

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 69 (1977)
Heft: 12

Artikel: L'USS et la révision partielle de l'assurance-maladie
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-385895>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'USS et la revision partielle de l'assurance-maladie

Après la publication du rapport de la commission d'experts chargée de la revision partielle de l'assurance-maladie, l'Union syndicale suisse a adressé à M. le conseiller fédéral Hans Hürlimann la requête suivante:

Le 6 septembre dernier, vous avez rendu public le rapport précité. Bien qu'il ne fasse pas l'objet d'une procédure de consultation, l'Union syndicale estime qu'il est de son devoir de vous faire connaître sa position, en particulier parce que nous rejetons dans leur ensemble les propositions des experts dans le domaine des soins médico-pharmaceutiques et que nous sommes décidés à tout mettre en œuvre pour qu'elles ne soient pas inscrites dans la loi.

Nous limiterons nos commentaires aux points essentiels de la revision:

compression des dépenses
principe de l'assurance obligatoire ou facultative des soins médico-pharmaceutiques
système de financement
assurance pour une indemnité journalière.

Nous comptons évidemment que le projet de loi qui sera élaboré à la suite de ce rapport sera soumis à la procédure de consultation. L'importance de cette revision et les contestations qu'elle soulève l'exigent.

Compression des frais

Comme vous l'avez relevé lors de la conférence de presse au cours de laquelle ce rapport a été présenté, la commission d'experts avait également mandat de se pencher sur la compression des dépenses. Nous constatons que le rapport ne formule guère de propositions propres à freiner efficacement l'enflamment des coûts. Les plus utiles nous paraissent être les deux propositions aux termes desquelles:
a) le Conseil fédéral doit préciser des critères pour l'établissement

des tarifs contractuels et cantonaux et b) la compensation des frais hospitaliers est l'affaire de l'assurance et des cantons. Pour que ces propositions soient efficaces, il faut tout d'abord, lors de l'aménagement des tarifs, renforcer essentiellement la position des partenaires les plus faibles: les caisses de maladie; d'autre part, il faut que les intéressés directs – les assurés – aient leur mot à dire, par le biais, sur le plan du canton, d'une procédure parlementaire de ratification (mais contre laquelle le référendum pourrait être lancé). Les tarifs doivent être applicables à tous les assurés et les caisses doivent avoir la possibilité de contrôler sans restriction la relation entre les soins donnés et les honoraires perçus: à cet effet doivent être instituées une ou plusieurs instances de recours. Cependant, étant donné l'existence de 25 cantons et cette procédure risquant d'être extrêmement compliquée, il conviendrait de réexaminer si l'établissement d'un tarif fédéral uniforme, ou à tout le moins d'un tarif-cadre analogue, ne donnerait pas de meilleurs résultats. L'Union syndicale s'est prononcée depuis longtemps pour cette solution; elle reste persuadée de son opportunité.

Nous tenons pour erronée l'intention de freiner l'enflamment des coûts par le moyen d'une augmentation de la franchise. Cette mesure pourrait provoquer l'effet contraire; elle risquerait d'engager les familles et les assurés dont le revenu est faible à renoncer à toute consultation préventive; ces assurés risqueraient d'être soumis plus tard à des traitements longs et coûteux. Une fois un traitement commencé, soit chez le médecin, soit à l'hôpital, le patient n'a plus aucune influence sur l'évolution des coûts. Seul le médecin les détermine. C'est donc lui, et non pas le patient, qu'il importe de rendre *conscient du problème des coûts*.

L'Union syndicale qualifie de pressant le problème de l'évolution des coûts de la santé. Toutes les estimations dont il a fait jusqu'à maintenant l'objet montrent que cette évolution n'est pas encore maîtrisée. Nous pensons cependant que ce n'est par le biais de l'assurance qu'il pourra l'être en premier lieu. Ces coûts ne pourront être réduits ou stabilisés que si les conditions suivantes sont préalablement remplies:

- *les médecins doivent réduire leurs honoraires (ce que justifient les revenus qui ont été révélés et le fait qu'ils augmentent constamment et plus fortement que les autres revenus);*
- *les médicaments doivent être disponibles à des conditions moins onéreuses (interrogations sur les marges des pharmaciens et sur celles des médecins qui vendent directement des médicaments aux patients);*
- *la planification hospitalière doit être prise en main par la Confédération; il faut absolument veiller à une utilisation plus rationnelle des équipements et installations les plus coûteux.*

Ces exigences ne doivent pas être adressées avant tout à l'assurance, mais à la surveillance des prix, aux responsables de la planification et de la tarification; il faut aussi, c'est essentiel, que les autorités politiques aient vraiment la volonté de ramener les coûts de la santé à des limites raisonnables. L'Union syndicale est prête à coopérer à tous ces efforts. Cependant, jusqu'au moment où cette volonté sera devenue générale, *l'assurance doit être structurée de manière à garantir à tous les milieux de la population des soins optimaux, tant préventifs que curatifs, en échange de cotisations supportables.*

Le régime obligatoire de l'assurance des soins

Une assurance obligatoire sur le plan fédéral est la condition d'un tel régime. Seule une petite minorité peut faire face seule à l'augmentation rapide des coûts de la médecine et de ses techniques. Inversement, l'absence d'une assurance généralement obligatoire empêche de combler les insuffisances les plus graves dans le domaine des prestations. Simplement parce que l'obligation n'est pas réalisée (bien que 5 % seulement de la population s'abstienne encore de s'assurer):

- *trop de personnes âgées ne sont pas autorisées à s'assurer (les propositions faites à cet égard par les experts sont illusoire parce que la détermination des conditions d'admission – même pendant la période transitoire qui contraint les caisses à admettre toutes ces personnes – est laissée aux caisses);*
- *des milliers d'assurés ne peuvent jouir pleinement des prestations de l'assurance en raison des réserves édictées par les caisses – et qui concernent précisément les affections dont ils souffrent;*
- *des centaines d'assurés ne peuvent passer librement et selon les besoins d'une caisse à l'autre en raison des disparités entre les cotisations;*
- *beaucoup d'assurés sont privés des prestations parce qu'ils ont été exclus (avant tout parce qu'ils n'étaient plus en mesure de payer des cotisations trop onéreuses).*

Au cours de la campagne qui a précédé la votation de décembre 1974 sur l'initiative socialiste et syndicale, adversaires et partisans ont souligné la nécessité de mettre fin à ces insuffisances. Alors déjà, il a fallu se rendre à l'évidence que seule une assurance obligatoire et généralisée peut permettre de répondre à cette exigence, tout système facultatif impliquant irrémédiablement des inconvénients. L'Union syndicale déplore que cette évidence ne l'ait pas emporté au sein de la commission d'experts. De surcroît, il est paradoxal que la commission rejette le principe de l'assurance obligatoire, mais propose de soumettre obligatoirement tous les salariés à un impôt de 1 % sur le salaire pour financer l'assurance!

Le système de financement

Nous convenons avec les experts que le financement est le problème central de toute réforme de l'assurance-maladie. Nous restons persuadés que seul un système de financement calqué sur celui de l'AVS peut permettre de résoudre définitivement le problème (il faudrait évidemment prévoir des modalités spéciales pour les bénéficiaires de rentes AVS). Cependant, l'impôt de 1 % sur le salaire préconisé par la commission n'amorce pas cette solution. Il ne s'agit pas, en effet, d'une cotisation qui implique un droit à des prestations, mais d'un *impôt* qui n'en implique aucun. En outre, la perception de cet impôt n'entraîne pas l'abaissement des cotisations individuelles – ce qui est l'objet de la péréquation en matière de cotisations que devrait généraliser une assurance obligatoire. Il ressort du tableau 5 du rapport d'experts que les réductions des primes sont dues uniquement aux subventions qui sont proposées en faveur des assurés des classes inférieures de revenu et des familles de plus de trois enfants, mais ne sont liées d'aucune manière à la répartition du produit de l'impôt de 1 % sur les salaires. Il faut rappeler ici que les allègements en faveur des économiquement faibles et des familles nombreuses n'innovent pas. Divers cantons accordent aujourd'hui déjà des allègements plus marqués. Le produit de l'impôt précité doit simplement permettre de compenser les réductions des subsides fédéraux qui sont préconisées. Au lieu de maintenir le versement de ces subventions et leur financement par le biais de l'imposition ordinaire, on institue un impôt extraordinaire qui frappe exclusivement les salariés. L'USS rejette catégoriquement cette «solution». A son avis, un impôt sur les salaires n'est licite que si son produit est affecté à des *péréquations économiques*, c'est-à-dire perçu pour permettre de fixer les cotisations selon la capacité financière de chacun et non pas selon les risques qu'il représente. Quand on est confronté à la nécessité d'autres péréquations (de nature sociale plus qu'économique), celles-ci doivent être assurées par le biais de subventions des pouvoirs publics. Selon le rapport d'experts, les subventions destinées à financer ces péréquations s'établiraient comme suit: v. *tableau p. 285*

Ces contributions doivent être prélevées sur les recettes générales de la Confédération. Pour ce qui est de la péréquation hospitalière, il s'agit d'une solution temporaire. Cette péréquation ne fonctionnera qu'aussi longtemps que les écarts, trop marqués aujourd'hui, entre les prestations des caisses et des cantons ne permettront pas une péréquation uniforme des frais hospitaliers. La subvention fédérale en faveur des économiquement faibles pourrait être supprimée si les cotisations individuelles pouvaient être fixées à un niveau supportable pour chacun par le biais d'une cotisation complémentaire (mais authentique) en pour-cent. Connaissant les diffi-

– compensation des coûts (plus élevés) des soins des assurées	870 millions
– contribution en cas de maternité	140 millions
– contributions pour alléger les charges des familles nombreuses	100 millions
– compensation des hypothèques sociales des caisses	120 millions
– contributions temporaires à la péréquation hospitalière	150 millions
– contributions à une médecine préventive généralisée	20 millions
– subsides aux cantons destinés à généraliser le versement de subsides aux économiquement faibles	200 millions
	1600 millions

cultés financières de la Confédération nous reconnaissons que les dépenses ci-dessus devraient être couvertes en captant de nouvelles sources financières. Il ne peut s'agir que des sources fiscales *constitutionnelles*, à l'exclusion d'un impôt spécial sur les seuls salaires. Nous suggérons donc de financer une partie des montants ci-dessus *par le biais d'un supplément (en pour-cent) sur l'impôt fédéral direct des personnes physiques et morales*. L'inclusion des personnes morales permettrait que l'économie participe de manière générale (et pas seulement les salariés) au financement d'une assurance de soins dont elle bénéficie indirectement. A la différence de l'impôt de 1 % sur les seuls salaires, cette solution présenterait un avantage certain: ce ne seraient plus les branches et entreprises où les charges de main-d'œuvre sont plus lourdes que les charges de capital qui seraient les plus fortement grevées, mais celles dont les charges de main-d'œuvre sont relativement faibles par rapport aux bénéfices qu'elles réalisent. Ce serait fort souhaitable dans l'optique économique. L'imposition des personnes physiques serait plus fructueuse que la perception d'un impôt de 1 % sur les seuls salaires; en effet, elle ne serait pas linéaire, mais progressive – et les contribuables des classes inférieures de revenu en seraient exonérés. Enfin, pour apprécier mieux la portée de notre proposition, il faut considérer que la révision de l'assurance-maladie qui est en cours est partielle seulement. La discussion déclenchée par la substitution d'une cotisation fixée en pour-cent du salaire à la cotisation individuelle d'aujourd'hui pourrait être ainsi différée jusqu'à la révision globale.

L'assurance pour une indemnité journalière

Les propositions de la commission d'experts n'appellent que de brefs commentaires, d'autant plus que nous escomptons fermement que le projet de loi sera soumis à la procédure de consultation. Dans l'ensemble, nous apprécions positivement ces propositions. Une assurance pour une indemnité journalière obligatoire pour tous les salariés constitue un net progrès; elle doit permettre aussi de promouvoir l'harmonisation avec les autres assurances sociales: assurance-chômage, assurance-accidents, assurance-invalidité (indemnités journalières). Nous nous rallions au taux d'indemnisation de 80 % du gain et, tout particulièrement, à l'extension à 14 semaines de la protection et de l'indemnisation en cas de maternité. Nous nous prononcerons sur divers points de détail quand la procédure de consultation aura été ouverte (par exemple sur la question de la péréquation nationale des cotisations, de la participation des assurances privées à une assurance sociale de base, ou encore sur le versement d'indemnités à l'un ou l'autre des conjoints en cas de maladie d'un enfant). Nous tenons cependant à préciser ici que la proposition de réduire de 720 à 540 jours la durée des prestations aggravera la situation de nombreux assurés. Il est donc d'autant plus nécessaire de préciser dans la loi qu'il s'agit de normes *minimales*, mais qui ne portent nulle atteinte aux normes plus sociales qui sont d'ores et déjà appliquées.

Résumé

L'Union syndicale ne peut se rallier à la révision partielle qui est proposée que si les exigences minimales rappelées ci-dessous sont remplies:

- *L'assurance des soins médico-pharmaceutiques doit être obligatoire sur le plan fédéral. C'est le seul moyen d'écartier les insuffisances et lacunes du régime d'aujourd'hui.*
- *Les subventions fédérales à l'assurance-maladie doivent être augmentées, et non pas réduites. Les péréquations qui apparaissent souhaitables et qui ne peuvent être assumées par les assurés individuels, doivent l'être par la Confédération: et cela par le biais des recettes fiscales (qui seront complétées à cet effet par la perception d'un supplément sur l'impôt fédéral direct).*
- *L'assurance pour une indemnité journalière doit être obligatoire pour tous les salariés. L'indemnité journalière doit être fixée à 80 % au moins du revenu touché en dernier lieu.*

Sachant que vous examinerez nos propositions avec toute l'attention qu'elles appellent, nous vous en remercions d'avance et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, les assurances de notre haute considération.

Union syndicale suisse