

**Message  
concernant l'initiative populaire  
«pour une saine assurance-maladie»**

du 6 novembre 1991

---

Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,

Nous vous présentons ci-joint notre message sur l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» et vous proposons de soumettre cette initiative au vote du peuple et des cantons, en recommandant de la rejeter et en ne lui opposant pas de contre-projet.

Le projet d'arrêté fédéral y relatif est joint au présent message.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

6 novembre 1991

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Cotti

Le chancelier de la Confédération, Couchepin

---

## Condensé

*L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» demande de remplacer l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution (cst.) sur l'assurance-maladie – une norme qui donne à la Confédération, dans deux brefs alinéas, la compétence et le mandat d'introduire l'assurance en cas d'accident et de maladie – par un article formulé de façon détaillée et qui contient un véritable programme de législation. Outre une assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs, exigence qui est déjà satisfaite actuellement, cet article demande d'introduire l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques pour toute la population ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour tous les travailleurs.*

*Le noyau dur de l'initiative réside dans le caractère obligatoire de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour l'ensemble de la population. C'est là que le texte de l'initiative entre le plus dans les détails en disant de façon circonstanciée notamment comment l'assurance des soins doit être financée, c'est-à-dire par les cotisations des assurés fixées en fonction de leur capacité financière et par des subsides de la Confédération. S'agissant des personnes exerçant une activité lucrative, c'est le revenu intégral de cette activité qu'il faut prendre en considération; pour ce qui est des salariés, l'employeur doit prendre à sa charge au moins la moitié des cotisations. La Confédération devrait assumer le financement du quart des dépenses au moins, la loi pouvant prévoir une participation des cantons aux subsides de la Confédération. Ces exigences de l'initiative aboutissent pratiquement à un financement analogue à celui qui est en vigueur dans l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Suivant la manière dont seraient fixées la participation aux frais ainsi que les cotisations des personnes sans activité lucrative et des bénéficiaires de rentes, le taux des cotisations des personnes exerçant une activité lucrative oscillerait entre 3,4 et 3,6 pour cent du revenu en 1992. La subvention de la Confédération se monterait, elle, à 3,3 milliards de francs.*

*Le Conseil fédéral est également d'avis que l'assurance-maladie nécessite une révision complète. C'est pourquoi, immédiatement après le rejet du programme d'urgence pour une révision partielle de l'assurance-maladie, le 6 décembre 1987, les travaux ont été repris afin d'élaborer un projet de révision. Entre-temps, la procédure de consultation sur le projet de loi établi par une commission d'experts a pris fin. Le projet a été assez largement approuvé s'agissant de ses objectifs de base. Le Conseil fédéral est convaincu du fait que le projet élaboré par la commission d'experts constitue une approche réaliste permettant de résoudre les problèmes de fond de l'assurance-maladie. L'approche du Conseil fédéral diverge toutefois de celle de l'initiative sur des points importants. L'introduction de cotisations fixées en fonction du revenu, telle que la réclame l'initiative, renforcerait certes la solidarité dans l'assurance-maladie de manière sensible. Cependant, elle entraînerait également des modifications fondamentales du système actuel de l'assurance-maladie; ainsi les caisses-maladie ne seraient pratiquement plus que des organes d'exécution. De même, la répartition actuelle des tâches entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la santé publique se verrait fortement changée, étant donné que la Confédération pourrait*

---

---

*avoir une plus grande influence. Une modification de la constitution ne s'impose pas, du fait que l'article constitutionnel en vigueur laisse la porte ouverte à toutes les possibilités d'aménager l'assurance-maladie au niveau législatif, même à celle que demande l'initiative. Le Conseil fédéral propose, dès lors, de rejeter l'initiative sans lui opposer formellement de contre-projet.*

# Message

## 1 Partie générale

### 11 Aspects formels

#### 111 Teneur de l'initiative

Le 17 mars 1986 a été déposée l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie». L'initiative, munie d'une clause de retrait, a la teneur suivante:

La constitution fédérale est modifiée comme il suit:

#### *Art. 34<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> La Confédération institue, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle en confie la mise en œuvre à des institutions qui pratiquent l'assurance selon le principe de la mutualité.

1. L'assurance-accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut la déclarer obligatoire pour d'autres catégories de la population.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle couvre sans limite de durée les frais de traitement en cas de maladie et, dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts en vertu de la loi, en cas d'accident; les soins à domicile et des mesures de prévention sont également couverts par l'assurance.

L'assurance est financée par:

- a. Les cotisations des assurés fixées selon leur capacité économique; pour les personnes qui exercent une activité lucrative, les cotisations sont fixées compte tenu du revenu intégral de cette activité; la moitié au moins des cotisations des travailleurs est à la charge des employeurs. Les enfants ne paient pas de cotisation;
- b. Une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses. La loi règle la participation des cantons à cette contribution.

La loi peut prévoir que les assurés participent à la couverture des frais qu'ils occasionnent, à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations; aucune participation ne pourra être exigée pour les mesures de prévention.

3. L'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, pour la perte de gain résultant de la maladie, une indemnité d'au moins 80 pour cent du salaire assuré.

L'assurance est financée par des cotisations en pour-cent du salaire assuré, dont la moitié au moins est à la charge des employeurs.

La Confédération veille à ce que les personnes qui ne sont pas assurées de par la loi puissent adhérer à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident.

<sup>2</sup> La liberté thérapeutique est garantie dans les limites d'un traitement économique. La Confédération et les cantons veillent à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils édictent des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes et établissent des planifications hospitalières contraignantes.

## **112      Aboutissement**

Par décision du 12 mai 1986, la Chancellerie fédérale a constaté que l'initiative déposée le 17 mars 1986 avait recueilli 103 575 signatures valables et que, de ce fait, elle avait abouti (FF 1986 II 308).

## **113      Délai pour traiter l'initiative**

L'article 28 de la loi sur les rapports entre les conseils (LRC; RS 171.11) prévoit qu'au cas où plusieurs initiatives concernant la même question constitutionnelle sont déposées, l'initiative déposée la première doit être traitée en premier lieu par le Parlement, puis soumise à la votation populaire, et que l'Assemblée fédérale doit traiter les autres initiatives dans l'ordre où celles-ci ont été déposées, mais chaque fois dans le délai d'une année à partir de la votation populaire sur l'initiative précédente.

L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie», déposée le 17 mars 1986, a pour objet la même question que l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable» (initiative des caisses-maladie) déposée le 30 avril 1985 (FF 1985 II 515, 1988 II 256). Les deux initiatives ont en effet pour but d'introduire dans la constitution de nouvelles dispositions concernant l'assurance-maladie. L'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LRC, est donc applicable et l'Assemblée fédérale disposera, à partir du scrutin sur l'initiative des caisses-maladie, d'un délai d'une année pour traiter l'initiative «pour une saine assurance-maladie».

## **12        Validité**

### **121      Unité de la forme et de la matière**

#### **121.1    Unité de la forme**

Selon l'article 121, 4<sup>e</sup> alinéa, *ct.*, une initiative populaire peut revêtir la forme d'une proposition conçue en termes généraux ou celle d'un projet rédigé de toutes pièces. Les formes mixtes ne sont pas admises (art. 75, 3<sup>e</sup> al., de la loi fédérale sur les droits politiques (LDP); RS 161.1).

Dans le cas présent, l'unité de la forme est respectée, car l'initiative «pour une saine assurance-maladie» revêt la forme d'un projet rédigé de toutes pièces.

#### **121.2    Unité de la matière**

D'après l'article 121, 3<sup>e</sup> alinéa, *ct.*, une initiative demandant la révision partielle de la constitution ne doit traiter que d'un seul sujet. L'unité de la matière est respectée lorsqu'il existe un rapport intrinsèque entre les différentes parties d'une initiative (art. 75, 2<sup>e</sup> al., LDP). L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» vise à remplacer l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution relatif à l'assurance sociale en cas de maladie et d'accident par une nouvelle disposition. Les règles fondamentales de droit constitutionnel concernant l'assurance en cas de maladie

et d'accident doivent figurer, comme c'est le cas actuellement, dans un seul article de la constitution. Le rapport intrinsèque entre ces deux branches de l'assurance sociale est évident. Toutes deux ont pour but de protéger l'assuré lorsque sa santé est atteinte, d'une part en cas de maladie, d'autre part en cas d'accident. Seule la conjonction de ces deux assurances garantit une protection complète. Par ailleurs, il serait tout à fait possible de couvrir les conséquences des maladies et des accidents par une seule assurance sociale. Le principe d'unité de la matière est par conséquent respecté.

## **122 L'initiative est-elle réalisable?**

L'initiative charge le législateur d'instituer l'assurance en cas de maladie et d'accident et de l'aménager selon des critères précis. En ce qui concerne l'assurance-accidents, les exigences de l'initiative sont déjà satisfaites très largement; s'agissant de l'assurance-maladie, elles peuvent l'être par des révisions de lois correspondantes. Par conséquent, le contenu de l'initiative est réalisable.

## **2 Partie spéciale**

### **21 Comparaison avec le régime en vigueur**

#### **211 Buts de l'initiative**

L'initiative du PS et de l'USS vise à remplacer la teneur actuelle de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, conçue en termes généraux, par un texte qui précise de façon détaillée le cadre d'une nouvelle législation sur l'assurance en cas de maladie et d'accident. Sur le plan matériel, l'initiative a trois buts principaux: l'instauration d'une assurance obligatoire, le financement de celle-ci en fonction de la capacité financière des assurés et le renforcement des instruments destinés à contrôler les dépenses.

Le principe d'une *assurance obligatoire* touche tout particulièrement l'assurance-maladie. En effet, le système actuel d'assurance facultative des soins serait remplacé par une assurance obligatoire pour toute la population. Il est vrai qu'aujourd'hui déjà, celle-ci est presque entièrement assurée à titre facultatif. Mais, aux yeux des auteurs de l'initiative, l'assurance obligatoire n'est pas un but en soi; c'est le moyen de réaliser une solidarité à l'échelle nationale, qui n'existe pas dans le régime en vigueur. Chaque caisse-maladie constituant actuellement une entité financière distincte, la tendance à une concentration des «bons risques» (jeunes assurés) dans certaines caisses et des personnes présentant plus de risques (personnes âgées et femmes) dans d'autres constitue en effet un facteur de désolidarisation entre bien-portants et malades. D'autre part, le système des primes et des participations aux frais par tête ne tient pas compte de la capacité financière des assurés. Or, la forme de solidarité qu'entendent promouvoir les auteurs de l'initiative ne peut être réalisée que si tous sont tenus d'y participer, c'est-à-dire si l'assurance est obligatoire. Une telle assurance permettrait d'ailleurs de supprimer certains inconvénients inhérents à une assurance facultative pratiquée par des caisses financièrement autonomes, en particulier l'âge maximal

d'admission, la fixation des primes selon l'âge d'entrée, les réserves et l'inégalité des primes entre hommes et femmes. Mais l'initiative ne se limite pas à l'assurance des soins. Elle prévoit aussi l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière en cas de maladie et l'assurance-accidents obligatoire pour les salariés. De plus, les non-salariés devraient pouvoir s'assurer facultativement pour une indemnité journalière en cas de maladie et la Confédération aurait la compétence d'étendre l'assurance-accidents obligatoire à d'autres catégories de personnes que les salariés.

Un autre objectif essentiel de l'initiative est le *financement de l'assurance en fonction de la capacité financière des assurés*. D'une façon générale, le régime actuel, où les primes sont en principe fixées par tête, désavantage les personnes de condition modeste et les familles. Or, l'initiative prend modèle, dans les grandes lignes, sur le financement de l'AVS. C'est pourquoi, même si le texte de l'initiative ne le précise pas, il faut partir de l'idée que ses auteurs préconisent, comme dans l'AVS, un taux de cotisation uniforme, et non pas différent selon les assureurs. L'initiative est cependant rédigée de telle manière que, pour l'assurance des soins en cas de maladie, elle n'impose pas absolument des cotisations proportionnelles au salaire et laisse la possibilité d'adopter d'autres méthodes, par exemple une contribution proportionnelle au montant de l'impôt fédéral direct. Pour les salariés, la cotisation serait, comme dans l'AVS, prise en charge pour moitié par l'employeur, les auteurs de l'initiative partant sans doute de l'idée que l'activité professionnelle est à l'origine de nombreuses atteintes à la santé et du fait que la participation patronale est stipulée dans un certain nombre de conventions collectives de travail. Quant aux enfants, ils seraient exemptés de cotisation. A part les enfants, tous les assurés seraient soumis à cotisation, donc également les personnes n'exerçant aucune activité lucrative, telles que les rentiers et – contrairement à ce qui est le cas dans l'AVS – les femmes mariées sans activité lucrative. Pour qu'il soit tenu compte de leur capacité financière, les rentiers devraient probablement payer des cotisations selon leur revenu imposable. Quant aux femmes mariées sans activité lucrative, elles seraient sans doute tenues à une cotisation minimale. D'autres formules soulèveraient trop de problèmes d'application. Enfin, les auteurs de l'initiative entendent aussi taxer le revenu de la fortune. Quant aux *subsides des pouvoirs publics*, ils devraient s'élever au moins au quart des dépenses de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Cette part importante de «fiscalisation» est destinée notamment à renforcer la solidarité entre les revenus. Les cantons devraient contribuer au subventionnement dans une mesure qui resterait à déterminer dans la législation fédérale. Actuellement, les subsides des pouvoirs publics représentent environ 15 pour cent des dépenses des caisses-maladie pour les soins (Confédération: environ 10%; cantons: environ 5%).

L'initiative garantit la liberté thérapeutique, tout en précisant que cette liberté ne peut s'exercer au détriment d'une *utilisation rationnelle des ressources de l'assurance sociale*. La Confédération et les cantons seraient chargés d'y veiller. Cela impliquerait, selon l'initiative, certaines contraintes, tant pour les fournisseurs de soins que pour les assureurs et les assurés. En particulier, la surmédication ne serait pas remboursée. D'autre part, la Confédération et les cantons devraient édicter des règles impératives dans le domaine des tarifs et des décomptes de

prestations de soins. D'après les auteurs de l'initiative, il s'agirait non seulement d'assurer une meilleure transparence, mais aussi de fixer des limites au remboursement si cela s'avérait nécessaire. Enfin, l'initiative prévoit l'établissement de planifications hospitalières, tant à l'échelle nationale que sur le plan cantonal. Cette disposition vise une utilisation rationnelle des moyens dans ce secteur particulièrement coûteux, afin d'éviter la multiplication d'institutions faisant pratiquement double emploi. Il convient d'ajouter que si les auteurs de l'initiative ont prévu une part importante de subventions, c'est aussi dans le but d'inciter les pouvoirs publics à intervenir davantage en vue de maîtriser les coûts.

Tels sont les principaux objectifs de l'initiative. Les autres aspects en sont les suivants:

- Les *institutions pratiquant l'assurance-maladie et l'assurance-accidents sociales* seraient non seulement les caisses-maladie, mais aussi des assureurs privés, pour autant que les unes et les autres appliquent le principe de la mutualité, ce qui exclut notamment la réalisation d'un profit dans le secteur de l'assurance sociale.
- Les *prestations pour soins* seraient allouées sans limite de durée. Aujourd'hui, le traitement hospitalier n'est pris en charge, dans l'assurance de base fixée par la loi, que pendant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs (art. 12, 4<sup>e</sup> al., LAMA). L'assurance obligatoire couvrirait aussi les soins à domicile – qui resteraient cependant à définir dans la législation – et certaines mesures de prévention.
- L'initiative maintient le principe d'une *participation des assurés aux frais*. Mais, à la différence de ce qui est le cas dans le régime en vigueur, son montant serait proportionnel à la capacité financière de chacun, car il représenterait une part de la cotisation, elle-même fixée en fonction du revenu de l'intéressé. Cette part ne pourrait excéder 20 pour cent de la cotisation. Les mesures de prévention, elles, seraient exemptées de la participation, car il convient d'inciter les assurés à y recourir. Etant donné que les prestations ne seraient plus limitées dans le temps et que la participation serait plafonnée et proportionnelle à la capacité financière des assurés, l'hospitalisation ne constituerait en revanche plus un cas d'exemption de la participation aux coûts, comme c'est le cas dans le régime actuel.

## **212 Comparaison avec le droit fédéral**

### **212.1 Comparaison avec le texte constitutionnel en vigueur**

Le texte actuel de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution donne à la Confédération la compétence et le mandat de légiférer en matière d'assurance-maladie et d'assurance-accidents sociaux, tout en tenant compte des caisses existantes. Le législateur fédéral peut déclarer l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population ou pour certaines catégories de celle-ci. Sous réserve de la prise en considération des caisses existantes, la constitution laisse donc au législateur une très grande marge de manœuvre. L'initiative, elle, propose d'ancrer dans la constitution un certain nombre de principes formant le cadre d'une législation sur l'assurance-



maladie et l'assurance-accidents sociales. Parmi ces principes figure l'assurance obligatoire, dont l'introduction est déjà possible selon le texte actuel de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution et qui a déjà été réalisée dans la législation sur l'assurance-accidents des salariés. Quant au mode de financement proposé par l'initiative, il n'est pas exclu par la disposition constitutionnelle en vigueur. Il en va de même de l'étendue des prestations et du contrôle des dépenses. Seule la compétence donnée, dans l'initiative, à la Confédération d'établir elle-même des planifications hospitalières constituerait une innovation par rapport au texte constitutionnel en vigueur. Une telle compétence, qui touche à un domaine relevant jusqu'ici des cantons dans le cadre de la santé publique, ne peut en effet être déduite de l'article 34<sup>bis</sup> actuel.

## 212.2 Comparaison sur le plan législatif

L'assurance-maladie et l'assurance-accidents sociales sont régies respectivement par la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA; RS 832.10) et la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). C'est donc avec ces deux textes qu'il convient de comparer les dispositions de l'initiative.

### *1<sup>er</sup> alinéa, introduction*

Au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, l'initiative prévoit que la mise en œuvre de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents sera confiée à une pluralité d'institutions qui devront pratiquer l'assurance selon le principe de la mutualité. Actuellement, la LAMA confie la gestion de l'assurance-maladie sociale aux seules caisses-maladie reconnues par la Confédération (art. 1<sup>er</sup>). Sur ce point, l'initiative est moins restrictive, puisqu'elle permet également aux assureurs privés de pratiquer ce type d'assurance, à condition que, dans ce secteur, ils appliquent le principe de la mutualité. Par contre, ce dernier figure tant dans l'initiative que dans la LAMA (art. 3, 3<sup>e</sup> al.). Quant à l'assurance-accidents obligatoire des salariés, elle est gérée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, des caisses-maladie, des assureurs privés et des caisses publiques cantonales (art. 58 et 68 LAA). Afin de se conformer au principe de la mutualité, la LAA devrait simplement préciser que, pour les assureurs privés également, les ressources provenant de l'assurance-accidents obligatoire ne peuvent être utilisées qu'au profit de celle-ci.

### *1<sup>er</sup> alinéa, chiffre 1*

L'initiative prévoit une assurance-accidents obligatoire pour tous les salariés. Cette institution existe déjà. Elle fait l'objet de la LAA, qui prévoit une assurance versant non seulement des prestations pour soins et des indemnités journalières, mais aussi des rentes d'invalidité et de survivants. Dans ce domaine, l'objectif de l'initiative est réalisé. L'initiative donne en outre à la Confédération la compétence de déclarer l'assurance-accidents obligatoire pour d'autres catégories de personnes que les salariés. Une telle législation n'existe pas sur le plan fédéral, mais il convient de rappeler que l'article 34<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, de la constitution, donne déjà à la Confédération la compétence prévue dans l'initiative. On observera

qu'en ce qui concerne les soins, l'assurance serait de toute façon obligatoire pour les non-salariés, puisque l'initiative prévoit que l'accident sera couvert par l'assurance-maladie s'il ne l'est pas en vertu d'une autre loi. La compétence d'étendre l'assurance-accidents obligatoire au-delà du cercle des salariés porterait donc sur les prestations en espèces (indemnités journalières et rentes).

### *1<sup>er</sup> alinéa, chiffre 2*

Cette disposition pose d'abord le principe d'une *assurance des soins obligatoire* pour l'ensemble de la population sur le plan fédéral. Cette assurance est actuellement facultative. Comme nous l'avons indiqué précédemment (ch. 211), le caractère facultatif du système actuel implique un certain nombre de règles que l'instauration d'une assurance obligatoire rendrait superflues.

C'est notamment le cas de la possibilité pour les caisses d'imposer des réserves aux nouveaux adhérents (art. 5, 3<sup>e</sup> al., LAMA). Par ailleurs, l'assurance obligatoire aurait pour corollaire l'introduction de nouveaux modes de financement pour les assurés. En l'occurrence, il s'agirait des cotisations selon la capacité financière, système qui rendrait également superflues diverses dispositions résultant du régime facultatif, en particulier la possibilité pour les caisses de fixer les primes d'après l'âge d'entrée et le sexe des assurés (art. 6<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al., LAMA).

En ce qui concerne les *prestations*, l'initiative prévoit une extension dans certains domaines. Les soins seraient pris en charge sans limite de durée, alors que, selon l'article 12, 4<sup>e</sup> alinéa, LAMA, les caisses ne sont en principe tenues de rembourser les soins hospitaliers que pendant 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. L'accident serait également couvert, sauf s'il l'est en vertu d'une autre loi (p. ex. la LAA). Or, si la plupart des caisses assimilent, dans leurs statuts, l'accident à la maladie, la LAMA ne les y oblige pas. Quant aux soins à domicile, dont certains seraient remboursés selon l'initiative, ils ne sont pas expressément mentionnés parmi les prestations obligatoirement à la charge des caisses en vertu de la LAMA. Simplement, des prestations obligatoires couvrent des soins qui peuvent être fournis à domicile, par exemple les visites d'une infirmière exerçant à son propre compte, sur prescription du médecin. Les prestations des infirmières ne sont toutefois prises en charge que si elles figurent sur une liste limitative, dressée dans l'ordonnance 7 du Département fédéral de l'intérieur concernant les traitements scientifiquement reconnus devant être pris en charge par les caisses-maladie reconnues (ODFI 7; RS 832.141.11). Enfin, les mesures préventives, dont certaines devront également être remboursées selon l'initiative, ne sont actuellement pas couvertes par l'assurance de base fixée par la loi.

Comme la LAMA, l'initiative prévoit trois sources de *financement*: les primes ou cotisations des assurés, les subsides des pouvoirs publics et une participation des assurés aux frais. Mais la conception est différente:

- Les *cotisations* seraient proportionnelles à la capacité financière des assurés. Les auteurs de l'initiative ont pris modèle, dans l'ensemble, sur le système de l'AVS. Dans le régime actuel, fondé sur une assurance facultative gérée par des caisses financièrement autonomes, celles-ci sont autorisées à fixer les primes selon l'âge d'entrée des assurés (art. 6<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al., LAMA), ce que la grande majorité d'entre elles a fait. Elles ont aussi le droit de prélever des primes plus

#

élevées pour les femmes que pour les hommes, la différence ne pouvant toutefois excéder 10 pour cent. Si le droit fédéral prend en compte le revenu des assurés, c'est pour alléger les charges des familles (art. 6<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> al., LAMA et art. 21 de l'ordonnance V du 2 fév. 1965 sur l'assurance-maladie, O V; RS 832.121). Des allègements en faveur des revenus modestes sont prévus par les cantons, qui versent à cet effet des subventions aux caisses. Par ailleurs, des cotisations en pour-cent du salaire n'existent pratiquement que dans un certain nombre de contrats d'assurance collective conclus par des entreprises. Lorsque celles-ci en prennent une part à leur charge, c'est uniquement sur une base relevant du droit du travail. A la différence de l'initiative, la législation actuelle n'impose aucune participation patronale. D'autre part, elle n'interdit pas aux caisses de prélever des primes pour les enfants, contrairement à l'objectif de l'initiative. Des exemptions sont toutefois stipulées dans les statuts de plusieurs caisses, souvent à partir du troisième enfant. Enfin, les caisses fixent actuellement des primes qui varient d'une région à l'autre, afin de tenir compte des différences de frais dues aux conditions locales (art. 6<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al., LAMA). Tel ne serait plus le cas dans un système dont il y a lieu d'admettre qu'il se fonde sur des cotisations uniformes pour toute la Suisse.

- En ce qui concerne les *subventions*, il convient de rappeler que, jusqu'en 1974, les subsides fédéraux correspondaient pour l'essentiel à une part des dépenses de l'assurance des soins qui augmentait au même rythme que celles-ci et que, dès 1974, les subsides par assuré ont été réduits (arrêté fédéral du 31 janv. 1975; RS 611.02), puis «gelés» à partir de 1978 au niveau qu'ils avaient atteint en 1976 (loi fédérale du 5 mai 1977; RS 611.04). Depuis 1990, le montant global des subsides fédéraux est plafonné à 1,3 milliard de francs (art. 38<sup>bis</sup> LAMA, dans sa teneur selon l'arrêté fédéral du 23 mars 1990, valable jusqu'au 31 déc. 1994). La législation actuelle ne fixe donc pas de minimum pour les subventions comme le propose l'initiative. En ce qui concerne les subsides fédéraux, elle prévoit au contraire un maximum. A l'heure actuelle, les subsides représentent environ 10 pour cent des dépenses totales des caisses pour l'assurance des soins et les subsides cantonaux environ 5 pour cent. Rappelons que l'initiative demande que les subsides des pouvoirs publics se montent à au moins 25 pour cent des dépenses de l'assurance obligatoire des soins. D'autre part, la LAMA ne régit pas les subsides cantonaux, alors que l'initiative prévoit que la législation fédérale devra déterminer dans quelle mesure les cantons participeront au subventionnement fédéral. Par ailleurs, étant donné que l'initiative met l'accent sur des cotisations proportionnelles à la capacité financière des assurés et ne donne aucune affectation particulière aux subventions, il faut partir de l'idée qu'aux yeux de ses auteurs, il s'agit d'une participation globale des pouvoirs publics aux dépenses de l'assurance obligatoire des soins. La conception actuelle est toute différente: les subventions sont destinées à compenser en totalité ou en partie les charges résultant pour les caisses-maladie des différentes obligations de caractère social que leur impose la loi (obligation d'accepter les adhérents, limitation de la durée des réserves, différence maximale entre les primes des hommes et celles des femmes, suppression de la durée maximale de prestations en cas d'hospitalisation d'invalides, etc.). Dans un système où les cotisations seraient uniformes, un tel critère de répartition

n'aurait plus de sens. S'agissant des conséquences financières de l'initiative pour la Confédération et les cantons: voir chiffre 3.

- De même que pour les cotisations, l'initiative prend la capacité financière des assurés comme base pour leur *participation aux frais*. Celle-ci correspondrait en effet à un pourcentage (plafonné à 20%) de la cotisation, qui est elle-même fonction de la capacité financière de l'assuré. Or, le droit en vigueur prévoit une franchise annuelle d'un montant fixe (150 fr.) et une quote-part de 10 pour cent des frais qui dépassent le montant de la franchise, la participation totale étant toutefois limitée à 750 francs par année (art. 14<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al., LAMA; art. 24 et 26<sup>sexies</sup>, 1<sup>er</sup> al., O V). Les enfants ne paient que la quote-part de 10 pour cent (maximum: 250 fr. par année). Si la capacité financière des assurés est prise en compte pour le montant de la participation aux frais, c'est en vertu de lois cantonales qui prévoient une aide aux personnes à revenus modestes. Le droit fédéral, quant à lui, favorise les familles en prévoyant que si plusieurs enfants sont assurés par la même caisse, leur participation aux frais totale ne peut dépasser 500 francs (art. 26<sup>sexies</sup>, 2<sup>e</sup> al., O V). Quant à l'exemption de la participation en cas d'hospitalisation, de maternité ou de cure balnéaire (art. 14<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al., LAMA), elle n'est pas prévue par l'initiative, comme nous l'avons précisé précédemment (ch. 211).

#### *1<sup>er</sup> alinéa, chiffre 3*

L'initiative propose d'introduire l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière en cas de maladie pour tous les salariés et de garantir aux autres personnes la possibilité d'adhérer à cette assurance. Comme l'assurance des soins, l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est actuellement facultative. Là encore, il existe donc une différence essentielle entre la législation en vigueur et l'initiative. En outre, celle-ci prévoit que les indemnités couvrent au moins 80 pour cent du salaire assuré et sont financées en pour-cent de celui-ci, alors que la LAMA fixe simplement une indemnité minimale de 2 francs par jour en cas d'incapacité totale de travail (art. 12<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al., LAMA) et que les caisses prélèvent le plus souvent, comme dans l'assurance des soins, des primes par tête. Il est vrai que le financement proportionnel au salaire est assez courant dans les contrats d'assurance collective, les entreprises prenant généralement en charge, sur la base du droit du travail, une part des cotisations. Mais ni ce mode de financement, ni la participation patronale ne sont des obligations légales en matière d'assurance-maladie. S'agissant des non-salariés, l'initiative ne donne pas de détails sur les modalités du financement et le calcul des prestations dans l'assurance facultative. A défaut de précisions à ce sujet, il y a lieu de penser que les cotisations dépendront du montant des indemnités journalières que l'assuré aura choisi.

#### *2<sup>e</sup> alinéa*

Par cette disposition de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, l'initiative garantit la liberté thérapeutique dans les limites d'un traitement économique. A ce principe correspondent, dans le droit en vigueur, les réglementations évoquées ci-après.

En règle générale, le médecin choisit librement les moyens diagnostiques et thérapeutiques à mettre en œuvre. C'est seulement pour les méthodes contestées que l'autorité décide si elles doivent être prises en charge ou non par l'assurance-

# maladie (art. 12, 5<sup>e</sup> al., LAMA; art. 21, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al., de l'O III du 15 janv. 1965 sur l'assurance-maladie; RS 832.140). Si les médicaments figurent bien sur des listes officielles fixant un tarif ou des prix, il n'en demeure pas moins que leur inscription ne peut être refusée lorsqu'il est prouvé qu'ils répondent à un besoin et qu'ils sont efficaces et économiques (art. 12, 6<sup>e</sup> al., LAMA; art. 2, 3<sup>e</sup> al., et 4, 1<sup>er</sup> al., de l'O VIII du 30 oct. 1968 sur l'assurance-maladie; RS 832.141.2). Les personnes exerçant pour leur propre compte une profession paramédicale (physiothérapeutes, infirmières indépendantes, etc.) peuvent pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, mais la législation se limite à certains genres de professions et régleme[n]te de façon détaillée les qualifications des intéressés ainsi que l'étendue des prestations à rembourser (O VI du 11 mars 1966 sur l'assurance-maladie, RS 832.156.1, et ODFI 7). Les laboratoires peuvent également pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, à condition de répondre à certains critères de qualification (O VII du 29 mars 1966 sur l'assurance-maladie, RS 832.156.6). Quant aux conventions tarifaires conclues avec les médecins, les hôpitaux, les personnes exerçant une profession paramédicale, etc., elles sont conclues librement, mais doivent être approuvées par l'autorité, qui les examine non seulement sous l'angle de la légalité, mais aussi sous celui de «l'équité» (art. 22, 3<sup>e</sup> al., et 22<sup>quater</sup>, 5<sup>e</sup> al., LAMA), ce qui implique notamment des considérations d'ordre économique. D'une manière générale enfin, l'article 23 LAMA fait obligation aux fournisseurs de soins de se limiter à ce qu'exigent l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Toutes ces dispositions vont dans le sens indiqué par l'initiative et seraient donc maintenues, sans même qu'il soit besoin d'en ajouter de nouvelles.

Pour sa part, l'assuré peut choisir librement entre les fournisseurs de soins, en particulier les médecins et les hôpitaux (art. 15, 1<sup>er</sup> al., et 19<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al., LAMA). Ce principe devrait également être maintenu. Certes, le choix laissé à l'assuré est limité aux médecins et hôpitaux qui sont conventionnés et se trouvent dans les environs du lieu de résidence de l'intéressé. Mais ces restrictions s'expliquent par les différences de tarifs conventionnels et de politiques hospitalières qui existent d'un canton à l'autre.

L'initiative ne se contente pas d'affirmer le principe d'une liberté thérapeutique limitée aux exigences d'économie. Elle va plus loin que la législation actuelle lorsqu'elle donne aux pouvoirs publics la compétence d'intervenir dans le domaine des tarifs et des comptes et d'établir des planifications hospitalières, cela dans le but de garantir une utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. En matière de tarifs et de comptes, la LAMA se réfère (sous réserve des prix fixés par l'autorité, en particulier dans le domaine des médicaments) aux conventions librement conclues entre les caisses-maladie et les fournisseurs de soins, l'intervention de l'Etat n'étant que subsidiaire. Certes, la disposition constitutionnelle en vigueur permet déjà de légiférer dans le sens préconisé par l'initiative. Mais celle-ci donne expressément le mandat d'édicter des règles impératives sur les tarifs et les comptes, par exemple des classifications uniformes de prestations, des taux maximaux ou des budgets globaux. Quant à la planification hospitalière, autre intervention contraignante voulue par les auteurs de l'initiative, elle ne fait l'objet d'aucune obligation dans la législation fédérale en vigueur, puisque, comme on l'a vu précédemment (ch. 212.1), la teneur actuelle de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution ne permet pas à la Confédération de prévoir une telle planification.

## 213 Comparaison avec le droit cantonal

L'initiative touche le droit cantonal sur trois points: l'assurance obligatoire, les subsides aux caisses-maladie et les mesures de contrôle des dépenses.

Faisant usage de l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, LAMA, quatre cantons (Bâle-Ville, Fribourg, Neuchâtel et le Tessin) ont introduit l'assurance obligatoire des soins pour toute leur population et d'autres cantons des assurances obligatoires partielles, en particulier pour les personnes à revenus modestes. En instaurant une assurance obligatoire des soins à l'échelle nationale, l'initiative rendrait ces législations cantonales superflues.

Aujourd'hui déjà, les cantons allouent des *subventions* aux caisses-maladie. Cette aide est accordée selon les critères les plus divers. Ainsi, il existe par exemple des suppléments aux subsides fédéraux, des subsides exprimés en francs et par assuré ou encore des subsides réduisant les cotisations des personnes à ressources modestes. Selon l'initiative, seule la Confédération verserait des subventions, mais les cantons y contribueraient pour une part qui resterait à fixer dans la législation fédérale. Dans ces conditions, les lois cantonales de subventionnement de l'assurance-maladie n'auraient plus de raison d'être, à moins qu'elles ne prévoient un soutien complémentaire aux subsides versés par la Confédération.

En matière de *contrôle des dépenses* de l'assurance-maladie, l'initiative donne expressément aux cantons le mandat de veiller, de concert avec la Confédération, à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils devront édicter en particulier des règles sur les tarifs et les comptes et établir des planifications hospitalières impératives. La plupart des cantons n'ont pas de normes contraignantes en la matière. De nouveaux actes législatifs seraient donc nécessaires au niveau cantonal.

## 22 Rapports avec l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)»

Au chiffre 22 de son message du 24 février 1988 concernant l'initiative populaire «pour une assurance-maladie financièrement supportable (initiative des caisses-maladie)», le Conseil fédéral s'est déjà exprimé à propos des rapports entre les deux initiatives (FF 1988 II 256). Il y a en particulier examiné la question de savoir quel serait en fin de compte le contenu de l'article 34<sup>bis</sup> cst. si l'initiative des caisses-maladie était acceptée et s'il en était ultérieurement de même de l'initiative PS/USS. La conclusion qu'il en a tirée alors est encore valable; qu'il soit permis de la citer ici: «L'acceptation de l'initiative des caisses-maladie puis de l'initiative du PS et de l'USS aurait alors la conséquence suivante: dans un premier temps, les 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas de l'initiative des caisses-maladie complèteraient les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas de l'article 34<sup>bis</sup> cst.; ensuite, les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas de l'article 34<sup>bis</sup> tels que formulés dans l'initiative du PS et de l'USS se substitueraient aux 1<sup>er</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas de l'article 34<sup>bis</sup>».

Toutefois, une autre question se pose. Au moment de la votation sur l'initiative PS/USS, la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie serait encore

en vigueur, dans la mesure où aucune législation fondée sur l'initiative des caisses-maladie ne serait entrée en vigueur d'ici là. L'acceptation de l'initiative du PS et de l'USS annulerait-elle cependant la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie? Celle-ci a la teneur suivante:

*Disposition transitoire art. 20 (nouveau)*

Dès l'année civile qui suit l'acceptation de l'article 34<sup>bis</sup>, 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas, de la constitution, et jusqu'à l'entrée en vigueur de la législation d'exécution, les subsides fédéraux aux caisses sont déterminés d'après les dispositions qui étaient valables en 1974.

Cette disposition transitoire constitue, sur le plan matériel, un tout avec les 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas de l'article 34<sup>bis</sup> cst. contenus dans l'initiative des caisses-maladie. Elle se réfère en effet expressément à ces alinéas. Son double but consiste, d'une part, à fixer le montant des subsides de la Confédération à l'assurance-maladie jusqu'à l'entrée en vigueur de la législation d'exécution correspondant aux 3<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> alinéas de l'article 34<sup>bis</sup> cst. et, d'autre part, à presser le législateur de concrétiser l'article constitutionnel en augmentant d'une manière considérable les subsides de la Confédération par rapport au régime en vigueur (voir ch. 211.2 du message sur l'initiative des caisses-maladie; FF 1988 II 256).

Vu cette étroite corrélation, on peut légitimement se demander si la disposition transitoire devrait suivre le sort de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution dans la version de l'initiative des caisses-maladie et devenir donc superflue de par l'adoption de l'article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative du PS et de l'USS. De fait, la disposition transitoire ne pourrait plus remplir sa fonction initiale (création d'un régime financier transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur d'une législation d'exécution au sens de l'initiative des caisses-maladie), car c'est alors l'article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative du PS et de l'USS qui figurerait dans la constitution à la place de l'article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative des caisses-maladie. Une telle conséquence qui semble en soi logique se heurte, toutefois, aux réflexions de droit constitutionnel suivantes.

D'après l'article 123, 1<sup>er</sup> alinéa, cst., une décision formelle du peuple et des cantons est nécessaire pour introduire ou supprimer des dispositions dans la constitution fédérale. Tel est aussi le cas pour les dispositions transitoires de la constitution fédérale. Le cas échéant, celles-ci peuvent cependant devenir sans objet après un certain temps, si elles le prévoient expressément, ou si leur contenu se réalise, par exemple de par l'adoption de la législation d'exécution correspondant à un article constitutionnel. Q'en est-il à cet égard de la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie?

L'acceptation de l'initiative du PS et de l'USS n'entraînerait pas la suppression formelle de cette disposition transitoire. En effet, l'initiative du PS et de l'USS ne comporte pas de disposition transitoire propre, qui remplacerait celle de l'initiative des caisses-maladie; de plus, elle ne prévoit pas l'abrogation de celle-ci. Par ailleurs, la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie ne serait pas devenue sans objet du fait de son expiration ou de la réalisation de son contenu. Elle ne comprend, au demeurant, aucune indication sur sa durée de validité et la législation d'exécution de l'initiative des caisses-maladie ne serait alors pas encore en vigueur, comme nous l'avons déjà souligné. L'on se trouverait alors dans la

situation suivante: l'article 34<sup>bis</sup> cst. de l'initiative du PS et de l'USS remplace l'article 34<sup>bis</sup> de l'initiative des caisses-maladie tandis que la disposition transitoire continue d'être en vigueur.

Quelle serait, cependant, la signification de cette disposition transitoire? Si l'on s'en tient au texte seul, on en déduit que la disposition transitoire, telle qu'elle est formulée, ne pourrait plus être appliquée car une législation d'exécution de l'article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative des caisses-maladie ne serait plus possible. La disposition transitoire serait, par conséquent, sans objet. Cependant, une telle interprétation correspondrait-elle aussi à la volonté exprimée dans la constitution par le souverain qui aurait d'abord accepté l'initiative des caisses-maladie puis, quelques années après, l'initiative du PS et de l'USS? Pour répondre à cette question, il convient de se fonder sur les constatations suivantes.

- S'agissant de l'initiative des caisses-maladie, la disposition transitoire revêt une importance considérable si ce n'est prépondérante. En acceptant cette initiative, le citoyen aurait signifié sa volonté de faire augmenter les subsides fédéraux octroyés aux caisses-maladie massivement et immédiatement, et cela jusqu'à ce que le législateur ait mis sur pied un nouveau régime d'assurance-maladie sur la base de l'initiative des caisses-maladie et que ce régime soit en vigueur.
- Il serait excessif de faire valoir que le citoyen, en acceptant ensuite l'initiative du PS et de l'USS, voudrait renoncer à l'augmentation des subsides fédéraux, qu'il venait d'accepter, et qu'il attendrait donc patiemment – avec moins de subventions mais avec des primes plus élevées – qu'entre en vigueur la législation d'exécution de l'article 34<sup>bis</sup> cst. dans la version de l'initiative du PS et de l'USS. En soumettant l'initiative du PS et de l'USS au vote du peuple, on n'aurait d'ailleurs même pas posé cette question aux citoyens. En outre, les autorités fédérales ne seraient pas en droit de compléter le texte de l'initiative de manière correspondante (voir art. 27, 1<sup>er</sup> al., LRC).
- Par conséquent, abroger tacitement la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie qui serait restée dans la constitution – en alléguant que cette disposition est devenue sans objet – ne correspondrait certainement pas à la volonté exprimée sur le plan constitutionnel par les citoyens.
- On tiendrait bien mieux compte de la volonté du peuple et des cantons en laissant se développer l'effet de la disposition transitoire des caisses-maladie – augmentation des subsides fédéraux jusqu'à l'entrée en vigueur d'une législation d'exécution – mais cette fois avec un article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative du PS et de l'USS.
- Ce faisant, l'on prendrait en considération la volonté exprimée par le souverain, sur le plan constitutionnel, d'une manière qui correspondrait à la nouvelle situation.

Ces considérations nous amènent à la conclusion suivante: la disposition transitoire de l'initiative des caisses-maladie qui resterait dans la constitution devrait s'appliquer en coordination avec l'article 34<sup>bis</sup> dans la version de l'initiative du PS et de l'USS. Cela signifie qu'il conviendrait de verser les subsides fédéraux aux caisses-maladie reconnues d'après les dispositions valables en 1974 (pour ce qui est des répercussions financières, voir le message sur l'initiative des caisses-



maladie, ch. 211.2, 212.2 et 232; FF 1988 II 256) jusqu'à l'entrée en vigueur d'une législation d'exécution se fondant sur l'initiative du PS et de l'USS. C'est à ce moment que l'objectif matériel visé par la disposition transitoire serait atteint et que celle-ci deviendrait alors sans objet.

## 23 **Appréciation de l'initiative**

### 231 **L'initiative en tant que mandat exprès de légiférer**

L'article 34<sup>bis</sup> cst. a été adopté dans la constitution le 26 octobre 1890, il y a donc un peu plus de 100 ans. Il s'agit de la norme constitutionnelle la plus ancienne dans le domaine des assurances sociales; telle qu'elle est formulée, c'est pratiquement une pure norme attribuant compétences et mandat. Cet article oblige en effet le législateur à instituer une assurance en cas de maladie et d'accident, sans lui imposer cependant de direction définie ni même de modèle précis. La constitution permet pratiquement toutes les solutions, donc aussi celle qui est prévue par les auteurs de l'initiative. A cet égard, une modification préalable de la constitution n'est pas nécessaire.

Cependant, étant donné que l'initiative contient une conception très concrète de l'aménagement de l'assurance en cas de maladie et d'accident, il convient en premier lieu de se demander s'il serait souhaitable d'imposer au législateur une telle direction au moyen d'une norme constitutionnelle. Les auteurs de l'initiative proposent des modèles concrets tant pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et pour l'assurance d'une indemnité journalière que pour l'assurance-accidents. En ce qui concerne cette dernière, la proposition correspond au droit en vigueur (assurance obligatoire pour tous les travailleurs; toutefois, il faudrait au moins préciser dans la loi les conditions de collaboration des compagnies d'assurance privées; voir ch. 212.2). Pour ce qui est de l'indemnité journalière, l'initiative prévoit également une assurance obligatoire pour tous les travailleurs. Quant aux prestations et au financement de l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière, l'initiative correspond au projet de loi du Conseil fédéral du 19 août 1981 (voir FF 1981 II 1069) que le Parlement n'a pas repris.

Le point central de l'initiative réside cependant dans l'exigence d'une assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques pour toute la population. C'est ici que le texte de l'initiative entre le plus dans les détails. C'est donc principalement sur cette partie de l'initiative que nous allons nous prononcer.

En demandant une assurance obligatoire généralisée, l'initiative recoupe pratiquement la voie prise par le Conseil fédéral dans ses principes d'août 1989. Dans son rapport du 2 novembre 1990, la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-maladie propose, elle aussi, une assurance obligatoire des soins. La différence la plus significative entre le Conseil fédéral et la commission d'experts, d'une part, et l'initiative, d'autre part, se trouve dans le financement. L'introduction, telle que la prévoit l'initiative, de cotisations fixées selon la capacité financière des assurés entraînerait l'abandon du système actuel des cotisations par tête. En outre, les employeurs devraient prendre en charge la moitié des cotisations des travailleurs, ce qui serait un élément tout à fait nouveau pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

Ces exigences de l'initiative sont en premier lieu des questions de principe de nature politique. C'est pourquoi l'on pourrait tout à fait défendre le point de vue selon lequel il serait judicieux de régler ces questions de principe d'abord au niveau constitutionnel et de donner ainsi au législateur un mandat contraignant.

L'initiative ne répond pas à de nombreuses questions relatives à l'aménagement futur de l'assurance-maladie, ce qui toutefois n'est pas inhabituel lorsqu'il s'agit d'un texte constitutionnel; c'est même la règle. Pour apprécier l'initiative et en particulier afin que le Parlement et le peuple puissent prendre position, il convient cependant d'essayer de décrire les répercussions prévisibles de l'initiative. Deux questions se trouvent au premier plan: les coûts de l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques; le financement de ces coûts (ch. 232). De plus, il s'agit aussi d'envisager les répercussions indirectes que pourrait avoir l'introduction de cotisations en fonction du revenu, comme le demande l'initiative (ch. 233).

### **232 Financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques**

Les répercussions financières de l'initiative restent nécessairement un point d'interrogation. Elles dépendront de l'aménagement concret de l'assurance à l'échelon législatif. Les frais qui découleraient d'une assurance-maladie aménagée selon l'initiative dépendent en particulier de l'étendue des prestations à fixer dans la loi. Cependant, les prestations devraient rester dans les limites proposées par la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-maladie, dans son rapport et son projet du 2 novembre 1990. Ce projet tient compte, en particulier, des exigences exprimées dans l'initiative: la prise en charge des frais de traitement sans limite de durée; la couverture subsidiaire du risque d'accident; l'extension de l'assurance aux soins à domicile et aux prestations relevant de la prévention (art. 34<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> al., ch. 2, du texte de l'initiative). Pour une estimation des frais, nous pouvons donc nous fonder sur le rapport de la commission d'experts. Comme dans l'intervalle nous avons reçu des données statistiques plus récentes, nous partirons des données relatives à l'assurance actuelle pour l'année 1988, et cela afin de procéder à une estimation pour l'année 1992. Le rapport de la commission d'experts, par contre, procédait à une estimation pour 1990 en partant des données relatives à 1986. Les frais occasionnés par une assurance obligatoire des soins selon les principes de l'initiative devraient se monter au total à 13,3 milliards de francs en 1992. La contribution des pouvoirs publics représente un quart de ces dépenses, c'est-à-dire 3,3 milliards de francs. Les assurés devront donc verser, par leurs primes et participations aux frais, la somme de 10 milliards de francs.

Le montant de la participation aux frais ne serait fixé qu'à l'échelon législatif. Il s'agirait d'un tout nouveau mode de fixation de la participation aux frais – dépendante du montant des cotisations et, par là même, de la situation financière de l'assuré; dès lors, il est difficile d'en estimer le produit total. La limitation en fonction du montant des primes de l'assuré signifie que la part qui reviendrait à la participation aux frais dans le financement de l'assurance des soins atteindrait tout au plus l'ordre de grandeur actuel; selon toute vraisemblance, elle serait cependant inférieure. Pour la plupart des assurés, la limite supérieure de 20 pour

cent des primes annuelles serait, en effet, inférieure à la limite fixée par le droit en vigueur. C'est seulement pour une prime annuelle de 3750 francs que la limite supérieure actuelle, c'est-à-dire 750 francs par an, serait atteinte.

Les primes des assurés doivent être versées en fonction de leur capacité financière. Ainsi que nous l'avons déjà relevé, la concrétisation de ce principe correspondrait à un régime des primes analogue à celui de l'AVS, à la différence cependant que tous les adultes n'exerçant pas d'activité lucrative devraient payer une prime minimale et que les rentiers auraient aussi à s'acquitter d'une prime en fonction de leur capacité financière (voir ch. 211). Le montant minimal ainsi que la base permettant de calculer les primes des rentiers (revenu des rentes, revenu imposable?) n'ont pas encore été fixés. C'est pourquoi il n'est pas possible de se prononcer définitivement sur le taux de la prime par rapport au revenu tiré d'une activité lucrative. Ce taux devrait toutefois se situer aux alentours de 3,4 à 3,6 pour cent du revenu déterminant au sens de l'AVS (voir tableaux 1 et 2 ci-après).

### 233 Répercussions indirectes de l'initiative

On ne saurait certes considérer comme erroné le fait de réclamer des cotisations en fonction de la capacité financière des assurés, dans le cadre d'une assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques. Ce système de primes a déjà fait ses preuves pour d'autres assurances sociales, en particulier pour l'AVS. Il constitue, de plus, la règle dans d'autres pays européens, pour autant que l'assurance-maladie soit essentiellement financée par les cotisations des assurés et non pas par des recettes fiscales. Aucun Etat de la Communauté européenne ne connaît des primes «par tête» dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Un tel système de primes permettrait, par ailleurs, d'aider immédiatement les assurés à ressources modestes, alors qu'un régime de primes par tête nécessiterait encore la mise en place d'un système permettant de réduire les cotisations en fonction de la capacité financière des assurés.

En plus de ces avantages incontestables qui iraient de pair avec des cotisations en fonction de la capacité financière des assurés, il convient d'aborder également les autres répercussions d'un tel système de primes. En effet, l'introduction de cotisations semblables à celles de l'AVS modifierait radicalement le système actuel de l'assurance-maladie, en particulier quant aux tâches et à l'importance des caisses-maladie. Elle aurait également des répercussions sur la santé publique, en particulier sur la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons.

Selon le *droit en vigueur*, l'adhésion à l'assurance-maladie est individuelle. L'assuré peut choisir librement son assureur. L'assurance-maladie est pratiquée par de nombreuses caisses, autonomes en particulier du point de vue financier, c'est-à-dire que chaque caisse-maladie fixe les primes de telle sorte que les recettes et les dépenses s'équilibrent. S'agissant des rapports entre les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, etc.), la loi et en particulier l'application pratique de celle-ci dans le domaine des conventions tarifaires tiennent compte de la structure fédéraliste de notre santé publique. Pour la Confédération, les possibilités d'exercer une influence sont limitées. Or, ces

principes seraient indirectement remis en question si l'on introduisait des primes en fonction du revenu des assurés.

Un taux de prime uniforme, sur le modèle de l'AVS, supprimerait l'autonomie financière des caisses-maladie. Leur position dans le système d'assurance serait à peu près comparable à celle des caisses de compensation dans l'AVS ou des caisses de chômage dans l'assurance-chômage. Des assureurs sans autonomie financière ne seraient, en outre, plus tellement intéressés par la maîtrise des coûts; soit ils recevraient l'argent nécessaire pour les prestations à verser d'un service centralisé d'encaissement des primes, soit ils devraient remettre les recettes inutilisées à une caisse centrale de compensation. C'est pourquoi le contrôle de l'octroi de prestations devrait être confié à un organe central comme c'est le cas aujourd'hui dans l'AVS, l'AI et l'assurance-chômage. Il faudrait donc, pour que l'application soit uniforme, donner des directives très détaillées, comme on le fait par exemple dans l'AVS sur la base de l'article 72, 1<sup>er</sup> alinéa, LAVS. Des taux de prime uniformes dépendant du revenu, et la suppression de l'autonomie financière des assureurs qui y serait liée entraîneraient aussi une centralisation des décisions relatives à la pratique de l'assurance. Avec un taux de prime uniforme pour toute la Suisse, c'est un organe fédéral qui aurait la direction centrale de l'assurance-maladie, ce qui renforcerait également la position de la Confédération dans le domaine de la santé publique. D'après la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons, la santé publique est en principe du ressort des cantons. Or, à l'article 34<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, cst., dans la version de l'initiative, certaines tâches du domaine de la santé publique, en particulier la planification hospitalière, sont désignées comme une affaire commune de la Confédération et des cantons, ce qui est nouveau. L'initiative vise donc expressément à donner davantage de poids à la Confédération dans le domaine de la santé publique. Toutefois, il faut être conscient du fait qu'une assurance-maladie dirigée par la Confédération au niveau du financement (détermination des taux des primes des assurés et octroi de subsides provenant des recettes fiscales) renforcerait indirectement la position de la Confédération dans la santé publique bien davantage qu'il n'en est fait état à l'article 34<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, cst., de l'initiative. On pourrait, certes, envisager de renoncer à un taux de primes uniforme à l'échelon national au profit de taux déterminés par canton et maintenir ainsi des éléments à caractère fédéraliste. Mais la question se poserait alors de savoir si les primes doivent être perçues en fonction du lieu de domicile ou du lieu de travail. Des taux de prime uniformes au sein d'une entreprise ne seraient possibles que si l'on tenait compte du lieu de travail pour la perception des primes. Du point de vue de l'assurance, c'est cependant en fonction du lieu de domicile que l'on devrait déterminer les primes car les frais, en particulier d'hospitalisation, peuvent varier suivant le canton de domicile; à cela s'ajoute le fait que la politique hospitalière des cantons influe également sur le montant des impôts.

Un système d'assurance centralisé, avec un taux de prime uniforme, aurait en outre des conséquences sur la mise en œuvre de mesures destinées à contrôler et à freiner la hausse des coûts. Aux yeux des auteurs de l'initiative, les pouvoirs publics, du fait de leur participation accrue au financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (leur contribution s'élevant au moins au quart des dépenses), s'intéresseraient davantage à l'évolution des dépenses et s'efforce-

raient de mieux freiner les coûts. Il est certain que les possibilités de la Confédération d'influer sur l'évolution des coûts se verraient augmentées. D'un autre côté, non seulement les caisses-maladie mais aussi les cantons eux-mêmes seraient moins incités à prendre des mesures visant à réduire les coûts. Par ailleurs, des offres d'assurances différentes, comme les HMO dont on espère un effet réducteur sur les coûts et donc un abaissement des primes, ne pourraient pas être introduites dans ce cadre.

## 234 Résumé de l'appréciation

L'article 34<sup>bis</sup> cst. en vigueur permet pratiquement tout aménagement de l'assurance-maladie, et plus spécialement celui que réclame l'initiative. Il n'y a que dans le domaine de la planification hospitalière (art. 34<sup>bis</sup>, 2<sup>e</sup> al., du texte de l'initiative) que la Confédération se verrait attribuer des compétences en matière de législation dont elle ne dispose pas encore actuellement. Toutefois, le but de l'initiative n'est pas en premier lieu d'élargir les compétences constitutionnelles de la Confédération dans le domaine de l'assurance-maladie, mais – contrairement à l'article constitutionnel en vigueur – de donner au législateur des mandats concrets pour l'aménagement de l'assurance-maladie.

La nouvelle approche de l'assurance-maladie, demandée par l'initiative, comporte des aspects tout à fait positifs. Elle permettrait, en particulier, de renforcer sensiblement la solidarité au sein de l'assurance-maladie. En revanche, on peut se demander avec raison si le mode de financement prévu par l'initiative, selon lequel les primes augmenteraient avec les salaires, tiendrait suffisamment compte de la nécessaire maîtrise des coûts.

Nous rejetons l'initiative, avant tout, pour les raisons suivantes. Le projet d'assurance-maladie formulé dans l'initiative limite fortement la marge de manœuvre du législateur et ses résultats potentiels ne correspondent pas aux options du Conseil fédéral (à ce propos, voir également ch. 24). Le Conseil fédéral ne souhaite pas modifier le système actuel d'assurance-maladie d'une façon aussi radicale que le réclame l'initiative. En effet, cette dernière n'affaiblirait pas seulement la position des caisses au sein de l'assurance-maladie, mais encore celle des cantons dans la santé publique, et cela à l'avantage de la Confédération. C'est avant tout cette délégation de compétences à la Confédération dans le domaine de la santé publique qui nous paraît indésirable pour des raisons de politique nationale.

Toutefois, il est naturel que les avis divergent, s'agissant de savoir si la position de la Confédération dans l'assurance-maladie doit être renforcée au détriment des cantons et des caisses-maladie, et qu'on laisse donc le peuple se prononcer sur cette question au moyen d'une initiative. Cependant, ce sont précisément ces importantes questions qui ne ressortent pas assez clairement du texte de l'initiative. Telle que l'initiative est formulée, la question principale est la suivante: «Voulez-vous une assurance des soins obligatoire et voulez-vous que les primes des assurés soient fixées selon leurs revenus?» Nous avons signalé les conséquences indirectes d'un financement au moyen de primes fixées en fonction du revenu des assurés. La question complémentaire, posée implicitement par l'initia-

tive, est donc: «Voulez-vous que la Confédération décide des recettes et, par là même, davantage des dépenses de l'assurance-maladie?» Reste à savoir, et ceci est une question de principe dans notre Etat fédéral, quelle ampleur prendrait, sur le plan concret, cette influence supplémentaire de la Confédération. Dès lors, il nous semble erroné de prendre au niveau constitutionnel une décision de principe qui ne serait pas complète.

## 24      **Etapes suivantes**

Dès août 1989, le Conseil fédéral a fait connaître, dans les grandes lignes, ses intentions relatives aux étapes suivantes de la révision de l'assurance-maladie, et cela sous forme de principes à l'adresse d'une commission d'experts. Cette dernière, sous la présidence de Monsieur Otto Schoch (AR), membre du Conseil des Etats, a remis en novembre 1990 un rapport accompagné d'un projet de loi qui correspond largement à ces principes. Le Conseil fédéral a ouvert en février 1991 une procédure de consultation sur le projet de loi qu'il a complété par des dispositions sur l'assurance facultative d'une indemnité journalière. Cette procédure s'est achevée entre-temps. Grosso modo, le projet a été considéré comme une base valable pour la révision de l'assurance-maladie. L'assurance obligatoire a, en particulier, été reconnue en tant qu'élément déterminant de tout le projet de révision. Le projet proposé par la commission d'experts pour la révision de l'assurance-maladie est soutenu par une grande majorité des cantons. Parmi les partis gouvernementaux, le PDC, le PS et l'UDC acceptent le principe d'une assurance obligatoire des soins. En revanche, le PRD ainsi que les associations de l'économie rejettent l'assurance obligatoire et par là même la conception de base du projet. S'agissant des autres partis politiques qui se sont exprimés, la majorité d'entre eux est en principe d'accord sur l'idée d'une assurance obligatoire. De même, l'Union des paysans, la Fédération des sociétés suisses d'employés et les syndicats soutiennent en principe la direction proposée par le projet de révision de l'assurance-maladie. Tel est aussi le cas, d'ailleurs, de la Fédération des médecins suisses, des autres fournisseurs de prestations (hôpitaux, pharmaciens, etc.) ainsi que des associations du domaine de la politique sociale, de la santé et des consommateurs. Quant au Concordat des caisses-maladie suisses, il ne se prononce pas sur la question de l'assurance obligatoire. La plupart des avis comportent, toutefois, des réserves et des objections relatives à des propositions particulières du projet. Ainsi, l'accord de principe est souvent donné à la condition que certaines propositions figurant déjà dans le projet soient dûment reprises ou que d'autres propositions y soient intégrées. Nous reviendrons en détail sur ces questions dans le cadre du message relatif à la révision de l'assurance-maladie.

Le Conseil fédéral a l'intention d'adopter au cours de cette année un message concernant la révision de l'assurance-maladie. Sans anticiper sur la décision, on peut dire que le projet du Conseil fédéral s'en tiendra largement aux vues de la commission d'experts. Cependant, le projet initial de la commission devra subir les corrections qu'exige la prise en compte des réserves et des objections émises au cours de la procédure de consultation. En ce qui concerne la question d'une assurance obligatoire des soins, le Conseil fédéral maintient sa position et, que

† ceci soit bien noté, il continue à penser qu'une solution conséquente des problèmes de l'assurance-maladie, en particulier le renforcement de la solidarité, n'est possible que dans le cadre d'une assurance obligatoire.

### **3 Conséquences pour la Confédération et les cantons**

Selon l'initiative, le quart au moins des dépenses de l'assurance obligatoire des soins sera couvert par les pouvoirs publics. Actuellement, cette participation représente environ 15 pour cent de l'ensemble des dépenses des caisses-maladie afférentes à l'assurance des soins (10% pour la Confédération, 5% pour les cantons). D'après les estimations figurant au chiffre 232, les dépenses de l'assurance obligatoire des soins devraient s'élever en 1992 à environ 13,3 milliards de francs. Les subventions prévues par l'initiative devraient donc atteindre au moins 3,3 milliards de francs en 1992. Si l'on part d'un montant de subventions d'environ 2 milliards de francs selon le droit actuel (dont 1,3 milliard de fr. versés par la Confédération), la dépense supplémentaire pour les pouvoirs publics, selon l'initiative, serait d'environ 1,3 milliard de francs en 1992. Au cours des années suivantes, les subventions augmenteraient dans la même mesure que les frais à prendre en charge par l'assurance des soins. Quant à la répartition entre la Confédération et les cantons, elle serait à régler par le législateur.

### **4 Relations avec le droit européen**

Les discussions en cours à propos de l'entrée de la Suisse dans l'Espace économique européen nous amènent à faire précéder nos réflexions sur l'«euro-compatibilité» de l'initiative par quelques remarques générales sur les efforts d'intégration au niveau européen dans le domaine de l'assurance-maladie.

#### **41 Prescriptions de la Communauté européenne (CE)**

La CE constitue déjà, à plus d'un égard, un espace social européen, mais le droit en la matière n'instaure pas un système commun de sécurité sociale ni une harmonisation des dispositions souvent très divergentes des divers Etats membres. Son but est plutôt de coordonner, c'est-à-dire de veiller à ce que les différences entre les divers systèmes nationaux de sécurité sociale ne nuisent pas à la libre circulation des travailleurs. Les droits de ceux-ci ne doivent en effet pas subir de préjudice lors du passage d'un Etat membre à l'autre.

Bien que la CE ait comme priorité une coordination aussi étendue que possible des systèmes de sécurité sociale, ceux-ci conservant leurs spécificités nationales, et bien que la question d'une harmonisation future de ces systèmes soit en suspens pour l'instant, on peut reconnaître dans la tendance à améliorer les conditions de vie et de travail dans l'Espace communautaire de modestes prémices à la création de certaines normes minimales. Ces dernières sont consacrées en particulier par la «Directive du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en

matière de sécurité sociale» (Journal officiel L 6/24 du 10 janv. 1979). Cette directive pourrait être réalisée dans la mesure où la présente initiative se concrétiserait par une loi.

## 42 Prescriptions du Conseil de l'Europe

En comparaison avec la CE, l'idée d'intégration n'est que faiblement développée au sein du Conseil de l'Europe. La collaboration internationale s'y déroule plutôt dans le cadre d'une organisation internationale «traditionnelle». Par conséquent, l'accent est mis d'une part sur l'encouragement du progrès social (grâce à l'élaboration de normes minimales, c'est-à-dire de recommandations visant à la réalisation d'une justice sociale) et d'autre part dans la garantie, sur le plan du droit social, de la libre circulation entre les Etats membres.

La «Charte sociale européenne du 18 octobre 1961», qui traite à l'article 11 du droit à la santé et à l'article 12 du droit à la sécurité sociale, sert en premier lieu à encourager le progrès social. Les deux articles précités imposent notamment aux Etats signataires de la Charte de prendre des mesures pour prévenir le mieux possible les maladies, de maintenir leur système de sécurité sociale à un niveau satisfaisant et de s'efforcer d'amener progressivement ce système à un niveau plus élevé.

Le but du «Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964» est d'établir des prescriptions minimales et de créer ainsi une sorte de «régime-cadre» pour les systèmes de sécurité sociale des Etats membres. La législation suisse relative à l'AVS, à l'AI, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles correspond aux exigences de ce code. Le 16 septembre 1977, la Suisse a donc pu ratifier cet instrument pour les domaines précités (RO 1978, 1491). En revanche, s'agissant de l'assurance des soins et de l'assurance d'indemnités journalières, la ratification n'a pas été possible eu égard aux particularités suivantes du système suisse: limitation des prestations pour les soins médicaux et pharmaceutiques en cas d'hospitalisation à 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs (à relever que le Code permet de limiter les prestations à 26 semaines, mais cette limite vaut pour chaque cas de maladie); pas d'obligation pour l'employeur de participer au paiement de la prime; fixation des indemnités journalières par accord contractuel avec le preneur d'assurance (et non pas sur la base du gain du bénéficiaire de la prestation ou de la personne ayant droit à une prestation d'entretien pour celui-ci).

Outre la Charte et le Code, que nous avons déjà mentionnés, l'on trouve d'autres prescriptions minimales, concernant certains domaines particuliers, dans des résolutions et recommandations du Comité des ministres. En ce qui concerne l'assurance-maladie, ou plus exactement le projet de révision de celle-ci, les instruments suivants présentent un intérêt particulier:

- Résolution (70)6 relative à la réduction du coût des soins médicaux;
- Recommandation N° R (84)24 sur la contribution de la sécurité sociale aux mesures préventives;
- Recommandation N° R (86)5 sur la généralisation des soins médicaux.



- En outre, les gouvernements devraient prendre toutes les mesures susceptibles de rendre financièrement supportables les soins médicaux indispensables. A cet effet:
  - on pourrait par exemple prévoir, en ce qui concerne l'offre, des procédures de négociation avec les membres des professions de la santé, afin de limiter leurs honoraires;
  - on pourrait prévoir, en ce qui concerne la demande, des mesures dont le but serait de limiter le recours à des soins médicaux, telles que l'encouragement de mesures préventives efficaces ou la participation du patient aux frais de soins médicaux;
  - il faudrait créer un système de financement dont la base serait la solidarité entre toutes les personnes protégées et qui tiendrait compte de la capacité financière de celles-ci pour fixer le montant des primes.

Une recommandation du Conseil de l'Europe de 1986 traite, de plus, des différentes sortes de soins et contient des données détaillées quant à la planification de l'infrastructure dans le domaine de la santé publique. Il s'agit de points qui sont réglés en Suisse à l'échelon législatif.

### **43      Compatibilité du projet avec le droit européen**

L'initiative populaire du PS et de l'USS suit la ligne des prescriptions et recommandations de la CE et du Conseil de l'Europe qui figurent aux chiffres 41 et 42. Elle permettrait, le cas échéant, de ratifier les parties «soins médicaux» et «indemnités de maladie» (n<sup>os</sup> II et III du Code européen de sécurité sociale).

## **5      Conclusions**

L'initiative et les options du Conseil fédéral se recoupent sur certains points, en particulier pour ce qui est de l'exigence d'une assurance obligatoire des soins. Toutefois, nous rejetons entre autres l'introduction de primes fixées en fonction de la capacité financière des assurés et l'obligation pour les employeurs de cotiser pour leurs employés: avant tout parce que cette nouvelle forme de perception des primes entraînerait des changements fondamentaux dans le système d'assurance-maladie, mais aussi parce qu'elle irait de pair avec un important transfert des compétences en faveur de la Confédération dans le domaine de la santé publique.

Le Conseil fédéral est également d'avis que la loi actuelle sur l'assurance-maladie doit être révisée en profondeur. Selon toute vraisemblance, un projet de loi correspondant pourra être soumis au Parlement dans le courant de l'année. Une modification préalable de la constitution n'est toutefois pas nécessaire. Le projet de loi du Conseil fédéral constituera un contre-projet indirect à l'initiative. La différence essentielle entre les deux approches est que, d'après l'initiative, il faudrait introduire une assurance obligatoire des soins avec des primes fixées en fonction du revenu des assurés – comme c'est le cas dans d'autres assurances sociales – tandis que le Conseil fédéral voudrait une assurance obligatoire des soins dans laquelle le système actuel de prélèvement des primes serait en principe maintenu, mais qui prévoirait en outre des subventions fédérales destinées à

alléger la charge des primes pour les personnes à revenu modeste. Le Conseil fédéral estime en effet que les objectifs visés par la réforme qu'il a engagée peuvent être atteints sans qu'il soit nécessaire de bouleverser le système en vigueur, comme ce serait le cas selon l'initiative. Ce système, qui existe depuis de longues années, a tout de même permis d'accumuler une somme précieuse d'expérience et de savoir-faire. Un tel capital peut et doit être mis à profit dans la réforme qui s'impose. Aussi le Conseil fédéral est-il d'avis que c'est avant tout cette réforme qu'il convient d'engager et non un bouleversement complet du système actuel. Toutefois, si les efforts de réforme entrepris devaient, par la suite, se heurter à des obstacles insurmontables, le Conseil fédéral pourrait éventuellement être amené à réexaminer sa position à l'égard de l'initiative. La façon de procéder préconisée par le Conseil fédéral comporte, par ailleurs, le grand avantage de conduire directement au but, alors que l'acceptation de l'initiative n'équivaudrait qu'à formuler un mandat pour le législateur, mandat qui resterait à exécuter. C'est pourquoi nous vous demandons de rejeter l'initiative sans lui opposer de contre-projet formel.

34807

## Financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques

Estimation pour 1992

Tableau 1

	En mio. de fr.	En mio. de fr.
<i>Coûts de l'assurance de base</i> .....		13 300
<i>Subsides des pouvoirs publics (25%)</i> .....		3 325
Cotisations et participation aux frais des assurés .....		9 975
<i>Cotisations</i>		
– Cotisation actifs		
Somme des salaires AVS ...	210 milliards de francs	
Taux de cotisation .....	3,4%	7205
– Cotisation rentiers		
Somme des rentes AVS ...	19,3 milliards de francs	
Taux de cotisation .....	3,4%	660
Somme des rentes 2 <sup>e</sup> pilier	9 milliards de francs	
Taux de cotisation .....	3,4%	310
– Cotisation personnes sans activité lucrative (de 20 à 62/65 ans)		
Nombre de personnes ....	1 000 000	
Cotisation annuelle .....	600 fr.	600
<i>Total</i> .....		8 775
<i>Participation aux frais</i> .....		1 200

Tableau 2

		En mio. de fr.	En mio. de fr.
<i>Coûts de l'assurance de base</i> .....			13 300
<i>Subsides des pouvoirs publics (25%)</i> .....			3 325
Cotisations et participation aux frais des assurés .....			9 975
<i>Cotisations</i>			
- Cotisation actifs			
Somme des salaires AVS ..	210 milliards de francs		
Taux de cotisation .....	3,6%	7560	
- Cotisation rentiers			
Somme des rentes AVS ...	19,3 milliards de francs		
Taux de cotisation .....	3,6%	690	
Somme des rentes 2 <sup>e</sup> pilier	9 milliards de francs		
Taux de cotisation .....	3,6%	325	
- Cotisation personnes sans activité lucrative (de 20 à 62/65 ans)			
Nombre de personnes ....	1 000 000		
Cotisation annuelle .....	600 fr.	600	
<i>Total</i> .....			9 175
<i>Participation aux frais</i> .....			800

34807

✚

# Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»

Projet

du

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»<sup>1)</sup>, déposée le 17 mars 1986;

vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991<sup>2)</sup>,

*arrête:*

## Article premier

<sup>1)</sup> L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» du 17 mars 1986 est déclarée valable et soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2)</sup> La teneur de l'initiative est la suivante:

La constitution fédérale est complétée comme il suit:

### *Art. 34<sup>bis</sup>*

<sup>1)</sup> La Confédération institue, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle en confie la mise en œuvre à des institutions qui pratiquent l'assurance selon le principe de la mutualité.

1. L'assurance-accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut la déclarer obligatoire pour d'autres catégories de la population.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle couvre sans limite de durée les frais de traitement en cas de maladie et, dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts en vertu de la loi, en cas d'accident; les soins à domicile et des mesures de prévention sont également couverts par l'assurance.

L'assurance est financée par:

- a. Les cotisations des assurés fixées selon leur capacité économique; pour les personnes qui exercent une activité lucrative, les cotisations sont fixées compte tenu du revenu intégral de cette activité; la moitié au moins des cotisations des travailleurs est à la charge des employeurs. Les enfants ne paient pas de cotisation;
- b. Une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses. La loi règle la participation des cantons à cette contribution.

La loi peut prévoir que les assurés participent à la couverture des frais qu'ils occasionnent, à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations; aucune participation ne pourra être exigée pour les mesures de prévention.

<sup>1)</sup> FF 1986 II 308

<sup>2)</sup> FF 1991 IV 961

3. L'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, pour la perte de gain résultant de la maladie, une indemnité d'au moins 80 pour cent du salaire assuré.

L'assurance est financée par des cotisations en pour-cent du salaire assuré, dont la moitié au moins est à la charge des employeurs.

La Confédération veille à ce que les personnes qui ne sont pas assurées de par la loi puissent adhérer à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident.

<sup>2</sup> La liberté thérapeutique est garantie dans les limites d'un traitement économique. La Confédération et les cantons veillent à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils édictent des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes et établissent des planifications hospitalières contraignantes.

## **Art. 2**

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

34807

## **Message concernant l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» du 6 novembre 1991**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	4
Volume	
Volume	
Heft	49
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	91.070
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	17.12.1991
Date	
Data	
Seite	961-990
Page	
Pagina	
Ref. No	10 106 803

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.