



CES/SANTE (92)

**APPRECIATION DU PROJET DE LOI
AMENDE PORTANT REFORME DE
L'ASSURANCE-MALADIE ET DU
SECTEUR DE LA SANTE**

AVIS

Luxembourg, le 10 avril 1992

SOMMAIRE

	Page:
1. LES ANTECEDENTS	1
2. L'APPROCHE DU CES	2
3. L'ANALYSE DU PROJET DE LOI AMENDE A LA LUMIERE DES PROPOSITIONS EMISES PAR LE CES	2
4. L'EXAMEN DES PRISES DE POSITION DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET L'APPRECIATION DU CES	6
41. Les points de convergence	6
42. Les points de divergence	10
421. Le système du tiers payant	10
422. La participation des assurés	10
423. La fixation du taux de cotisation	11
424. Le budget prévisionnel et les paramètres d'adaptation	12
425. La structure administrative de l'Union des caisses de maladie	13
426. La quadripartite	14
5. L'EXAMEN DE LA QUESTION DE LA RESTRUCTURATION DES SOURCES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE	15

1. LES ANTECEDENTS

Suite à la demande exprimée par le CES dans son avis du 27 mars 1990 sur l'évolution économique, financière et sociale du pays, le Premier Ministre, par lettre du 13 avril 1990, avait annoncé une saisine gouvernementale au sujet des problèmes liés au financement de l'assurance-maladie.

En lui transmettant pour avis en date du 5 juin 1990 le document d'orientation du Gouvernement ayant trait à la réforme du secteur de la santé, Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale concrétisait peu après cette saisine.

Partant du constat que c'est le coût de la santé et son évolution qui posent problème et ceci en quelque sorte indépendamment du mode de financement retenu en matière d'assurance-maladie, le CES avait opté dès le départ pour une approche en deux étapes par rapport à la saisine gouvernementale sous rubrique:

- une prise de position ponctuelle - qui a fait l'objet d'un avis intérimaire datant du 12 juillet 1990 - et dans laquelle le CES s'est prononcé sur les orientations générales que le Gouvernement entendait adopter à brève échéance en matière d'organisation et de coût de la santé;
- un avis de fond concernant la nécessité d'une réforme structurelle du secteur de la santé, avis que le CES se proposait de finaliser avant la fin du premier semestre 1991.

Par lettre du 8 avril 1991, le Premier Ministre a saisi le CES pour avis sur le projet de loi portant réforme de l'assurance-maladie et du secteur de la santé, en y précisant qu'à la fin de l'année 1991 le déficit cumulé des caisses de maladie serait de l'ordre de deux milliards de francs et que cette situation financière ne pourrait être redressée que par des mesures d'organisation financière et administrative à court terme.

- Par lettre du 29 mai 1991, le CES avait communiqué à Monsieur le Premier Ministre l'approche qu'il entendait adopter par rapport à cette nouvelle saisine.
- Quant au fond, l'analyse de l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au coût de la santé serait poursuivie dans la continuité de l'approche définie antérieurement, en y englobant les aspects soulevés par la réforme proposée par le Gouvernement en matière d'assurance-maladie.
- Quant à la procédure et compte tenu du fait que les Chambres professionnelles avaient été saisies en parallèle au sujet de ce même projet de loi, le CES avait précisé que dans l'hypothèse d'avis fondamentalement divergents, il envisageait d'émettre un avis unique et coordonné.

L'analyse des avis émis par les Chambres professionnelles au courant de la deuxième moitié de l'année 1991 a amené le CES à procéder à l'élaboration d'un tel avis unique et coordonné. Ce pas lui semble d'autant plus justifié qu'en novembre 1991 le Gouvernement a jugé opportun d'apporter des amendements de substance à son projet initial, alors que les prises de position des Chambres professionnelles, à l'exception de celle de la Chambre des Employés Privés et d'un deuxième avis de la part de la Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics et de la Chambre de Travail, portaient toutes sur le projet de loi initial.

Dans cet imbroglio procédural et compte tenu de la détérioration progressive du climat social dans lequel ont glissé les débats, le CES a estimé que de par les missions lui confiées par le législateur, il se devait d'apporter une contribution qui soit inspirée par le souci du dialogue et du compromis.

2. L'APPROCHE DU CES

Le CES entend d'abord analyser le projet de loi amendé tant par rapport aux propositions qu'il a émises lui-même dans ses avis antérieurs cités ci-avant que par rapport aux propositions et critiques contenues dans les avis des Chambres professionnelles. Il se propose ensuite de revoir en détail l'aspect particulier du réaménagement des sources de financement de l'assurance-maladie tel que ce problème est posé dans le projet de loi sous avis.

Le CES a pensé devoir se borner 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 en discussion.

Le CES, conformément à sa mission prévue à l'article 2 point 3 de la loi modifiée du 21 mars 1966 portant institution d'un Conseil économique et social, entend esquisser des voies de compromis en ce qui concerne les principaux points de divergence subsistants, sans préjuger pour autant de son avis de fond sur l'organisation et le coût de la santé.

3. L'ANALYSE DU PROJET DE LOI AMENDE A LA LUMIERE DES PROPOSITIONS EMISES PAR LE CES

- Dans son avis du 27 mars 1990, le CES avait constaté qu'une part croissante des ressources nationales est absorbée par le financement de notre système de santé, sans que la moindre mesure de prise en main de cette évolution se soit concrétisée. S'il est vrai que les mesures d'assainissement décidées en 1982 avaient permis d'équilibrer passagèrement la situation financière de l'ensemble des caisses de maladie et de freiner à court terme la progression de la participation de l'Etat, force est de constater

que la progression des dépenses présente de nouveau une évolution extrêmement dynamique et que la participation de l'Etat connaît une véritable explosion.

Dans ce contexte, il importe de relever que ces mesures d'assainissement faisaient partie d'un ensemble de propositions élaborées par les partenaires sociaux. Les changements structurels nécessaires pour la mise en oeuvre de cet ensemble - évolution et contrôle administratif des dépenses des caisses - n'ont cependant pas été mis en place par le Gouvernement.

Ainsi, entre 1982 (dernière année précédant les mesures d'assainissement) et 1990, la participation de l'Etat dans les prestations en nature s'est accrue en valeur réelle de 77%, alors que les cotisations des assurés et des employeurs se sont accrues de respectivement 50% et 54%.

Si l'évolution des recettes en cotisations résulte principalement de celle de la masse des rémunérations et pensions cotisables - et donc du nombre d'assurés et du niveau moyen de leurs revenus - cette évolution n'a été influencée au cours de cette période que par deux mesures législatives, à savoir le relèvement du taux de cotisation uniforme de 4,5% à 4,7% et la refixation du plafond cotisable du quadruple au quintuple du salaire social minimum.

En revanche, le caractère extrêmement dynamique de la participation de l'Etat repose essentiellement sur la couverture intégrale du déficit résultant de la différence entre les prestations pour pensionnés et les recettes en cotisations de ceux-ci, sachant que le taux de cotisation applicable aux pensionnés est le même que celui appliqué aux assurés actifs et destiné uniquement à couvrir les prestations des assurés actifs. Il en résulte que la consommation de soins de santé des pensionnés n'a aucune influence sur le taux de cotisation leur appliqué, la croissance plus rapide des dépenses pour les pensionnés que pour les actifs est donc à l'origine de la croissance plus rapide de la participation de l'Etat, qui n'est soumise à aucune régulation.

– Le CES avait annoncé sa disponibilité d'analyser à fond la question de l'organisation et du coût de la santé, mais il avait estimé que, dans l'attente de cette réforme structurelle, il était indispensable de procéder à un rééquilibrage de la situation financière des caisses de maladie et d'arriver à une meilleure maîtrise des contributions de l'Etat. A cet effet, le CES avait proposé dans ses avis du 27 mars et du 12 juillet 1990 des mesures concrètes à court terme consistant notamment dans:

- la lutte contre les gaspillages et les abus;
- la négociation des tarifs médicaux dans le cadre d'une enveloppe globale;
- une comparaison des tarifs médicaux à ceux pratiqués à l'étranger, suivie des adaptations requises;
- l'établissement des listes de transparence pour les médicaments;
- la tarification forfaitaire des frais pharmaceutiques dans les hôpitaux;
- une réduction des tarifs des analyses de laboratoire, tenant compte de l'évolution technique dans le domaine des analyses;

- l'introduction d'un nouveau mode de tarification dans les hôpitaux basé sur une meilleure transparence des coûts et sur leur remboursement forfaitaire;
- une utilisation plus efficiente des moyens actuels à la disposition des caisses de maladie, ceci afin d'éliminer les pratiques illicites, les abus et les prestations étrangères à l'assurance-maladie-maternité;
- l'introduction des feuilles de soins avec élaboration de profils d'activité des médecins et de profils de consommation des assurés;
- une redéfinition du rôle et du fonctionnement du comité central de l'Union des caisses de maladie dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une plus grande souplesse décisionnelles et une dotation adéquate de ce comité en personnel et en équipement;
- l'adaptation des statuts en matière de présentation du premier certificat médical et de la durée maximale de ce premier certificat;
- l'absorption du déficit cumulé des caisses de maladie par un versement unique à charge du budget de l'Etat;
- le report dans le temps de toute mesure d'ordre structurel, notamment en matière de participation des pouvoirs publics au financement de l'assurance-maladie.

Cette démarche était conforme à l'optique du CES à savoir, qu'avant de créer des recettes nouvelles, il fallait utiliser prioritairement les moyens actuels à la disposition des caisses de maladie d'une manière aussi efficiente que possible en vue de la compression des dépenses par le biais d'une tarification objective, d'une médication utile et économique et de l'élimination des abus et des doubles emplois.

- Force est de constater que le projet de loi amendé fait des propositions concernant la plupart des mesures avancées par le CES, sauf en ce qui concerne les deux points cités en dernier et ayant trait au mode de financement de l'assurance-maladie, que le CES énumère sans prendre position dans le présent chapitre (voir sous 4).
- En matière de lutte contre les gaspillages et les abus pesant sur la demande de soins de santé, l'article 23, alinéa 2 du projet de loi permettrait à l'Union des caisses de maladie de prévoir dans leurs statuts, à titre de sanctions, des participations plus élevées ou le refus de la prise en charge de prestations à l'égard d'assurés dont la consommation est considérée comme abusive d'après des normes établies par les statuts, sur avis du contrôle médical de la sécurité sociale.
- Concernant l'adaptation des tarifs médicaux, le projet initial avait proposé un système de régulation des dépenses visant à négocier l'adaptation des tarifs en fonction de certains paramètres déterminant la demande de soins médicaux. Les amendements au projet de loi (article 67) ont pour objet de faire dépendre l'introduction d'un tel système de régulation des résultats d'une action concertée à mener dans le cadre d'une quadripartite, cela notamment en vue de favoriser l'auto-régulation par le corps médical.
- L'article 65 prévoit l'introduction d'une nouvelle nomenclature des actes médicaux, qui, selon l'exposé des motifs, devrait s'orienter d'après la nomenclature française et qui adapterait, en conséquence, la hiérarchie des tarifs.

- L'établissement de listes de transparence par le Ministère de la Santé est prévu à l'article XV sub 2) du projet, la prise en charge en raison de prix maxima pour des groupes de médicaments à valeur thérapeutique comparable devant être fixée par règlement grand-ducal.
- En ce qui concerne la tarification forfaitaire dans les hôpitaux et la transparence accrue des coûts, le projet de loi prévoit la prise en charge des prestations hospitalières d'après des budgets individuels pour chaque hôpital, selon une convention écrite, à conclure entre l'Union des caisses de maladie et le Groupement des hôpitaux représentatif (articles 74 à 79).
- Quant à la réduction des tarifs des analyses de laboratoire, elle serait réalisée au moyen d'une suspension de l'adaptation indiciaire de ces tarifs pour une période de deux années (article XXI sub 3).
- En matière de feuilles de soins, le projet de loi (article 64) prévoit que ces feuilles devraient obligatoirement être déterminées par des conventions à conclure entre l'Union des caisses de maladie et l'association des médecins et médecins-dentistes.
- Une commission de surveillance, composée du Directeur du contrôle médical de la Sécurité sociale, de deux représentants désignés par le Conseil d'administration de l'UCM et de deux représentants des Groupements signataires des conventions serait compétente pour émettre des directives en matière d'établissement de profils et de constater une déviation injustifiée de l'activité professionnelle des prestataires de soins par rapport à des profils, à établir par le contrôle médical de la sécurité sociale, auquel cas le Conseil arbitral des assurances sociales pourrait prononcer des sanctions à l'encontre du prestataire.
- L'Union des caisses de maladie se verrait dotée d'un cadre de personnel propre, ce qui lui permettrait de renforcer sensiblement ses effectifs, notamment en ce qui concerne la carrière supérieure. Ce renforcement du personnel et la création de services administratifs centraux, tel un service juridique, un service des relations avec les prestataires de soins et un service financier et statistique, devraient permettre aux partenaires sociaux représentés dans l'Union des caisses de maladie d'accroître l'efficacité de leur gestion.
- Finalement et sur le plan des prestations en espèces, le nouvel article 11 permettrait de fixer dans les statuts les formes et délais des déclarations de l'incapacité de travail.

4. L'EXAMEN DES PRISES DE POSITION DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES ET L'APPRECIATION DU CES

Au-delà de ces priorités établies par le CES et au-delà de la question de la réforme du financement, le projet de loi propose une réforme complète du livre premier du code des assurances sociales. Sans vouloir s'attarder sur la présentation de cette réforme d'ensemble, le CES voudrait analyser les prises de position des différentes Chambres professionnelles par rapport à ce projet et définir ses propres vues en la matière.

41. Les points de convergence

Les principaux points de convergence se résument, en fait, aux éléments suivants:

- Toutes les Chambres professionnelles, à l'exception de la Chambre d'Agriculture qui ne prend pas position sur ce point, se prononcent pour le maintien du système de financement actuel, à savoir notamment le remboursement, par l'Etat, des prestations dues au titre des articles 67 et 68 du code des assurances sociales et s'opposent, par conséquent, à l'introduction d'une participation de l'Etat, exprimée en pourcentage fixe du total des recettes en cotisations. A titre subsidiaire, la Chambre de Travail estime qu'en cas de changement du mode de financement, la présidence du conseil d'administration devrait être exercée alternativement par la représentation des assurés et par celle des employeurs. Comme annoncé au chapitre 3, le CES analysera en détail le problème des sources de financement dans la dernière partie du présent avis.
- De même, toutes les Chambres professionnelles approuvent l'introduction, et des profils d'activité des médecins, et des profils de consommation des assurés.

Le CES ne peut qu'appuyer ces propositions, qu'il a formulées lui-même à maintes reprises, mais il voudrait insister également sur le fait que pour pouvoir combattre efficacement les abus, les instruments de gestion proposés dans le projet de loi devraient être affinés et complétés afin de pouvoir devenir opérationnels dans un cadre légal adéquat avec un encadrement approprié en personnel et en équipement.

- Le principe du financement des hôpitaux au moyen de budgets individuels a été approuvé par l'ensemble des Chambres professionnelles, ainsi que par l'entente des hôpitaux luxembourgeois, même si des réserves plus ou moins importantes, voire des préalables concernant l'application pratique et les possibilités de réaliser des économies, ont été formulées.

Tout en se prononçant en faveur du principe, le CES est d'avis que l'introduction de la budgétisation devrait être suspendue aussi longtemps que deux préalables ne seraient pas réalisés, à savoir: l'application généralisée et uniforme du plan comptable hospitalier existant et l'établissement d'un plan hospitalier opérationnel.

Par ailleurs, la budgétisation, telle qu'elle est prévue dans le projet de loi, devrait être suivie logiquement par l'établissement de relations prestations/coûts qui, finalement, conduira à une gestion rationnelle et efficace des établissements concernés, but visé par les auteurs du projet de loi.

Dans ce même contexte, le CES se prononce, d'un côté, pour l'autonomie contractuelle des partenaires sociaux en matière de négociation des conventions collectives de travail et, d'un autre côté, pour la même autonomie contractuelle entre les gestionnaires de l'assurance-maladie et les fournisseurs des soins de santé.

- Enfin, l'ensemble des Chambres professionnelles se prononce pour une autonomie accrue des partenaires sociaux dans la gestion de l'assurance-maladie.

Pour apprécier si le projet de loi aurait effectivement pour effet d'accroître l'autonomie des partenaires sociaux, il y a lieu d'analyser les interventions des pouvoirs publics dans la gestion de l'assurance-maladie et de les comparer avec celles dans la situation actuelle.

- C'est l'article 59 qui définit la surveillance de l'Etat en disposant que les institutions seront soumises à la haute surveillance du Ministre de la sécurité sociale, cette surveillance s'exerçant par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale. Cette surveillance concernerait l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi que la régularité des opérations financières. Les décisions de l'autorité de surveillance n'auraient qu'un effet suspensif et devraient être confirmées par le Ministre de la sécurité sociale, auquel cas serait ouvert un recours en pleine juridiction devant le Conseil d'Etat. Ce mécanisme s'inspire, dans une large mesure, des dispositions applicables en matière de tutelle administrative des communes.

En dehors de cette surveillance générale, applicable également dans les autres branches de la sécurité sociale, il faut analyser l'intervention des pouvoirs publics dans trois domaines, à savoir les prestations, la gestion et les relations avec les fournisseurs.

Dans ce contexte, la majorité du CES regrette que l'administration concernée ne soit pas mise en mesure de se doter d'un personnel spécialisé et bénéficiant d'un statut adapté aux besoins de cette administration.

- Actuellement, les prestations sont déterminées par règlement grand-ducal. Le présent projet prévoit que cette détermination se ferait, pour autant qu'elle ne figure pas dans la loi, par les statuts à établir par l'assemblée générale. Ces statuts devraient être approuvés par le Ministre de la sécurité sociale. L'autonomie de l'Union des caisses de maladie serait ainsi renforcée, dans la mesure où le Ministre n'aurait qu'un droit d'approbation, mais non de décision, comme c'est le cas à l'heure actuelle. De même, l'inscription dans la loi de taux de prise en charge minima par l'assurance-maladie aurait pour contrepartie que ces taux de prise en charge seraient définis, à l'avenir, au niveau des statuts et non plus dans un règlement grand-ducal.

- Pour ce qui est du financement et de la gestion de l'assurance-maladie, l'intervention de l'Etat se limiterait à l'approbation des décisions de l'assemblée générale en ce qui concerne le budget global annuel, la refixation du taux de cotisation et l'arrêté du décompte annuel global. Dans ce même ordre d'idées, les frais d'administration des institutions ne seraient plus soumises à la procédure d'établissement du budget de l'Etat, mais l'approbation de ces frais d'administration et le contrôle de leur opportunité auraient lieu en même temps que l'approbation du budget annuel global. En contrepartie de la non-application de la procédure d'établissement du budget de l'Etat, l'approbation du Ministre des finances serait requise.

Si le CES peut marquer son accord avec cette simplification de la procédure d'établissement des frais d'administration, notamment en raison de l'autonomie accrue qui en résulte pour l'Union des caisses de maladie, dans la mesure où ces frais ne seraient plus soumis au carcan rigide des règles de la comptabilité de l'Etat, il considère cependant que le texte actuel de l'article 47 est trop imprécis en ce qui concerne l'objet de cette double approbation ministérielle.

D'aucuns ont interprété cette approbation comme un véritable droit de véto. Le CES est d'avis que cette approbation devrait concerner, en premier lieu, la conformité de ce budget avec les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles et notamment le fait que le budget doit être en équilibre. En deuxième lieu, elle devrait concerner le caractère réaliste des prévisions en matière de dépenses et de recettes. Finalement, quant aux frais administratifs à engager par l'UCM, celle-ci devrait pouvoir décider, en toute autonomie, des engagements y relatifs.

Afin d'éliminer toute ambiguïté à cet égard, le CES estime que l'objet de cette approbation devrait figurer clairement dans l'article 47, de même que la procédure à appliquer en cas de non approbation de ce budget par les Ministres concernés.

- Les relations avec les fournisseurs seraient définies par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales. Sous réserve de certaines prescriptions relatives aux éléments devant nécessairement figurer dans ces conventions, celles-ci seraient négociées librement entre l'Union des caisses de maladie et les Groupements professionnels représentatifs. Sauf en ce qui concerne la représentation de l'Etat dans l'Union des caisses de maladie par le président de celle-ci, le projet de loi ne confère aucune possibilité à l'Etat d'intervenir dans ces négociations. Ces conventions seraient soumises au contrôle du Ministre de la sécurité sociale, uniquement pour la constatation de leur conformité aux dispositions légales et réglementaires. Il est vrai que ces négociations seraient partiellement déterminées, et par une limite supérieure d'adaptation tarifaire, et par la hiérarchisation des actes effectuée dans le cadre de la Commission de nomenclature.
- Pour l'adaptation des lettres-clés, le projet de loi prévoit une limite supérieure à cette adaptation et se réserve la possibilité d'introduire un mécanisme de régulation flexible par règlement grand-ducal au terme de la concertation prévue dans le cadre de la quadripartite.

S'il est vrai que les coefficients des actes, services professionnels et prothèses seraient à l'avenir arrêtés conjointement par le Ministre de la sécurité sociale et le Ministre de la santé sur la base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature, cette solution a été approuvée par les différentes Chambres professionnelles, dans la mesure où l'Union des caisses de maladie et les Groupements professionnels des fournisseurs sont représentés dans cette Commission.

Une majorité du CES est d'avis que l'activité de cette Commission devrait se limiter à la description et à l'inscription des actes dans les nomenclatures respectives. La hiérarchisation des actes entre eux serait, dès lors, du domaine des négociations tarifaires entre l'assurance-maladie et ses fournisseurs.

- Par ailleurs, le nouvel article 13 de la loi du 29 août 1976 portant planification et organisation hospitalière prévoit l'institution d'une commission permanente pour le secteur hospitalier dans laquelle l'Union des caisses de maladie serait représentée par un délégué des assurés et un délégué des employeurs. Dans la mesure où une part importante des dépenses à prendre en charge par l'assurance-maladie résulte des décisions prises en matière de planification hospitalière et des normes d'aménagement et d'organisation générale des établissements hospitaliers, le CES est d'avis de suspendre toute mesure d'envergure en matière d'investissement dans l'équipement hospitalier avant qu'une concertation préalable n'ait pu avoir lieu dans le cadre de cette commission permanente.

Dans ce contexte, le CES est d'avis qu'en matière de planification une simple consultation des gestionnaires de l'assurance-maladie et des fournisseurs, telle qu'elle est prévue dans la loi, ne répond pas aux exigences d'une gestion saine et efficace. Aussi demande-t-il une refonte des lois et règlements concernant la planification hospitalière dans le but d'imposer une responsabilité commune à l'Etat et aux parties directement impliquées.

Par ailleurs, cette responsabilité devrait également jouer en matière d'organisation de la médecine préventive.

Au-delà et en ce qui concerne le cadre général du financement du secteur de la santé, le CES demande au Gouvernement de s'engager à l'avenir à ne pas transférer, vers l'assurance-maladie, sur décision unilatérale, des charges reprises actuellement par le budget de l'Etat dans le secteur de la santé.

- En considérant l'ensemble de ces interventions de l'Etat et sous réserve de la prise en compte de toutes les remarques formulées, le CES se doit de constater que l'Union des caisses de maladie serait à l'avenir dotée d'une autonomie et d'une responsabilité largement supérieures à celles dont elle jouit actuellement. Il s'agit, en l'occurrence, d'une option qui va dans le sens d'une plus grande responsabilisation de tous les intervenants, voie itérativement préconisée par le CES.

42. Les points de divergence

En dehors de ces points de convergence, les avis des Chambres professionnelles font cependant état de divergences fondamentales.

421. Le système du tiers payant

- La Chambre de Travail et la Chambre des Employés Privés se prononcent inconditionnellement pour la généralisation du système du tiers payant. En revanche, l'association des médecins et médecins-dentistes s'oppose à la moindre extension du système du tiers payant, notamment en ce qui concerne les soins médicaux prestés aux malades hospitalisés. C'est d'ailleurs cette extension qui, du propre aveu de cette association, a motivé le rejet en bloc du projet de loi amendé. La Chambre des Métiers et la Chambre du Commerce sont d'accord avec le système du tiers payant pour les frais d'hospitalisation, les frais d'analyses de laboratoire et les frais de pharmacie, à condition que ces derniers fassent l'objet d'une communication sur support informatique permettant d'accroître la transparence en matière de consommation pharmaceutique. En revanche, elles se prononcent contre ce système pour les fournisseurs de soins auto-prescripteurs, sauf éventuellement pour les traitements en milieu hospitalier, qui donnent lieu à des tarifs et forfaits où toute possibilité d'abus est exclue.

Face à cette divergence de vues, le projet de loi retient une solution médiane, qui consiste à introduire le tiers payant pour l'ensemble des traitements et frais en milieu hospitalier, pour les frais d'analyses de laboratoire ainsi que pour les frais pharmaceutiques concernant des ordonnances dépassant un montant de 1.000 francs (nombre indice 100) pour les assurés autres que ceux affiliés aux caisses de maladie des ouvriers. Par ailleurs, le système du tiers payant serait maintenu pour l'ensemble des frais pharmaceutiques à charge des assurés ouvriers.

- Le CES estime que la loi devrait prévoir la possibilité d'introduire le tiers payant par voie conventionnelle, étant entendu que le principe de l'égalité de traitement ne devrait pas être mis en cause. Il appartiendrait à l'UCM et aux prestataires de soins de définir le champ d'application et les modalités d'exécution de ce mode de paiement.

Par ailleurs, dans le même ordre d'idées, une majorité du CES insiste à ce que la généralisation du carnet médical, revendiquée itérativement, soit enfin réalisée.

422. La participation des assurés

- La Chambre de Travail s'oppose formellement au principe d'une participation des assurés. La Chambre des Employés Privés constate que le projet de loi créerait des possibilités pour élargir la fourchette de la participation des assurés, alors que l'Etat limiterait son intervention à 40% des cotisations et que la loi figerait l'abattement

actuel sur les prix des produits pharmaceutiques à 5%. La Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics ne se prononce pas à ce sujet. La Chambre des Métiers et la Chambre de Commerce estiment que, dans le cadre d'une responsabilisation appropriée des assurés, une participation des assurés est indispensable. Aussi exigent-elles la fixation, par voie légale, de seuils minima de participation variables suivant la catégorie de soins de santé et modulables par les statuts selon la nature spécifique de la prestation. Les deux Chambres patronales font de cette proposition l'une des conditions essentielles pour pouvoir marquer leur accord au projet de loi.

- Face à cette opposition d'intérêts, le projet de loi n'entend pas modifier, dans un sens ou dans l'autre, le niveau de la participation des assurés. Toutefois, comme ces taux de participation sont actuellement fixés par règlement grand-ducal, la compétence pour fixer les taux de participation serait transférée à l'Union des caisses de maladie, transfert qui est motivé par le souci d'une plus grande autonomie des gestionnaires de l'assurance-maladie. Ce n'est que pour des raisons de normes internationales à respecter en matière de participation des assurés que le projet de loi prévoit de fixer des taux maxima de participation qui ne sauraient, en aucun cas, être dépassés.
- Le CES peut se rallier à cette façon de procéder, étant entendu cependant que les taux maxima ne sauraient être considérés comme des taux-objectifs.

423. La fixation du taux de cotisation

- Dans le cadre de l'autonomie de l'Union des caisses de maladie, l'établissement du budget annuel global de l'assurance-maladie nécessite la faculté d'équilibrer ce budget, soit par une action sur les dépenses (négociation avec les fournisseurs concernant l'évolution des dépenses, participation des assurés), soit par une action sur les recettes (refixation du taux de cotisation). Si la Chambre de Travail approuve la fixation du taux de cotisation par l'Union des caisses de maladie, elle s'oppose cependant à l'approbation des décisions y relatives par le Ministre de la sécurité sociale. Les Chambres patronales, en revanche, voudraient ramener l'intervention de l'Union des caisses de maladie au niveau d'une proposition de taux de cotisation nécessaires à soumettre au Ministre compétent, ces taux devant être arrêtés ensuite par règlement grand-ducal. Cette position est motivée par le fait que les cotisations ont un caractère légal et obligatoire.
- Le CES est d'avis que sous réserve des précisions à apporter à l'article 47 du projet de loi en ce qui concerne l'objet de l'approbation ministérielle y prévue, la décision de la refixation du taux de cotisation doit appartenir à l'assemblée générale, afin de lui permettre de présenter un budget en équilibre. En effet, si l'assemblée générale n'avait qu'un droit de proposition et si le Ministre de la sécurité sociale ne suivait pas cette proposition pour des raisons d'opportunité politique, l'équilibre du budget serait mis en cause et l'autonomie des partenaires sociaux serait gravement compromise.

Toutefois, le CES estime que le taux de cotisation, fixé par l'Assemblée générale, est à rendre obligatoire selon les règles à prévoir dans la loi.

424. Le budget prévisionnel et les paramètres d'adaptation

- Le CES a itérativement demandé l'introduction de mécanismes de régulation des dépenses qui incitent les fournisseurs à limiter le volume des prestations tout en garantissant un niveau approprié de la qualité des soins. Dans le projet de loi initial, le Gouvernement avait proposé un mécanisme de budget prévisionnel qui, combiné à l'introduction des coefficients de la nomenclature fixant la hiérarchie entre les actes et d'une lettre-clé servant à l'adaptation de l'ensemble des actes, devrait constituer un mécanisme de régulation des dépenses en matière de soins médicaux.
- Tandis que l'Association des médecins et médecins-dentistes s'est vigoureusement opposée à toute prise en considération du volume des actes médicaux prestés sans prise en compte du facteur de la démographie médicale et si elle a notamment récusé l'idée d'une enveloppe globale, la position des Chambres professionnelles est loin d'être uniforme.
- La Chambre de Travail ne se prononce ni sur le principe de la régulation des dépenses ni sur une éventuelle enveloppe globale. La Chambre des Employés Privés considère l'introduction d'un budget prévisionnel comme la meilleure solution. La Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics ne se prononce pas définitivement sur l'adéquation des budgets prévisionnels, mais elle fait état de sérieux doutes quant à l'efficacité de ce moyen de gestion par rapport aux objectifs poursuivis.
- Quant aux deux Chambres patronales, elles sont en principe d'accord avec les mécanismes de régulation des dépenses de santé. Elles estiment que ces mécanismes devraient cependant être mis en oeuvre sur une base conventionnelle et que la loi devrait se contenter d'énoncer le principe de la nécessité par les parties de prendre en considération des mécanismes visant à maîtriser l'évolution des dépenses.
- Entre-temps, l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale a procédé à une analyse détaillée du mode de fonctionnement des budgets prévisionnels et a mis en évidence certaines rigidités et notamment des difficultés pratiques d'application liées au caractère incertain de l'estimation de la plupart des paramètres intervenant dans le modèle et des rectifications postérieures qui, de ce fait, deviendraient inévitables. De cette analyse a résulté un modèle de régulation applicable ex post, qui peut être résumé comme suit.

A l'occasion de l'adaptation des tarifs d'une année donnée sur la base du revenu moyen cotisable des assurés actifs, cette adaptation peut être corrigée par un facteur qui résulte d'une négociation entre les parties intéressées ou, le cas échéant, d'une sentence arbitrale. Ce facteur de correction se base, d'une part, sur l'augmentation constatée du volume des actes médicaux et, d'autre part, sur des paramètres

quantifiables expliquant l'augmentation de la demande de soins de santé, à savoir le volume de la population couverte et la consommation moyenne par âge et par sexe. C'est la différence entre l'augmentation du volume des actes et la variation induite par l'ensemble des paramètres quantifiables qui constitue la part non expliquée de la croissance du volume des actes. C'est à l'intérieur de cette part non expliquée que la négociation entre parties contractantes devrait déterminer quelle est la part imputable à des facteurs justifiés, mais non quantifiables, et quelle est la part considérée comme injustifiée dans la croissance du volume des actes. C'est cette part, considérée comme non justifiée, qui constituerait le facteur de correction prémentionné.

- Dans ses amendements, le Gouvernement a renoncé, dans une première étape, à l'introduction d'un tel mécanisme de régulation afin de permettre au corps médical de procéder à une autorégulation des dépenses. Il s'est néanmoins laissé ouverte la possibilité d'introduire ce mécanisme de régulation par voie de règlement grand-ducal sur recommandation de la quadripartite.
- Si le CES peut être d'accord avec l'introduction d'un véritable mécanisme de régulation sur une base conventionnelle, il voudrait cependant attirer l'attention sur le fait que la simple inscription dans la loi du principe de la nécessaire prise en compte d'un mécanisme de régulation ne constitue pas un moyen contraignant pour son introduction effective.

Compte tenu des positions divergentes prises par les Chambres professionnelles, le CES marque son accord avec la période-test prévue dans le projet de loi pour donner toutes ses chances à une éventuelle autorégulation ou à l'introduction d'un mécanisme de régulation par voie conventionnelle. Ce ne serait qu'en cas d'échec des mesures prévues pour la période-test que l'opportunité de l'introduction d'un mécanisme de régulation par la voie légale ou réglementaire devrait être réexaminé dans le cadre de la quadripartite.

425. La structure administrative de l'Union des caisses de maladie

- Dans son avis annuel du 27 mars 1990, le CES s'était prononcé pour une redéfinition, dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une plus grande souplesse décisionnelles, du rôle et du fonctionnement du comité central de l'Union des caisses de maladie. En plus, la majorité du CES avait estimé que la fusion de toutes les caisses de maladie serait une approche optimale visant à rationaliser les moyens et à renforcer l'action, alors que d'autres membres étaient d'avis que le système actuel de gestion fractionnée, selon les différents statuts sociaux professionnels, aurait fait ses preuves.
- La solution proposée dans le projet de loi consiste dans une réorganisation de l'Union des caisses de maladie, combinée avec un transfert de compétences des différentes caisses de maladie au profit de l'Union des caisses de maladie. Cette

réorganisation comporterait notamment la création de services centraux (service juridique, service chargé de préparer les négociations avec les prestataires de soins, service comptable et statistique).

- La Chambre de Travail et les Chambres patronales se prononcent inconditionnellement pour la fusion des caisses de maladie. La Chambre des Employés Privés, quant à elle, a relevé que la restructuration administrative proposée se caractérise par une complexité accrue ne facilitant pas une gestion moderne, rationnelle et efficace. Pour cela, elle a plaidé en faveur de l'élaboration de structures administratives qui soient mieux adaptées et qui offrent un service optimal aux assurés. La Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics et la Chambre d'Agriculture s'opposent formellement à la nouvelle structure organisationnelle prévue dans le projet de loi. Le seul point commun auquel souscrivent toutes les Chambres professionnelles consiste dans la nécessité d'un renforcement des structures de l'actuel comité-central de l'Union des caisses de maladie.
- Face aux positions très strictes prises par les différentes Chambres professionnelles, le CES n'a pas été à même de formuler une position unanime intermédiaire entre la fusion des caisses de maladie et le maintien de la situation actuelle avec un comité central renforcé.
- La majorité du CES juge insuffisante la solution inhérente au projet de loi visant à maintenir la possibilité d'une fusion sur une base volontaire des caisses de maladie des salariés et des caisses de maladie des indépendants et demande de fusionner toutes ces caisses.
- Une minorité du CES, tout en souhaitant un renforcement du personnel de l'Union des caisses de maladie pour mieux exécuter les travaux qui lui incombent, demande le maintien intégral des structures actuelles de l'assurance-maladie, y compris le patrimoine qui, selon elle, suffit parfaitement pour atteindre le but visé, c'est-à-dire, l'assainissement de l'assurance-maladie et qui permet, en outre, la meilleure représentation de tous les groupes socio-professionnels dans les organes directeurs de l'Union des caisses de maladie. Aussi s'oppose-t-elle à tout changement en la matière.

426. La quadripartite

- Les amendements gouvernementaux au projet de loi déposés le 12 novembre 1991, prévoient l'institution d'une "action concertée" entre les membres du Gouvernement concernés, les représentants des employeurs et des salariés ainsi que ceux des prestataires. Cette quadripartite, qui devrait se réunir au moins tous les trois ans et chaque fois qu'un relèvement du taux de cotisation est imminent, aurait pour mission d'examiner l'évolution des dépenses de soins de santé et de proposer des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire pour améliorer l'efficacité du système de santé.

- Parmi les Chambres professionnelles, seules la Chambre des Employés Privés et la Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics se sont prononcées en ce qui concerne cette quadripartite. La Chambre des Employés Privés approuve l'institution d'une telle quadripartite, notamment en vue de contrebalancer l'influence directe et décisive de l'Etat sur les décisions prises dans le cadre de l'Union des caisses de maladie et en matière de planification hospitalière. En revanche, la Chambre des Fonctionnaires et Employés Publics s'oppose à l'instauration du groupe quadripartite pour des raisons institutionnelles de transparence et de clarté. Elle estime que cette quadripartite devrait siéger par la force des choses en permanence en raison de l'absence de mécanismes capables de freiner l'explosion des coûts et que le rôle de la future Union des caisses de maladie serait réduit considérablement.
- Le CES constate qu'au cours de la dernière décennie, une concertation entre Gouvernement, représentants des salariés, des employeurs et des prestataires a existé sous diverses formes (tables rondes), bien que n'étant pas institutionnalisée. Aussi considère-t-il qu'une telle quadripartite a une utilité certaine en tant qu'instrument de concertation. La convocation de la quadripartite ne lui semble pas opportune lors de l'imminence de chaque relèvement du taux de cotisation. En revanche, elle devrait examiner périodiquement l'évolution de l'organisation et du coût des dépenses des soins et faire des propositions afin d'améliorer l'efficacité du système de santé. Il ne saurait, dès lors, être question de lui conférer un droit d'initiative en matière de proposition de loi.

Il va cependant sans dire que la constitution de cette quadripartite n'empêchera pas le CES de continuer à se pencher sur les problèmes relatifs à la santé dans l'exercice de la mission lui confiée par la loi.

5. L'EXAMEN DE LA QUESTION DE LA RESTRUCTURATION DES SOURCES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE

- Toutes les Chambres professionnelles, à l'exception de la Chambre d'Agriculture, qui ne s'est pas prononcée sur ce point, sont contre la modification du mode de financement tel que proposé dans le projet de loi. Elles soutiennent que lors de la réforme de l'assurance-maladie en 1974, l'Etat aurait pris des engagements immuables en ce qui concerne le financement de certaines catégories de prestations (accidents de circulation et de sport, affectation de longue durée, maladies sociales, grands moyens accessoires), ainsi que, de surcroît, de la consommation des bénéficiaires de pension par rapport à celle des assurés actifs. Aussi exigent-elles le maintien inconditionnel des articles 67 et 68 du code des assurances sociales.

Cette vue est partagée par une grande majorité du CES qui, en outre, demande au Gouvernement d'éponger le déficit actuel cumulé des caisses de maladie par un versement unique en provenance du budget de l'Etat.

Cette majorité renvoie, par ailleurs, aux avis antérieurs du CES, où celui-ci avait préconisé le report dans le temps de toute mesure d'ordre structurelle, notamment en matière de participation des pouvoirs politiques au financement de l'assurance-maladie, ceci pour évaluer les effets des mesures concrètes mises en oeuvre afin, entre autres, d'arriver à une meilleure maîtrise des dépenses, en général et, au-delà, de celles de l'Etat en particulier.

- La majorité du CES est d'avis que la volonté politique de l'Etat, et d'accorder le droit aux concernés de gérer de façon autonome l'assurance-maladie, et de participer financièrement à différentes dépenses ainsi qu'à l'excédent de dépenses de l'assurance-maladie des pensionnés, ne serait pas contradictoire, d'autant plus que cette participation ne pourra pas être influencée volontairement par les gérants de l'assurance-maladie, du fait que les prestations sont uniformes pour tous les assurés. Ainsi, toute mesure prise en vue d'équilibrer le budget aurait automatiquement sa répercussion positive sur les dépenses de l'Etat dans le cadre de l'art. 68 du CAS.

Finalement, cette majorité tient à souligner que l'introduction d'un taux de cotisation uniforme (prestations en nature) pour les assurés actifs et les pensionnés, réalisée en 1978 et se traduisant par un abaissement du taux de cotisation des pensionnés, aurait été le résultat d'un acte de volonté politique d'harmonisation et de solidarité entre ces deux grands groupes d'assurés.

- Certains membres du CES voudraient cependant attirer l'attention sur les effets de la structure actuelle du financement.

En effet, sans remettre en cause le principe de la participation de l'Etat dans le financement de l'assurance-maladie, ils estiment que le maintien des structures actuelles de financement conduirait inévitablement à moyen et à long terme à une fiscalisation de plus en plus poussée de l'assurance-maladie. Quelles seraient les conséquences d'une telle évolution?

- Au fur et à mesure que la participation de l'Etat dans le total des recettes courantes augmenterait, les structures de responsabilité et de décision actuelles ne sauraient être maintenues, les compétences devant passer, par la force des choses, sous l'emprise de l'Etat. Il ne serait en effet guère pensable que l'Etat assume la charge d'une dépense de plus en plus importante qui échapperait également à son contrôle et, partant, se verrait imposer des décisions sur lesquelles il n'aurait pas de prise. Dans ce cas, d'aucuns ne manqueraient pas de lui reprocher une gestion laxiste, voire irresponsable, du budget de l'Etat.

Le projet de loi a comme orientation clairement affichée de conférer la gestion de l'assurance-maladie aux partenaires sociaux. La cohérence de l'approche exige que l'élargissement de l'autonomie de gestion aille de pair avec une plus grande responsabilisation en matière de financement.

- La proposition qui consiste à vouloir fiscaliser davantage l'assurance-maladie dans un cadre décisionnel reposant sur l'autonomie des organes responsables de l'assurance-maladie reviendrait, en fait, à confier l'acte d'engagement de la dépense et sa couverture financière à des acteurs différents. Une telle dissociation aboutirait inévitablement à une moindre efficacité et, par conséquent, à une ponction sur les ressources de la collectivité supérieure à celle résultant d'une répartition plus équilibrée entre droits de décision et obligations de financement.

A cette ponction inefficace sur les ressources générées par la collectivité viendrait s'ajouter le problème d'une sensibilité plus grande des recettes fiscales aux variations de la conjoncture économique.

Si l'on considère, qu'en 1990, la part du budget ordinaire des dépenses de l'Etat, consacrée exclusivement aux dépenses de protection sociale, atteint 42,5% et que cette participation accuse une tendance à la hausse, l'on pourrait s'imaginer les répercussions éventuelles sur le plan du financement de la protection sociale dans le cas où, lors d'une crise économique, l'Etat serait sollicité à intervenir massivement dans d'autres domaines.

- Ces membres sont encore d'accord pour admettre que le CES lui-même avait préconisé la structure de financement actuellement en vigueur dans son avis de 1970 sur les problèmes de l'assurance-maladie. Cet avis se plaçait toutefois dans un contexte fondamentalement différent. En effet, le CES avait estimé à l'époque qu'il ne devait pas s'attaquer, pour l'instant du moins, en matière d'organisation de l'assurance-maladie, à l'existence de la pluralité des régimes fonctionnant pour les différentes catégories socio-professionnelles. Dès lors, la prise en charge du coût supplémentaire, constitué par la consommation des bénéficiaires de pension, aurait conduit à des distorsions intolérables au niveau des taux de cotisation déterminés sur des communautés de risques confinées aux catégories socio-professionnelles. Donc, à l'époque, la seule possibilité de faire intervenir une solidarité plus large consistait à faire appel à la solidarité nationale par l'intermédiaire du budget de l'Etat.

Depuis la réforme de 1978, la situation a cependant radicalement changé, dans la mesure où une communauté de risque englobant toutes les caisses de maladie, à l'exception de la caisse de maladie agricole, a été introduite. D'ailleurs, le présent projet de loi parachève cette réforme avec l'inclusion de la caisse de maladie agricole dans cette communauté de risque. Il deviendrait dès lors possible et logique de faire appel à cette solidarité nationale dans le cadre même de cette communauté de risque sans avoir recours au budget de l'Etat.

Ces mesures donnent à considérer qu'à l'époque déjà le CES avait proposé que la participation de l'Etat pourrait se faire au moyen de subventions forfaitaires. D'ailleurs, dans son avis de 1970, le CES avait avancé d'autres mesures ayant pour objet de réduire les dépenses à charge de l'assurance-maladie et la participation de l'Etat, à savoir notamment l'introduction d'une franchise, proposition qui n'a pas été retenue dans la loi de 1974.

- Finalement, ces membres sont d'avis que la couverture intégrale par l'Etat de l'excédent des dépenses des pensionnés par rapport aux recettes en cotisations de ceux-ci, risque de provoquer une certaine déresponsabilisation des gestionnaires de l'assurance-maladie. En effet, les mesures de maîtrise de dépenses de santé pour les bénéficiaires de pension présenteraient moins d'intérêt pour les gestionnaires, puisqu'elles n'auraient aucun impact sur le niveau du taux de cotisation. Face à cette situation, ces membres sont d'avis que l'évolution des dépenses des bénéficiaires de pension devrait trouver ses retombés dans la fixation du taux de cotisation.
- Suite à ces considérations, ces membres du CES se prononcent pour la fixation de la participation de l'Etat à un pourcentage déterminé des recettes en cotisations. De cette manière, la participation de l'Etat augmenterait au même rythme que la contribution des partenaires sociaux, solution retenue actuellement déjà en matière d'assurance-pension et en matière d'allocations familiales. C'est seulement sous cette réserve qu'ils pourraient approuver la proposition d'une prise en charge par l'Etat du déficit cumulé actuel en matière d'assurance-maladie, ceci afin de permettre aux gestionnaires de l'assurance-maladie d'assumer leurs nouvelles responsabilités sur la base d'une situation apurée des séquelles du passé.
- En conclusion, le CES est convaincu que le problème des sources de financement de l'assurance-maladie ne saurait être résolu isolément, mais devrait plutôt trouver une solution dans le contexte global du financement de la protection sociale.

Dans ce contexte, le CES rappelle la position exprimée dans son avis annuel de 1988:

" ...vu l'évolution du degré de fiscalisation et compte tenu des perspectives précitées en matière de sécurité sociale, il importe de procéder à une évaluation comparative des prélèvements par voie de cotisations et par voie d'impôts au regard de leur équité et de leur finalité. La fiscalisation de la sécurité sociale pose le problème de l'allocation des ressources dans le cadre de la politique budgétaire et, avant toute décision en la matière, il faudra mesurer l'impact des différents modes de financement possibles sur le budget de l'Etat et sur l'économie en général."

- En attendant la réalisation d'une telle évaluation comparative à laquelle il est disposé à participer et compte tenu de ses prises de position antérieures, le CES peut admettre qu'une certaine consolidation de la participation de l'Etat dans le financement des prestations en nature est défendable à partir des acquis actuels (art. 67 et 68 du CAS).
- En conséquence, le CES propose, à titre de compromis, dans le débat actuel, que le taux de cotisation uniforme soit fixé à partir de l'ensemble des dépenses pour actifs et pensionnés, tout en tenant compte de deux surprimes à charge de l'Etat, fixées respectivement pour les assurés actifs et pour les bénéficiaires de pensions, proportionnellement à ce taux de cotisation uniforme. Le niveau de ces surprimes serait à fixer en fonction de la participation récente de l'Etat dans les dépenses des

actifs et des pensionnés, à savoir quelque 10% et 250%. La participation totale de l'Etat dans le financement de l'assurance-maladie ne serait donc pas figée immédiatement, mais continuerait d'évoluer en fonction de l'évolution relative de la base cotisable des pensionnés par rapport à celle des assurés actifs.

Toutefois, en vue d'assurer cette consolidation de la participation de l'Etat dans une optique du moyen et du long terme, le CES propose de suivre l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs, dont notamment le rapport entre masse des pensions cotisables et masse des revenus cotisables des assurés actifs, ainsi que la part relative des transferts à l'assurance-maladie dans les dépenses de l'Etat.

En cas de la perspective d'atteinte de certains seuils, à fixer d'avance, les mécanismes de concertation - quadripartite - devraient être saisis en vue de rechercher les moyens de financement adéquats.

- En outre, le CES estime que pour que ce nouveau système de financement puisse démarrer sur des bases assainies, l'Etat devrait prendre à sa charge le déficit cumulé actuel en matière de prestations en nature et que le taux de cotisation devrait être fixé à son niveau correct en fonction de la législation actuellement en vigueur. Ainsi, il ne serait pas nécessaire de fixer le taux de cotisation initial dans la loi, mais cette fixation pourrait être réalisée conformément aux modalités inscrites dans le projet de loi.
- Finalement, le CES tient à souligner que toutes les propositions retenues dans le cadre du présent avis forment un tout indissociable à réaliser dans le cadre d'un texte de loi unique.

X X X

Résultat du vote:

Présents:	28
ont voté pour	23
ont voté contre	5
se sont abstenus	-

Le Secrétaire Général

Jean Moulin

**Pour le Président
Le Vice-Président**

Romain Bausch

Luxembourg, le 10 avril 1992