

CES/CM (70)

LES PROBLEMES DE L'ASSURANCE-MALADIE

A V I S

Luxembourg, le 5 février 1970

S O M M A I R E

|                                                                                         | Page |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. Introduction .....                                                                   | 1    |
| 2. L'origine de la situation actuelle des caisses de<br>maladie .....                   | 3    |
| 3. L'aménagement des prestations à dispenser par les<br>caisses de maladie .....        | 5    |
| 31. Considérations d'ordre général .....                                                | 5    |
| 32. Les différentes espèces de prestations .....                                        | 16   |
| 321. Les secours pécuniaires de maladie .....                                           | 16   |
| 322. L'indemnité pécuniaire de maternité .....                                          | 17   |
| 323. Les prestations en nature d'assurance-maladie                                      | 17   |
| 3231. Le traitement médical .....                                                       | 18   |
| 3232. Les frais pharmaceutiques .....                                                   | 18   |
| 3233. Le traitement hospitalier .....                                                   | 18   |
| 3234. Autres prestations en nature que celles<br>visées sub. 3221., 3232. et 3233. .... | 19   |
| 324. Les prestations en nature d'assurance-<br>maternité .....                          | 19   |
| 325. Les indemnités funéraires .....                                                    | 19   |
| 4. Les modalités de financement .....                                                   | 20   |

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5. L'organisation des caisses de maladie .....                                                                         | 24 |
| 51. Le problème de la multiplicité des caisses .....                                                                   | 24 |
| 52. La nouvelle structure et la délimitation des<br>compétences des organes-directeurs des caisses de<br>maladie ..... | 25 |
| 521. La modification de la composition des organes-<br>directeurs des caisses de maladie .....                         | 26 |
| 522. La représentation de l'Etat au sein des<br>organes-directeurs des caisses de maladie ....                         | 26 |
| 523. La limitation des compétences des organes<br>des caisses de maladie .....                                         | 27 |
| 53. Les relations des caisses de maladie avec les<br>fournisseurs .....                                                | 28 |
| 531. La relation avec les fournisseurs d'après la<br>législation existante .....                                       | 28 |
| 532. La participation des fournisseurs aux travaux<br>des organes-directeurs .....                                     | 29 |
| 6. Résumé récapitulatif des principales mesures envisagées                                                             | 29 |
| 61. En matière de prestations .....                                                                                    | 29 |
| 62. En matière de financement .....                                                                                    | 31 |
| 63. En matière d'organisation .....                                                                                    | 31 |
| 7. Conclusion générale.....                                                                                            | 32 |

## 1. Introduction

- Le Conseil Economique et Social, alerté par plusieurs de ses membres au sujet de la situation financière de certaines caisses de maladie, dont notamment celles des ouvriers, et conscient de la mission qu'il est apte à jouer en cette matière en raison de sa compétence et de sa composition, s'est saisi de sa propre initiative, sur le fondement de l'article 2 de son statut organique, de l'étude des problèmes de l'assurance-maladie.

Après y avoir consacré un large débat d'ordre général et après avoir entendu Monsieur le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale sur les orientations de la politique gouvernementale dans ce domaine, il a institué un Groupe de travail chargé de définir les solutions qui, à son avis, devraient être apportées aux problèmes ainsi posés.

- Lors des discussions il a paru indiqué que s'il fallait faire une analyse aussi profonde que possible de l'ensemble des éléments caractérisant la situation de l'assurance-maladie, il conviendrait de limiter néanmoins les propositions du Conseil Economique et Social aux mesures qu'il y aurait lieu de prendre d'urgence, tout en veillant cependant que celles-ci préfigurent et n'entravent en rien les réformes à envisager à long terme sur lesquelles le Conseil Economique et Social se réserve de revenir en temps opportun.

C'est ainsi que tout en y apportant des aménagements nouveaux et les compléments jugés indispensables, le Conseil Economique et Social a cru devoir maintenir comme notion de base en la matière celle d'une assurance, avec les conséquences qui en résultent dans le domaine des prestations et des modalités de financement de celles-ci.

De même, le Conseil Economique et Social a-t-il estimé qu'il ne devait pas s'attaquer, pour l'instant du moins, en matière d'organisation de l'assurance, à l'existence de la pluralité des régimes fonctionnant à l'heure actuelle pour les différentes catégories socio-professionnelles, la fusion de ces régimes ou le remplacement de ceux-ci par un type d'organisation nouveau soulevant à son avis des problèmes trop complexes pour qu'ils puissent être résolus à brève échéance, à telle enseigne que les mesures urgentes risqueraient de ce fait d'être retardées.

- D'un autre côté, le Conseil Economique et Social a pensé devoir se borner aussi à l'examen des questions de principe. Il a estimé en effet qu'il n'était pas suffisamment outillé pour entrer dans les détails d'ordre réglementaire et qu'en fournissant des réponses aux seules questions de principe, il apporterait pour sa part une contribution utile, sinon la plus essentielle, aux travaux de réforme à entreprendre.

C'est ainsi que tant en ce qui concerne les prestations- en ce compris les modalités de la participation des assurés - que les différentes formes possibles du financement de l'assurance, le Conseil Economique et Social s'est volontairement abstenu de fixer des taux précis et a préféré indiquer les lignes de conduite que les experts de l'administration auraient à suivre après en avoir chiffré les incidences financières.

- Dans le cadre de sa mission ainsi précisée, le Conseil Economique et Social a abordé le fond du problème en examinant d'abord l'origine de la situation alarmante actuelle des caisses de maladie pour se demander ensuite successivement quelle devrait être la structure d'une assurance-maladie adaptée aux données de notre époque du triple point de vue de ses prestations, de son financement et de son organisation.

## 2. L'origine de la situation actuelle des caisses de maladie

L'assurance-maladie, dont les principes-directeurs ont été fixés dans le contexte économique et social de l'époque de l'avènement de l'ère industrielle et n'ont pratiquement pas été modifiés depuis lors, et ce même à l'occasion de l'extension de cette branche de la Sécurité sociale aux catégories socio-professionnelles autres que celle des ouvriers primitivement visée, souffre à l'heure actuelle, outre de certains défauts graves dans l'aménagement de ses prestations et de son financement - défauts dont il va être question plus loin - d'un déséquilibre manifeste entre son coût et ses recettes.

Ce fait provient d'abord essentiellement de ce que, toutes choses étant égales par ailleurs, les dépenses pour soins de santé ont tendance à progresser plus que proportionnellement à l'élévation du niveau de vie de la population. Au fur et à mesure que les hommes réussissent à améliorer leur situation matérielle - et les progrès réalisés à cet égard depuis la création de l'assurance-maladie sont plutôt impressionnants - ils vouent une attention accrue à la sauvegarde de leur bien-être physique, ce qui ne saurait manquer de produire un effet multiplicateur sur le recours aux moyens offerts par la médecine.

D'autre part, les progrès spectaculaires enregistrés par cette dernière, grâce aux efforts méritoires accomplis par la recherche scientifique, augmentent constamment et la gamme et le coût des interventions dans le domaine de la santé, les dépenses à y consacrer s'en trouvant renforcées en conséquence.

Enfin, la longévité des hommes étant améliorée de façon continue sous le double effet des deux facteurs évoqués ci-dessus, la proportion des assurés crédirentiers, dont la contribution à l'assurance-maladie est relativement plus faible et qui sont exposés, par la force des choses, à devoir faire un appel

relativement plus intense à l'aide de la médecine, va en croissant par rapport aux assurés actifs, dont l'effectif se ressent au surplus d'une natalité déficiente, <sup>x)</sup> ce qui n'est évidemment pas de nature à améliorer l'équilibre financier des caisses de maladie.

En présence de cet état de choses, il n'est dès lors pas surprenant que malgré l'augmentation des recettes des caisses de maladie réalisée dans le passé grâce à la hausse et de la base cotisable - à la suite de l'amélioration des salaires et pensions et du relèvement du maximum des revenus sujet à cotisation - et du taux des cotisations, les dépenses aient accusé une tendance à s'accroître d'une façon plus forte. <sup>xx)</sup>

Comme le budget des institutions d'assurance-maladie se trouve ainsi rendu précaire et ce non seulement à titre temporaire, s'il faut en croire les causes profondes qui sont à l'origine de la situation actuelle, il n'est pas étonnant non plus que lorsqu'il s'est agi de remédier à cette situation au sein des organes responsables des caisses à l'aide des moyens offerts à cet effet par la législation en vigueur - c'est-à-dire par une nouvelle augmentation de la base cotisable et/ou du taux des cotisations et/ou d'un renforcement de la participation des assurés au coût des prestations - les esprits se soient divisés d'une manière irréductible sur le choix des mesures à prendre.

C'est que les mesures de cet ordre se révèlent à l'heure actuelle objectivement inadéquates pour résoudre le problème posé dans ses dimensions exactes.

Aussi, le Conseil Economique et Social s'est-il délibérément détaché des notions traditionnelles en la matière pour procéder à un examen, de lege ferenda, des données de la question en vue d'y apporter une réponse nouvelle.

---

<sup>x)</sup> L'excédent des naissances par rapport aux décès pour 1.000 habitants est passé de 4,1 en 1960 à 3,4 en 1966 et se situe à 1,8 (estimation du STATEC) en 1968.

<sup>xx)</sup> De 1959 à 1968 les recettes des caisses de maladies des ouvriers ont augmenté de 106 % tandis que les dépenses accusent, pour la même période, une augmentation de 114 % (indemnités pécuniaires et funéraires exclues).

3. L'aménagement des prestations à dispenser par les caisses de maladie

31. Considérations d'ordre général

A) La structure actuelle des prestations de l'assurance-maladie se ressent indubitablement des données de l'époque de sa création.

Son but se borne en effet essentiellement à atténuer les frais et charges dus à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un décès.

Ce faisant, son action se double, à l'heure actuelle, dans le cas d'un décès ou d'un accouchement, des prestations accordées par l'assurance-vieillesse ou le régime des allocations familiales.

En cas de maladie, elle ne fait pas de distinction quant à l'origine de l'affection, les accidents de travail et les maladies professionnelles sortant seuls de son orbite.

Ses prestations en nature se limitent à ce qui est strictement nécessaire du point de vue curatif.

Son intervention est très souvent en fonction inverse de la gravité du cas et ce par l'effet de la limitation dans le temps de ses prestations et de l'application d'une participation proportionnelle de l'assuré au coût de celles-ci, quel que soit le niveau de ce dernier.

Enfin, ses méthodes d'indemnisation sont largement forfaitaires, de telle sorte que ses secours peuvent aussi bien dépasser que ne pas couvrir les besoins auxquels elle est appelée à répondre.



L'ensemble de ces inconvénients s'explique par le fait que lors de son institution, l'assurance-maladie s'est proposé avant tout de parer, dans la mesure la plus large possible, aux plus pressées des exigences de la catégorie sociale la plus défavorisée, pour qui, à cette époque, l'échéance du moindre des risques ci-dessus signifiait une catastrophe rendant ses victimes tributaires de l'assistance publique.

Ces conditions n'étant cependant plus données de nos jours ni dans le cas des assurés-ouvriers, ni, a fortiori, dans le chef des autres catégories socio-professionnelles, auxquelles le bénéfice de l'assurance-maladie s'est trouvé étendu depuis lors, il importe de remédier aux défauts constatés ci-dessus.

B) A cet égard, les considérations essentielles ci-après paraissent devoir être retenues :

a) Il faudrait éliminer de l'assurance-maladie les prestations étrangères à l'objet proprement dit de cette dernière pour les rattacher aux branches de la Sécurité sociale ayant une meilleure vocation pour les dispenser.

Sont visés par là les indemnités funéraires et les forfaits pour accouchements normaux qui devraient être intégrés respectivement dans l'assurance-pension et les allocations familiales.

Une telle mesure n'aurait d'ailleurs pas seulement pour effet d'alléger le budget des caisses de maladie, mais permettrait aussi de revoir les taux des prestations offertes par les deux autres régimes dans les cas couverts par eux et ce dans le sens d'une adaptation de ces prestations aux frais réels encourus en ces cas.

b) Dans la mesure où l'assurance-maladie continue à réparer la perte de salaire consécutive aux absences pour cause de maladie ou de maternité, il s'impose de revoir le mode de calcul forfaitaire des indemnités pécuniaires payées à ce titre.

En effet, par le fait que ces indemnités sont

- déterminées sur la base du salaire dit normal,
- exprimées en pour-cent d'un salaire brut,
- payées par jour de calendrier
- et accordées dès le premier jour d'absence du moment que celle-ci dépasse une certaine durée,

il se peut qu'elles viennent à dépasser la perte de salaire net effective ou incitent à prolonger la durée de l'absence, surtout depuis que la réduction de la durée de travail comporte l'octroi de journées chômées autres que les dimanches et jours fériés légaux.

Ces inconvénients se trouveraient atténués, si ces indemnités n'étaient pas accordées pour le premier jour d'absence pour cause de maladie, quelle que soit la durée de cette absence, si elles étaient fixées au niveau du salaire net et si elles n'étaient payées que pour les journées de travail effectivement perdues.

c) En présence de l'amélioration du niveau de vie de la population assurée, il est permis de demander que les intéressés assument, à titre personnel, une certaine part du coût des dépenses qu'ils consacrent à leur santé.

D'une part, en effet, il paraît inadmissible de faire appel à la solidarité de ses pairs pour la couverture d'un risque que l'on est capable de supporter soi-même.

D'autre part, une telle exigence est d'autant plus justifiée qu'une proportion toujours croissante des dépenses de cet ordre relève davantage d'un souci d'hygiène générale que d'une nécessité proprement sanitaire.

Le Conseil Economique et Social estime toutefois que pour réaliser cet objectif, l'application de la formule d'une participation proportionnelle des assurés au coût des prestations en nature généralement quelconques n'est pas judicieuse.

Dans la mesure, en effet, où cette formule est mise en oeuvre dans le but de produire un effet inhibitif sur la consommation médicale, elle n'est pas indiquée en présence de traitements et de produits thérapeutiques indispensables.

De plus, elle a pour résultat, dans les cas vraiment graves, et ce notamment à l'égard des familles nombreuses, d'engendrer des rigueurs sociales indues.

Pour ces motifs, le Conseil Economique et Social recommande de limiter l'application de la participation proportionnelle des assurés au coût des prestations en nature, à celles dont la valeur thérapeutique est plutôt discutable et qui sont susceptibles de faire l'objet d'une consommation abusive.

Sont notamment visés par là

- les suppléments d'honoraires médicaux, par rapport à ceux d'une consultation, engendrés par les premières visites à domicile sous forme de l'application d'un tarif plus élevé et de frais de déplacement;

- Les frais pharmaceutiques autres que ceux relevant de la catégorie des médicaments non remboursables et dont la prescription est commandée dans les cas de nature bénigne;
- les frais d'hospitalisation de crédi-rentiers sans charges de famille.

Pour réaliser par conséquent la prise en charge du petit risque par les assurés, justifiée par les considérations émises ci-dessus, le Conseil Economique et Social voudrait marquer, par opposition à la formule de la participation proportionnelle et indistincte des assurés au coût des prestations en nature, sa préférence pour l'introduction généralisée d'une franchise non remboursable du genre de celle pratiquée par certains régimes d'assurance-maladie des employés et des professions non salariées.

Un tel système aurait en effet le mérite de limiter d'avance, jusqu'à concurrence du montant de la franchise, la charge à supporter personnellement par un assuré, tant en ce qui concerne sa personne que sa famille, du chef des dépenses affectées aux soins de santé, quel que soit par ailleurs le degré de gravité des maladies affectant les différents membres de son groupe familial, le tout évidemment sous réserve de la charge de la participation proportionnelle maintenue dans les seules limites raisonnables indiquées ci-dessus.

Pour des motifs de simplification administrative, il ne faudrait cependant appliquer la franchise qu'à l'égard des prestations, pour lesquelles ne jouerait pas le système du tiers payant. Ceci revient à dire en fait qu'elle ne sortirait pratiquement ses effets qu'en ce qui concerne les honoraires médicaux pour consultations et visites.

D'autre part, dans l'intérêt de la santé publique, cette franchise ne devrait pas être appliquée à l'occasion du recours à des mesures de médecine préventive et pourrait même être abolie en tout ou en partie en faveur de ceux des assurés qui suivraient fidèlement les recommandations des caisses de maladie dans le domaine de la médecine préventive.

Quant au montant de la franchise à stipuler, le Conseil Economique et Social pense que, compte tenu de la propension qu'il y a de consacrer une part progressive du revenu aux soins de santé, il faudrait fixer cette franchise à un pourcentage du revenu des assurés qui va en croissant par rapport à ce revenu, tout en étant plafonné.

Par la combinaison des mesures préconisées ci-dessus, le Conseil Economique et Social estime avoir réalisé un compromis valable, dans le domaine des prestations en nature, pour ce qui est de la répartition des charges à supporter respectivement par les assurés à titre personnel et la collectivité représentée par leur caisse de maladie.

d) Si la notion d'assurance implique nécessairement que les prestations à assurer par les caisses de maladie, au titre de la solidarité des assurés, soient limitées dans le temps et par rapport à la gravité du risque, il apparaît pourtant que cette limitation ne va pas sans présenter des inconvénients majeurs.

Il est en effet choquant que la Sécurité sociale, qui ne lésine pas dans le cas d'affections bénignes, vienne à faire défaut, lorsque la maladie frappe très durement, de sorte que la victime s'en trouve obligée de quémander des secours auprès de l'Assistance publique.

Aussi le Conseil Economique et Social estime-t-il que la prise en charge par les caisses devrait être étendue au-delà des limites actuelles.

Dans la mesure toutefois, où de ce fait, il se produit une disproportion entre le risque ainsi assuré et la prime d'assurance payée sous forme de cotisation, il faudrait qu'une solidarité dépassant celle réalisée dans le cadre restreint des différentes caisses de maladie soit mise à contribution.

C'est dire que les caisses, tout en dispensant les prestations supplémentaires résultant de la mesure susdite, devraient être indemnisées de ce chef par l'Etat, soit qu'elles fournissent ces prestations pour compte de celui-ci, soit qu'elles touchent une subvention forfaitaire, dont l'ordre de grandeur devrait correspondre à celui des charges nouvelles assumées par elles.

De cette façon, les assurés se verraient reconnaître un véritable droit aux secours nécessaires dans les cas graves, dont l'octroi est actuellement abandonné à la discrétion d'une pluralité d'administrations, tandis que se trouveraient institutionnalisées et systématisées, et mieux organisées en même temps, les interventions faites par l'Etat jusqu'ici en la matière.

e) Des considérations analogues à celles émises ci-dessus s'appliquent aussi en ce qui concerne les mesures relevant du domaine de la médecine préventive.

L'utilité, voire la nécessité impérieuse de celle-ci n'étant pas contestable ni contestée d'ailleurs et les efforts accomplis à ce titre jusqu'à présent par les différentes collectivités publiques et certains organismes dus à l'initiative privée devant être chaudement approuvés, il faut cependant déplorer que le principe de l'assurance, qui est à la base de l'organisation des prestations des caisses de maladie, ainsi que la situation financière de celles-ci, aient écarté la possibilité pour elles d'intervenir en cette matière.

De cette façon, il est en effet créé une inhibition d'ordre matériel pour les assurés de faire appel aux moyens susceptibles de prévenir l'échéance du risque de la maladie, dans la mesure où l'application de ces moyens est abandonnée à leur initiative personnelle et/ou n'est pas faite gratuitement par les organes susdits. Aussi les exigences de la santé publique et partant de l'intérêt général peuvent-elles s'en trouver compromises.

D'autre part, l'économie qui résulte pour les caisses de leur abstention dans ce domaine peut parfaitement n'en être pas une et ne correspond en tout cas pas au montant de ce qui serait dépensé par les assurés au titre de la médecine préventive, puisque la généralisation de celle-ci est certainement de nature à amoindrir le coût de la médecine curative en ce qu'elle peut empêcher ou retarder la survenance de maladies ou atténuer la gravité de celles à prendre en charge par les caisses.

Dans ces conditions, le Conseil Economique et Social pense qu'il se recommanderait que les moyens de la médecine préventive fussent englobés dans le champ d'action de l'assurance-maladie.

C'est ainsi d'ailleurs que l'on pourrait centraliser au sein des caisses de maladie l'ensemble des données d'ordre médical concernant les différents assurés, ce qui permettrait l'établissement d'un fichier médical complet dont l'institution a d'ores et déjà été demandée par le Conseil Economique et Social dans son avis du 26 juillet 1968 sur la situation économique, financière et sociale du pays, le tout évidemment avec maintien du secret médical.

Mais, étant donné que le coût de ces moyens n'est pas celui d'un risque échu et qu'il se trouve engagé dans l'intérêt de la santé publique, il devrait être remboursé aux caisses par l'Etat au titre du budget du Ministère compétent. Le remboursement devrait logiquement englober le coût de la suppression totale ou partielle de la franchise que l'on ferait en faveur des assurés qui auront suivi fidèlement les recommandations des caisses dans le domaine de la médecine préventive (voir page 9 dernier alinéa).

f) Dans un autre ordre d'idées, le Conseil Economique et Social reste partisan du principe qu'en matière de prestations, il ne convient pas de faire de discrimination ni d'après la catégorie des assurés - actifs ou crédirentiers - ni d'après l'origine de l'affection - le risque des accidents de travail et des maladies professionnelles devant être le seul à être excepté.

Ceci implique d'abord que les traitements curatifs assurés à l'heure actuelle par les différents régimes d'assurance contre l'invalidité, par l'Office des Dommages de Guerre et par celui des Handicapés, devraient rentrer dans l'orbite des caisses de maladie.

La proclamation du principe énoncé ci-dessus ne devrait cependant pas faire perdre de vue qu'en pourvoyant ainsi indistinctement à l'ensemble des soins de santé, les collectivités restreintes que représentent les caisses de maladie en viennent à assumer des risques et charges dont il est permis de se demander s'ils ne relèvent pas d'une solidarité plus large ou autre que celle des membres d'une caisse.

- . C'est ainsi que s'il paraît indiqué de faire faire par les caisses de maladie le service des prestations aux personnes relevant actuellement de l'assurance contre l'invalidité, de l'Office des Dommages de Guerre et de celui des Handicapés Physiques, la charge financière devrait cependant continuer à en incomber à ces organismes en raison du but spécifique poursuivi par l'octroi de ces prestations.
- . D'autre part, il ne fait pas de doute que les prestations allouées aux assurés crédientiers perdent dans une mesure toujours croissante le caractère de soins de santé pour prendre celui de mesures d'assistance à la vieillesse.

Aussi, sans pour autant faire dispenser ces prestations par d'autres organismes que les caisses de maladie - ce qui n'irait pas sans un surcroît et des complications du travail administratif - il serait équitable que les caisses de maladie soient indemnisées de ce chef par l'Etat représentant la solidarité nationale.

S'il est vrai que cette idée a d'ores et déjà trouvé un début d'application dans les faits, elle mériterait cependant d'être légalement institutionnalisée sur la base de critères adéquats et d'éléments de calcul précis.



A cet égard il faudrait tenir compte non seulement du surcroît de dépenses engendré par les soins prodigués aux crédi-  
rentiers par rapport à celles faites au profit des assurés actifs,  
mais encore de la différence existant entre la cotisation payée  
pour les crédi-  
rentiers et la part de la cotisation des assurés  
actifs consacrée aux prestations en nature.

De cette façon, les principes de l'assurance et de la  
solidarité se trouveraient rétablis au niveau des caisses de  
maladie par le fait qu'il y aurait de nouveau une correspondance  
parfaite entre la prime payée et le risque assuré par les  
différentes catégories d'assurés.

. En assumant, au titre de l'assurance-maladie, les dommages  
corporels résultant des accidents non professionnels, notamment  
ceux de la circulation routière, les caisses se voient à l'heure  
actuelle endosser la charge d'un risque inconnu dans de telles  
proportions lors de la création de cette branche de la Sécurité  
sociale.

Si, par application de l'article 78 du Code des Assurances  
Sociales et des principes de la responsabilité civile, elles sont  
en mesure de se faire dédommager pour autant que la responsabi-  
lité d'un tiers est établie, elles n'en supportent pas moins  
les conséquences de la responsabilité totale ou partielle retenue  
à charge de leurs assurés ainsi que celles des accidents dont il  
n'y a pas d'auteur responsable.

Tenant compte de l'évolution du droit dans le domaine de l'in-  
demnisation des accidents vers un système de sécurité collective  
et s'inspirant des théories préconisées à cet égard par d'éminents  
juristes, tels que le professeur André TUNC (voir son ouvrage "La  
Sécurité Routière"), du moins en tant que ces théories visent  
le côté social du problème, le Conseil Economique et Social  
estime que les victimes d'accidents non professionnels sont en  
principe toujours à indemniser du chef de leur dommage corporel  
sur la base d'une assurance légalement obligatoire.

Le risque des accidents non professionnels est, en effet, devenu, dans le monde moderne, d'une intensité telle que la charge devrait en être assumée, vu l'élargissement du cercle de la solidarité, par une collectivité autre que les caisses de maladie.

Ces dernières, appelées à régler les frais d'ordre médical et curatif engendrés par l'accident, devraient donc obtenir le remboursement de leurs prestations, soit d'un assureur, soit d'un fonds commun de garantie, soit - en attendant la réforme législative nécessaire en matière d'assurance privée - de l'Etat.

A supposer que l'énoncé d'une telle règle soit considéré comme étant d'une portée trop générale ou trop vague pour pouvoir être traduit dans un texte législatif, son principe devrait cependant trouver une application effective en ce qui concerne les accidents de la circulation et les accidents du sport de compétition.

Ces deux catégories d'accidents ont en effet en commun les caractéristiques suivantes :

- d'être les plus fréquentes et de représenter donc les risques les plus intenses,
- de présenter le moins de difficultés en ce qui concerne la preuve de leur réalité et de leur caractère,
- d'échapper le plus largement à l'emprise des individus pour avoir été créées indépendamment de leur volonté ou favorisées par l'action des pouvoirs publics et
- de faciliter la désignation des organismes privés ou publics par lesquels les dépenses doivent être prises en charge.

C) En préconisant les mesures ci-dessus, sur la base des considérations émises à leur appui, le Conseil Economique et Social pense avoir pris, en ce qui concerne la structure des prestations de l'assurance-maladie, des options fondamentales tenant compte de façon adéquate à la fois des exigences légitimes des assurés et de la nécessité d'assurer l'équilibre financier des caisses de maladie.

Dans un souci de clarté, il convient cependant de concrétiser, fût-ce au prix de certaines redites, les principes généraux ainsi définis dans le domaine des différentes catégories de prestations prises isolément.

### 32. Les différentes espèces de prestations

#### 321. Les secours pécuniaires de maladie

Les secours pécuniaires de maladie devraient être fixés au niveau du salaire net des intéressés, ne pas être alloués pour la première journée d'absence en cas de maladie, quelle que soit la durée de celle-ci et n'être accordés que pour les journées de travail effectivement perdues.

Il devrait en être de même pour ce qui est de l'allocation ménagère accordée en cas d'hospitalisation de l'assuré, le pourcentage applicable par rapport au salaire net de celui-ci pouvant toutefois être inférieur à celui du secours pécuniaire de maladie, en raison de l'économie résultant pour le ménage de l'entretien du malade à l'hôpital.

Quant au pécule journalier alloué en cas d'hospitalisation d'un assuré sans charge de famille, son montant, à déterminer de la même manière que celle applicable aux autres formes de secours pécuniaires, devrait se situer à un niveau correspondant aux frais fixes (loyer etc.) que l'assuré doit continuer à supporter malgré son hospitalisation.

Pour ce qui est de la durée de l'octroi des secours pécuniaires de maladie, elle pourrait être portée au-delà de la période de 26 semaines actuellement applicable, mais à un taux réduit et à la condition que les caisses soient indemnisées de ce chef par l'Etat et/ou l'assurance contre l'invalidité.

322. L'indemnité pécuniaire de maternité

Les modalités de calcul et d'octroi de l'indemnité pécuniaire de maternité devraient être alignées sur celles des secours pécuniaires de maladie, sans qu'il faille cependant modifier la durée de leur octroi.

323. Les prestations en nature d'assurance-maladie

Le service des prestations en nature autres que celles visées ci-après sub 3234 devrait englober celles relevant du domaine de la médecine préventive et se faire sans limitation de durée et sans distinction quant à la gravité et quant à l'origine de l'affection, le tout à la condition que les caisses de maladie se voient accorder un dédommagement du chef

- de leur action en matière de médecine préventive,
- des prestations allouées aux sinistrés de guerre,
- des prestations allouées aux handicapés physiques et mentaux,
- du traitement dont le coût dépasse la mesure du risque normal,
- des affections de longue durée,
- des assurés crédientiers et
- des accidents de la circulation et des accidents du sport de compétition.

3231. Le traitement médical, assuré dans les conditions susdites, ne devrait pas comporter une participation proportionnelle des assurés au coût de celui-ci, sauf en ce qui concerne les honoraires pour les premières visites à domicile et pour les frais de déplacement du médecin à l'occasion des premières visites.

En revanche, il y aurait lieu d'introduire une franchise non remboursable, progressive en fonction du revenu des assurés, mais plafonnée dans son montant, pour ce qui est des honoraires pour consultations, visites et frais de déplacement du médecin.

3232. Les frais pharmaceutiques dont la prise en charge devrait répondre aux principes sus-énoncés, devraient faire l'objet d'une classification quant à leur valeur hygiénique et thérapeutique, de manière à pouvoir être rangés dans la catégorie

- soit des médicaments non remboursables
- soit des médicaments comportant le maintien d'une participation proportionnelle modérée des assurés à leur coût
- soit des médicaments à prendre totalement en charge par les caisses.

3233. Le traitement hospitalier devrait être assuré à son tour dans les conditions susdites et ne comporter une participation proportionnelle des assurés à son coût que dans le cas d'un assuré crédentier sans charge de famille, alors que l'intéressé continue à jouir de son revenu-pension et se trouve plus facilement porté à se faire admettre à l'hôpital pour des motifs de commodité.

Dans ce contexte, le Conseil Economique et Social signale qu'il y a un problème résultant de l'existence d'une pluralité de classes dans les hôpitaux. Il se propose d'examiner ce problème dans son avis sur la Santé publique.

3234. Quant aux prestations en nature autres que celles visées ci-dessus, (les moyens dits curatifs et adjuvants, les prothèses dentaires, les cures etc.) le Conseil Economique et Social estime qu'il n'y a pas de nécessité urgente de modifier leurs modalités actuelles de prise en charge, consistant notamment dans l'octroi de subventions forfaitaires.

#### 324. Les prestations en nature d'assurance-maternité

Dans la mesure où à l'occasion d'un accouchement il importe de pourvoir à l'application de moyens préventifs d'une complication, notamment sous forme de consultations prénatales, ou de moyens curatifs, les prestations en nature devraient être allouées d'après les principes retenus ci-dessus dans le domaine de l'assurance-maladie.

En revanche, les forfaits accordés jusqu'à présent au titre d'un accouchement normal devraient être englobés dans les allocations de naissance servies par le régime des allocations familiales.

#### 325. Les indemnités funéraires

L'indemnité funéraire accordée en cas de décès de l'assuré ou d'un membre de famille de ce dernier est actuellement calculée en fonction des gains (salaire normal) ou des cotisations correspondantes.

Il en résulte que le montant varie considérablement et dépasse même parfois largement les frais réels des funérailles.

Il s'y ajoute parfois une multiplicité de prestations similaires accordées par d'autres organismes d'assurance sociale obligatoire.

Dans ces conditions, il serait indiqué que ces indemnités soient fixées à un montant forfaitaire unique correspondant aux seuls frais funéraires directs, qui serait à adapter à l'évolution du coût de la vie et qui devrait être pris en charge par le régime d'assurance-pension compétent.

#### 4. Les modalités de financement

- Les propositions dégagées ci-dessus en ce qui concerne l'aménagement des prestations des caisses de maladie ont comporté d'ores et déjà comme conséquence la création de ressources nouvelles au profit de ces dernières.

Il s'agit, rappelons-le, des contributions qu'il y aurait lieu de faire aux caisses

- au titre de la médecine préventive
- au titre des cas dont le coût dépasse le niveau d'un risque normal
- au titre des affections de longue durée
- au titre de l'assurance-maladie des crédirentiers
- au titre des accidents de la circulation et des accidents du sport de compétition

et ce en contrepartie du fait que les caisses de maladie assument des risques et charges ressortissant d'une solidarité plus large ou autre que celle réalisée au niveau des collectivités restreintes que représentent les caisses de maladie.

- Partant d'autre part aussi du maintien du principe d'assurance en cette matière, le Conseil Economique et Social pense que le financement des caisses doit continuer à être assuré pour le surplus par le moyen des cotisations.

. A cet égard, et ce toujours par application de la notion d'assurance, il s'est prononcé pour le maintien et d'une cotisation minimum et d'une cotisation maximum.

En effet, en tant qu'elle constitue une prime payée en contrepartie d'un risque qui est en principe le même pour tous, la cotisation doit rester dans une certaine mesure proportionnelle au risque assuré et ne pas devenir un moyen de redistribution des revenus, cette technique devant rester réservée au domaine des impôts.

Toutefois, en présence de la constatation du fait que le recours aux soins de santé a tendance à croître plus que proportionnellement au fur et à mesure qu'augmente le revenu, il serait justifié de relever le niveau du plafond cotisable, de manière à le fixer à un multiple de la base cotisable minimum, pouvant aller jusqu'au quadruple pour les caisses allouant des secours pécuniaires de maladie.

. D'un autre côté, le Conseil Economique et Social a eu à connaître de la question de savoir, dans quelle proportion la charge des cotisations à payer aux caisses de maladie des salariés devrait être répartie entre les assurés d'une part et les employeurs ou régimes d'assurance-pension d'autre part.

Sans pouvoir trouver d'explications historiques ou logiques à la situation actuelle, faisant supporter la cotisation à raison de  $\frac{2}{3}$  et de  $\frac{1}{3}$  par les uns et les autres, les représentants des assurés ont demandé l'introduction de la parité dans ce domaine par analogie avec la situation existante en matière d'assurance-pension, sans préjudice de la situation particulière existant dans certaines caisses d'entreprises pour employés. Les représentants des employeurs, après avoir émis des doutes quant à la justification de cette mesure, s'y sont cependant ralliés dans un esprit de compromis et ce notamment sur la base de l'accord réalisé au sein du Conseil Economique et Social en matière de prestations.



Parmi les différentes formules possibles pour la réalisation de cette mesure

- réduction de la part des assurés et relèvement concomitant de celle des employeurs, avec maintien du taux actuel de la cotisation globale,
- fixation d'un taux global nouveau, adapté aux besoins financiers des caisses, et répartition paritaire de ce taux entre les assurés et les employeurs,
- maintien de la part de la cotisation actuelle des assurés avec un relèvement progressif de la part des employeurs, au fur et à mesure de l'augmentation des besoins financiers des caisses, jusqu'à ce que la parité soit atteinte,

le Conseil Economique et Social a opté pour cette dernière solution.

Celle-ci lui a paru être préférable à toutes autres en ce quelle est de nature

- à contribuer au rétablissement de l'équilibre financier des caisses,
- à permettre de tenir compte de la situation propre à chacune;
- à éviter un gonflement subit et excessif de la trésorerie des caisses, ce qui serait psychologiquement néfaste;
- à empêcher que la part des cotisations des assurés, après avoir été abaissée, ne doive être relevée au bout d'un certain temps, ce qui ne manquerait pas de provoquer des difficultés sur le plan de la paix sociale;
- à étaler dans le temps le surcroît de la charge résultant pour les employeurs de l'introduction du principe de la parité.

Pour la réalisation de la solution retenue, une majorité des membres du Conseil sont d'avis qu'il faudrait prévoir d'ores et déjà la période au terme de laquelle la parité devrait être atteinte avec fixation d'un pourcentage d'augmentation semestrielle des cotisations patronales. A cet égard il a été fait état d'une augmentation minimale de 0,5 % par semestre.

Les autres membres du Conseil en revanche estiment que l'augmentation des cotisations patronales ne devrait se faire qu'en fonction des seuls besoins financiers réels des caisses.

Les uns et les autres sont cependant conscients qu'en fait les deux propositions ci-dessus ne diffèrent que pour autant qu'il existe un décalage entre les pourcentages avancés et l'évolution réelle des dépenses des caisses.

- Au moyen de ces propositions qu'il considère comme faisant un tout indissociable, le Conseil Economique et Social pense avoir fourni une solution valable au problème urgent du financement des caisses de maladie.

## 5. L'organisation des caisses de maladie

Après avoir

- délimité sa mission,
- examiné l'origine de la situation alarmante actuelle des caisses de maladie,
- analysé la structure d'une assurance-maladie adaptée aux données nouvelles du double point de vue
  - . de ses prestations et
  - . de son financement,

les membres du Conseil Economique et Social précisent dans le présent chapitre leurs vues sur l'organisation future des caisses de maladie

- quant au problème de la multiplicité des caisses,
- quant à la nouvelle structure et à la délimitation des compétences des organes-directeurs des caisses de maladie et
- quant aux relations de ces caisses avec les fournisseurs.

### 51. Le problème de la multiplicité des caisses

Dans la partie introductive de cet avis ce problème a déjà été abordé.

En effet, en raison du but que le Conseil Economique et Social s'est fixé, et qui est de se limiter, du moins dans cet avis, aux propositions et aux mesures qu'il y aurait lieu de prendre d'urgence, afin de trouver les solutions appropriées à un règlement immédiat de la situation financière précaire de certaines caisses de maladie, le problème sous rubrique s'est révélé trop vaste et trop complexe pour être traité de façon exhaustive dans le présent avis.

Un premier échange de vues a d'ailleurs fait ressortir, contrairement à tous les autres problèmes discutés, que les prises de position différaient sensiblement sur ce point précis.

Les solutions examinées étaient les suivantes :

- la fusion de tous les régimes d'assurance-maladie par une option politique directe,
- la fusion des seules caisses de maladie des ouvriers,
- la fusion à réaliser par étapes, après un examen détaillé de la situation spécifique des différentes caisses.

Afin de ne pas retarder la transmission du présent avis aux autorités gouvernementales, les membres du Conseil Economique et Social préfèrent consacrer ultérieurement un avis spécifique à cette question d'organisation de l'assurance.

52. La nouvelle structure et la délimitation des compétences des organes-directeurs des caisses de maladie

Les propositions précises formulées dans les chapitres précédents ont amené les membres du Conseil Economique et Social à analyser les problèmes sous rubrique d'un triple point de vue.

- Dans quelle mesure une modification de la composition des organes-directeurs s'impose-t-elle si l'on préconise l'introduction du principe de la parité des cotisations des caisses de maladie ?

- Dans quelle mesure le recours à la solidarité générale, par l'intermédiaire de l'Etat, pose-t-il la question de la représentation et des pouvoirs de l'Etat au sein de ces organes ?
- Dans quelle mesure l'uniformisation des prestations implique-t-elle une limitation des compétences des organes des caisses de maladie ?

521. La modification de la composition des organes-directeurs des caisses de maladie

Le Conseil Economique et Social a estimé que pour les besoins de la fixation de la composition des organes-directeurs des caisses de maladie, il ne fallait pas s'inspirer uniquement de la structure du financement de celles-ci, mais assurer plutôt une représentation adéquate de ceux qui sont intéressés à leur sort. Aussi s'est-il prononcé pour l'abolition de l'actuelle composition aux termes de laquelle les assurés sont représentés à raison de 2/3 et les employeurs à raison de 1/3. Il propose au contraire la représentation paritaire de chacun des 2 groupes.

Pour le même motif le Conseil Economique et Social propose d'abroger la règle de la double majorité et d'y substituer celle de la majorité absolue pour les décisions à prendre.

522. La représentation de l'Etat au sein des organes-directeurs des caisses de maladie

La proclamation du principe qu'il ne faut pas faire assumer par les collectivités restreintes que représentent les caisses de maladie des risques et des charges dont on se demande s'ils ne relèvent pas d'une solidarité plus large, notamment celle de la solidarité nationale, c'est-à-dire de l'Etat, a amené les membres du Conseil Economique et Social à prévoir également la

participation de ce dernier aux décisions des organes-directeurs des caisses.

Cette représentation pourrait se faire de deux façons :

- par un président, fonctionnaire de l'Etat, avec des attributions analogues à celles du président des caisses de pension des salariés;
- par la nomination d'un commissaire du Gouvernement, ayant voix délibérative, renforcée du droit de suspendre les décisions d'après le modèle de l'article 128 du Code des Assurances Sociales.

Cette dernière solution est retenue par le Conseil Economique et Social.

523. La limitation des compétences des organes des caisses de maladie

- La compétence des organes-directeurs des caisses de maladie se limiterait dorénavant à la gestion courante.

- La fixation initiale des taux de cotisations pour les différentes caisses, ainsi que des prestations, sera du domaine de la loi, tout changement ultérieur pouvant être abandonné à un règlement d'administration publique. Les organes-directeurs des caisses devront cependant conserver un droit de consultation préalable.

En résumé, la situation se présenterait comme suit :

Les organes des caisses seraient à composer de représentants des assurés et des employeurs en nombre égal ainsi que d'un commissaire représentant le Gouvernement. Leur compétence serait celle d'un organe de gestion, les questions importantes relevant du domaine de la loi ou de mesures d'ordre réglementaire.

53. Les relations des caisses de maladie avec les fournisseurs

Le Conseil Economique et Social a analysé cette question sous un double point de vue :

- examen critique des relations avec les fournisseurs d'après la législation existante,
- la participation de ces fournisseurs aux travaux des organes-directeurs.

531. Les relations avec les fournisseurs d'après la législation existante

Les membres du Conseil Economique et Social ont estimé que la législation en vigueur, définie par l'article 308 bis du Code des Assurances Sociales, constituait un compromis valable des différents intérêts en présence.

Il fut cependant relevé que les diverses procédures prévues par l'article 308 bis devraient trouver une exécution plus rationnelle et plus rapide. Ce but serait atteint si les organes mandatés par les parties étaient munis d'un pouvoir de décision immédiate.

En outre, la mise à jour de la nomenclature, souvent retardée par les lenteurs administratives au niveau du Gouvernement, en raison de la multiplicité des organes compétents en la matière, devra être confiée dorénavant aux partenaires concernés avec le concours d'experts.

De plus l'adaptation régulière des conventions collectives et des sentences devrait pouvoir être faite par des commissions à instituer par les instruments juridiques susdits.

532. La participation des fournisseurs aux travaux des  
organes-directeurs

Les modalités suivantes pouvaient être envisagées :

- représentant avec droit de vote;
- observateur permanent avec voix consultative;
- organe de concertation et de consultation périodique pour les questions d'intérêt commun;
- refus d'une quelconque participation.

Les membres du Conseil Economique et Social se sont ralliés à la troisième solution, celle prévoyant une consultation périodique des fournisseurs pour les questions qui les concernent, cette méthode réunissant sans aucun doute les meilleures prémisses en vue d'une collaboration étroite et efficace.

6. Résumé récapitulatif des principales mesures envisagées

61. En matière de prestations

- maintien de la notion "d'assurance" comme principe de base;
- élimination en matière d'assurance-maladie des prestations étrangères à son objet proprement dit. Sont visés :
  - . les indemnités funéraires,
  - . les forfaits pour accouchements;
- révision du mode de calcul forfaitaire des indemnités pécuniaires payées au titre de perte de salaire en cas d'absence pour maladie ou pour maternité;
- limitation du principe de la participation proportionnelle des assurés au coût des prestations en nature dont la valeur thérapeutique est plutôt discutable, et qui risquent de faire l'objet d'abus. Sont visés :



- . les suppléments d'honoraires médicaux engendrés par les premières visites à domicile,
  - . les frais pharmaceutiques pour des prescriptions de nature bénigne,
  - . les frais d'hospitalisation de crédirentiers sans charges de famille;
- introduction généralisée d'une franchise non remboursable pour la prise en charge du petit risque par les assurés;
- . la franchise n'est applicable qu'aux prestations pour lesquelles ne joue pas le système du tiers payant,
  - . la franchise ne sera pas appliquée à l'occasion du recours à des mesures de médecine préventive,
  - . la franchise peut être abolie en tout ou en partie pour les assurés qui suivent les recommandations des caisses de maladie en matière de médecine préventive;
- fixation de la franchise (avec plafond) à un pourcentage du revenu des assurés;
- extension de la prise en charge par les caisses des cas de maladies graves;
- incorporation des moyens de la médecine préventive dans le champ d'application de l'assurance-maladie;
- centralisation au sein des caisses de maladie de l'ensemble des données d'ordre médical concernant les différents assurés, le tout évidemment avec maintien du secret médical;
- maintien du principe qu'en matière de prestations, il ne convient pas de faire de discrimination, ni d'après la catégorie des assurés (actifs ou crédirentiers), ni d'après l'origine de l'affection (à l'exclusion des accidents de travail et des maladies professionnelles).

62. En matière de financement

- maintien du financement des caisses par le moyen des cotisations (minima et maxima);
- fixation du plafond cotisable au quadruple de la base cotisable minimum;
- introduction du principe de la parité en matière de cotisation;
- mesures à prendre par l'Etat pour garantir le financement des risques et des charges dépassant la solidarité restreinte réalisée dans le cadre des différentes caisses.

63. En matière d'organisation

- Ajournement de la discussion en ce qui concerne les problèmes de la fusion des différents régimes ou de la création éventuelle d'un type d'organisation nouveau, après un examen détaillé de la situation spécifique des différentes caisses (avis à part);
- représentation paritaire des intéressés au sein des organes-directeurs;
- nomination d'un commissaire du Gouvernement ayant droit de vote;
- limitation de la compétence des organes-directeurs à la gestion courante;
- fixation initiale des taux de cotisation et des prestations par la loi, tout changement ultérieur pouvant se faire par règlement d'administration publique, les organes-directeurs entendus;
- constat que les relations avec les fournisseurs suivant la législation existante constituent un compromis valable mais,
  - amélioration indispensable de la législation en ce qui concerne l'exécution, la mise à jour de la nomenclature et l'adaptation des sentences et des conventions collectives;

- participation des fournisseurs aux travaux des organes-directeurs grâce à des consultations périodiques pour les questions qui les concernent.

#### 7. Conclusion générale

Le Conseil Economique et Social estime avoir dégagé ci-dessus des lignes directrices suffisamment précises et exhaustives pour permettre au législateur d'asseoir la solution du problème sur une base nouvelle constituant un compromis valable entre les différents intérêts en cause.

Le Secrétaire Général

Le Président

Jean Moulin

Gustave Stoltz