

Réforme de notre assurance-maladie : à la recherche d'une solution

Autor(en): **Siegrist, Willy**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **60 (1968)**

Heft 6

PDF erstellt am: **16.05.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-385493>

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.

dans les entreprises, plus enclins à vouloir participer aux décisions quotidiennes qui déterminent à la longue leur situation matérielle et leurs possibilités d'améliorer leur condition individuelle et collective, qu'à s'intéresser à la distribution «à retardement» de quelques actions symboliques.

Il ne s'agit donc pas tellement de définir les «droits des salariés sur l'accroissement des valeurs d'actifs des entreprises dû à l'autofinancement» (amendement Vallon), mais bien de réformer l'entreprise, sa gestion et son organisation pour aboutir à un partage équitable des fruits de la production, étant entendu qu'on ne peut répartir plus qu'à condition de produire plus.

Réforme de notre assurance-maladie

A la recherche d'une solution

Par Willy Siegrist

De l'excellent périodique *La Mutualité romande*, nous reproduisons l'étude du Dr Siegrist, administrateur de la Caisse-maladie publique du canton de Bâle-Ville, sur un des problèmes majeurs qui se pose actuellement dans notre pays sur le plan de la politique sociale. C'est une nouvelle contribution importante que nous versions au dossier de la réforme nécessaire de l'assurance maladie en Suisse. Réd.

I. Pourquoi une revision de la loi?

Pendant un demi-siècle, notre loi sur l'assurance-maladie a résisté à tous les orages ainsi qu'à deux guerres avec les bouleversements sociaux qui en sont résultés. En 1964, cette loi a été partiellement révisée et aujourd'hui, déjà, on parle sérieusement de la modifier. Cette deuxième revision ne tend pas, comme la première, à l'amélioration des prestations et des subsides fédéraux, mais à une réforme fondamentale de notre système.

Il est certain que notre système actuel comporte des lacunes qui doivent être éliminées. Dans différents articles de presse et particulièrement dans la brochure de Mme J. Fell-Doriot «L'assurance-maladie suisse à un tournant», les défauts de notre régime ont été analysés.

Des réformes ont été proposées, réformes qui modifieraient complètement notre assurance-maladie actuelle. Par ailleurs, le Département fédéral de l'intérieur, par une circulaire du 28 décembre 1967, s'est adressé aux gouvernements cantonaux et aux associations intéressées pour leur demander leur avis sur une éventuelle réforme de l'assurance-maladie.

On peut considérer les raisons suivantes comme étant à l'origine de ce mouvement en faveur d'une revision totale :

1. L'explosion des frais dans tous les domaines de soins et l'augmentation massive des cotisations qui en résulte.

2. Le malaise qui, dans plusieurs cantons, plane sur les relations entre médecins et caisses.

3. Les discussions continuelles que suscite la nouvelle participation aux frais des assurés et notamment la franchise.

La critique – qui est presque devenue un slogan – selon laquelle le nombre des caisses serait trop élevé dans notre pays, ce qui renchérirait les frais administratifs et ne répondrait plus à notre temps peut avoir agi aussi en faveur d'une revision. Je la considère néanmoins comme infondée.

Les petites caisses, grâce aux possibilités de réassurance qui leur sont offertes, sont aussi compétitives que les grandes. Leur administration est étonnamment bon marché du fait qu'elle est souvent assumée par du personnel bénévole. De plus, dans ces petites caisses, au sein desquelles les membres se connaissent tous et se contrôlent, la morbidité est sans aucun doute plus faible que dans une grande caisse anonyme où chacun entend retirer de l'assurance au moins autant qu'il a versé.

En plus des trois raisons évoquées plus haut, un autre argument milite en faveur d'une réforme : c'est le besoin d'étendre les prestations d'assurance en faveur des personnes qui séjournent à l'hôpital. Ainsi qu'on le sait, après deux ans, les personnes atteintes de maladies graves qui séjournent à l'hôpital sont exclues de l'assurance-maladie. Or, une telle disposition n'est pas digne d'une assurance sociale. Il est dur pour un administrateur de caisse sensible – et il en existe plus qu'on ne le pense – de devoir, au bout de deux ans, annoncer à un assuré gravement atteint ou à un membre de sa famille qu'il a épuisé son droit aux prestations et qu'il doit chercher à assurer le financement de son séjour à l'hôpital d'une autre manière. Ainsi une assurance sociale supprime ses prestations, alors qu'il est évident que l'on se trouve en présence d'une maladie grave et que la perte de son droit peut plonger l'assuré dans la gêne, voir l'obliger à recourir à l'assistance.

Certes, depuis la dernière revision partielle de la loi, les rentiers AI ne peuvent plus être exclus de l'assurance, si bien que «seules» les personnes âgées peuvent perdre leur droit aux prestations. Il faut reconnaître aussi qu'il est difficile parfois d'établir si un assuré âgé a vraiment besoin d'un traitement d'hôpital ou simplement des soins qu'exige son état. Mais ce problème pourrait cependant être facilement résolu par la collaboration intelligente de l'hôpital, du médecin et de la caisse.

Assurer à chaque citoyen une vieillesse exempte de soucis financiers n'est donc pas un postulat qui relève exclusivement de l'AVS, mais de l'assurance-maladie également. Bien qu'il soit moins spectaculaire, il est tout aussi urgent de le réaliser, c'est-à-dire *d'assurer les soins médicaux hospitaliers aux personnes âgées*.

Un autre problème qui n'est pas résolu réside dans le fait que, dans bien des cas, l'assurance de l'indemnité journalière est insuffisante. Il en résulte, lors de maladies de longue durée que des assurés et leur famille tombent dans la gêne.

II. Une réforme radicale?

Du point de vue technique, il est plus facile d'ériger un nouveau bâtiment que d'en transformer un ancien. Cependant, dans notre Suisse traditionnaliste, il ne serait guère possible de recourir à une solution qui supprimerait les neuf cents caisses existantes pour les remplacer par une institution unique telle que la Caisse nationale.

Je ne considérerais pas une telle solution comme heureuse. Pareille réforme ne serait pensable que si les caisses-maladie existantes n'avaient pas été à même d'accomplir leurs tâches et si, de ce fait, les assurés avaient subi un préjudice, ce que l'on ne saurait prétendre. Les lacunes actuelles ne proviennent pas de l'incapacité des caisses, mais du *système financier* sur lequel repose notre assurance-maladie qui n'est plus adapté à notre temps.

Ainsi que nous l'avons vu, une des raisons qui milite en faveur d'une revision, c'est l'explosion des frais de soins. Cette augmentation des dépenses entraîne nécessairement une élévation massive des cotisations. Même s'il est possible de la comprimer quelque peu, cette évolution se poursuivra au cours de ces prochaines années. On assistera à un nouvel éclatement des frais si certains postulats, tel par exemple que l'extension des prestations hospitalières en faveur des personnes âgées, sont réalisés. Or, notre système financier actuel qui repose presque essentiellement sur les primes payées par les assurés ne peut plus faire face à de telles charges. *Ou les primes, au moyen des subventions de la Confédération, des cantons et des communes, doivent être ramenées à un niveau supportable pour les économiquement faibles, les familles nombreuses et les personnes âgées qui n'exercent plus une activité lucrative, ou elles doivent être prélevées en pour-cent du salaire comme c'est le cas dans l'AVS et l'AI.*

Un système tel que celui pratiqué par l'AVS et l'AI, de prime abord, paraît raisonnable. Le financement de l'assurance-maladie par des primes versées par les travailleurs actifs et par des primes équivalentes des employeurs se heurte cependant à certaines difficultés. Ainsi:

– *Les travailleurs célibataires accepteront-ils de verser des primes de solidarité aussi élevées en faveur des familles nombreuses? (Car un*

célibataire devrait payer la même prime qu'une personne qui a charge de famille.)

- *Le financement des traitements coûteux des personnes âgées n'exerçant plus d'activité lucrative peut-il être assumé complètement par les travailleurs actifs?*
- *Notre assurance-maladie, fondée sur des caisses autonomes, pourrait-elle être maintenue?*

Si l'on tient compte de ces conséquences, une question se pose: quelle institution supportera-t-elle une telle revision? Par ailleurs, on peut se demander si une telle solution a des chances d'aboutir. Personnellement, j'incline à croire qu'une réforme aussi radicale serait actuellement vouée à l'échec. D'une part, il ne serait guère possible de trouver un partisan de cette idée, décidé à la défendre et à la faire triompher. D'autre part, il se trouverait des adversaires de différents milieux pour se grouper et user de leur pouvoir et de leur influence pour la torpiller.

C'est pourquoi on peut se demander s'il serait possible de réformer notre système financier en atténuant, voire en supprimant les conséquences radicales que pourrait entraîner le système évoqué plus haut. Ce but pourrait être atteint en limitant le nouveau système aux «*gros-risques*», soit aux maladies graves ou de longues durées. Essayons d'analyser comment pourrait fonctionner un tel système.

III. Assurance-maladie pour les gros risques selon le système AVS

Ainsi qu'on le sait, la Caisse suisse de réassurance pour de longues maladies assume déjà certains gros risques pour les caisses-maladie. Il serait parfaitement concevable de développer ce système, soit que la CLM assume d'autres maladies graves ou méthodes de traitement coûteuses, soit – pratique qui me paraît plus simple – que tous les cas de maladie dont le coût dépasse un certain montant soient pris en charge par un assureur commun. Pour répondre d'emblée à l'objection selon laquelle un tel système affaiblirait les caisses existantes, nous dirons qu'il serait possible de confier aux caisses – du moins aux plus grandes – le soin de pratiquer cette assurance «*gros-risques*». De même que les caisses-chômage établissent deux comptes séparés, les caisses-maladie pourraient établir une comptabilité particulière pour les gros risques et faire ensuite le décompte avec la Confédération ou l'Institution d'assurance. Par ailleurs, les comptes spéciaux pour la tuberculose, la maternité et les paralysies seraient supprimés.

Fixer une limite nette entre petits et gros risques ne devrait pas présenter des difficultés trop grandes. C'est là avant tout une tâche qui relève de la technique des assurances. Quant à savoir jusqu'où il faut aller, c'est là une question d'appréciation et de possibilités

politiques. Que l'on considère comme gros risques des assurés qui occasionnent des frais de 1000, 5000 voire 10 000 francs par année ou qu'on transfère les assurés dans l'assurance « gros-risques » après un séjour de six mois ou de deux ans à l'hôpital, ne change en rien au système.

Le coût de cette assurance spéciale ne serait pas financé par les caisses, comme aujourd'hui, mais par des primes des employeurs et des employés comme c'est le cas dans l'AVS et l'AI. En même temps, la Confédération et les cantons devraient accorder des subsides et contribuer ainsi à payer les primes des personnes qui n'exercent plus d'activité lucrative. Les principes à la base d'un tel système seraient les suivants :

1. La Confédération doit déclarer obligatoires pour les gros risques l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et l'assurance de l'indemnité journalière.

2. La définition du gros risque est une question d'appréciation et de possibilités politiques. La limitation entre gros risques d'une part, risques moyens et petits d'autre part, est une question qui relève de la technique des assurances. Il semblerait opportun de choisir comme critère les frais occasionnés par l'assuré pour les traitements ambulatoires et le nombre des journées d'hospitalisation pour les traitements hospitaliers.

3. L'assurance « gros-risques » peut être pratiquée par une institution suisse créée par les caisses-maladie existantes. Les grandes caisses peuvent établir un compte séparé pour les gros risques puis opérer le décompte avec l'institution suisse.

4. L'assurance doit couvrir le coût total des traitements des maladies graves; les prestations doivent être garanties de façon illimitée, non seulement pour les soins ambulatoires, mais aussi pour les traitements hospitaliers. Le salaire doit être remplacé dans une mesure convenable.

5. Les tarifs doivent être fixés sur le plan suisse, afin d'éviter que certaines régions soient désavantagées ou avantagées. En cas de séjour hospitalier, l'assurance devrait couvrir complètement les frais de la division commune, à l'exception des frais de pension qui pourraient être laissés à la charge de l'assuré. Les tarifs hospitaliers devraient également être fixés sur le plan suisse, selon la catégorie à laquelle appartient l'hôpital.

6. Le financement de l'assurance « gros-risques » doit être assuré, comme dans l'AVS et l'AI, par des cotisations des employeurs, des cotisations des employés et par des subsides des pouvoirs publics.

Quel but cette réforme permettrait-elle d'atteindre ? Les lacunes de notre système actuel seraient-elles éliminées ou le nouveau système créerait-il pour les assurés d'autres difficultés ?

Il est certain que ce système permettrait de développer la protection de l'assurance de façon plus complète. Il rendrait possible la création d'une assurance pour les personnes âgées qui ne risqueraient plus de tomber dans le besoin, comme c'est souvent le cas aujourd'hui, lorsqu'elles ont épuisé leur droit aux prestations hospitalières de 720 jours.

Grâce à l'assurance « gros-risques », chaque citoyen serait protégé en cas de besoin. Il serait aussi d'une urgente nécessité de prévoir le remplacement du salaire en cas de maladie grave.

Les caisses-maladie existantes continueraient à pratiquer l'assurance-maladie comme par le passé. Elles seraient soulagées du financement de l'assurance « gros-risques ». Leur tâche consisterait à pratiquer l'assurance des risques moyens et petits ainsi que celles des branches complémentaires de tous genres. Enfin, elles pourraient aussi pratiquer l'assurance « gros-risques » au nom de l'Institution des gros risques, les primes des assurés pourraient être maintenues dans des limites supportables.

Les cantons pourraient décider s'ils veulent créer l'assurance obligatoire pour les risques moyens et petits ou la maintenir, s'ils l'ont introduite. De toute façon, les personnes non assurées pour les cas ordinaires qui revendiqueraient les prestations de l'assurance « gros-risques » devraient fournir la preuve que les frais occasionnés par leur maladie entrent dans la catégorie « gros-risques ».

La limitation de l'obligation aux cas graves aurait aussi pour conséquence que les primes prélevées en pour-cent du salaire seraient maintenues à un niveau modeste. Il appartiendrait au législateur de déterminer les cas graves de telle façon que, bien que ceux-ci soient couverts complètement, les primes demeurent dans des limites supportables.

Sur le plan de la santé publique, l'assurance « gros-risques » apporterait un soulagement aux cantons et communes qui aujourd'hui déjà considèrent les hôpitaux comme une tâche relevant des pouvoirs publics. D'autre part, les cantons qui jusqu'à présent sont peu intervenus dans ce secteur, seraient indirectement obligés, par des subventions à l'assurance « gros-risques » à porter eux aussi une plus large contribution. Une telle compensation répond aujourd'hui certainement à un besoin.

Il est certain qu'une telle réforme, qui constitue un compromis entre le régime ancien et le régime nouveau, comporte également des inconvénients. Les avantages devraient cependant l'emporter.

La solution proposée serait tout particulièrement précieuse du fait que la définition de la notion « gros-risque » serait une question d'appréciation et de possibilités politiques. Ainsi une évolution progressive serait possible. On franchirait ainsi une première étape et on pourrait développer le système par la suite si la nécessité s'en fait sentir. Une telle réforme ne jetterait pas tout par dessus bord, mais elle permettrait de conserver ce qui s'est révélé valable et de construire sur ces bases.