

Réforme de l'assurance-maladie

Autor(en): **Leuthy, Fritz**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **65 (1973)**

Heft 1

PDF erstellt am: **25.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-385684>

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.

Réforme de l'assurance-maladie

Par Fritz Leuthy, secrétaire USS

En 1969, le congrès syndical a décidé de soutenir

l'initiative du PSS pour une meilleure assurance maladie.

Elle a recueilli 88 424 signatures valables et elle a été déposée le 31 mars 1970. Préalablement à l'aboutissement de l'initiative, le Conseil fédéral avait chargé une commission d'experts d'examiner *un nouveau régime d'assurance-maladie (appelé par la suite « modèle de Flims »)*.

Ce rapport a été publié le 11 février 1972. Il sera remis sur le métier à la suite de la procédure de consultation et probablement opposé à titre de contre-projet à l'initiative du PSS. Celle-ci doit être soumise en 1973 – à moins qu'elle ne soit préalablement retirée – au vote du peuple et des cantons.

Dès sa parution, le modèle de Flims a fait l'objet de vives et nombreuses critiques. Il a provoqué l'élaboration d'autres modèles, qui tendent tous à une refonte de l'assurance-maladie. Celui du Concordat des caisses-maladie suisses figure, en tant que proposition de minorité, dans le rapport de la commission fédérale d'experts.

A. Analyse succincte des différents modèles

1. Initiative PSS-USS

L'initiative, dont le texte figure en annexe, vise aux objectifs suivants :

- Rendre obligatoire pour tous l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (frais des consultations chez le médecin ou à domicile, soins donnés à l'hôpital, opérations chirurgicales et soins dentaires).
- Pour les maladies de longue durée ou celles qui entraîneront des conséquences financières graves, pour les hospitalisations, les opérations et les accouchements, la Constitution précisera que la totalité des frais sera à la charge de l'assurance. Dans ces cas, aucune retenue ou franchise ne sera admissible.
- La loi d'application sera complétée par un tarif médical, car le but de la généralisation de l'assurance-maladie n'est pas de prendre en charge les soins à caractère luxueux. La différence de prix entre ces derniers et le tarif sera à la charge des intéressés qui

- auront la faculté de conclure des assurances complémentaires pour couvrir, totalement ou partiellement, ce genre de soins.
- Les maladies légères et les cas bagatelles ne seront pas totalement assurés. La loi d'application déterminera avec précision les critères applicables en l'occurrence. En aucun cas il ne pourra en résulter des conséquences financières graves.
 - L'assurance de la perte de gain sera également déclarée obligatoire pour les grands risques, particulièrement pour les maladies coûteuses ou de longue durée et pour la maternité. Les critères de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA) sont appliqués; ils garantissent la compensation du 80% du salaire. La loi fixera un plafond aux revenus assurables.
 - Les cotisations à l'assurance-maladie seront prélevées, pour les travailleurs et leur famille, en pourcent du salaire (selon le système de l'AVS). La situation financière des caisses sera ainsi consolidée. La charge pour la sécurité sociale des petits revenus se réduira considérablement, la sécurité pour la famille augmentera tout en revenant moins cher.
 - Comme il est depuis longtemps de règle dans les pays voisins du nôtre, les employeurs devront acquitter la moitié des primes des salariés à l'assurance-maladie.
 - Les caisses-maladie existantes deviendront les institutions responsables du nouveau système d'assurance. Leur rôle social sera ainsi reconnu, elles pourront continuer leurs activités sur des bases plus solides. Leurs efforts de rationalisation ne seront pas entravés.
 - De plus, l'assurance en cas d'accident deviendra obligatoire pour tous les travailleurs. Aujourd'hui seuls les travailleurs des entreprises industrielles bénéficient de cette protection. En outre la Confédération et les institutions d'assurance encourageront la prévention des maladies et des accidents.

L'initiative met donc l'accent sur une assurance fédérale couvrant tous les soins obligatoire pour tous et dont le financement soit assuré, en marge des subventions publiques, par des cotisations calculées en pour-cent du salaire ou revenu.

2. Le modèle de la commission fédérale d'experts (modèle de Flims)

Il s'agit de propositions législatives concrètes allant jusque dans les détails. Ce modèle est actuellement soumis à la procédure de consultation. Il prévoit que

- *l'assurance pour frais d'hospitalisation* doit être détachée de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. A cet effet, un nouvel appareil administratif doit être créé. Cette assurance doit

- être obligatoire pour l'ensemble de la population, mais à partir du sixième jour d'hospitalisation seulement;
- l'assurance des autres *frais médicaux et pharmaceutiques* demeure facultative sur le plan fédéral;
 - l'assurance de *l'indemnité journalière* doit être obligatoire pour les salariés et pour certains groupes d'indépendants.

a) Assurance facultative des soins médicaux et pharmaceutiques

Cette assurance intervient, comme jusqu'à présent, en cas de traitements ambulatoires et doit être financée par des cotisations des assurés, des subventions des pouvoirs publics et une participation aux frais des assurés malades. Par ailleurs, il est prévu que les prestations de cette assurance seraient étendues de la manière suivante:

- prise en charge d'examen servant au dépistage des maladies;
- prise en charge d'examen de contrôle dentaires périodiques ainsi que de certaines interventions chirurgicales et de traitements des affections de la cavité buccale;
- pour le traitement conservateur des dents (traitement dentaire proprement dit) et les prothèses dentaires, les caisses doivent créer une branche d'assurance dentaire facultative comprenant des primes distinctes;
- la durée des réserves doit être une nouvelle fois réduite;
- les femmes continueront à payer des primes de 10% plus élevées que celles des hommes;
- des subventions sont prévues pour diminuer les primes des enfants;
- des subventions sont également prévues pour diminuer les primes des assurés à ressources modestes;
- durant un certain délai, les personnes âgées ont la possibilité d'adhérer à une caisse-maladie;
- des subventions doivent continuer à être attribuées pour les indemnités à verser aux médecins des régions de montagne.

Les prestations en cas d'hospitalisation ne seraient plus versées par les caisses que pour les cinq premiers jours. Elles devraient couvrir le forfait journalier fixé pour la division commune de l'hôpital en question.

b) Assurance obligatoire d'hospitalisation

L'assurance obligatoire d'hospitalisation couvre les prestations d'assurance à partir du sixième jour un temps illimité. Ces prestations sont les mêmes pour tous les assurés, que ceux-ci se fassent soigner en division commune, demi-privée ou privée. Le forfait couvre les frais de la division commune de l'hôpital. Une «Commission fédérale hospitalière» fixe le montant du forfait pour les différentes caté-

gories d'établissements. Le patient hospitalisé en division commune paie une contribution journalière aux frais de nourriture. Seuls les assurés de condition modeste peuvent être exonérés de ceux-ci. Pour fixer le montant du forfait, on a choisi les frais d'exploitation comme critère de base. Ce forfait, qui englobe également les frais de personnel (médecins compris) ne doit pas dépasser 70% des dépenses d'exploitation totales.

Les dépenses d'exploitation non couvertes par le forfait sont à la charge des cantons.

En ce qui touche les frais d'hospitalisation des cinq premiers jours, selon le genre d'assurance et les causes de l'hospitalisation, les hôpitaux adresseront leurs factures à une caisse-maladie, à une compagnie d'assurance privée, à une centrale d'encaissement, à la Caisse nationale d'assurance ou à l'assurance-invalidité. Il faudra faire une distinction encore entre patients assurés auprès d'une institution d'assurance pour les cinq premiers jours et patients qui ne le sont pas. Il existera ainsi différentes catégories d'assurés. Si le patient ne présente aucune attestation d'assurance, l'hôpital lui adressera directement la facture.

L'assurance obligatoire d'hospitalisation serait financée par des primes en pour-cent du salaire versées moitié par l'employeur, moitié par le salarié – comme dans l'AVS – et par des cotisations des rentiers AVS. Pour une première période de quatre ans, ces primes s'élèveraient à 1,8 à 2% du salaire et à 2% de la rente-vieillesse. Enfin, des subsides fédéraux sont prévus pour encourager la construction, l'agrandissement et l'équipement des hôpitaux dans la mesure où ceux-ci répondent aux exigences de la planification hospitalière.

c) Assurance obligatoire de l'indemnité journalière

L'obligation d'assurance est réalisée par l'assurance collective, système qui a fait ses preuves; l'assurance serait financée par des cotisations en pour-cent du salaire représentant 0,75% pour les employeurs et 0,75% pour les salariés. L'indemnité journalière devrait correspondre à celle de la Caisse nationale. Elle devrait couvrir 80% du revenu et être versée dès que l'employeur ne paie plus le salaire, c'est-à-dire à partir du 31^e jour.

En cas de maternité, l'indemnité journalière doit être versée pendant douze semaines.

3. Le modèle du Concordat des caisses-maladie suisses

A la différence du modèle de Flims, celui du Concordat entend empêcher une division en deux parties de l'assurance des soins médicaux. Il vise donc à instaurer.

- *une assurance obligatoire pour tous les soins médicaux et traitements à l'hôpital.*

De cette manière, il écarte les restrictions (réserves) en matière d'assurance et les limites d'âge inévitablement liées à un régime d'assurance facultative. Pour ce qui est de l'amélioration des prestations, le modèle CCS suit de très près le modèle de Flims, tant en ce qui concerne les soins médicaux, les traitements dentaires et l'assurance de l'indemnité journalière. Il n'est donc pas nécessaire d'énumérer ici les améliorations préconisées par le Concordat. Nos commentaires des améliorations du modèle de Flims s'appliquent également au modèle CCS.

Cependant, le modèle CCS se distingue nettement du modèle de Flims en matière de financement. Il prévoit que la moitié des coûts des soins médicaux doivent être couverts par des cotisations, fixées en pour-cent du salaire ou du revenu, des assurés et des employeurs. Une proportion de 20% doit être couverte par la Confédération, sous la forme d'une prestation globale à un fonds national de l'assurance-maladie. Le solde de 30% des coûts sera couvert par des prestations des caisses alimentées par des contributions individuelles et des participations aux frais des assurés. Ce mécanisme de financement est exposé comme suit par le Concordat:

- «La base du financement sera assurée par la constitution d'un *fonds national de l'assurance-maladie*. Ce fonds sera alimenté par des primes des employeurs et des salariés (à raison de 1,5% pour les uns et pour les autres) et par des subsides fédéraux (représentant comme jusqu'à présent 20% des frais de traitements);
- Ce fonds couvrira environ 70% des dépenses totales de l'assurance-maladie (y compris les dépenses hospitalières).
- C'est sur cette base que sera créée la compensation sociale des caisses-maladie qui servira en même temps de *frein pour les dépenses*.

Ce fonds national de l'assurance-maladie, géré par l'Office fédéral des assurances sociales, remboursera aux caisses les frais hospitaliers et leur versera des subsides par assuré. Les caisses seront ainsi à même de garantir à leurs membres la couverture des dépenses restantes pour la prophylaxie, les traitements médicaux, les médicaments et l'hôpital moyennant des primes individuelles (primes représentant une réduction sensible pour la famille) et une participation aux frais supportables. Les cantons – comme c'est partiellement le cas aujourd'hui, – devraient verser des subsides spéciaux pour réduire les primes des assurés de condition modeste. La moitié de ces dépenses seraient remboursées par le fonds national d'assurance-maladie.

4. Le « modèle 72 »

Dans le « Modèle 72 », la structure est la même que dans le régime actuel :

- assurance facultative sur le plan fédéral ;
- au lieu d'un tarif unifié sur le plan suisse, tarifs médicaux cantonaux pour le personnel médical ;
- extension du tarif hospitalier à la région ;
- extension graduelle des prestations ;
- financement principal par des primes individuelles.

Les innovations de ce projet consistent dans la création d'un système de compensation social à l'intérieur des caisses et entre les caisses elles-mêmes, dans le versement par la Confédération d'un subside global par assuré aux caisses-maladie (représentant 10 à 15% des dépenses) qui doit entraîner une réduction des subsides actuels, et une certaine coordination des contributions publiques (Confédération, cantons, communes) pour couvrir les besoins hospitaliers. Comme le résumait les auteurs du projet :

- « Le supplément des frais d'assurance des femmes et tous les frais d'assurance des mineurs seront transférés sur l'ensemble des assurés adultes par un système de compensation entre les caisses.
- Les cantons et les communes seront intégrés au système en ce sens que la LAMA stipulera ce qu'ils auront à verser aux hôpitaux ainsi que les subsides que, selon leur capacité financière, ils seront tenus de verser dans un fonds qui servira à diminuer les primes des assurés de condition modeste. La Confédération contribuera également à ce fonds.
- Il serait alors possible aussi de confier à cette commission paritaire un fonds cantonal de compensation qui permettrait aux caisses de verser un montant forfaitaire fixe par assuré et par jour d'hôpital et servirait à payer les prestations d'hôpital selon des barèmes appropriés aux différentes catégories d'hôpitaux. On obtiendrait non seulement ainsi un nouvel instrument de compensation entre les caisses et les assurés, mais aussi, comme nous l'avons dit, un système supplémentaire de compression des frais.
- De plus, la Confédération verse une subvention globale par assuré aux caisses-maladie pour compenser les hypothèques sociales. La compensation entre hommes, femmes et enfants permet d'unifier cette subvention (ce qui n'est pas le cas actuellement). Le versement de subsides pour réduire les primes selon la situation économique permet de réduire quelque peu la subvention globale.
- La Confédération et les cantons tirent leurs subventions de leurs finances générales, soit des impôts, etc. »

B. Comparaison entre les divers modèles

Pour faciliter la comparaison entre les divers modèles, leurs principales caractéristiques sont confrontées au tableau II en annexe. Le tableau III permet d'apprécier les charges individuelles résultant de ces divers modèles et le tableau IV compare les charges globales. Le «Modèle 72» n'est pas inclus dans cette comparaison. Il est inconciliable dès le départ avec l'initiative PSS parce qu'il maintient le principe de l'assurance facultative. En outre, son mode de financement ne répond pas aux exigences de la réalité. Le fonctionnement de la solidarité doit être assuré par la création «d'un système de compensation social à l'intérieur des caisses et entre les caisses elles-mêmes». Mais sans régime obligatoire, chaque caisse peut se soustraire à cette péréquation; il suffit qu'elle renonce à demander d'être reconnue. Ces lacunes permettent de conclure d'emblée que ce modèle ne constitue pas une base de discussion sérieuse. La même remarque vaut pour le modèle des Caisses de maladie Grütli et le modèle Cadotsch. Nous avons donc renoncé à les commenter plus largement.

Un premier examen superficiel révèle de sensibles différences en ce qui concerne les charges individuelles (cotisation) des assurés. *Le modèle du PSS est le seul qui garantisse une péréquation des charges digne de ce nom.* Cela peut paraître étonnant à première vue, les modèles de Flims et du CCS proposant des modes fondamentalement différents de financement. Mais tous deux préconisent la couverture d'une certaine proportion des coûts par des primes individuelles (modèle de Flims = coûts pour les soins médicaux; modèle CCS = 30% des coûts globaux). Les primes individuelles faisant aussitôt boule de neige dans les familles, elles aboutissent à imposer des charges insupportables aux catégories inférieures et moyennes de revenus. Pour écarter cette conséquence socialement inéquitable, les deux modèles tendent à une compensation ou péréquation appropriée des charges en faveur des «économiquement faibles». Cette solution équivaut à créer une «assurance de classe», ces deux groupes de la population étant ainsi, inévitablement, l'objet d'une discrimination constante. En outre, les deux modèles maintiennent ouverte l'éventualité de majorations constantes des primes individuelles, la part du financement adaptée automatiquement à l'évolution des salaires et revenus ne couvrant approximativement que la moitié des coûts globaux.

Pour ce qui est des prestations globales, un examen superficiel ne révèle pas de différences essentielles, ce qui ressort du tableau IV relatif aux dépenses totales; elles n'accusent que des écarts relativement peu importants. *Mais cette conclusion est trompeuse. Le modèle de Flims n'instituant pas l'assurance obligatoire des soins médicaux, il n'écarte pas des insuffisances essentielles du régime, mais*

il les aggrave même. Dans le secteur des soins médicaux, réserves et limites d'âge seraient maintenues. On a également lieu de supposer qu'un nombre de personnes plus élevé encore qu'aujourd'hui renonceraient à s'assurer facultativement – pour se soustraire au paiement de primes élevées et dans l'illusion que l'assurance-hôpital obligatoire garantit une protection suffisante.

Enfin, ni le modèle de Flims, ni celui du CCS n'offrent, comme le modèle PSS, une assurance suffisante des *traitements dentaires*. Les *prestations en cas de maternité* sont également insuffisantes. Seule l'initiative du PSS préconise des prestations en faveur des mères qui n'exercent pas une activité professionnelle – et cela en partant d'une incontestable réalité: toute naissance grève lourdement le budget de très nombreuses familles.

On doit donc conclure de ce qui précède que ni le modèle de Flims, ni le modèle CCS ne constituent des solutions de remplacement valables et acceptables pouvant être opposées à l'initiative du PSS. Le modèle de Flims renonce à rendre l'assurance obligatoire pour tous les soins et pour chacun. Ni le modèle de Flims, ni le modèle CCS ne garantissent une péréquation suffisante des charges entre célibataires et familles et entre «économiquement forts» et «économiquement faibles»; ils ne visent pas, comme le modèle PSS, à créer une véritable assurance familiale.

En conséquence l'USS formule sa position comme suit:

1. Ni le modèle de Flims, ni le modèle CCS ne peuvent être retenue comme des solutions de remplacement valables et acceptables pouvant être opposées à l'initiative du PSS.
2. Elle estime cependant que ces deux modèles pourraient être améliorés. Il reconnaît qu'ils constitueraient un progrès décisif par rapport à la situation actuelle.
3. Elle ne peut accepter un nouveau régime de l'assurance-maladie que s'il:
 - a) institue une assurance fédérale obligatoire pour chacun et couvrant tous les soins;
 - b) améliore les prestations de manière à corriger les graves insuffisances du régime actuel et sans en créer de nouvelles;
 - c) couvre les coûts selon un système de financement calqué sur celui de l'AVS.
4. L'USS constate que, jusqu'à maintenant, seule l'initiative du PSS remplit ces conditions. Elle confirme donc sa volonté d'appuyer l'initiative du PSS.

Annexe I

Initiative fédérale pour une meilleure assurance-maladie (du Parti socialiste suisse)

L'article 34*bis* et l'article 34*quinqüies*, alinéa 4, de la Constitution fédérale sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes:

Art. 34bis (nouveau)

1. La Confédération institue par voie législative, en tenant compte des caisses-maladie existantes, l'assurance en cas de maladie et de maternité, ainsi que l'assurance en cas d'accidents.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris les soins dentaires, est obligatoire. Dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères et non-assurés au sens du 4^e alinéa, d'hospitalisation et de maternité, elle couvre, en application des principes définis par la loi, la totalité des frais.
3. L'assurance de la perte de gain est obligatoire au moins dans les cas prévus au 2^e alinéa. Ses prestations s'élèvent à 80% au moins du revenu réalisé précédemment; pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, elles sont au moins égales aux indemnités journalières de l'assurance en cas d'invalidité. Le plafond du revenu assurable est fixé par la loi.
4. L'assurance en cas d'accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut étendre l'obligation à d'autres catégories de personnes.
5. Les prestations prévues aux alinéas 2 et 3 sont financées par des contributions de la Confédération, des cantons et des assurés. Pour les personnes exerçant une activité lucrative et pour leurs familles, la cotisation est fixée en pour-cent du revenu du travail. L'employeur prend à sa charge la moitié au moins de la cotisation des travailleurs.
6. La Confédération et les institutions d'assurance encouragent toutes mesures utiles à la prévention des maladies et des accidents.
7. La Confédération coordonne l'organisation de ces assurances avec les autres branches des assurances sociales.
8. Le surplus est réglé par la loi.

Annexe II

<i>Initiative PSS</i>	<i>Modèle de Flims</i>	<i>Modèle du Concordat</i>
<i>Soins médicaux et pharmaceutiques</i>		
Assurance obligatoire couvrant: - Les soins médicaux ambulatoire - L'hospitalisation - Les traitements dentaires - La maternité	Assurance facultative pour les soins médicaux ambulatoires Assurance facultative pour traitements dentaires Assurance-hôpital obligatoire. Les cinq premiers forfaits journaliers sont à la charge de l'assuré.	Assurance obligatoire couvrant: - Les soins médicaux ambulatoires - L'hospitalisation - La maternité - L'assurance pour traitements dentaires est facultative et partielle.
<i>Mesures prophylactiques</i>		
Incluses dans l'assurance obligatoire	Incluses dans l'assurance facultative pour soins médicaux	Incluses dans l'assurance obligatoire
<i>Indemnité journalière</i>		
Assurance obligatoire pour chaque assuré. La réglementation de la CNA est applicable aux salariés.	L'assurance pour indemnité journalière est obligatoire pour les salariés et les personnes indépendantes. La réglementation de la CNA est applicable aux salariés.	Assurance obligatoire pour les salariés et les personnes indépendantes. La réglementation de la CNA est applicable aux salariés.

Initiative PSS

Modèle de Flims

Modèle du Concordat

	<i>Financement</i>	
Système AVS: en pour-cent du salaire ¹ Subventions fédérales - Assurance familiale	Soins médicaux = cotisations individuelles et subventions fédérales appropriées Assurance-hôpital obligatoire = cotisation en pour-cent du salaire ¹ Subventionnement des hôpitaux par la Confédération Ass. p. une indemnité journalière = cotisation en pour-cent du salaire ¹	50% des coûts globaux = cotisations en pour-cent du salaire ¹ 20% des coûts globaux = Subventions fédérales 30% des coûts globaux = cotisations individuelles et montants laissés à la charge de l'assuré
	<i>Organisation</i>	
Assurance d'Etat fondée sur les caisses de maladie actuelles	Soins médicaux amb. = caisses de maladie et assurances privées Assurance-hôpital = Primes perçues par l'AVS - Office central de compensation - caisses de maladie Ass. p. indemn. journ. = individuelle ou collective auprès des caisses de maladie ou d'assurances privées	Fonds fédéral d'assurance-maladie Les cotisations sont perçues par l'AVS. Soins médicaux et hôpital = caisses de maladie et assurances privées Ass. p. indemn. journ. = individuelle ou collective auprès des caisses de maladie ou d'assurances privées

¹ La cotisation fixée en pour-cent du salaire est pour moitié à la charge de l'assuré et pour moitié à celle de l'employeur.

Annexe III

Charges individuelles annuelles libellées en francs et en pour-cents du salaire

Mariés avec deux enfants disposant d'un revenu de:

Modèle	Fr. 15 000.-		Fr. 20 000.-		Fr. 40 000.-	
Flims A	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Soins médicaux a)	1530.-	10,2	1530.-	7,7	1530.-	3,8
Indemnité journalière	210.-	1,4	280.-	1,4	560.-	1,4
Total	1740.-	11,6	1810.-	9,1	2090.-	5,2
<i>Flims B</i>						
Assurance-hôpital	150.-	1,0	200.-	1,0	400.-	1,0
Soins médicaux e)	780.-	5,2	1085.-	5,4	1085.-	2,7
Indemnité journalière	105.-	0,7	140.-	0,7	280.-	0,7
Total b)	1035.-	6,9	1425.-	7,1	1765.-	4,4
<i>Concordat</i>						
Charge pour prime individuelle e)	552.-	3,6	772.-	3,9	772.-	1,9
Cotisations en pour-cent du salaire	225.-	1,5	300.-	1,5	600.-	1,5
Indemnité journalière	105.-	0,7	140.-	0,7	280.-	0,7
Total c)	282.-	5,8	1212.-	6,1	1652.-	4,1
<i>Initiative PSS</i>						
Soins médicaux	360.-	2,4	480.-	2,4	960.-	2,4
Indemnité journalière	105.-	0,7	140.-	0,7	280.-	0,7
Total d)	465.-	3,1	620.-	3,1	1240.-	3,1

Flims A = nouvelles prestations dans le cadre du régime actuel de financement.

Flims B = nouvelles prestations et nouveau mode de financement.

a) Subventions fédérales: 1030 millions.

b) + contribution patronale de 1,7% du salaire.

c) + contribution patronale de 2,2% du salaire.

d) + contribution patronale de 3,1% du salaire.

e) Primes réduites pour les économiquement faibles.

On suppose ici que les subventions des pouvoirs publics seront les mêmes pour les trois modèles.

Annexe IV

Dépenses globales pour l'assurance-maladie et leur répartition entre pouvoirs publics, employeurs et assurés, à partir de 1974

