour le travailleur, le choix n'est pas difficile à faire!

OUI POUR L'INITIATIVE SOCIALISTE ET SYNDICALE

EXPOSÉ DÉTAILLÉ

Introduction

La Suisse est un pays riche et prospère. Mais dans chacune de ses milliers de communes fonctionne un service d'assistance sociale ou une "commission des pauvres". Ces institutions ne chôment pas. Plus de la moitié des cas qu'elles sont appelées à traiter concernent la paupérisation consécutive à la maladie. Des milliers de personnes et de ménages sont contraints de quêmander des secours, condamnés à des démarches humiliantes parce qu'ils ne sont pas ou qu'insuffisamment assurés, parce que les prestations de l'assurance ne couvrent qu'une partie des dépenses, ou encore parce que les cotisations sont trop lourdes. Si ces cotisations sont excessives au regard du revenu, c'est parce que le système de financement en vigueur est le plus asocial que l'on puisse imaginer.

Ce contraste entre la prospérité du pays et cette situation est la preuve d'un vice fondamental de l'assurance-maladie telle que nous la connaissons. Ce vice fondamental, je vais m'employer à l'éclairer. Puis je démontrerai que seule l'initiative socialiste et syndicale peut l'écarter et garantir à chacun, en cas de maladie, la sécurité dont il a besoin.

Tableau 1: l'explosion des coûts

Le tableau montre les écarts frappants entre les évolutions des indices des prix à la consommation, des salaires et des coûts de la santé. De 1960 à 1970, le renchérissement a progressé de 40 %. Pendant la même période, les salaires nominaux ont doublé. En d'autres termes, les salaires réels, le pouvoir d'achat, ont augmenté. En revanche, l'indice des coûts des soins médicaux - de la santé - ont triplé, notamment en liaison avec une augmentation disproportionnée des cotisations d'assurance et des frais à la charge de l'assuré. Les dépenses de maladie ont augmenté beaucoup plus rapidement que les salaires; pour nombre de personnes et de familles elles dévorent davantage que l'accroissement du revenu réel.

Tableau 2: Evolution des cotisations

Ce tableau montre l'écart entre l'augmentation des salaires et celle des cotisations d'assurance. En 1960, un assuré marié, père de deux enfants gagnant 7422 fr. par an, versait 175,95 à la caisse de maladie. En 1971, pour un revenu qui est passé à 18.040 fr., il paie 588.-- fr. Si le salaire a progressé de 100 à 243,1, la charge d'assurance est passé de 100 à 334,2.

Tableau 3: l'initiative socialiste et syndicale

On ne peut laisser les choses aller ainsi. Si l'on ne redresse pas rapidement la situation, on verra bientôt que même les familles qui disposent d'un revenu moyen ne seront plus en mesure de s'assurer de manière suffisante. Pour elles aussi - comme pour beaucoup d'autres déjà - la maladie entraînera la destruction de l'épargne et un endettement croissant.

Cette perspective dramatique n'est pas une vue de l'esprit. C'est pourquoi le Parti socialiste et l'Union syndicale ont lancé, en 1970, une initiative conçue de manière à assainir une situation qui devient toujours plus inquiétante et pour assurer, à des conditions supportables, une protection suffisante et complète en cas de maladie et d'accident.

Au tableau 3 figurent les prestations que doit garantir une assurance complète:

- couverture de toutes les dépenses pour soins ambulatoires;
- couverture de tous les frais d'hospitalisation, toute participation des assurés aux frais ou toute perception de "suppléments spéciaux" étant exclue;
- couverture appropriée des dépenses pour soins dentaires. On sait qu'elles grèvent de manière excessive les budgets d'innombrables ménages. La loi réglera les conditions de cette assurance - dont l'objet est de maintenir à un niveau supportable les dépenses pour soins dentaires.
- l'assurance-maternité, dont doivent bénéficier toutes les femmes, est comprise dans l'assurance-maladie. Il y a des dizaines d'années que l'on parle de l'instituer. On n'a encore rien fait. L'heure de remédier à cette carence a sonné.
- les dépenses de maladie seraient montées moins fortement si la médecine préventive avait été plus systématiquement développée. Prévenir vaut mieux que guérir dit un vieil adage. Mais on ne l'a guère suivi. On constate que les caisses de maladie ne sont pas tenues de fournir des prestations au titre de la prophylaxie. L'initiative veut que cette incompréhensible lacune soit comblée.
- Je ne m'étendrai pas ici sur l'absolue nécessité de mettre tous les assurés au bénéfice de la même indemnité journalière en cas de maladie et d'accident. Il est inadmissible que le travailleur privé de son revenu par la maladie ne touche pas la même indemnité que le travailleur qui en est privé à la suite d'un accident.
- Enfin l'initiative veut mettre sur pied un nouveau système de financement de l'assurance. C'est son le point le plus important. Les cotisations doivent être fixées - par analogie au régime AVS/AI - en pour-cent du salaire. Seul ce système est conforme aux exigences de la solidarité et garantit une véritable péréquation entre "économiquement forts"

et "économiquement faibles", entre personnes seules et familles, entre jeunes et vieux et - il va sans dire - entre bien portants et malades.

- Seule l'initiative permet de créer, à des conditions supportables pour tous, l'assurance familiale qui fonctionne depuis des dizaines d'années déjà dans tous les pays voisins.

Le contreprojet du Parlement

Le dépôt de l'initiative a contraint le Conseil fédéral à prendre position. Il avait quatre possibilités:

1. recommander au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative (c'est la décision qu'il a prise à propos de l'initiative dite de Münchenstein pour l'introduction d'un service civil);
2. inviter le peuple et les cantons - sans présenter de contreprojet - à repousser l'initiative; (ce qu'il a fait pour l'initiative Schwarzenbach);
3. inviter le peuple et les cantons à rejeter l'initiative, mais en lui opposant simultanément un contreprojet; (exemple: initiative du PdT pour un régime de pensions populaires);
4. recommander au peuple et aux cantons le rejet de l'initiative, mais en donnant l'assurance qu'il revisera la législation de manière à donner aussi largement que possible suite aux exigences des promoteurs de l'initiative (exemple: initiative pour l'interdiction des exportations d'armes).

L'article constitutionnel qui régit encore l'assurance-maladie permettant, en fait, toutes sortes de réglementations légales, le Conseil fédéral avait tout d'abord manifesté l'intention d'opposer un contreprojet législatif à l'initiative. Il est connu sous le nom de "modèle de Flims".

Il s'est heurté à l'opposition des milieux les plus divers, avant tout parce qu'il aurait abouti à scinder l'assurance-maladie en deux secteurs, c'est-à-dire à en briser l'unité. Par la suite, diverses organisations ont élaboré d'autres "modèles": modèle du Concordat des caisses de maladie, "modèle 72" des médecins, modèle "Grutli", modèle "Cadogg" etc. Seule l'initiative émergeait de ce chaos comme un rocher solide.

Relevons ici que l'initiative n'a pas été sans exercer une certaine influence sur ces divers modèles. Tous, en effet mettaient l'accent sur la nécessité d'un système de financement plus social. Mais l'efficacité de la péréquation sociale

variait selon les tendances. C'est le modèle du Concordat qui allait le plus loin dans la vie de la péréquation. Il a fait l'objet d'une pétition au Conseil fédéral; elle a réuni plus de 600.000 signatures. Elle préconisait une assurance obligatoire couvrant tous les risques et un financement assuré dans une forte proportion par des cotisations fixées en pour-cent du revenu. Malheureusement, le Concordat a très rapidement abandonné son propre modèle pour se rallier à un compromis élaboré avec les médecins (modèle "Alliance").

Face à cette situation, le Conseil fédéral a finalement décidé d'opposer un contreprojet constitutionnel à l'initiative. Mais ce n'est pas à ce contreprojet que nous sommes confrontés, mais à un contreprojet entièrement remanié par le Parlement - et qui est nettement moins social que celui du gouvernement.

Tableau 4: les différences entre l'initiative et le contreprojet de la majorité parlementaire

Soins médicaux:

L'initiative veut une assurance obligatoire et généralisée. Le contreprojet maintient l'assurance facultative. Les deux projets impliquent pratiquement les mêmes améliorations des prestations. Mais seuls en bénéficieront ceux qui s'assureront facultativement. Ceux qui ne s'assureront pas, soit par imprévoyance, soit parce que l'assurance leur sera fermée (pour raison d'âge notamment), ou encore parce que les cotisations seront trop élevées, ne bénéficieront pas de ces améliorations. Le contreprojet a encore d'autres lacunes, sur lesquelles nous reviendrons.

Le contreprojet ne couvre pas les coûts des soins dentaires. C'est une lacune majeure. Chacun sait combien ces frais sont pesants, et d'autant plus lourds que la famille est plus nombreuse. On donne à entendre que l'inclusion des soins dentaires dans l'assurance aboutirait rapidement à des abus. C'est un argument fallacieux. Il ne s'agit que d'un principe constitutionnel: C'est à la législation qu'il appartiendra de délimiter l'ampleur des soins dentaires et d'écarter les abus. Mais les coûts des soins indispensables, de la prophylaxie en particulier, doivent être couverts par l'assurance.

Assurance-accidents:

En matière d'assurance-accidents, les promoteurs de l'initiative enregistrent un plein succès. Le contreprojet reprend entièrement à son compte l'exigence de l'initiative. Tous les travailleurs seront désormais pleinement assurés contre les accidents et pas seulement ceux qui sont occupés dans une entreprise assujettie à la Caisse nationale.

Indemnité journalière:

L'influence de l'initiative est nette. Enfin, tous les salariés qui subissent une perte de gain, qu'elle soit causée par la maladie ou par un accident, toucheront une indemnité journalière appropriée.

Mais le contreprojet s'arrête à mi-chemin. Seuls les salariés sont obligatoirement assurés pour cette indemnité qui correspondra à celle que verse la Caisse nationale lors d'un accident. L'obligation peut - mais ne doit pas forcément - être étendu à d'autres catégories de la population. C'est dire que le contreprojet ne garantit pas que les femmes non salariées bénéficieront, en cas d'accouchement, d'une indemnité journalière. L'initiative, en revanche, garantit à ces femmes le versement de l'indemnité journalière AI.

En outre, en cas de maladie, l'indemnité journalière AI sera versée à toutes les autres catégories de personnes non salariées.

Prophylaxie:

Initiative: la prophylaxie est incluse dans l'assurance obligatoire; selon le contreprojet seuls bénéficient de mesures prophylactique les personnes qui se sont assurées de plein gré. Le contreprojet prévoit cependant que des mesures de ce genre pourront être éventuellement étendues à des non assurés.

Organisation:

Il ressort de ce qui précède que l'initiative permet une organisation simple et cohérente de l'assurance-maladie tandis que le contreprojet implique une organisation compliquée.

L'initiative fonde l'assurance sur les caisses maladies reconnues. Le contreprojet admet comme assureurs les caisses reconnues et les assurances privées. En outre, le contreprojet exigera la création d'une institution supplétive, d'une sorte de caisse générale de compensation. En effet, il décrète une cotisation générale de 3% sur les revenus, à laquelle seront également astreints les non assurés. Tous les cotisants auront droit à certaines prestations. On ne peut laisser aux assureurs de l'assurance facultative le soin de verser ces prestations. En fait, il s'agit d'une assurance complémentaire ou marginale, pour laquelle il faudra créer un appareil. C'est pourquoi nous avons dit que le contreprojet entraînera une organisation compliquée.

Financement:

D'autres tableaux montreront les conséquences des deux systèmes de financement. Celui que préconise l'initiative est simple; l'autre est compliqué. Les cotisations sont fixées en pour-cent du salaire. En versant cette cotisation, le salarié

assure pleinement sa famille, sans cotisations supplémentaires. La participation aux frais est limitée aux traitements ambulatoires, c'est-à-dire aux petits risques. Elle reste modeste.

Selon la formule du contreprojet, en revanche, l'assuré doit passer trois fois à la caisse. 1. Il est astreint au paiement d'une prime individuelle (comme aujourd'hui) pour lui, pour sa femme et pour chacun de ses enfants. 2. Il doit verser, de surcroît, la moitié de la cotisation générale de 3% du salaire (l'autre moitié est à la charge de l'employeur). 3. En cas de maladie, sa participation financière (franchise et part des frais) est élevée. Il n'est pas difficile de démontrer que ce système est beaucoup plus coûteux pour l'assuré que celui que préconise l'initiative.

Tableau 5: Hypothèques de l'assurance facultative

Avant d'aborder ces hypothèques, je voudrais encore attirer l'attention sur certaines lacunes de l'assurance-maladie que le contreprojet ne permet pas d'éliminer. Quand un régime d'assurance laisse l'individu libre de s'assurer quand il l'entend ou de s'en abstenir, ce régime est contraint - pour prévenir des abus - d'établir des conditions strictes en matière d'adhésion. Par exemple, il doit pouvoir refuser d'admettre les personnes qui ont attendu d'être âgées pour s'assurer. c'est-à-dire les personnes qui impliquent pour l'assurance des risques supérieurs à la moyenne. De même, il doit pouvoir refuser d'admettre les personnes qui ont attendu d'être gravement malades, voire d'être hospitalisées, pour s'annoncer. L'assurance facultative doit donc fixer des limites d'âge et formuler des réserves en matière d'adhésion. En d'autres termes, elle doit refuser ses prestations à ceux qui en auraient le plus besoin.

Le contreprojet, tel qu'il est conçu, aura donc pour effet de pénaliser lourdement non seulement ceux qui ont été imprévoyants, mais ceux aussi qui n'avaient pas les moyens de payer les primes élevées de l'assurance.

L'assurance obligatoire à laquelle vise l'initiative peut renoncer à ces limites et réserves parce que tous - salariés et non salariés - sont tenus de verser la cotisation fixée en pour-cent du revenu. Fixée en pour-cent, la prime augmente avec le revenu. Une péréquation sociale est réalisée. En outre, le taux de la cotisation peut être fixé à un niveau plus bas que la prime individuelle de l'assurance facultative.

L'assurance facultative que maintient le contreprojet exige le prélèvement de primes individuelles pour chacune des personnes au bénéfice de l'assurance: le père de famille doit verser une prime pour lui-même, pour sa femme et pour chacun de ses en-

fants - une prime fixée selon les risques que présente chacune de ces personnes. L'assurance facultative doit éviter que des primes qui leur paraîtraient trop élevées n'engagent les "bons risques" - les célibataires et les jeunes gens en particulier - à ne pas adhérer à une caisse, ou d'adhérer à une assurance spéciale, adaptée à leur faible taux de risque. C'est pourquoi l'assurance facultative n'est pas en mesure de fixer des cotisations conformes aux exigences de l'équité sociale et de réaliser une péréquation entre les charges des célibataires et des pères de famille, des jeunes et des personnes âgées, des hommes et des femmes: la péréquation qui est le fondement de toute assurance sociale digne de ce nom. Dans ce système, tout alourdissement des coûts des soins médicaux entraîne, pour un père de famille, l'augmentation des primes de tous les membres du ménage (père, mère et enfants), même si les risques que présentent les enfants restent minimes. En d'autres termes, on peut dire que les primes de l'assurance facultative ne sont pas - comme on le prétend - des "primes conformes aux risques", mais sont des "primes non conformes aux risques."

Comme on l'a dit, l'initiative veut mettre fin à un système dont l'augmentation des coûts fait apparaître d'autant plus vivement l'injustice.

Tableau 6: Financement des soins médicaux

Pour bien comprendre les conséquences des deux systèmes de financement, trois remarques préalables sont nécessaires:

1. Toutes les données chiffrées que nous allons examiner concernent exclusivement le financement de l'assurance des soins médicaux. L'initiative et le contreprojet préconisent le même système de financement pour l'assurance de l'indemnité journalière en cas de maladie et d'accident. Pour l'assurance-accidents, le principe appliqué par la Caisse nationale est maintenu: l'assurance des accidents professionnels est entièrement à la charge de l'employeur et l'assurance des accidents non professionnels est à la charge du salarié.

En cas de maladie, le travailleur touchera la même indemnité journalière qu'en cas d'accident. Les prestations de l'assurance sont versées dès le 31^{ème} jour de chômage; les trente premiers jours, l'indemnité pour perte de gain est à la charge de l'employeur (conformément aux dispositions du CO relatives à l'obligation de verser le salaire). Les coûts de l'assurance pour l'indemnité journalière sont évalués à 1040 millions par an. Pour couvrir ces dépenses, une contribution de 1,4% du salaire est nécessaire; elle est pour la moitié à la charge du salarié.

2. L'assurance des soins médicaux couvre seulement les frais des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation en classe générale. Au regard d'aujourd'hui, ces prestations seront améliorées. L'assuré qui voudra s'assurer pour des prestations complémentaires, par exemple pour l'hospitalisation en chambre privée, devra payer un supplément de prime pour les frais qui en résultent.

Le tableau 6 éclaire le financement de l'assurance des soins médicaux "normaux" dès 1976. Le régime préconisé par l'initiative entraînera une dépense globale de 6125 millions et le contreprojet une dépense globale de 5940 millions. Si l'initiative est un peu plus coûteuse, c'est uniquement parce qu'elle couvre les soins dentaires. Pour les autres prestations, les coûts sont sensiblement les mêmes pour les deux systèmes. Mais une fois encore, il faut rappeler qu'à frais égaux, tous bénéficient des prestations quand l'assurance est obligatoire, mais pas tous quand elle est facultative!

Les pouvoirs publics couvriront par des subventions 18,8% (contreprojet) ou 19,3% (initiative) de ces dépenses. Les employeurs devront prendre en charge 34% de ces dépenses selon l'initiative, mais 20,9% selon le contreprojet. La confrontation de ces deux chiffres fait comprendre, sans que d'autres commentaires soient nécessaires, pourquoi le patronat tire à boulets rouges contre l'initiative. Ces chiffres montrent aussi que le contreprojet exigera des assurés une participation plus forte aux dépenses (59,8%) que l'initiative (47,2%).

Peut-être vous êtes - vous demandé pourquoi, du moment que la cotisation est partagée entre employeurs et travailleurs, la charge des deux parties n'est pas égale? La réponse est simple: tous les assurés ne sont pas des salariés. Les assurés qui ne sont pas salariés doivent naturellement verser, eux aussi, une cotisation.

Enfin, le contreprojet entraîne la perception de primes individuelles - que l'initiative écarte - et qui couvriront 17,4% des dépenses. Il ressort du tableau 7 que ces primes individuelles - qui s'additionnent dans un ménage - peuvent être écrasantes.

Tableau 7: Charge individuelle des assurés

Nous avons pris pour exemple la charge individuelle d'un homme marié, père de deux enfants.

Le produit de la cotisation fixée en pour-cent du revenu augmente proportionnellement à l'accroissement de celui-ci. De

375.-- fr. pour un revenu de 15.000 fr., il passe à 625 pour un revenu de 25.000 fr. et à 100 fr. pour un revenu de 40.000 fr. Quant à la contribution individuelle de l'assuré aux frais, elle reste la même à tous les échelons.

Plus la part du financement assurée par les cotisations fixées en % du revenu est faible et plus la contribution individuelle (fixée indépendamment du revenu) doit être augmentée. Cette contribution grève avant tout les assurés des catégories inférieures et moyennes de revenu, mais favorise ceux des catégories supérieures. C'est ce qui ressort d'une comparaison entre les charges globales. Selon l'initiative, l'assuré marié père de deux enfants paiera 633 fr. par an pour un revenu de 15.000 fr., ce qui correspond à 4,2% de son salaire. Selon le contreprojet, cet assuré devra déboursier 1355 fr. ou 9% de son salaire. Pour un revenu de 25.000 fr. les charges correspondantes sont de 883.-- fr. et de 1505 fr.

Ces différences sont considérables. Elles expliquent aussi d'où vient l'opposition: des privilégiés! Si l'initiative l'emporte, ils seront plus fortement grevés que si c'est le contreprojet qui est accepté. Dans leur optique, il vaut donc la peine de sacrifier quelques centaines de milliers de fr., voire des millions pour financer la campagne conduite contre l'initiative.

Pour ce qui nous concerne, une simple constatation suffit à justifier notre choix: pour le père de famille - et jusqu'à concurrence d'un revenu de 60.000 fr. - les conditions d'assurance sont plus favorables que pour un célibataire jusqu'à concurrence d'un revenu de 35.000 fr.

Les adversaires tirent à boulets rouges contre le système de la cotisation libellée en pour-cent. Ils en font un croquemitaine. C'est absurde. Que la cotisation soit retenue sur le salaire, ou qu'il faille la payer à la poste, le résultat est le même pour le travailleur: son budget est réduit dans la même mesure dans les deux cas. Ce qui importe, c'est le montant de la cotisation. Il est évident que le travailleur qui dispose d'un revenu de 15.000 fr. préférera payer 633 fr. seulement (initiative) plutôt que 1355 fr. (contreprojet).

Passons maintenant à la participation aux frais. L'initiative évalue cette participation à 100 fr. par cas de maladie d'une personne adulte et le contreprojet à 200 fr. Le montant définitif sera fixé par la loi. L'Initiative limite cependant cette participation aux cas où elle a véritablement un sens: aux traitements ambulatoires. Cette mesure doit empêcher que l'assuré ne consulte le médecin pour chaque bagatelle. Mais dès qu'une maladie se révèle grave, la participation aux frais est antisociale. L'assurance doit alors couvrir l'entier des frais. Notons aussi que la participation doit être raisonna-

blement limitée. Si elle est fixée à un niveau prohibitif, elle risque d'engager l'assuré à ne pas consulter à temps le médecin. Enfin, la participation aux frais doit être exclue quand il s'agit d'enfants.

La participation prévue par le contreprojet n'a pas, comme celle qu'institue l'initiative, un caractère "éducatif" (si l'on peut dire): elle a avant tout pour objet de financer l'assurance; on vise, par ce moyen, à réduire les cotisations individuelles. Cette méthode est licite. En revanche l'assuré, s'il paie des cotisations moins lourdes quand il est en bonne santé, est plus fortement grevé quand il tombe malade. Ce système aboutit à affaiblir encore la péréquation, c'est-à-dire la solidarité entre bien portants et malades.

Tableau 6: résumé

La "National-Zeitung" a fort bien résumé la situation: "L'initiative et le contreprojet apportent tous deux des améliorations. Mais la réforme préconisée par l'initiative répond beaucoup plus largement aux exigences sociales".

Sans exagérer aucunement, on peut affirmer:

- Seule l'initiative offre une solution vraiment sociale;
- Seule l'initiative assure une véritable protection en cas de maladie: de n'importe quelle maladie;
- Seule l'initiative introduit une véritable assurance-maternité;
- Seule l'initiative couvre les soins dentaires de manière appropriée;
- Seule l'initiative prévient des charges excessives pour le père de famille;
- Seule l'initiative est conçue dans le même esprit social que l'AVS.

Pour le travailleur, le choix n'est donc pas difficile à faire.

INITIATIVE SOCIALISTE ET SYNDICALE: OUI

TABLEAU 1

INDICES DES PRIX À LA CONSOMMATION, DES SALAIRES ET DES
COÛTS DE LA SANTÉ - EVOLUTION DE 1960 À 1970

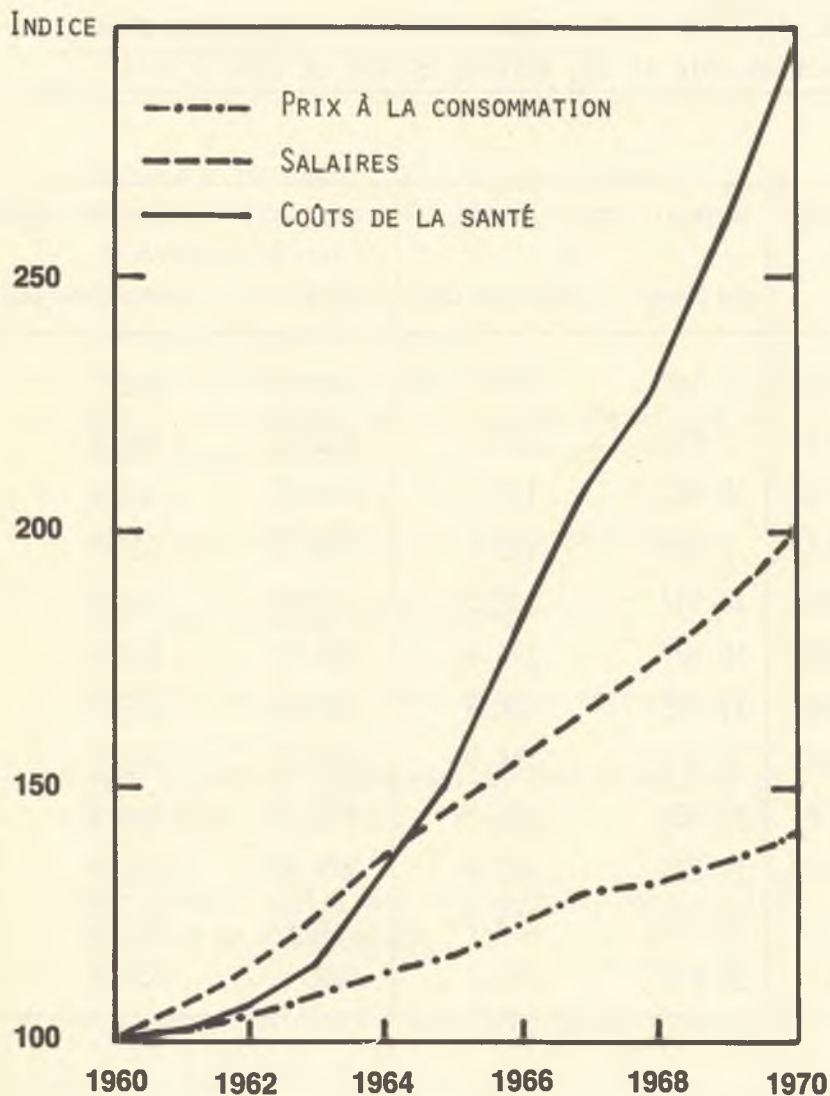


TABLEAU 2

EVOLUTION COMPARATIVE DES COTISATIONS MINIMALES DE L'ASSURANCE-MALADIE ET DES REVENUS MOYENS DE 1960 À 1971

ANNÉE	REVENU MOYEN ANNUEL		COTISATIONS POUR UN MÉNAGE AVEC DEUX ENFANTS	
	EN FR.	EN POUR-CENT	EN FR.	EN POUR-CENT
1960	7 422	100	175.95	100
1961	7 790	105.0	192.12	109.2
1962	8 422	113.5	208.41	118.4
1963	9 044	121.9	228.27	129.7
1964	10 017	135.0	247.86	140.9
1965	10 877	146.6	268.53	152.6
1966	11 783	158.8	325.50	185.0
1967	12 472	168.0	363.24	206.4
1968	13 458	181.3	430.23	244.5
1969	14 223	191.6	478.05	271.7
1970	15 785	212.7	516.33	293.5
1971	18 040	243.1	588.--	334.2

TABLEAU 3

AVANTAGES CONCRETS DE L'INITIATIVE PSS

- ASSURANCE COUVRANT TOUS LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES
- ASSURANCE COMPLÈTE EN CAS DE MALADIE GRAVE ENTRAÎNANT L'HOSPITALISATION
PAS DE PARTICIPATION AUX FRAIS
PAS DE SUPPLÉMENTS SPÉCIAUX POUR OPÉRATIONS OU TRAITEMENTS CÔUTEUX
- COUVERTURE APPROPRIÉE DES SOINS DENTAIRE
- VÉRITABLE ASSURANCE-MATERNITÉ
- PRESTATIONS POUR LES TRAITEMENTS PRÉVENTIFS
- MÊME INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS DE MALADIE ET D'ACCIDENT
- AMÉNAGEMENT SOCIAL DES COTISATIONS, AVEC PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR
- ASSURANCE FAMILIALE À DES CONDITIONS FAVORABLES

INITIATIVE PSS ET CONTREPROJET

	INITIATIVE	CONTREPROJET
SOINS MÉDICAUX	ASSURANCE GÉNÉRALEMENT OBLIGATOIRE POUR: - LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES - L'HOSPITALISATION - LES SOINS DENTAIRES - LA MATERNITÉ	LA CONFÉDÉRATION OU LES CANTONS PEUVENT DÉCLARER L'ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR TOUS OU POUR CERTAINES CATÉGORIES DE LA POPULATION SEULEMENT. LES PRESTATIONS GARANTIES PAR L'ASSURANCE FACULTATIVE SONT AMÉLIORÉES. LE VERSEMENT DE COTISATIONS (EN %) ÉTANT GÉNÉRALEMENT OBLIGATOIRE, TOUTE LA POPULATION BÉNÉFICIE DE CERTAINES PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION, DE SOINS À DOMICILE, DE MATERNITÉ ET DE PROPHYLAXIE.
ACCIDENTS	ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES SALARIÉS. ELLE PEUT ÊTRE ÉTENDUE À D'AUTRES CATÉGORIES DE LA POPULATION.	OBLIGATOIRE POUR LES SALARIÉS. ELLE PEUT ÊTRE ÉTENDUE À D'AUTRES CATÉGORIES DE LA POPULATION.
INDEMNITÉ JOURNALIÈRE	ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR TOUS. LES TRAVAILLEURS SONT ASSUJETTIS À LA CAISSE NATIONALE. UNE INDEMNITÉ EST VERSÉE EN CAS DE MATERNITÉ À TOUTES LES FEMMES.	OBLIGATOIRE POUR LES SALARIÉS. PEUT ÊTRE ÉTENDUE À D'AUTRES CATÉGORIES DE LA POPULATION.
PROPHYLAXIE	INCLUSE DANS L'ASSURANCE OBLIGATOIRE	CERTAINES PRESTATIONS SONT INCLUSES DANS L'ASSURANCE FACULTATIVE. PARTICIPATION FINANCIÈRE DE CHACUN PAR LE BIAIS DE LA COTISATION GÉNÉRALE OBLIGATOIRE.

TABLEAU 4 (SUITE)

	INITIATIVE PSS	CONTREPROJET
ORGANISATION	SYSTÈME COHÉRENT, FONDÉ SUR LES CAISSES RECONNUES	SYSTÈME COMPLIQUÉ, FONDÉ SUR: - LES CAISSES DE MALADIE - LES ASSURANCES PRIVÉES - UNE CAISSE SUPPLÉTIVE
FINANCEMENT	SYSTÈME AVS (COTISATION PERÇUE À LA SOURCE, EN POUR-CENT DU REVENU; SUBVENTIONS DES POUVOIRS PUBLICS) LA COTISATION DU TRAVAILLEUR EST POUR MOITIÉ À LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR LES COTISATIONS DES BÉNÉFICIAIRES AVS/AI SONT DÉDUITES DE LA RENTE PARTICIPATION AUX FRAIS DES TRAITEMENTS AMBULATOIRES SEULEMENT LA COTISATION POUR L'ASSURANCE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS EST À LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR	SOINS MÉDICAUX: COTISATIONS INDIVIDUELLES, PARTICIPATION AUX FRAIS, SUBVENTIONS DES POUVOIRS PUBLICS ET CONTRIBUTION GÉNÉRALE OBLIGATOIRE DE 3 % DU SALAIRE AU MAXIMUM INDEMNITÉ JOURNALIÈRE: LA PART DE LA COTISATION NÉCESSAIRE POUR CETTE ASSURANCE EST POUR MOITIÉ À LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR L'ASSURANCE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS EST ENTIÈREMENT À LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR

DÉSAVANTAGES DE L'ASSURANCE QUI N'EST PAS GÉNÉRALEMENT OBLIGATOIRE

MAINTIEN DE:

- LIMITES D'ÂGE
- COTISATIONS ÉCHELONNÉES SELON L'ÂGE D'ENTRÉE
- RÉSERVES À L'ASSUJETTISSEMENT

RESENT NÉCESSAIRES:

- COTISATIONS INDIVIDUELLES (HOMMES, FEMMES, ENFANTS) SEULES DES SUBVENTIONS (GÉNÉRALES OU À BUT SPÉCIAL) PEUVENT ABAISSER LES COÛTS

EXCLU:

- FINANCEMENT SELON SYSTÈME AVS

CONSÉQUENCES:

- PAS DE PÉRÉQUATION GÉNÉRALE DES CHARGES
- PAS D'ASSURANCE FAMILIALE
- TOUTE AUGMENTATION DES COÛTS ACCROÎT DE MANIÈRE DÉSASTREUSE LES CHARGES DES ASSURÉS DES CAT. INFÉRIEURES ET MOYENNES DE GAIN ET DES FAMILLES (CUMUL DES COTISATIONS)

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DES SOINS MÉDICAUX EN 1976

INITIATIVE PSS
6,125 Mia 100 %

CONTREPROJET
5,940 Mia 100 %

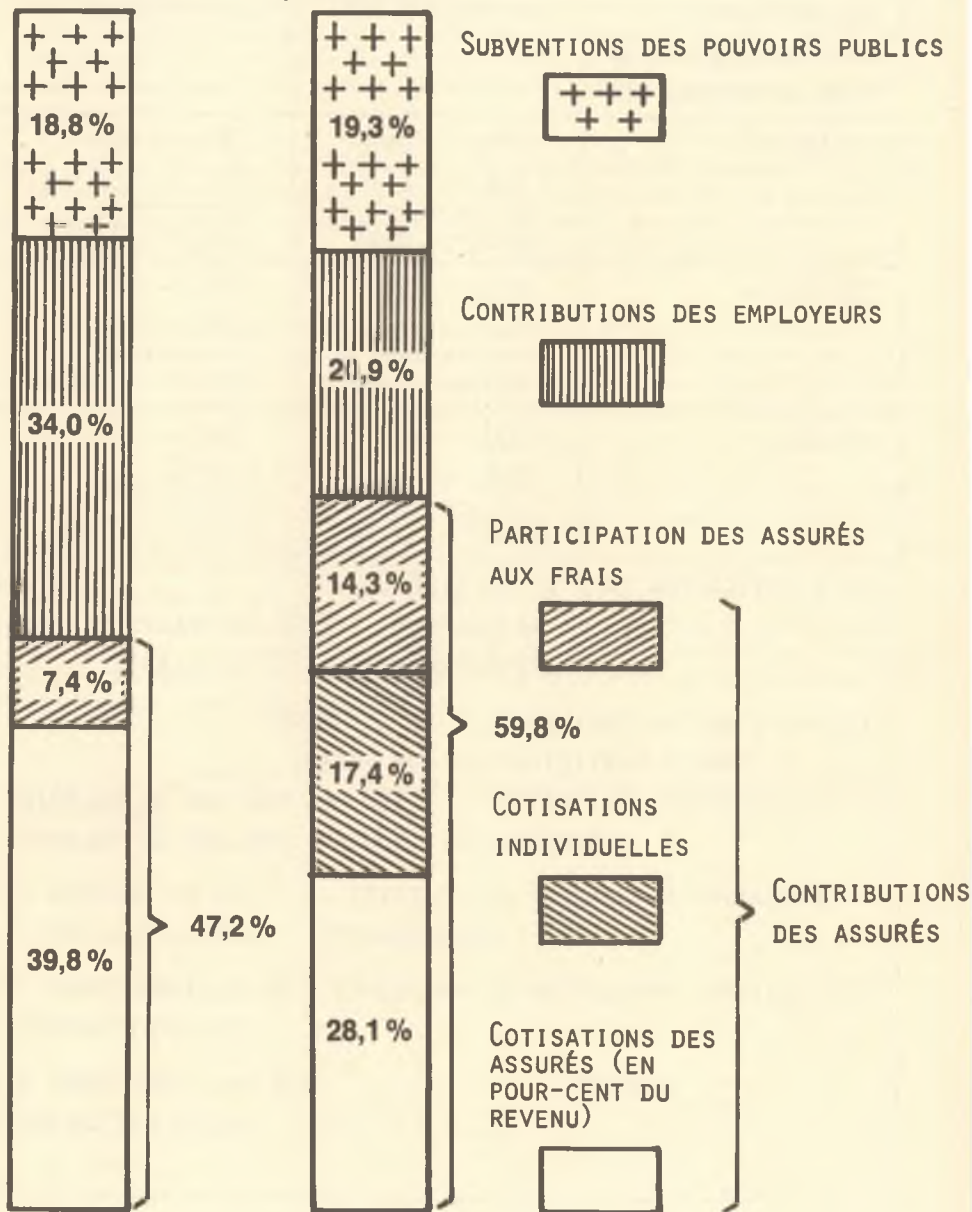


TABLEAU 7

CHARGE INDIVIDUELLE DES ASSURÉS EN 1976

ASSURÉ MARIÉ, PÈRE DE 2 ENFANTS, POUR UN REVENU DE:	INITIATIVE PSS	CONTREPROJET
15 000.--	375.-- cs 258.-- ci <u>633.-- 4.2%</u>	225.-- cs 1130.-- ci <u>1355.-- 9.0%</u>
25 000.--	625.-- cs 258.-- ci <u>883.-- 3.5%</u>	375.-- cs 1130.-- ci <u>1505.-- 6.0%</u>
40 000.--	1000.-- cs 258.-- ci <u>1258.-- 3.1%</u>	600.-- cs 1130.-- ci <u>1730.-- 4.3%</u>
<p>CS = COTISATION EN % DU SALAIRE INITIATIVE: 2,5% DU SALAIRE CONTREPROJET: 1,5% DU SALAIRE</p> <p>CI = COTISATION INDIVIDUELLE DE L'ASSURÉ, Y COMPRIS PARTICIPATION AUX FRAIS: HYPOTHÈSE: INITIATIVE: 100 FR. PAR CAS DE MALADIE CONTREPROJET: 200 FR. PAR CAS DE MALADIE</p> <p>+ COTISATION PATRONALE: INITIATIVE: 2,5% DU SALAIRE CONTREPROJET: 1,5% DU SALAIRE</p> <p>ESTIMATIONS: POPULATION DE RÉSIDENCE 6,4 MILLIONS (DONT 1,8 MILLION D'ENFANTS)</p> <p>ASSURÉS 5,8 MILLIONS (DONT 1,6 MILLION D'ENFANTS)</p>		

**L'INITIATIVE GARANTIT SEULE UNE ASSURANCE VRAIMENT
SOCIALE**

- ELLE SEULE INSTITUE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE COUVRANT
TOUTES LES MALADIES

- ELLE SEULE GARANTIT UNE ASSURANCE APPROPRIÉE POUR
SOINS DENTAIRES

- ELLE SEULE RÉALISE UNE VÉRITABLE ASSURANCE-MATER-
NITÉ

- ELLE SEULE PERMET UNE ASSURANCE FAMILIALE COMPLÈTE
À DES CONDITIONS FAVORABLES

LE CHOIX EST FACILE:

INITIATIVE POUR UNE MEILLEURE ASSURANCE-MALADIE: OUI

CHARGE INDIVIDUELLE DES ASSURÉS EN 1976

ASSURÉ MARIÉ, PÈRE DE 2 ENFANTS, POUR UN REVENU DE:	INITIATIVE PSS	CONTREPROJET
15 000.--	375.-- cs 86.-- ci <hr/> 461.-- 3.0%	225.-- cs 376.50 ci <hr/> 601.50 4.0%
25 000.--	625.-- cs 86.-- ci <hr/> 711.-- 2.8%	375.-- cs 376.50 ci <hr/> 751.50 3.0%
40 000.--	1000.-- cs 86.-- ci <hr/> 1086.-- 2.7%	600.-- cs 376.50 ci <hr/> 976.50 2.4%

CHARGE INDIVIDUELLE ANNUELLE GLOBALE AU TITRE DE L'ASSURANCE CALCULÉE COMPTE TENU DES AMÉLIORATIONS QU'IMPLIQUE LE CONTREPROJET, MAIS EN SE FONDANT SUR LE SYSTÈME ACTUEL DE FINANCEMENT.

PERSONNE SEULE	FAMILLE AVEC DEUX ENFANTS
958.50	2875.50

UNE COMPARAISON ENTRE CES DEUX CHIFFRES ET LES INDICATIONS QUI FIGURENT AU TABLEAU 7 ÉCLAIRE L'IMPORTANCE SOCIALE DU FINANCEMENT PAR UNE CONTRIBUTION FIXÉE EN POUR-CENT DU SALAIRE.

CRITIQUES DES ADVERSAIRES DE L'INITIATIVE:

NOS RÉPONSES

1. L'introduction de l'assurance-maladie obligatoire aboutit nécessairement à créer un Service de santé étatique - comme en Grande-Bretagne et en Suède

Relevons tout d'abord que les Services de santé de ces deux pays sont voués aux gémonies avant tout par des gens qui en ignorent complètement le fonctionnement. Les critiques dont ils font l'objet s'appliquent largement à notre propre "service de santé", c'est-à-dire à notre système de l'assurance facultative et à ses lacunes. La Grande-Bretagne et la Suède sont confrontées, comme la Suisse, à une demande croissante de soins et à une explosion des coûts hospitaliers commandée avant tout par les progrès de la médecine et de ses techniques. A la différence de la Suisse, ces deux pays ont pu, grâce à leurs services de santé, prendre avant nous des mesures pour faire face à cette évolution.

L'initiative socialiste et syndicale ne vise cependant pas à instaurer un service de santé "étatique". Les caisses reconnues doivent rester les assureurs. L'initiative ne porte atteinte ni à la liberté tarifaire des médecins, ni à leurs droits. Les médecins continueront à négocier leurs tarifs avec les caisses. Le libre choix du médecin reste garanti.

On constate que, chaque fois qu'il est question de déclarer une assurance obligatoire, on crie à l'étatisation. L'assurance en responsabilité civile est obligatoire pour tous les conducteurs de véhicules. Elle n'est pas étatisée pour autant. Les assureurs sont des sociétés privées. Aux Grisons, l'assurance-maladie est généralement obligatoire. Et pourtant, personne ne parle d'étatisation! Rappelons à ce propos que les programmes de presque tous les partis préconisent l'assurance-maladie obligatoire. En 1972, une pétition des caisses de maladie en a demandé l'introduction.

2. L'initiative ne contient aucune disposition visant à freiner l'explosion des dépenses

L'initiative prévoit le même frein aux dépenses que le contre-projet: une participation des assurés aux frais. L'initiative la limite cependant aux traitements ambulatoires. La participation aux frais n'a d'ailleurs de sens que dans ce secteur des soins. Il s'agit d'engager l'assuré à réfléchir avant de consulter le médecin pour chaque bagatelle. Mais quand une maladie grave exige l'hospitalisation, la participation aux frais n'est pas justifiée. Et pourquoi? Parce que tout risque

d'abus est alors écarté.

Nous pensons également qu'il faut mettre un terme à l'explosion des coûts de la santé. Mais l'assurance - qu'elle soit obligatoire ou facultative - n'est pas l'instrument adéquat. L'assurance a pour seul objet de décharger l'assuré des frais ou des pertes sèches occasionnés par la maladie.

Pour écarter ou pour limiter l'explosion des coûts de la santé, des mesures appropriées sont nécessaires: meilleure information de la population, développement de la médecine préventive, meilleure planification des hôpitaux, surveillance plus sévère des prix des médicaments, etc. Les médecins pourraient contribuer eux-mêmes à l'abaissement des coûts. En effet, eux seuls prescrivent les médicaments. Ils ne se déterminent pas toujours, à efficacité égale, pour les moins coûteux. Une meilleure collaboration entre médecins permettrait, par exemple, d'éviter que les mêmes et coûteuses analyses ne soient faites deux ou trois fois.

Quant à l'assurance elle-même, elle ne peut contribuer que dans une mesure limitée à la réduction des dépenses. Comme nous venons de le dire, il faut pour cela d'autres mesures. Nous sommes prêts à soutenir toute proposition raisonnable.

3. Le financement par une cotisation fixée en pour-cent du revenu engagera l'individu à accroître sa "consommation" médicale parce qu'il voudra "en avoir pour son argent".

En admettant que cette hypothèse doive être prise au sérieux, cette perspective apparaît encore plus dangereuse si l'assurance est financée pour une large part par des cotisations individuelles, comme le préconise le contreprojet. Quelques considérations d'ordre psychologique s'imposent ici. La cotisation fixée en pour-cent du salaire perd rapidement tout caractère personnel; on ne sait bientôt plus ce qu'on a payé à la caisse-maladie. Parmi ceux qui sont présents dans cette salle, combien connaissent exactement le montant de leurs cotisations AVS, AI, ou leurs primes pour l'assurance-accidents? (perçues à la source et en pour-cent du salaire). En revanche, chacun sait exactement ce qu'il verse chaque mois à la caisse de maladie. Pourquoi? Parce qu'il doit remplir un bulletin de versement. L'argument des adversaires ne vaut donc pas pipette

4. Le système des cotisations fixées en pour-cent du salaire permet de les augmenter plus facilement que ce n'est le cas pour les cotisations individuelles.

C'est le contraire qui est vrai. Aujourd'hui, chaque caisse de maladie augmente ses cotisations de temps à autre. Seuls les

assurés directement touchés s'en aperçoivent. Les membres des autres caisses n'en ont aucune connaissance. Ultérieurement, leur caisse les avise qu'elle se voit dans l'obligation de majorer la cotisation, d'autres caisses ayant pris cette décision. Les assurés ont-ils un moyen quelconque de s'opposer à une telle majoration? Guère. Et cela d'autant moins que l'immense majorité d'entre eux ne participent pas aux assemblées générales des caisses.

La situation est tout autre pour les cotisations fixées en pour-cent du revenu. L'augmentation du faux fait l'objet d'une révision législative, précédée d'une discussion publique. Presse et mass media commentent les arguments pour et contre. Le débat est poursuivi au Parlement. L'augmentation n'est acceptée que si une majorité la juge indispensable. De surcroît, la décision des Chambres fédérales peut faire l'objet d'un referendum, etc. En un mot comme en cent, ces cotisations ne peuvent pas être augmentées à la légère.

5. L'économie ne peut pas supporter la charge de cotisations d'assurance-maladie fixées en pour-cent du revenu

L'économie? qui est-ce? L'économie, c'est nous tous, et pas seulement les employeurs. Aujourd'hui déjà, les coûts de la santé absorbent une part non négligeable du produit national. Mais cette part reste la même: qu'elle soit couverte par des cotisations fixées en pour-cent du revenu ou par des cotisations individuelles!

Mais les adversaires de l'initiative ont une autre conception de l'"économie". Pour eux, l'"économie" ce sont les employeurs, les détenteurs de gros revenus et les privilégiés de la fortune. C'est parmi les nantis que se recrutent les adversaires. Tout simplement, ils ne veulent pas de la péréquation sociale à laquelle vise l'initiative. Ils refusent une plus large solidarité. Ce n'est pas la première fois. Lors de toute augmentation des contributions sociales, on prédit la ruine de l'économie. Jamais les rendements n'ont été plus élevés.

Il ne s'agit pas de la charge qui grèvera l'économie - une économie qui est l'affaire de tous - mais de sa répartition - que nous voulons plus équitable, afin que les chefs des familles des catégories inférieures et moyennes de revenu ne soient plus contraints de payer des cotisations écrasantes.

6. L'initiative entraînera la disparition des caisses de maladie

L'initiative précise nettement que l'assurance restera fondée sur les caisses existantes. Ce n'est pas une affirmation gra-

tuite. L'assurance-maladie ne peut fonctionner que si elle dispose d'un réseau très dense d'agences et de mandataires. C'est à cette condition seulement qu'elle peut faire face à la très grande diversité des cas individuels qui la caractérise et que peuvent être garantis les rapports nécessaires entre l'institution et les assurés.

Il va sans dire que l'initiative exigera une certaine harmonisation et simplification des tarifs. Les caisses doivent être les premières à le souhaiter. Néanmoins, elles resteront libres d'offrir, à côté de l'assurance pour les prestations générales de l'assurance-maladie, des assurances complémentaires, par exemple pour l'hospitalisation dans une clinique privée.

Inversement, le contreprojet menace l'existence des caisses. Tout d'abord, le projet d'article constitutionnel précise que l'assurance doit tenir compte des institutions d'assurance existantes, ce qui signifie: non seulement des caisses reconnues, mais aussi des sociétés privées. On a également lieu d'admettre que, l'assurance restant facultative, et la cotisation (de 3% au plus) qui sera obligatoirement perçue couvrant certaines prestations en cas de maladie grave (hospitalisation), nombre de personnes ne s'assureront pas pour les traitements ambulatoires. Cette solution est peut-être suffisante pour les nantis. Elle est dangereuse pour les personnes de condition modeste.

Enfin, comme il ressort du tableau relatif aux charges individuelles, l'assurance selon le contreprojet est si coûteuse qu'aucun père de famille - qui doit verser des primes pour chacun des membres du ménage - ne pourra contracter une ou plusieurs assurances complémentaires, ce qui aura pour effet de réduire considérablement le champ d'activité des caisses et de menacer leur existence.

Ce n'est donc pas l'initiative qui menace les caisses, mais le contreprojet.

Pour toutes ces raisons, le travailleur ne doit pas hésiter:

INITIATIVE POUR UNE MEILLEURE ASSURANCE-MALADIE: OUI

LISTE DES CONFÉRENCIERS

nom et prénom	adresse	téléphone
Mme ABPLANALP Emmi	82, rue de la Dîme 2009 Neuchâtel	038 / 33 37 32
M. AYER Gérald Membre du Grand Conseil	Case postale 40 1700 Fribourg	037 / 24 58 72
M. BERENSTEIN Alexandre Juge fédéral	Avenue Krieg 36 1208 Genève	022 / 46 50 15
M. CARDINAUX Camille Secrétaire VPOD	VPOD, Sonnenbergstr. 83 8030 Zurich	01 / 34 99 35
M. DUTOIT Frédy Secrétaire SEV	SEV, Steinerstrasse 35 3006 Berne	031 / 44 46 66
M. DUVOISIN Roger Administrateur de la caisse maladie	2046 Fontaine	038 / 53 18 24
M. JAUQUES Adalbert Comptable dipl.	Chantelet 2 1451 La Sagne-Ste-Croix	024 / 6 25 67
M. MESSERLI Otto Administrateur de la caisse maladie FTMH	FTMH, Monbijoustr. 61 3007 Berne	031 / 45 59 21
M. MICHEL Georges Administrateur de la caisse maladie FTMH	FTMH, place Chauderon 5 1003 Lausanne	021 / 22 35 31
M. PORTNER François Secrétaire FOBB	FOBB, Rue de l'Ale 25 1000 Lausanne 9	021 / 23 46 61
M. RIESEN Jean Conseiller d'Etat	Herrenmatt 3175 Flamatt	031 / 94 09 08