

Le nouveau régime de l'assurance-maladie : proposé par la commission d'experts ad hoc

Autor(en): **Bernasconi, Giacomo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **63 (1971)**

Heft 12

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-385645>

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.

Le nouveau régime de l'assurance-maladie

proposé par la commission d'experts ad hoc

Par Giacomo Bernasconi

La commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie a réparti les travaux entre deux sous-commissions. La sous-commission I a eu pour mandat d'analyser et d'évaluer les dépenses tandis que la sous-commission II devait élaborer les nouvelles structures. Cette numérotation n'est guère logique, le déroulement des travaux de la sous-commission I dépendant largement de ceux de la sous-commission II.

Vers le milieu de septembre 1970, la sous-commission II a tenu une session de plusieurs jours à Flims. Elle a élaboré les principes généraux relatifs au nouveau régime de l'assurance-maladie. Au cours de deux sessions ultérieures, elle en a précisé les détails. L'ensemble de ces travaux constitue le « modèle dit de Flims ».

La place manque ici pour en exposer toutes les articulations. On supposera donc qu'il est connu dans ses grandes lignes. L'innovation la plus frappante au regard du régime actuel est la proposition de distinguer entre l'*assurance en cas d'hospitalisation* et l'*assurance-maladie de base* – soins médico-pharmaceutiques (traitement ambulatoire) – plus supplément d'hospitalisation. Nous comparerons succinctement ces propositions avec les réformes proposées par l'initiative socialiste (ci-après initiative). Cette comparaison s'impose, parce que le modèle de Flims vise à permettre au Conseil fédéral d'opposer un contre-projet à l'initiative et de mettre ses promoteurs en mesure de la retirer.

1. L'assurance en cas d'hospitalisation

L'initiative préconise une AM obligatoire *dans son ensemble* et pour tous et devant inclure les traitements dentaires. Lors de maladies dont le traitement est coûteux et de maladies de longue durée, comme aussi d'accidents qui ne sont pas assurés autrement, en cas de maternité également, l'AM, selon l'initiative, doit couvrir tous les frais, y compris ceux d'*hospitalisation*.

Le modèle de Flims propose une assurance spéciale et *obligatoire* en cas d'hospitalisation. En principe, elle doit couvrir l'ensemble des frais d'hospitalisation en cas de maladie, et subsidiairement en cas d'accident, en salle commune d'un hôpital public ou privé – et cela à partir du 6^e jour d'hospitalisation. Ces prestations sont versées sans limitation dans le temps. A l'exception d'une participation éventuelle fixe aux frais de nourriture, aucune autre contribu-

tion que le paiement des cinq premiers forfaits journaliers ne peut être exigée du patient. Les hospitalisations sporadiques, assimilables par le mode de traitement et leur durée à un traitement hospitalier au sens ordinaire du terme (qui ne peut pas être assuré par le médecin traitant dans son cabinet), sont incluses dans l'assurance-hospitalisation.

Les prestations proposées par la commission répondent largement, sinon entièrement, aux exigences de l'initiative. Nous reviendrons plus loin sur l'opportunité de scinder l'AM en deux branches d'assurance, financées séparément.

2. L'assurance-maladie de base

A la différence de l'assurance-hospitalisation l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques ne sera *pas obligatoire* (comme actuellement) sur le plan fédéral.

Les prestations des caisses seront complétées par certains soins dentaires. Les caisses de maladie prennent en charge les cinq premiers forfaits journaliers en cas d'hospitalisation. Les frais d'hospitalisation sont versés sans limitation dans le temps.

Les personnes non assurées qui, lors de l'entrée en vigueur du nouveau régime, auront accompli leur 59^e année, auront la possibilité d'adhérer à une caisse de maladie dans le délai d'un an, sans égard à la limite d'âge prévue par les statuts de la caisse. Toutes les caisses de maladie seront tenues de fixer à 60 ans au moins la limite d'âge statutaire. Les caisses n'exigeront qu'une cotisation réduite des personnes qui s'assurent après avoir accompli leur 59^e année.

On constate que ces propositions ne correspondent pas, avant tout en matière d'obligation, aux exigences formulées par l'initiative, comme aussi en ce qui concerne le développement des mesures prophylactiques.

3. L'assurance pour perte de gain

L'initiative préconise une assurance obligatoire pour couvrir une perte de gain d'au moins 80%, jusqu'à concurrence du revenu assurable. Pour les indépendants, elle prévoit le versement d'indemnités journalières fixées, au minimum, au niveau de celles de l'AI.

Le « modèle de Flims » veut instituer l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour les salariés et, sauf certaines exceptions, pour les personnes indépendantes. Jusqu'à concurrence d'un revenu assurable maximum à fixer par la loi, l'indemnité journalière, comme celle de la CNA, doit couvrir 80% de la perte de gain, mais à

partir du 31^e jour d'incapacité de travail seulement. L'indemnisation des trente premiers jours peut être assurée facultativement auprès d'une caisse de maladie. En cas de grossesse, la durée du versement des indemnités journalières s'étendra sur douze semaines, dont six au moins après l'accouchement.

Si l'on fait abstraction du délai d'attente (assurable) de trente jours, on constate que le « modèle de Flims » répond très largement aux exigences de l'initiative. Il complète enfin comme nous le demandons l'assurance maternité pour les femmes qui travaillent.

4. Le financement

Dans *l'assurance en cas d'hospitalisation* les forfaits journaliers sont financés par des cotisations des assurés et des employeurs analogues à celles qui sont dues à l'AVS/AI/APG. Leur montant, pour la première période de financement, est évalué à quelque 2% du revenu de l'activité lucrative. Le financement est complété des cotisations fixes des bénéficiaires AVS, de 120 fr. par an – les couples ne payant qu'une seule cotisation. Les subventions fédérales aux hôpitaux sont prélevées sur les recettes ordinaires de la Confédération. Les cantons doivent assumer le financement des dépenses d'exploitation des salles communes des établissements hospitaliers qui ne sont pas couvertes par les forfaits journaliers.

L'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques est financée par les cotisations et les participations aux frais des assurés, ainsi que par les subventions des pouvoirs publics.

Les cotisations dues pour les prestations obligatoires et celles qui sont dues pour d'éventuelles prestations complémentaires facultatives des caisses doivent être fixées séparément; elles peuvent être fixes ou proportionnelles au salaire. On ne voit pas très bien comment, dans un régime d'assurance non obligatoire, des cotisations proportionnelles au salaire pourraient être perçues (difficulté de déterminer le revenu, concurrence entre les caisses, etc.). Les cotisations sont les mêmes pour les femmes que pour les hommes. Des cotisations sont exigées pour le premier et le deuxième enfants seulement. Les autres enfants sont assurés mais exemptés du paiement des cotisations. Les personnes à ressources modestes verseront une cotisation réduite.

En principe, l'assuré doit verser une participation aux frais des soins médico-pharmaceutiques. La participation est fixée uniformément à 15%, mais elle s'inscrit entre un minimum et un maximum fixe libellé en francs. La commission propose de maintenir l'interdiction faite aux cantons et communes de rendre obligatoires les contributions des employeurs à cette assurance.

Des subventions des pouvoirs publics

seront versées

- a) pour compenser la différence des coûts de traitement entre les femmes et les hommes;
- b) pour compenser l'exemption des cotisations prévue à partir du troisième enfant;
- c) pour compenser les dépenses supplémentaires consécutives à l'admission de personnes âgées de plus de 59 ans, non assurées jusqu'à ce moment;
- d) pour compenser le manque à gagner consécutif à la réduction des cotisations exigées des personnes à ressources modestes;
- e) pour financer les primes d'allaitement et les indemnités annuelles versées aux médecins (pour les engager à rester dans une certaine région).

A la différence du « modèle de Flims », l'initiative préconise une participation obligatoire des employeurs au paiement des cotisations. Cette lacune du projet est inacceptable, les subventions – qui ne sont d'ailleurs pas encore garanties – étant insuffisantes pour se substituer aux contributions patronales. La formule dite de Flims affaiblit de manière inacceptable le principe de la solidarité (de la mutualité).

Le tableau qui suit montre combien lourdement les assurés individuels suisses sont grevés par rapport à ceux d'autre pays; en d'autres termes combien le poids des cotisations individuelles est plus fortement allégé ailleurs par des contributions des employeurs et des pouvoirs publics. Ces chiffres sont extraits d'une statistique du BIT sur les coûts de la sécurité sociale et leur répartition. Ils datent malheureusement de 1963; pour des raisons financières, la statistique n'a pas été poursuivie. On a lieu d'admettre que les relations que révèle cette statistique ne se sont pas sensiblement modifiées depuis:

Répartition des recettes de l'assurance sociale

(en pour mille des encaissements globaux)

	Année	Assurés	Employeurs	Pouvoirs publics ¹
Autriche	1963	244	478	225
Belgique	1963	200	445	280
Danemark	1962/63	129	36	769
Finlande	1963	72	405	522
France	1963	159	616	184

	Année	Assurés	Employeurs	Pouvoirs publics ¹
République fédérale d'Allemagne	1963	253	419	242
Italie	1963	143	604	155
Luxembourg	1963	199	452	223
<i>Suisse</i>	1963	169	228	576
<i>Suisse</i>	1949	311	259	336
	1963	322	243	283

¹ a) Impôts et taxes spéciaux; b) Participation de l'Etat; c) Participation d'autres pouvoirs publics. Dans ces chiffres ne figurent pas le produit du capital, les transferts provenant d'autres sources et d'autres recettes.

Bien que cette comparaison n'ait qu'une valeur relative, il n'en ressort pas moins qu'en 1963 c'est en Suisse que l'assuré supportait la plus lourde charge. Les corrections que ces chiffres peuvent appeler (et qui ne peuvent être que minimes) ne changent rien à cette réalité. Ce qui importe ici, c'est que le degré de charge (exprimé en chiffres relatifs) s'est sensiblement accru en Suisse de 1949 à 1963 pour les assurés. En revanche, il a plus fortement diminué pour l'Etat et les employeurs qu'il n'a augmenté pour les assurés.

5. Appréciation générale

Il serait inéquitable de nier que le projet de Flims constitue un progrès au regard d'aujourd'hui. Malgré ses insuffisances, la réglementation proposée pour la compensation de la perte de gain est une amélioration par rapport à l'assurance actuelle pour une indemnité journalière. En revanche, je tiens pour une erreur la proposition de dissocier l'assurance en cas d'hospitalisation de l'assurance pour soins médico-pharmaceutiques (probablement pour amorcer un développement de l'assurance pour gros risques). Les assurés n'admettront que difficilement l'obligation de verser pour l'assurance-hôpital une cotisation de 2% du salaire – avec participation éventuelle des employeurs – alors que l'assurance des soins médico-pharmaceutique exigera, pour des prestations très faiblement améliorées seulement, des cotisations plus élevées. Seule la difficulté de perception peut expliquer la proposition de prélever un montant fixe des rentiers AVS; mais du point de vue social, elle est trop schématique et inéquitable.

On met l'accent sur le fait que, même sans régime obligatoire, la proportion des assurés est élevée. On en conclut qu'il n'est pas nécessaire de décréter l'assurance obligatoire sur le plan fédéral. Je m'oppose à cette conclusion. La proportion des non-assurés est encore supérieure à 12%. Il est probable qu'elle est constituée, en parties égales, d'économiquement faibles (familles nombreuses) et

de personnes bien situées. Le projet de Flims n'apporte que peu de chose aux premiers. Quant aux secondes, elles devraient être astreintes à une solidarité plus forte. Une assurance-maladie moderne ne saurait laisser aux individus la liberté de décider s'ils entendent s'assurer ou non, et à quel moment. Une nouvelle révision sans assurance obligatoire pour les soins médico-pharmaceutiques ne répondrait pas à son objet. Si elle n'est pas déclarée obligatoire, et si les employeurs ne sont pas tenus à des contributions financières, on ne saurait attendre que le PSS retire son initiative.

Nous espérons fermement qu'à défaut de la commission plénière des experts, le Parlement apportera au projet les corrections qui s'imposent.

PS. Dans l'intervalle, la commission plénière d'experts a tenu une nouvelle séance. Elle a apporté au modèle de Flims diverses modifications – mais qui ne sont pas heureuses. Elle a renoncé aux propositions visant à élargir les prestations obligatoires des caisses de maladie, si bien que le projet ne les améliore pas. L'adhésion des personnes âgées à l'assurance est de nouveau rendue plus difficile par le refus de les faire bénéficier de cotisations réduites. Du point de vue social, il importe encore davantage de relever que la commission n'a pas voulu renoncer à l'aménagement inéquitable des primes du modèle de Flims. Nous devons donc le considérer comme insatisfaisant. La mise au point du rapport des experts va amorcer la procédure usuelle de consultation et nous y reviendrons au moment opportun.

Fritz Leuthy