

L'économique et le social

Autor(en): **Delley, Jean-Daniel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Domaine public**

Band (Jahr): **23 (1986)**

Heft 843

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1023156>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Assurance-maladie, un feuilleton en guise de thérapie

■ (jd) Le rapport de synthèse du programme national de recherche sur les coûts et l'efficacité du système de santé en Suisse est catégorique : la maîtrise de l'explosion des coûts exige de profondes réformes, en premier lieu dans le financement et dans les mécanismes qui déterminent le comportement des patients comme des soignants. "Celui qui aujourd'hui travaille de manière efficace et économique - médecin ou hôpital - n'en retire aucun profit" fait remarquer Jürg Sommer, adjoint à la direction du programme. Une observation également valable pour le patient.

Lorsque le Conseil fédéral décide en 1976 de l'exécution de ce programme de recherche - "le coût de la santé a atteint les limites du supportable", dit-il - les Suisses déboursent 10 milliards de francs pour les soins

L'ÉCONOMIQUE ET LE SOCIAL

(jd) Toute révision qui ne s'attaquera pas au fonctionnement du système de santé dans son ensemble restera sans effet sur les coûts. Principe de base : trouver des mécanismes qui incitent tous les acteurs - hôpitaux, médecins, soignants et patients, assurances - à un comportement économique. Sans maîtrise des coûts, un modèle de financement tel que celui préconisé par la gauche ne servira qu'à alimenter un puits sans fond. Mais le souci de rendre plus efficace économiquement le système de santé ne doit pas reléguer au second plan le principe de solidarité. Les innovations récemment présentées par certaines caisses - franchise, bonus, tarifs attractifs pour les jeunes - font craindre que l'efficacité soit recherchée au détriment des plus démunis et des plus fragiles.

médicaux et pharmaceutiques, par le biais des impôts, des primes d'assurance et des paiements directs ; aujourd'hui, en 1986, la facture avoisine les 18 milliards, alors que l'espérance de vie et l'état de santé général ne s'améliorent plus guère.

Quelles sont les réactions face à cette situation absurde ? Les autorités politiques se hâtent lentement de mettre sous toit une révision de la législation (LAMA) qui passe largement à côté du sujet ; les caisses-maladie, soucieuses de leur situation financière, tentent quelques innovations dont certaines risquent bien de mettre en cause le principe de solidarité : en clair, les plus démunis matériellement et physiquement vont passer à la caisse.

La dernière grande révision de la LAMA date de 1964. Enfentement dans la douleur tant les intérêts multiples sont difficiles à concilier dans ce domaine. En 1974, le peuple et les cantons rejettent sèchement une initiative socialiste - assurance-maladie obligatoire et financement sur le modèle de l'AVS - et un contre-projet plus modeste du Parlement. En 1976, le Conseil fédéral, harcelé de toutes parts, désigne une commission d'experts dont le projet remanié est soumis à la consultation en 1978. Le Parlement est saisi d'un message en 1981. Depuis lors les députés planchent - ils ont décidé de concentrer leurs efforts sur un programme d'urgence destiné à freiner l'augmentation des coûts de la santé. Les commissions travaillent très lentement ; pour l'instant seul le National a examiné le projet, les Etats s'y attaqueront pour la première fois au cours de cette session (voir encadré ci-contre).

Dans l'intervalle, l'assurance-maladie n'a pas échappé au régime d'amaigrissement auquel sont soumises les subventions fédérales depuis 1975 : moins 10% en 1975 et 1976, moins 11% en 1977, plafonnement des subventions dès 1978 avec une nouvelle coupe de 5% en 1980. Les

assurés, surtout les plus modestes, en ont supporté les conséquences.

Les caisses-maladie de leur côté ne sont pas restées inactives ; mais leurs grandes manœuvres ne sont pas exemptes d'ambiguïté. Aiguillonnées par la diminution des subventions de la Confédération, elles cherchent à améliorer leur équilibre financier,

LES TRIBULATIONS

(jd) Le projet présenté en 1981 par le Conseil fédéral renonce à imposer l'obligation de s'assurer : l'opposition est trop forte. Par contre il prévoit de faciliter l'entrée dans une caisse aux enfants et aux personnes âgées.

Pour freiner l'explosion des coûts, le Gouvernement se propose d'examiner plus attentivement le caractère économique des prestations à la charge des assurances.

Sur la lancée, il préconise une modeste extension des prestations, par exemple la possibilité de rembourser les examens préventifs et certains traitements dentaires.

A l'avenir, des subventions fédérales seront versées pour abaisser les coûts médicaux plus élevés imputables aux femmes et aux enfants. Les cantons, au nom de la répartition des tâches, participeront au subventionnement des caisses-maladie à raison de 50%.

L'assurance pour l'indemnité journalière devient obligatoire pour tous les salariés.

Enfin les prestations pour les soins en cas de maternité seront versées partiellement aux femmes non assurées. La durée des prestations d'indemnité journalière en cas de maternité passe de 10 à 16 semaines.

Voilà pour l'essentiel du projet du Conseil fédéral, qui suscite des réactions négatives à gauche : on revendique l'assurance obligatoire et un nouveau système de financement basé sur le revenu des assurés. La droite est moins sévère mais guère enthousiaste : elle juge la tentative insuffisante pour juguler l'inflation des coûts.

Puis l'affaire s'enlise : la commission du Conseil national, reflétant les conflits d'intérêt entre les différents acteurs de la santé, a peine à entrer en matière et de-