

Zeitschrift: Les intérêts du Jura : bulletin de l'Association pour la défense des intérêts du Jura

Herausgeber: Association pour la défense des intérêts du Jura

Band: 43 (1972)

Heft: 5

Artikel: La révision de la loi sur l'assurance maladie

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-825010>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

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

Conclusion

Au cours de cette analyse, nous voulions montrer les différentes facettes du problème et la manière de les aborder. Cette approche fait mieux comprendre l'aberration de certains règlements de construction qui se fondent sur des principes dépassés.

Nous ne condamnons pas le règlement en soi, car c'est un garde-fou contre les abus de certains constructeurs irresponsables, mais son contenu, qui devrait être revu à la lumière des points énumérés plus haut. Il serait d'ailleurs souhaitable que ces règlements soient remplacés par des commissions pluridisciplinaires aptes à prendre des décisions qui auraient force de loi.

Il s'agit, une fois pour toute, de faire un choix : ou bien nous continuons à réaliser des formes du passé (image culturelle) qui n'ont rien à voir avec les véritables règles d'adaptation et qui bloquent toute évolution, ou alors nous appliquons des règles (méthodes) qui ont permis la réalisation de ce passé.

F. R.

(*Cet article a paru dans la « Revue technique suisse », N° 8, 24 février 1972.*)

La révision de la loi sur l'assurance maladie

Cette révision est en cours. Le rapport des experts est actuellement soumis aux gouvernements cantonaux. Le comité de l'ADIJ n'a pas étudié les différentes thèses qui s'affrontent et qui feront l'objet de discussions aux Chambres fédérales. Ce n'était pas sa tâche. Toutefois, l'ADIJ s'occupe des problèmes sociaux et l'assurance maladie en est un. Nous publions ci-dessous un article émanant d'une Jurassienne, qui, dès le début, a participé aux travaux de « La Jurassienne », caisse d'assurance maladie et accidents créée par l'ADIJ en 1946.

Ainsi qu'on le sait, la Commission fédérale d'experts chargée de la réforme de notre assurance maladie propose d'introduire l'assurance obligatoire pour les frais hospitaliers, mais de maintenir l'assurance facultative pour les soins ambulatoires, c'est-à-dire pour les soins donnés à domicile ou au cabinet du médecin.

L'accent ayant porté avant tout sur les frais hospitaliers, le public pourrait en déduire que, défrayée de ces frais que l'on a décrits comme très lourds, l'assurance facultative sera grandement allégée et ne représentera plus qu'une charge minime. Il n'en est rien.

Premièrement, il convient de rétablir les faits. Si l'on reprend, sur dix ans, la statistique établie par l'Office fédéral des assurances sociales, on constate que les soins donnés par des médecins constituent en moyenne 46 % des dépenses de l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques, les médicaments 25 % et les frais hospitaliers 25 % en chiffres ronds. Ainsi, frais médicaux et médicaments représentent la plus grande partie des dépenses, soit au total 71 %. Ces 71 % resteront donc à la charge de l'assurance facultative.

Mais on ne s'en tient pas là. On charge cette assurance d'un nouveau train de prestations obligatoires pour les caisses : limitation des réserves, admissions facilitées des personnes âgées, mesures prophylactiques, certains traitements dentaires. Améliorations certes, très souhaitables, mais qui représentent un montant plus élevé que celui des frais hospitaliers qu'on lui enlève. Des subsides plus importants des pouvoirs publics sont prévus pour compenser ces charges. Mais ils sont insuffisants. Et les cotisations des assurés, une fois de plus, devront être augmentées. Ainsi, le Concordat des caisses maladie suisses a calculé que les cotisations des assurés qui, selon le régime actuel, seraient en moyenne de 389 fr. 40 par assuré en 1975, atteindraient 425 fr. pour l'assurance facultative seule. A cette somme viendrait s'ajouter 1 % du salaire pour l'assurance obligatoire d'hospitalisation, soit en moyenne 125 fr. La cotisation totale s'élèverait donc à 550 fr., ce qui représente une augmentation de 161 fr. par assuré.

On semble oublier complètement le but essentiel de la révision qui était de trouver une meilleure répartition des charges afin d'alléger les cotisations des assurés, devenues trop lourdes.

Certes, le projet prévoit une somme de 240 millions — à verser par la Confédération et les cantons — pour diminuer les primes des assurés de condition modeste. Mais outre la discrimination humiliante entre assurés subventionnés et assurés non subventionnés que crée, à notre époque, un tel procédé, il faut constater que ces subsides ne seraient alloués qu'à une catégorie minime de la population, puisque seules en bénéficieraient les personnes non soumises à l'impôt de défense nationale — c'est-à-dire qui n'ont pas un revenu imposable de 9700 fr. pour les célibataires, de 11 700 fr. pour les couples sans enfants. Vu le niveau actuel des salaires, la grande majorité des ménages ouvriers ne profiteraient pas de cette aide.

Un autre phénomène risque de se produire. Les jeunes, sollicités par toutes les attractions de la vie moderne, seront tentés de renoncer à l'assurance facultative, devenue trop chère, pour se contenter de l'assurance obligatoire d'hospitalisation seulement. Dès lors, la compensation risque de ne plus se faire entre malades et bien portants, comme ce doit être le cas.

En résumé, la Commission fédérale d'experts a voulu introduire dans notre assurance maladie toutes les prestations modernes que contiennent les régimes étrangers, mais sans la doter du remède qui existe partout ailleurs et qui rendrait ces charges supportables pour les assurés : l'obligation. Car seule l'obligation permet de créer un financement plus équitable, fondé sur la solidarité nationale comme notre AVS, et imposant à chacun des charges proportionnées à ce qu'il gagne. Nous n'en citerons pour preuve que deux chiffres. A salaire égal, soit 15 000 fr., une famille ayant deux enfants devra payer en Suisse, selon le projet de la Commission fédérale d'experts, des cotisations d'assurance maladie représentant 11,15 % de son salaire, soit 1672 fr. 50. En Allemagne, où l'assurance maladie est obligatoire et comporte des prestations aussi bonnes sinon meilleures — et notamment l'assurance dentaire — cette même famille ne devra consacrer que 4 % de son salaire à l'assurance maladie, soit 600 fr.

Il est impossible de faire supporter à une assurance facultative dont le financement repose en majeure partie sur les assurés eux-mêmes les charges que veut lui imposer le projet de la Commission fédérale d'experts. C'est pourquoi les caisses maladie n'ont pu se rallier à ce projet et ont réclamé, dans un contreprojet, l'introduction de l'obligation aussi bien pour l'assurance des soins ambulatoires que pour l'assurance des soins hospitaliers.

L'évolution des subventions fédérales

Le Bureau fédéral de statistique publie, dans le 473^e fascicule des « Statistiques de la Suisse », des données détaillées sur les subventions accordées par la Confédération en 1970. La délimitation des subventions fédérales considérées est la même que les années précédentes. Ne sont pas prises en considération les contributions de la Confédération à ses « propres œuvres sociales » (AVS, AI, prestations complémentaires) et aux « entreprises exécutées en communauté » (routes nationales).

Comparaison avec les années précédentes

Depuis 1963, le taux d'accroissement du montant des subventions fédérales avait oscillé chaque année entre 13,1 – 19,4 % ; cette très forte progression a pu être sensiblement ralentie en 1969 et 1970, grâce à une diminution des subsides dans le secteur agricole. Avec 3,7 % en 1970, l'augmentation a même été inférieure au taux de renchérissement. Malgré cela, on constate que la somme des subventions a triplé entre 1960 et 1970, comme il ressort du tableau suivant :

Année	Subventions en millions de francs	en millions de francs	Augmentation par rapport à l'année précédente
			en %
1960	679	60,5	9,8
1961	758	78,9	11,6
1962	774	16,2	2,1
1963	913	138,5	17,9
1964	1066	153,5	16,8
1965	1228	162,2	15,2
1966	1390	161,4	13,1
1967	1603	213,0	15,3
1968	1913	310,5	19,4
1969	1964	51,2	2,7
1970	2037	72,9	3,7

La modeste progression des subventions intervenue en 1970 apparaît sous un jour d'autant plus favorable qu'une cinquantaine de dispositions fédérales relatives à la politique des subventions sont entrées en vigueur cette année-là.