VOLUME IV

Régimes d'assurance-maladie de certains pays

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

JANVIER 1966

VOLUME IV

Régimes d'assurance-maladie de certains pays

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE
17 NOV 1969
PUBLICATIONS OFFICIELLES

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

JANVIER 1966

OFF
A11D6
A29/A8
v.4
15

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Larrivée, documentaliste

Micheline Nadeau, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Lucien Tessier, économiste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

AVANT-PROPOS

Le Comité a été chargé de façon précise "de prendre connaissance des études et rapports déjà publiées sur le sujet et de s'inspirer de l'expérience d'autres provinces et d'autres pays". Relativement à l'expérience d'autres pays, la documentation est abondante et, en apparance, l'analyse de cette expérience semble constituer une tâche relativement simple.

Tel n'est pas le cas cependant, L'Association pour l'étude des problèmes économiques et humains de l'Europe résume ainsi les difficultés inhérentes à toute analyse d'un régime d'assurance-maladie. (I)

> "Ceux qui s'intéressent à l'Assurance-Maladie (ou, mieux, au tiers "garant") peuvent, lorsqu'ils procèdent à de nouvelles études en ce domaine, être légitimement tentés de faire abstraction des notions historiques et de la conception d'ensemble de la Sécurité Sociale, dans notre pays; donc de faire table rase de ce qui existe et de rechercher - à partir des données du problème tel qu'il se présente maintenant - de nouvelles solutions.
>
> "De nombreuses raisons incitent à adopter cette façon de procéder: la complexité et le caractère confus des travaux publiés à ce sujet depuis plusieurs années; l'aspect souvent passionnel des thèse présentées; le fait qu'à peu près toutes les études, qu'elles aient pris la forme de rapports, d'enquêtes, d'articles, voire de cours ex catédra, sont en quelque sorte étrangères les unes aux autres. On ne peut que difficilement les comparer, les additionner et en faire la synthèse. Emanant d'hommes de formation et de discipline différentes: juristes, journalistes, administrateurs, syndicalistes, économistes, médecins, industriels, pharmaciens, etc., elles utilisent une terminologie, des informations, des formes de raisonnement, des conceptions fort éloignées les unes des autres.
>
> "De plus, les personnes qui procèdent à ces études prennent souvent sciemment le parti de consacrer leurs exposés à l'intention quasi exclusi-

---

(I) Assurance-maladie et affaires de santé - Association pour l'étude des problèmes économiques et humains de l'Europe, Paris 1965.

ve de tel public déterminé. Dès lors, elles ne recherchent pas une expression de portée générale, mais procèdent au contraire à une sorte de métamorphose de la matière à exposer afin de la rendre plus compréhensive à leurs seuls lecteurs.

"A l'intérieur de ce compartimentage, les tentatives de confrontation, de rapprochement, donnent généralement de mauvais résultats. Le "babélisme" n'est pas le seul obstacle à surmonter. Les susceptibilités et les préséances ont ici une grande importance notamment parmi les personnalités qui, à des titres divers, ont rapport avec l'Assurance-maladie.

"Et pourtant, il serait certainement déraisonnable, dans une nouvelle étude, de méconnaître la situation présente et de faire abstraction des textes législatifs et réglementaires, de la façon dont ils sont appliqués, de leurs imperfections et des difficultés qu'ils engendrent. Quelles difficultés?"

Plan de travail

Le plan de travail adopté par le Comité a donc été fortement influencé par ces difficultés. En premier lieu, il a été jugé suffisant de n'étudier que les régimes d'assurance-maladie d'un nombre très limité de pays. En outre, afin d'évaluer aussi justement que possible la valeur des textes disponibles, le fonctionnement du régime, les difficultés et les problèmes qui exigent des solutions, etc., le Comité a visité un certain nombre d'organismes particulièrement intéressés à l'assurance-maladie dans chacun de ces pays. Finalement, le Comité a rassemblé une documentation sur les régimes d'assurance-maladie d'un grand nombre d'autres pays sans toutefois analyser de façon systématique cette documentation.

Choix des régimes analysés

Après une première revue rapide de plusieurs régimes, le Comité a arrêté son choix sur ceux de la Belgique, des Etats-Unis, de la France, de la Grande-Bretagne et de la Suède. Brièvement, les raisons suivantes ont motivé ce choix:

a) Grande-Bretagne

Contrairement à la plupart des régimes d'assurance-maladie des pays occidentaux, le régime de services de santé britannique instauré en 1948 a constitué une véritable nationalisation du secteur de la distribution des soins de santé. L'orientation de la pratique de la médecine a été fortement influencée par le nouveau

régime. Le concept de l'assurance sociale a été à toute fin pratique ignoré au profit du concept plus large de la sécurité sociale. Enfin, tous les aspects de ce régime ont fait l'objet de discussions et de controverses depuis son établissement.

b) France

L'établissement véritable d'un régime général d'assurance-maladie en France date de 1945, soit au lendemain de la seconde guerre modiale, tout comme en Grande-Bretagne. Cependant, bien que les deux régimes aient été établis dans le climat de l'après-guerre, que les deux pays soient voisins, et que leur population et leur standard de vie se raprochent, l'établissement du régime français a procédé de principes diamétralement opposés. En France, le souci du prolongement des institutions et des traditions a exercé une influence prépondérante; à titre d'exemple, notons que le système de financement ne fait point appel à la fiscalité.

Les régimes britanniques et français constituent donc le sujet idéal d'une étude d'autant plus que pour des raisons évidentes de nombreux liens existent entre les professions médicales et para-médicales de ces pays et celles du Québec.

c) Belgique

L'influence de la France se fait aussi sentir en Belgique par suite de la proximité des deux pays et, pour une partie de la population, de l'usage de la même langue. Aussi, d'une façon générale, l'établissement et l'évolution du régime belge semblent avoir été fortement influencés par l'exemple de la France.

Cependant, les réalisation en Belgique diffèrent sensiblement puisqu'aussi récemment qu'en 1964, le pays était aux prises avec une grève de soins de la part de la profession médicale. Contrairement à la France, il semble évident qu'un état d'équilibre n'ait pas encore été atteint entre le régime d'assurance-maladie et la profession médicale.

Le régime de la Belgique présente en outre un intérêt particulier par suite de certaines analogies évidentes avec la situation du Québec: la dualité des langues, la multiplicité des associations professionnelles et l'ordre de grandeur de la population.

d) La Suède

Le régime suédois d'assurance-maladie constitue un sujet d'étude particulièrement intéressant à cause de son intégration au régime de sécurité sociale qui est considéré, par plusieurs, comme le plus évolué de tous les pays occidentaux. Il semble, d'ailleurs, selon les diverses études consultées, que le régime suédois est celui dont la conception et le fonctionnement répondent le

mieux aux aspirations des différents organismes intéressés et de la population en général.

Le régime suédois constitue en outre un sujet d'étude particulièrement intéressant à cause des nombreuses caractéristiques que le Québec et la Suède ont en commun. Sans faire une analyse approfondie de ces caractéristiques, il est tout de même intéressant de constater que leurs populations sont réparties sur des territoires très vastes, dont les conditions climatiques sont très rapprochées, et que l'écart entre leur niveau de vie n'est pas très grand. La Suède compte environ 7,500,000 habitants et la production nationale brute per capita s'élevait à $2,080. en 1962 comparativement à 5,600,000 et $1,974. pour le Québec.

e) Etats-Unis

Le 1er juillet 1966 un régime d'assurance-maladie destiné à ne couvrir que partiellement un secteur (10%) de la population américaine prendra effet. Bien que ce régime ne soit pas encore en opération, et qu'il vise principalement à couvrir les frais d'hospitalisation, le Comité a cru nécessaire d'en faire l'analyse par suite des comparaisons que l'on fait fréquemment avec ce pays.

Voyage d'étude

Une fois le choix des régimes nationaux arrêté, le Comité a procédé à leur étude d'une façon systématique. Les renseignements rassemblés au moyen des divers documents disponibles ne pouvaient toutefois suffire à donner une connaissance pratique du fonctionnement de chaque régime.

Le Comité jugea donc nécessaire d'effectuer un voyage d'étude dans chacun des pays. A cette fin, une liste d'organismes intimement liés aux régimes d'assurance-maladie étudiés fut établie. De plus, une liste de questions bien précises fut dressée, et cette liste servit de base à chacune des visites des membres du Comité auprès de tous les organismes.

Des visites furent ainsi effectuées dans chaque pays auprès de personnes situées à divers échelons des organismes administratifs, de représentants des associations médicales et de représentants des associations patronales et ouvrières.

Chaque visite a fait l'objet d'un compte-rendu qui est consigné dans les archives du Comité. Il n'a pas été possible de reproduire ces comptes-rendus dans le rapport du Comité puisque la plupart des personnes rencontrées ont demandé explicitement de ne pas être citées. Les membres du Comité conjoint peuvent évidemment consulter ces comptes-rendus qui ne peuvent être publiés en raison de leur caractère confidentiel.

Etant donné que le régime des Etats-Unis n'est pas encore

complètement établi, et qu'il touche principalement à l'hospitalisation, le Comité n'a pas jugé utile de se rendre dans ce pays.

Etudes publiées

A l'aide de renseignements obtenus, le Comité s'est efforcé de faire ressortir dans ce volume les aspects les plus intéressants des régimes étudiés.

Afin de présenter des études aussi objectives que possible et d'éviter les difficultés d'interprétation déjà signalées, le Comité a décidé de présenter des études descriptives et de ne faire part de ses appréciations qu'à la demande du Comité conjoint.

Autres régimes d'assurance-maladie

Une bibliographie sur un grand nombre de régimes de soins nationaux est présentée en appendice.

CHAPITRE I

GRANDE-BRETAGNE

*
* *

INTRODUCTION

Le Service national de santé britannique fut instauré le 5 juillet 1948.

L'idée d'un régime de santé complet couvrant l'ensemble de la population n'était pas nouvelle. Depuis l'établissement du régime national d'assurance-maladie en 1912, cette idée avait en effet été exprimée à plusieurs reprises dans divers rapports soumis au gouvernement.

Le premier régime d'assurance-maladie ne couvrait que les travailleurs salariés dont le revenu était inférieur à un plafond relativement bas, ne protégeait point leurs dépendants et ne comprenait que les soins médicaux. L'insuffisance de ce régime devint encore plus évidente au cours de la seconde guerre mondiale et surtout lors de l'établissement d'un service médical d'urgence à l'hôpital. En 1943, le Gouvernement déclara finalement qu'un service de santé complet pour l'ensemble de la population devrait être établi.

Cette déclaration constituait une acceptation officielle de la philosophie du rapport Beveridge soumis au Gouvernement en novembre 1942. (1) En 1946, le Parlement adoptait le "National Health Service Act" et, vingt mois plus tard, le Service national de santé débutait.

OBJECTIFS DU SERVICE NATIONAL DE SANTE

Les principes directeurs qui devaient guider l'établissement du Service national de santé furent clairement énoncés dans un libre blanc présenté au Parlement en 1944. Par suite de l'importance de ces principes, ils sont reproduits intégralement:

---

(1) Sir William Beveridge - Social Insurance and Allied Services-Report. New York, 1942.

" (a) Objets in view.

(1) To ensure that everybody in the country - irrespective of means, age, sex, or occupation - shall have equal opportunity to benefit from the best and most up-to-date medical and allied services available.

(2) To provide, therefore, for all who want it, a comprehensive service covering every branch of medical and allied activity, from the care of minor ailments to major medicine and surgery; to include the care of mental as well as physical health, and all specialist services, e.g. for tuberculosis, cancer, infectious diseases, maternity, fracture and orthopaedic treatment, and others; to include all normal general services, e.g. the family doctor, midwife and nurse, the care of the teeth and of the eyes, the day-to-day care of the child; and to include all necessary drugs and medicines and a wide range of appliances.

(3) To divorce the care of health from questions of personal means or other factors irrevelant to it; to provide the service free of charge (apart from certain possible charges in respect of appliances) and to encourage a new attitude to health - the easier obtaining of advice early, the promotion of good health rather than only the treatment of bad.

" (b) General principles to be observed.

(1) Freedom for people to use or not to use these facilities at their own wish; no compulsion into the new service, either for patient or for doctor; no interference with the making of private arrangements at private cost, if anyone still prefers to do so.

(2) Freedom for people to chose their own medical advisers under the new arrangements as much as they do now; and to continue with their present advisers, if they wish, when the latter take part in the new arrangements.

(3) Freedom for the doctor to pursue his professional methods in his own individual way, and not to be subject to outside clinical interference.

(4) The personal doctor-patient relationship to be preserved, and the whole service founded on the "family doctor" idea.

(5) These principles to be combined with the degree and kind of public organisation needed to see that the service is properly provided - e.g. to ensure better distribution of resources and to give scope to new methods.....

" (c) General method of organising the service.

(1) The maximum use of good existing facilities and experience; no unnecessary uprooting of established services, but the welding together of what is there already, adapting it and adding to it and incorporating it in the larger organisation.

(2) The basis to be the creation of a new public responsibility; to make it in future somebody's clear duty to see that all medical facilities are available to all people; the placing of this duty on an organisation answerable to the public in the democratic way, while enjoying the fullest expert and professional guidance....." (1)

NATIONAL HEALTH SERVICE ACT 1946

"La loi de 1946 donne au ministre de la Santé, responsable devant le Parlement, la responsabilité de veiller à ce que des services de santé de toutes sortes et de la plus grande efficacité possible soient à la disposition de ceux qui en ont besoin afin d'assurer l'amélioration de la santé physique et mentale des populations d'Angleterre et du Pays de Galles, et la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies". (2)

Les anciens services de santé furent donc regroupés au sein d'une organisation administrative entièrement nouvelle qui compte maintenant les différents services suivants:

a) le Service d'hygiène publique,

b) le Service national de santé,

c) le Service de santé scolaire,

d) le Service de médecine du travail,

e) le Conseil de la recherche médicale.

Bien que le Service national de santé constitue l'objet premier de la présente étude, il est nécessaire de décrire brièvement le rôle des principaux services qui le complètent. Il est aussi intéressant de noter qu'il existe des lois distinctes pour l'Ecosse et pour l'Irlande du Nord. Cependant, comme les services de santé créés en vertu de ces lois sont analogues à ceux de l'An-

---

(1) Extrait du Livre blanc "A National Health Service" Cmd. 6502.H.M.S., 1944.

(2) Services de santé en Grande-Bretagne, édité pour les Services britanniques d'information. London, Reference Division Central Office of Information, 1964. 54p.

gleterre et du Pays de Galles, ils ne feront point l'objet d'une étude particulière.

Il est important de se souvenir qu'en Grande-Bretagne il n'y a pas réellement de distinction entre les soins qui, dans la plupart des pays, sont l'objet de l'assurance-sociale, et les autres soins. Ainsi, le Service national de santé n'a pas été conçu en fonction de risques devant être assurés mais établi de telle sorte que les soins requis soient à la disposition de ceux qui en ont besoin.

Service d'hygiène publique

Le Service d'hygiène publique assume diverses fonctions dont le ministre de la Santé et le ministre du Logement et de l'Administration régionale et municipale sont responsables. Les fonctions relevant du ministre de la Santé sont la lutte contre les maladies contagieuses, le contrôle sanitaire des ports et des aérodromes, et l'opération des laboratoires d'hygiène publique. Les autres activités du service ont trait à la salubrité des logements, au contrôle de la pollution de l'air et de l'eau, à la distribution de l'eau potable, etc.

Service de santé scolaire

Le Service de santé scolaire n'a pas pour objet de se substituer au Service national de santé. Il existe afin d'assurer aux enfants fréquentant les écoles publiques une surveillance médicale préventive et curative spéciale durant leur croissance.

En vertu du Service de santé scolaire, des soins médicaux et dentaires ainsi que des repas (à prix réduit) sont donnés aux enfants. Le Service maintient en outre des centres de psychotechmie et des écoles spéciales pour l'enfance exceptionnelle.

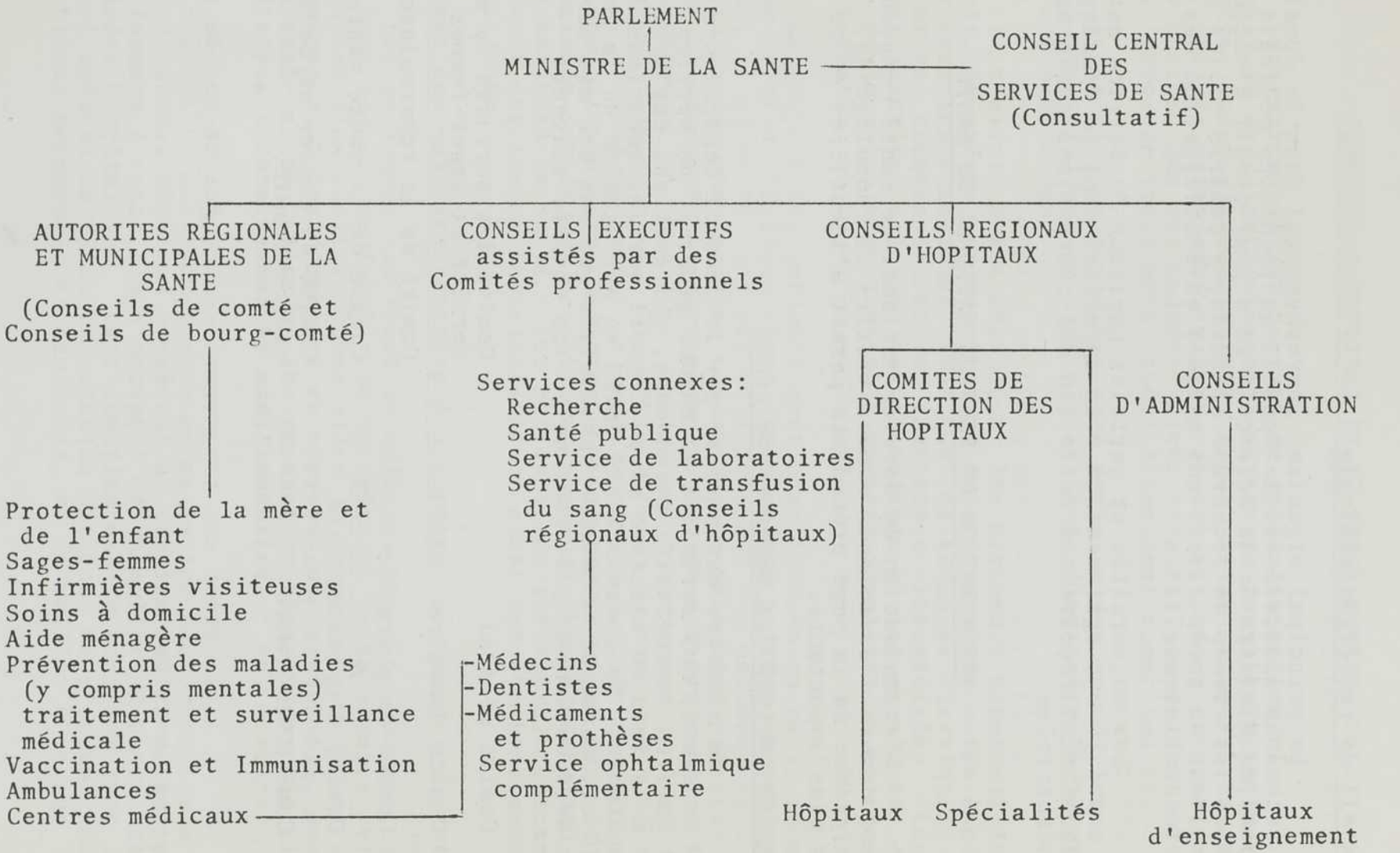
Bien que ce Service relève du ministre de l'Education, les soins sanitaires demeurent sous la juridiction du ministre de la Santé.

Service de médecine du travail

Le Service de médecine du travail, dont le ministre du Travail est responsable, est chargé de la santé, de la sécurité et du bien-être des travailleurs dans le commerce et l'industrie.

A l'exception des traitements d'urgence en cas de maladie ou d'accident, les autres soins sont donnés sous l'autorité du Service national de santé.

ORGANISATION DU SERVICE NATIONAL DE SANTE EN ANGLETERRE ET AU PAYS DE GALLES



Conseil de recherche médicale

Le principal organisme gouvernemental dans le domaine de la recherche médicale est le Conseil de recherche médicale qui dépend du ministre de la Science. Il a pour devoir d'encourager toutes les formes de recherche médicale, y compris celles qui nécessitent un accès direct aux malades et l'utilisation des installations cliniques.

Les universités et certains hôpitaux du Service national de santé jouent également un rôle important dans le domaine de la recherche et reçoivent à cette fin des subventions gouvernementales spéciales.

ORGANISATION DU SERVICE NATIONAL DE SANTE

L'organisation du Service national de santé comprend un grand nombre d'organismes administratifs et consultatifs. L'organigramme de la page précédente permet d'identifier et de situer les plus importants.

Conseil central des services de santé

Le ministre est assisté par le Conseil central des services de santé, qui surveille la marche générale du service, et par des Comités consultatifs permanents, qui émettent des avis destinés à la fois au ministre et au Conseil sur les questions de leur compétence. Le Conseil a été formé en application de la loi de 1946 et, parmi les Comités consultatifs qui ont été mis sur pied sur avis du Conseil, il faut noter les comités suivants:

Comité médical

Comité dentaire

Comité de pharmacie

Comité d'ophtalmologie

Comité infirmier

Comité des services de maternité et sages-femmes

Comité de la tuberculose

Comité de la santé mentale

Comité du cancer et de la radiothérapie.

SERVICES D'HOPITAUX ET DE SPECIALISTES

Les services d'hôpitaux et de spécialistes donnent toutes les formes de soins et traitements dispensés dans les hôpitaux, maternités, sanatorium, institutions pour maladies contagieuses et pour malades chroniques, maisons de convalescence et centres de rééducation, que les malades soient hospitalisés ou non. Toutes les formes de traitements spécialisés sont comprises.

Le service de consultation à domicile des spécialistes complète ces services, en plus d'établir le lien entre les hôpitaux et les omnipraticiens.

Il n'existe aucun frais pour les personnes hospitalisées. Toutefois, le malade non hospitalisé doit verser une somme nominale pour certains accessoires tels que les bandages élastiques, les ceintures abdominales et les chaussures orthopédiques. Les personnes inscrites à l'assistance publique et les pensionnés de guerre, si leur traitement résulte de leur invalidité, son exemptés de cette charge.

La plupart des patients sont hospitalisés en salle commune, bien que certains hôpitaux aient des chambres privées et semi-privées qui, si elles ne sont pas utilisées par des malades qui doivent être isolés pour raisons médicales, peuvent être offertes à ceux qui le désirent, moyennant paiement d'un certain montant fixé par règlement.

Il existe également un certain nombre de lits payants mis à la disposition des spécialistes à temps partiel pour ceux de leurs malades privés qui ne désirent pas être traités en vertu du Service national de santé. Ces patients doivent alors acquitter entièrement les frais d'hospitalisation ainsi que les honoraires du spécialiste.

Traitement des maladies mentales à l'hôpital

Les personnes souffrant de maladies mentales peuvent consulter leur médecin de famille ou un spécialiste du service de consultation d'un hôpital, comme elles le feraient pour toute autre maladie; si elles doivent être admises dans un hôpital, que ce soit dans un hôpital ordinaire ou dans un hôpital psychiatrique, il n'y a aucune formalité additionnelle.

Service médico-social

Plusieurs hôpitaux possèdent un service social où des personnes formées à cette fin s'occupent des problèmes d'ordre social des malades hospitalisés. Leur fonction est de coopérer avec le personnel médical au rétablissement du patient, de s'occuper de ses problèmes personnels et familiaux, et de veiller à ce que les

malades soient suivis après leur guérison de façon à recevoir l'aide nécessaire pour reprendre une vie normale ou s'adapter à une infirmité permanente.

Conseils régionaux

Les 15 conseils régionaux d'hôpitaux, dont dépend l'administration générale des hôpitaux et des services de spécialistes, fonctionnent dans des zones déterminées, de manière à assurer, dans la mesure du possible, la liaison avec une faculté de médecine. Chaque conseil compte de 22 à 32 membres non rétribués, nommés par le ministre après consultation avec divers organismes.

Comité de direction des hôpitaux

L'organisation administrative interne des hôpitaux est assurée par 379 comités de direction, dont les membres sont nommés par les conseils régionaux, après consultation avec les autorités régionales ou municipales de la santé, les conseils exécutifs, les médecins et dentistes de l'hôpital, et les autres organismes intéressés.

Ces comités sont chargés de l'organisation d'un groupe d'hôpitaux et du recrutement de tout le personnel, sauf dans le cas des postes supérieurs. Ils ont complète autorité pour la plupart des questions à l'exception des échelles de rémunération.

Transfusion de sang

Le Service national de transfusion de sang est administré par les conseils régionaux d'hôpitaux, dans le cadre du Service national de santé. Chaque région possède une organisation chargée de recueillir le sang, qui est conservé à la banque régionale de sang, ou expédié aux banques de sang des hôpitaux des diverses régions. Le sang est fourni bénévolement par des volontaires recrutés dans le public.

Statut des hôpitaux

A l'exception de 270 hôpitaux, dont la plupart sont administrés par des ordres religieux, tous les hôpitaux, maternités, sanatoriums, institutions, etc., sont la propriété du Service national de santé depuis 1948.

Hôpitaux d'enseignement

Il existe 36 hôpitaux qui ont été désignés par le ministre de la Santé comme hôpitaux d'enseignement, après consultation avec les universités intéressées. Ces hôpitaux sont aménagés pour l'enseignement clinique ordinaire et avancé.

Chaque hôpital d'enseignement a son propre conseil d'administration, qui est responsable directement au ministre de la Santé, de l'organisation et de la direction de l'établissement. Les administrateurs sont nommés par le ministre, mais les trois cinquièmes d'entre eux sont choisis en nombre égal par l'université, le personnel enseignant et le conseil régional intéressé.

SERVICES DE PRATICIENS

Les services de praticiens comprennent le Service de médecin de famille, le Service dentaire, le Service ophtalmologique et le Service pharmaceutique. En liaison avec les autorités régionales et municipales, ils offrent une gamme complète de soins à la population.

Les Conseils exécutifs

Les Conseils exécutifs sont chargés de l'administration et de la direction générale des Services de praticiens. Ces conseils, dont le nombre s'élève à 134 pour l'Angleterre et le Pays de Galles, comptent chacun 25 membres, dont 12 nommés par les médecins, dentistes et pharmaciens locaux. Le conseil exécutif doit collaborer avec les autorités régionales et municipales de la santé et 8 de ses membres sont nommés par elles, les cinq derniers étant nommés par le ministre de la Santé.

Comme le travail des conseils touche de près les membres des professions médicale, dentaire, et pharmaceutique, et comprend la publication des listes des médecins, dentistes et autres membres du service dans leurs régions respectives, chaque conseil est assisté par des comités locaux représentant les diverses professions intéressées.

Service du médecin de famille

En vertu de ce service, toute personne peut être traitée sans frais par un omnipraticien (Family Doctor) et approximativement 97% de la population se prévaut du service.

Les patients peuvent choisir le médecin qu'ils désirent, pourvu que celui-ci adhère au service et qu'il accepte de les soigner. Ils peuvent également changer de médecin moyennant certaines formalités. Le médecin est normalement libre d'accepter ou de refuser un patient; il demeure cependant soumis à l'obligation générale de donner des soins dans tous les cas d'urgence. La loi lui permet d'avoir une clientèle privée même s'il participe au service.

Le médecin du Service du médecin de famille est libre de traiter ses patients de la manière qu'il considère appropriée. Bien qu'il n'y ait pas de règlement relatif à la prescription des

médicaments, il peut être soumis à une enquête si ses ordonnances paraissent non justifiées ou excessives. Dans le cas de maladies graves ou de diagnostics difficiles, le médecin de famille peut demander une consultation et faire admettre son malade à l'hôpital sans avoir à référer à une autorité quelconque.

Tout médecin qui désire pratiquer dans le cadre du Service de santé doit en premier lieu obtenir l'autorisation du Comité d'exercice de la médecine. Les membres de ce Comité, nommés par le ministre après consultation avec les organisations professionnelles intéressées, sont au nombre de neuf; le président et six des membres doivent être des médecins.

Ce Comité est chargé d'analyser les effectifs de l'ensemble du pays, dans le but d'assurer une distribution géographique et démographique aussi adéquate que possible. A cette fin, chaque région peut être classée dans une des quatre catégories selon que le nombre de médecins est considéré comme suffisant, normalement suffisant, insuffisant ou très insuffisant.

Toute personne qui désire être traitée par un médecin de famille doit faire inscrire son nom sur la liste de ce médecin. Une personne qui requiert des soins lorsqu'elle est en voyage peut se faire traiter comme "résident temporaire" et, dans les cas d'urgence, si le médecin du malade ne peut être atteint, tout médecin du service donnera les soins requis, même si la personne n'est pas sur sa liste.

Un médecin qui pratique seul peut avoir jusqu'à 3,500 personnes sur sa liste. Dans le cas de médecins exerçant en groupe, le total des noms sur leurs listes ne doit pas compter plus de 3,500 noms par médecin. Si le médecin a un assistant, il peut ajouter 2,000 noms sur sa liste, avec l'autorisation du Conseil exécutif. Le nombre moyen de noms par liste s'élevait à 2,326 en octobre 1963.

Le Service du médecin de famille a généralement comme centre le cabinet du médecin, où les patients se rendent pour consultation et traitement, à moins que le médecin ne les visite à domicile. Quelques médecins pratiquent dans des centres médicaux. Un nombre toujours croissant de médecins s'adonnent à la pratique de groupe; ces médecins peuvent ainsi offrir à leurs patients un service continu, se consulter au sujet de leurs patients, et jouir de plus de loisirs.

Un programme a été mis sur pied selon lequel des prêts sans intérêt sont accordés pour l'acquisition de locaux destinés à des cabinets de groupe. Présentement, il y a un peu plus de médecins pratiquant en groupe que de médecins pratiquant individuellement.

En plus de leurs responsabilités professionnelles, les médecins de famille sont tenus, en vertu de différentes lois, de signer

des certificats médicaux pour leurs patients.

Service dentaire

Les dentistes ont formé des Comités de soins dentaires locaux qui ont la charge de désigner trois représentants dans chaque Conseil exécutif et de maintenir la liaison entre la profession et les Conseils.

Le Bureau d'estimation des soins dentaires a aussi été formé en application de la loi de 1946 aux fins d'approuver les estimations de coût des soins dentaires et d'autoriser les paiements aux dentistes. Ce Bureau est composé de sept dentistes, dont un président et un vice-président, et de deux autres membres, tous nommés par le ministre. En outre, des officiers dentaires sont nommés dans tous les districts du pays, et ils ont pour tâche de conseiller le ministre, le Bureau, les Conseils exécutifs, les Comités dentaires locaux, et les dentistes, sur les questions d'ordre professionnel en relation avec les traitements donnés dans leur district.

Le Service dentaire couvre en théorie toute la population civile, mais même si tous les dentistes adhéraient au service ils ne seraient pas suffisamment nombreux pour suffire à la demande. Pour cette raison, il existe un service prioritaire pour les femmes enceintes ou nourrices, et pour les jeunes enfants. Tel que mentionné précédemment, des soins dentaires sont aussi donnés dans le cadre du Service de santé scolaire.

Selon le Service dentaire, les patients peuvent obtenir les traitements que requiert l'état de leurs dents. Ils sont libres de choisir leur dentiste et celui-ci est libre de refuser tout patient. Les patients ne sont pas obligés de s'inscrire chez un dentiste, car la pratique de la consultation sur rendez-vous a été conservée. En outre, les dentistes peuvent avoir une clientèle privée aussi bien que des patients du Service national de santé.

La plupart des traitements courants peuvent être effectués sans qu'il soit nécessaire d'obtenir d'autorisation. Les traitements prolongés, de même que les appareils et prothèses de toute nature, sont, dans un grand nombre de cas, assujettis à l'autorisation du Bureau d'estimation des soins dentaires.

L'examen de la denture est gratuit. Les personnes de moins de 21 ans et les femmes enceintes ou nourrices ont droit gratuitement à tous les traitements dentaires; cependant, si elles ont besoin d'un dentier, elles doivent payer une partie du coût. Dans tous les autres cas, le patient doit payer une somme minimum

de $2.80, (1) ou le coût entier s'il est inférieur à ce montant, pour les divers types de traitement, et une somme variant de $6.30 à $14.00 pour un dentier. Le Bureau de l'assistance publique peut payer ou rembourser les frais dans les cas d'indigence.

Les noms des dentistes qui ont adhéré au Service dentaire apparaissent sur les listes des Conseils exécutifs.

Service d'ophtalmologie supplémentaire

Le Service national de santé dispense des soins oculaires complets. Le Service d'ophtalmologie supplémentaire se limite aux examens de la vue et à la distribution des verres. Il est administré par les Conseils exécutifs par l'entremise de leurs Comités de service d'ophtalmologie. Le diagnostic et le traitement d'affections oculaires sont donnés par le Service d'ophtalmologie des hôpitaux.

"Trois catégories de praticiens font partie du Service d'ophtalmologie supplémentaire:

(a) les ophtalmologistes, c'est-à-dire des spécialistes qui examinent la vue et prescrivent des verres,

(b) les opticiens-ophtalmologistes, qui examinent la vue, prescrivent et fournissent des verres,

(c) les opticiens, qui fournissent des verres sur prescription."(2)

Les membres de chaque catégorie doivent avoir certaines qualifications, et leurs noms apparaissent sur les listes des Conseils exécutifs s'ils ont adhéré au Service.

Chaque Comité de service d'ophtalmologie, responsable du fonctionnement du Service, est composé de 16 membres nommés par le Conseil exécutif, l'Association médicale britannique, la Faculté des Ophtalmologistes, le Comité conjoint des opticiens ophtalmologistes, et le Syndicat des opticiens.

Toute personne utilisant le service pour la première fois doit obtenir une note de son médecin attestant qu'elle a besoin d'être traitée ou de se faire examiner la vue. Elle peut toutefois consulter le praticien de son choix.

---

(1) Les montants exprimés en dollars dans ce chapitre sont sur la base d'une équivalence approximative de $2.80 par livre.
(2) England. Ministry of Health - National Health Service (N.H.S. Note 1-12). (document polycopié).

L'examen de la vue est gratuit. Le patient doit cependant payer une somme de $1.75 pour chaque verre ($2.80 pour des verres à double foyer), plus le coût de la monture. Il n'existe aucune charge dans le cas des enfants, et le Bureau de l'Assistance publique peut, dans les cas d'indigence, aider à payer les frais.

Service pharmaceutique

Toute personne traitée dans le cadre du Service du médecin de famille a droit, sans frais, aux médicaments et à certains accessoires prescrits par son médecin.

Presque tous les pharmaciens, c'est-à-dire plus de 13,000, ont adhéré au service. Leurs noms apparaissent sur les listes des Conseils exécutifs, et chacun affiche dans son officine un avis attestant sa participation au service. Ces pharmaciens doivent participer à tour de rôle à un système de garde, en dehors des heures régulières et pendant les jours de congé, pour les cas d'urgence.

Sur le plan régional, le Service pharmaceutique est sous la juridiction des Conseils exécutifs, qui sont assistés par des Comités pharmaceutiques. Le nombre des membres des comités varie entre 10 et 16 selon les régions. Les Conseils exécutifs doivent établir, en consultation avec les Comités pharmaceutiques locaux, un système de vérification de la qualité et de la quantité des médicaments et des accessoires distribués, et prendre les dispositions nécessaires au fonctionnement du système de garde.

Services des autorités régionales et municipales de la santé

Les services des autorités régionales et municipales de la santé font partie intégrante du Service national de santé, bien qu'ils soient la responsabilité des autorités locales. Ils comprennent les services de maternité et de protection de l'enfance, des services dentaires, des crèches, des services de prévention de la maladie, tels les services d'immunisation et de vaccination, des services de visites et de soins à domicile, des services d'aide ménagère, des services ambulanciers, et l'opération de centres médicaux. Etant donné que ces services, bien que nécessaires, ne font généralement pas l'objet des risques couverts par l'assurance-maladie, aucune description n'en est donnée. Toutefois, le Comité a jugé utile de donner quelques brefs renseignements sur les centres médicaux.

Ces centres sont établis par les autorités locales, avec l'autorisation du ministre, dans le but de grouper sous un toit commun les installations nécessaires pour assurer la totalité ou certains des services suivants:

(a) les services des praticiens, c'est-à-dire le service du médecin de famille, le service dentaire et le service pharma-

ceutique;

(b) les services des spécialistes;

(c) les services de dispensaires des autorités locales et les services d'enseignement de l'hygiène sociale.

CHAMP D'APPLICATION

Le Service national de santé est à la disposition de l'ensemble de la population. Bien que les travailleurs doivent verser une contribution d'assurance sociale, dont une partie est destinée au Service national de santé, il n'est pas nécessaire d'être enregistré auprès de l'assurance sociale pour bénéficier du service. Il semble que la très grande majorité de la population, c'est-à-dire plus de 97%, se prévaut du Service national de santé, bien qu'un certain nombre de personnes, tel qu'indiqué ci-dessous, possèdent de l'assurance privée pour certains soins et services particuliers.

Relativement au Service national de santé, il existe certaines règles particulières au régime britannique quant à l'absence du domicile, aux voyages et aux visiteurs étrangers.

(a) Absence temporaire du domicile

Toute personne qui réside temporairement, c'est-à-dire pendant moins de trois mois, dans une région et dont le nom n'apparait pas sur la liste d'un médecin de cette région, et toute personne voyageant d'un endroit à un autre, peut être traitée par un médecin local à titre de résident temporaire.

Un résident temporaire n'est donc pas tenu de faire placer à l'avance son nom sur la liste d'un médecin; lorsqu'il requiert des soins, il doit simplement certifier qu'il remplit les conditions prescrites et donner son numéro d'assurance sociale.

(b) Absence temporaire à l'étranger

De façon générale, les soins couverts par le Service national de santé ne sont pas disponibles à l'étranger, et les voyageurs ne peuvent pas obtenir de remboursement pour les soins reçus à l'extérieur du Royaume-Uni.

En vertu d'ententes avec la Norvège, la Suède, le Danemark, la Yougoslavie, et la Nouvelle-Zélande, les voyageurs britanniques peuvent se prévaloir des soins couverts par les régimes de sécurité sociale de ces pays.

(c) Visiteurs de l'étranger

Les visiteurs étrangers qui tombent malades après leur arrivée peuvent être traités à titre de résidents temporaires. Naturellement, les étrangers qui vont en Grande-Bretagne expressément pour y être traités doivent payer entièrement les frais.

FINANCEMENT

Selon la conception initiale du Service national de santé, la majeure partie du coût devait être assumée par l'Echiquier. Aucune contribution ne fut donc requise des travailleurs et les frais modérateurs furent réduits au minimum, aussi bien en nombre qu'en montant.

Toutefois, le coût réel s'est avéré beaucoup plus élevé que le coût estimatif. Il semble en effet que cette erreur se soit produite à cause de l'absence de statistiques valables. En outre, le coût augmente plus rapidement qu'il n'avait été possible de le prévoir par suite de la montée des prix et des salaires, des prix élevés des nouveaux médicaments et de l'équipement moderne, du recours toujours croissant aux soins et services, etc.

Pour ces différentes raisons, le nombre et les montants des frais modérateurs furent quelque peu augmentés et, en 1957, les travailleurs furent requis de verser des contributions au Service national de santé.

Le financement s'effectue donc présentement de la manière suivante:

(a) les contributions hebdomadaires des travailleurs représenteront pour l'exercice 1965-66 approximativement 1/6 du coût total du service;

(b) le produit des taxes imposées par les autorités locales couvrira environ la moitié du coût des Services des autorités régionales et municipales;

(c) les frais modérateurs représenteront une partie très minime du coût. Le pourcentage exact n'est pas connu par suite de l'élimination récente des frais modérateurs sur les produits pharmaceutiques;

(d) l'Echiquier assumera la balance du coût, soit directement ou indirectement.

Les diverses proportions du coût total mentionnées ci-dessus ne sont pas fixées par la loi mais sont établies selon les circonstances. La progression du coût du Service national de santé depuis 1948 apparaît clairement dans le tableau suivant.

COUT DU SERVICE NATIONAL DE SANTE (1)

(Angleterre et Pays de Galles)

Période	Coût total (en millions de livres)	Période	Coût total (en millions de livres)
5/7/48 au 31/3/49	247	1956-57	585
1949-50	388	1957-58	626
1950-51	416	1958-59	671
1951-52	434	1959-60	726
1952-53	486	1960-61	809
1953-54	473	1961-62	846
1954-55	495	1962-63	947
1955-56	535	1963-64	1,026

CONTRIBUTIONS HEBDOMADAIRES AU SERVICE NATIONAL DE SANTE (2)

	Travailleurs salariés		Travailleurs autonomes
	Employé	Employeur	
	$	$	$
Homme	0.38	0.09	0.40
Femme	0.28	0.09	0.30
Avant 18 ans	0.19	0.09	0.21

(1) National Health Service. Note I. op. cit.
(2) National Health Service. Note I. op. cit.

Le coût estimatif s'élevait à 1,127 millions de livres pour l'exercice 1964-65 et à 1,196 millions pour 1965-66. Les frais d'administration du Service national de santé représentent environ 6% du coût total.

Contributions

Quant aux contributions, elles sont perçues hebdomadairement au moyen de timbres selon le système de perception utilisé depuis 1948 pour l'assurance sociale.

PROFESSION MEDICALE

En adhérant au Service national de santé, le médecin conserve toute sa souveraineté professionnelle et technique. Les seules règles qui lui sont imposées ne concernent que l'aménagement matériel et l'efficacité externe de sa pratique. Par contre, les médecins n'ont aucun pouvoir légal de direction dans le Service, mais ils jouent un rôle positif de conseillers à tous les échelons.

Selon la conception du Service, l'omnipraticien joue un rôle clef, car il connaît bien ses patients, leurs familles, leur environnement, en plus de servir de lien avec les autres branches du Service, c'est-à-dire les Services des autorités locales et les Services des hôpitaux et des spécialistes.

Quant aux spécialistes, ils sont presque tous attachés aux hôpitaux. De fait, la structure normale des hôpitaux est basée "on the principle that (with the exception of certain general practitioner hospital appointments) consultants are the only doctors in the hospital service who take full responsability for patients."(1)

Même si en théorie le médecin de famille doit servir de lien avec les hôpitaux, en pratique la situation est différente: l'omnipraticien pratique totalement hors de l'hôpital, et le spécialiste (consultant) uniquement à l'hôpital. Cet état de chose se reflète de bien des manières sur l'ensemble du fonctionnement du Service national de santé.

Le texte suivant, tiré d'un document d'information publié par les Services britanniques d'information (2), permet de constater le manque de cohésion entre les divers secteurs du Service national de santé.

---

(1) National Health Service. Note 12A. op. cit.
(2) Services de santé en Grande-Bretagne. op. cit.

> "En ce qui concerne la coopération des médecins de famille et des deux autres branches principales du Service de santé, coopération qui constitue l'un des problèmes permanents du service, le Comité d'exercice de la médecine a noté les efforts faits pour associer de façon plus efficace le travail des omnipraticiens et celui des fonctionnaires des autorités régionales et municipales de la santé (et en particulier des infirmières visiteuses) et a formulé plusieurs recommandations visant à associer plus étroitement les omnipraticiens aux hôpitaux (par exemple en réservant certains lits aux patients de ces médecins)."

D'autre part, cet état de chose a transformé profondément les conditions générales de pratique chez les omnipraticiens. Leur mécontentement vis-à-vis du Service national de santé semble assez prononcé de façon générale, alors qu'il ne semble pas que les spécialistes réagissent de la même façon.

Les principales critiques que les omnipraticiens formulent à l'endroit du Service national de santé peuvent se résumer de la façon suivante:

(a) l'omnipraticien n'a pas accès à l'hôpital et ne peut par conséquent suivre son patient. Il est donc réduit à pratiquer une médecine de routine;

(b) l'omnipraticien est requis de signer une foule de certificats exigés par diverses lois en plus des diverses notes de référence dont ses patients ont besoin pour les diverses branches du Service. Il doit donc consacrer une grande partie de son temps à des tâches qui ne touchent pas directement l'exercice de sa profession;

(c) la rémunération de l'omnipraticien est trop basse et, surtout, il n'existe pas suffisamment de moyens lui permettant de former une pratique de groupe. En outre, il est souvent réduit à utiliser un équipement qui n'est pas adéquat;

(d) l'omnipraticien qui désire augmenter son revenu doit inscrire plus de noms sur ses listes, avec le résultat qu'il ne peut consacrer le temps nécessaire à chacun de ses patients;

(e) le nouveau médecin éprouve énormément de difficultés à s'établir par suite du mode de rémunération du médecin de famille.

En résumé, l'omnipraticien se trouve surchargé d'un travail monotone et ingrat, pour lequel il n'est pas suffisamment rémunéré, ce qui ne lui permet pas d'améliorer, et même de tenir à jour, ses connaissances professionnelles.

Le mécontentement se manifeste par une assez forte migration d'omnipraticiens vers l'étranger. Une certaine émigration se produit aussi chez les spécialistes qui, semble-t-il, sont en quête de meilleures facilités de recherche ou d'un équipement de qualité supérieure pour l'exercice de leur profession.

Qualifications professionnelles

Les normes des diverses professions médicales en Grande-Bretagne sont maintenues par la pratique de l'inscription auprès de leurs Collèges respectifs. L'inscription confère certains privilèges au praticien et constitue une garantie de sa compétence pour les patients.

Le droit et le devoir de tenir un registre d'inscription de praticiens qualifiés est conféré aux différents Collèges par des décrets qui stipulent leur composition et leur procédure, fixent la formation et l'expérience requises pour être inscrit, et prescrivent les peines encourues par ceux qui se prétendraient qualifiés sans l'être.

Association médicale britannique

Les médecins se sont groupés dans diverses associations, dont la plus importante est l'Association médicale britannique (British Medical Association). Elle représente principalement les omnipraticiens, bien qu'elle groupe environ 80% des médecins anglais.

L'Association fait preuve d'une grande activité par l'entremise de ses divers comités. Parmi les plus importants, il faut noter:

(a) le "General Medical Services Committee", qui représente tous les omnipraticiens affiliés au Service du médecin de famille;

(b) le "Central Consultants and Specialists Committee", qui représente l'ensemble des spécialistes des hôpitaux;

(c) le "Public Health Committee", qui représente tous les médecins au service des autorités locales.

Ces trois comités jouissent d'une assez grande autonomie vis-à-vis l'Association. Par exemple, chacun des comités négocie séparément pour défendre les intérêts de ses membres. En quelque sorte, la séparation qui se fait sentir entre les trois branches du Service national de santé se reproduit au sein même de l'Association.

Rémunération

Le mode de rémunération des différentes catégories de praticiens est particulier à chacune des branches du Service national de santé.

Service du médecin de famille

Le mode de rémunération des omnipraticiens fut d'abord établi d'après les recommandations d'un comité formé en 1945 sous la présidence de Sir W. Spens. En 1957, une Commission royale fut chargée d'étudier le mode de rémunération des médecins et des dentistes; son rapport fut déposé en février 1960. Dans l'ensemble, les recommandations de la Commission ont été acceptées par le Gouvernement et la profession médicale. En résumé, la Commission recommandait que le revenu net moyen, provenant de "sources officielles", des omnipraticiens n'ayant pas atteint 70 ans soit de $6,790. par année.

Ce montant fut subséquemment augmenté à $7,742, à compter du 1er avril 1963, à la suite de la recommandation du Comité de revision. Ce comité, formé à la suite d'une recommandation de la Commission royale, est "chargé de conseiller le Premier Ministre quant à la rémunération des médecins et des dentistes qui adhèrent au Service National de santé".

Le 1er avril 1965, le montant du revenu net moyen fut de nouveau augmenté sur recommandation du Comité de revision. Cette dernière augmentation ne fut pas jugée satisfaisante, et l'Association médicale britannique continua de négocier avec le ministre de la Santé. En octobre 1965, les négociations donnaient lieu à un accord de principe qui portait, non seulement sur le montant de rémunération, mais sur une foule d'autres questions rattachées aux conditions de pratique des omnipraticiens.

De façon générale, la rémunération des médecins de famille est basée sur le système de paiement par capitation. A la suite de la revision d'avril 1965, le paiement per capita a été porté à $3.15 par année. Un paiement additionnel est versé pour chaque patient inscrit sur la liste, à compter du 401ème jusqu'au 1,600ème, et un autre paiement additionnel est versé pour chaque patient entre le 1,001ème et le 1,500ème. Ce système de paiement additionnel a pour but d'encourager les médecins à ne pas placer trop de noms sur leur liste.

En plus du paiement per capita, les médecins de famille ont droit à diverses autres formes de rémunération. Parmi celles-ci, mentionnons les paiements supplémentaires aux médecins de campagne, afin de compenser le fait que leur horaire est plus chargé et leurs frais plus élevés que ceux de leurs collègues des zones urbaines à densité de population plus forte, les primes d'isolement destinées à favoriser l'installation de médecins dans les

zones peu peuplées, les paiements pour services spéciaux tels que le traitement de résidents temporaires ou de cas d'urgence, la formation d'assistants, les accouchements, le travail dans un hôpital, et la préparation des ordonnances.

Une subvention initiale est aussi accordée aux médecins qui s'établissent dans une région où il n'y a pas suffisamment de médecins; cette subvention est payée, selon un taux décroissant, sur une période de quatre années.

La rémunération des omnipraticiens est versée par l'entremise d'un fonds central couvrant l'ensemble du pays.

Il faut aussi mentionner que les médecins de famille peuvent obtenir des prêts sans intérêt destinés à faciliter l'établissement des pratiques de groupe; ils participent en outre à un régime de pension financé au moyen d'une contribution du médecin égale à 6% de son revenu net et d'une contribution de 9½% de l'Echiquier.

Praticiens au service des hôpitaux

Le mode de rémunération actuel des spécialistes, des médecins et des dentistes au service des hôpitaux a pris effet en avril 1963, à la suite des recommandations du Comité de revision. Selon ces recommandations, les revisions seront dorénavant effectuées à intervalles réguliers de trois ans.

Les médecins d'hôpitaux se divisent en trois grandes catégories. Les consultants (médical consultants) et leurs adjoints (médical assistants) constituent la première; ce sont eux qui assument la responsabilité du traitement des malades. Dans la seconde se trouvent les différents échelons, à partir du médecin junior (junior house post) jusqu'au médecin sénior (senior registrat post) qui est en voie de se qualifier comme consultant. Finalement, les médecins d'administration constituent la troisième catégorie.

Tous les médecins d'hôpitaux sont rémunérés à salaire. Dans le cas des consultants, le salaire de base tient compte de l'âge, de l'expérience et des qualifications. En outre, des bonis de mérite (Distinction Awards) sont accordés à près du tiers des consultants; ces bonis permettent de reconnaître les contributions spéciales d'un consultant à la médecine ou son habileté exceptionnelle. Finalement, ils reçoivent des paiements additionnels pour les consultations à domicile. La rémunération des autres médecins est établie selon des principes identiques, sauf qu'ils n'ont pas droit aux bonis de mérite.

Les consultants les mieux rémunérés, c'est-à-dire ceux qui reçoivent les plus forts bonis de mérite, avaient un revenu de l'ordre de $25,000, en mai 1965. (1)

---

(1) National Health Service. Note 12A. op. cit.

La structure d'organisation des dentistes d'hôpitaux, de même que leur mode de rémunération, sont semblables à ceux des médecins.

Lorsqu'un médecin ou un dentiste pratique à temps partiel, il reçoit une proportion de la rémunération régulière. En outre, tous les médecins et dentistes d'hôpitaux participent de la même façon que les médecins de famille à un régime de pension.

Dentistes

Les dentistes qui traitent leurs patients dans leur propre cabinet reçoivent des honoraires qui varient selon le genre de traitement. Le barème des honoraires est établi selon les recommandations du Comité de revision. En 1962, ce montant s'élevait à $7,000, par année.

Ophtalmologistes et opticiens

Les ophtalmologistes reçoivent des honoraires fixes pour les examens de la vue. Quant aux opticiens, ils reçoivent des honoraires pour services professionnels, et le prix de gros des lunettes, plus un supplément pour couvrir le risque de bris.

Pharmaciens

Le mode de rémunération des pharmaciens qui participent au Service National de santé est relativement élaboré. Le pharmacien transmet mensuellement une copie de chaque prescription qu'il a complétée. Le paiement qu'il reçoit est égal au prix courant du gros, auquel un pourcentage est ajouté, de même qu'une allocation pour le récipient. Le pharmacien reçoit en outre un honoraire professionnel pour chaque prescription, dont le montant varie selon la nature des prescriptions. Finalement, le pharmacien reçoit une rémunération additionnelle pour le service de garde.

Les montants des paiements accordés aux pharmaciens sont déterminés par 18 bureaux spéciaux (Pricing Offices) qui ont été établis dans les diverses régions par le "Joint Pricing Committee". Ce Comité a été lui-même formé par les Conseils exécutifs qui sont responsables du fonctionnement du Service pharmaceutique.

Il est important de signaler que les personnes qui ne se prévalent pas du Service du médecin de famille et se font traiter à titre privé doivent payer le plein coût de leurs médicaments.

DEMANDE ET CONTROLE DES SOINS

Tel qu'indiqué précédemment, la demande de soins augmente à un rythme accéléré et, à diverses reprises, certains frais

ont été imposés dans le but de mettre un frein à la consommation abusive de soins.

Les Conseils exécutifs exercent aussi un certain contrôle sur la qualité des soins. Chaque conseil est tenu d'établir des comités chargés d'examiner les plaintes déposées contre les praticiens. Le Conseil exécutif, à la demande d'un comité, peut recommander au ministre de retenir une partie de la rémunération des praticiens qui n'ont pas rempli leurs obligations ou de prendre certaines autres sanctions. Un tribunal spécial est chargé d'étudier les cas où le retrait du nom d'un praticien de la liste des Conseils exécutifs est envisagé. Les intéressés peuvent contester la décision du tribunal auprès du ministre de la Santé ou, s'il s'agit d'un point de droit, auprès d'un tribunal supérieur.

EFFECTIFS MEDICAUX

Les quelques chiffres donnés ci-dessous ont uniquement pour but de donner un aperçu général de l'évolution du nombre de praticiens au Royaume-Uni depuis l'établissement du Service National de santé. Il serait très difficile, sinon impossible de présenter une analyse de l'évolution des effectifs en personnel et en équipement dans le domaine de la santé en ce pays depuis 1948. Pour illustrer les difficultés d'une telle analyse, mentionnons uniquement qu'il faudrait pouvoir évaluer le nombre et la qualification des médecins qui ont émigré par rapport à ceux qui sont venus de l'extérieur.

NOMBRE DE PRATICIENS DANS LE SERVICE NATIONAL DE SANTE (1)

	1949	1954	1959	1964
Omnipraticiens	18,000	19,439	20,424	20,842
Praticiens d'hôpitaux	11,940	14,572	16,143	18,431
Pharmaciens	14,336	15,764	15,843	14,993
Ophtalmologistes	996	926	914	854
Ophtalmologistes-opticiens	5,739	6,328	6,392	5,865
Opticiens	599	729	933	1,067
Dentistes	9,495	9,599	10,418	10,414

(1) National Health Service. Summary of Main Figures. op. cit

Bien que les nombres indiqués à la page précédente ne comprennent que les praticiens du Service National de santé, ils représentent la majeure partie des effectifs médicaux, car presque tous les praticiens adhèrent au Service.

ASSURANCE PRIVEE

Toute personne qui désire se faire traiter privément doit assumer le coût entier des soins. Un nombre grandissant de personnes, généralement à revenu élevé, sentent malgré tout le besoin d'obtenir de l'assurance privée. La British United Provident Association est le principal assureur privé dans le domaine de l'assurance-maladie et, en 1963, elle comptait plus d'un million d'assurés. (1)

Il semble que peu de personnes s'assurent relativement aux soins donnés par le médecin de famille. L'assurance a plutôt pour objet de couvrir les soins des spécialistes et les soins hospitaliers, et permet à l'assuré d'être traité plus rapidement à titre de patient-privé.

BIBLIOGRAPHIE

BEVERIDGE, Sir William - Social Insurance and Allied Services-Report. New York, 1942.

ECKSTEIN, Harry - The English Health Service. Cambridge, Harvard University Press, 1964. 289p.

ENGLAND. Ministry of Health - National Health Service (N.H.S. Note 1-12). (document polycopié)

- Our Blueprint for the Future. London, Medical Practioners' Union, 1963. 20p.

- Private Treatment in Illness. London, British United Provident Association, 1963. 9p.

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, The Caxton Printers Ltd, 1962. 314p.

- Services de santé en Grande-Bretagne, édité pour les Services Britanniques d'Information. London, Reference Division Central Office of Information, 1964. 54p.

VINCENOT, Yves - Le service de santé en Grande-Bretagne. Paris, Armand Colin, 1952. 263p.

---

(1) Private Treatment in Illness. London, British United Provident Association, 1963. 9p.

CHAPITRE II

FRANCE

*
* *

INTRODUCTION

Comme la plupart des régimes de sécurité sociale, celui de la France est en état d'évolution quasi permanente. De façon générale, le but poursuivi est celui de la généralisation de la sécurité sociale à toute la population grâce à un régime national unique où seront respectées certaines diversifications.

L'analyse de l'évolution de la sécurité sociale française met en relief l'influence toujours constante des idées qui se sont dégagées de l'évolution sociale à travers le monde, le souci de tenir compte des institutions existantes, et également des conditions économiques et sociales propres à la France.

La sécurité sociale recouvre en France, d'une part, les assurances sociales, les accidents du travail et les prestations familiales et, d'autre part, l'action préventive des organismes de sécurité sociale. Par le jeu des diverses influences auxquelles il vient d'être fait allusion, la sécurité sociale se présente actuellement sous l'apparence d'une mosaïque complexe de régimes professionnels divers. Il se compose:

a) des régimes concernant les salariés soit:

1) le régime dit "général" des travailleurs de l'industrie et du commerce, qui en est la pièce fondamentale;

2) le régime agricole;

3) les régimes spéciaux à certaines professions: mines, chemin de fer, fonction publique, etc...

b) des régimes des travailleurs non-salariés: commerçants industriels, artisans, membres des professions libérales, exploitants agricoles;

c) des régimes complémentaires.

L'assurance-maladie, qui demeure essentiellement une mesure d'assurance sociale, s'est conformée dans son évolution aux rè-

gles générales d'évolution pour l'ensemble de la sécurité sociale. Mais l'évolution de l'assurance-maladie a en outre été marquée par les problèmes propres à cette branche, problèmes qui sont particulièrement complexes à cause de leurs implications diverses. Le seul problème de concilier le caractère obligatoire de l'assurance-maladie avec le respect des principes de la médecine libérale a probablement plus influencé l'évolution de l'assurance-maladie que tout autre. Il s'agit évidemment d'une difficulté qui ne se retrouve dans aucune autre des ramifications de la sécurité sociale.

Les grandes dates de l'assurance-maladie en France constituent toutes en quelque sorte des phases de cet effort de conciliation:

a) l'introduction, par la loi du 5 avril 1928, des assurances sociales dans la législation sociale et, en 1930, la modification de la loi afin d'y inscrire les principes de l'entente directe entre médecin et patient quant aux honoraires et au remboursement sur base d'un tarif officiel, dit tarif de responsabilité;

b) l'ordonnance du 19 octobre 1945, qui marqua l'abandon définitif du principe du remboursement intégral au profit de celui du "ticket modérateur", l'objectif établi était d'arriver à un remboursement réel de 80% des frais;

c) finalement, le décret du 12 mai 1960, bien qu'il soit en continuité avec l'ordonnance d'octobre 1945, y a ajouté quatre éléments essentiels: la convention type, les tarifs-plafonds avec possibilités de dépassement et de majoration, les adhésions personnelles et un système de contrôle.

Une analyse du régime français d'assurance-maladie ne peut être complète si elle ne touche à tous les aspects de son évolution. Elle ne peut en outre être complète sans une certaine analyse de l'ensemble de la sécurité sociale. Il est évidemment impossible de tenter une telle analyse dans le cadre de la présente étude qui est principalement descriptive et limitée à l'assurance-maladie à l'intérieur du régime général.

COUVERTURE DU REGIME

L'assurance-maladie comprend le versement

a) de prestations en nature, qui sont en fait généralement des remboursements en argent des frais occasionnés par la maladie,

b) de prestations en espèces, destinées à compenser la perte de rémunération résultant des interruptions de travail dues à la maladie.

Bien que les prestations en espèces ne sont pas analysées ci-dessous, elles constituent tout de même une partie intégrante de l'assurance-maladie.

Prestations en nature

L'assurance-maladie comporte la couverture des frais de médecine générale et spéciale, de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et d'examens de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de cure et des frais de transport, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille.

Règles fondamentales

L'assurance-maladie est conditionnée par les règles fondamentales suivantes:

a) l'assuré choisit librement le praticien qui doit lui donner les soins et l'établissement dans lequel il doit être soigné;

b) de façon générale, le praticien peut prescrire tout examen, tous médicaments, toutes pratiques médicales nécessaires à l'efficacité du traitement. Il doit cependant rechercher la plus grande économie compatible avec l'efficacité du traitement;

c) l'assuré doit faire l'avance des frais engagés (sauf s'il s'agit d'un établissement public) et se faire ensuite rembourser par la Caisse primaire sur justification des dépenses effectuées;

d) en principe, le remboursement ne correspond pas à la totalité des dépenses effectuées. L'assuré doit assumer une partie des frais médicaux, chirurgicaux, paramédicaux, dentaires et pharmaceutiques. Toutefois la participation des assurés est supprimée lorsqu'il s'agit des actes professionnels d'un coût relativement élevé(1); par ailleurs, les assurés atteints d'une affection de longue durée (tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite), les assurés dont l'état exige des traitements particulièrement onéreux, les titulaires de pension d'invalidité ou d'accident de travail (66 2/3%), les bénéficiaires de pensions militaires ne sont astreints à aucune participation.

Frais médicaux

L'objectif du régime d'assurance-maladie est le rembour-

---

(1) Il s'agit des actes professionnels dont le coefficient, dans la nomenclature, est égal ou supérieur à 50.

sement dans la proportion de 80%, ou pour les exceptions mentionnées ci-haut de 100%, des frais médicaux.

Selon le décret du 12 mai 1960, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux sont établis, pour chaque département ou circonscription de Caisse primaire par des conventions conclues entre les Caisses Régionales de Sécurité Sociale et les Syndicats de praticiens. Ces conventions doivent être conformes aux dispositions législatives et aux clauses d'une convention-type. Ces conventions et les tarifs qu'elles déterminent ne sont applicables qu'après approbation par une Commission interministérielle des tarifs.

Dans les circonscriptions de Caisses primaires où un tarif n'a pu être établi par convention, la Commission interministérielle fixe les tarifs applicables aux praticiens qui adhèrent volontairement et individuellement aux clauses obligatoires de la convention-type (dans ce cas, les tarifs sont les mêmes que ceux indiqués ci-dessus) et les tarifs dits d'autorité, nettement inférieurs à ces derniers, applicables aux praticiens qui n'ont pas adhéré personnellement.

Des majorations sont prévues pour les actes médicaux accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de médecins en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Les tarifs sont établis d'après une nomenclature des actes professionnels.

Finalement, les tarifs conventionnels, les tarifs applicables en cas d'adhésion individuelle, les tarifs dits "d'autorité" ne peuvent dépasser les tarifs plafonds fixés par arrêté ministériel.

Frais hospitaliers

Le malade peut se faire soigner à son choix dans un hôpital public ou dans une clinique privée.

En cas d'hospitalisation dans un hôpital public, les frais d'hospitalisation sont réglés sous la forme d'un prix de journée fixé par le Préfet, et qui englobe toutes les dépenses relatives au traitement, à l'exception des honoraires médicaux. L'assuré acquitte 20% du prix de journée et la Caisse règle directement à l'hôpital les 80% à sa charge.

Les honoraires des médecins et des auxiliaires médicaux encourus dans un hôpital public sont remboursés à 80% sur la base d'un tarif réglementaire.

Pour être hospitalisé dans une clinique privée, l'assuré doit demander l'accord de la Caisse. Les tarifs servant au remboursement des frais de séjour résultent, soit de la convention

passée avec la clinique, soit, pour les établissements non conventionnés, d'une décision de la Caisse régionale; ces tarifs ne peuvent être supérieurs à ceux des établissements publics de même nature les plus proches. Les tarifs d'honoraires sont fixés par les mêmes conventions que celles concernant les soins au cabinet du médecin ou au domicile, ou, à défaut de convention, par la Commission interministérielle des tarifs.

Frais pharmaceutiques

Le tarif de remboursement utilisé par les Caisses pour les prescriptions pharmaceutiques est un tarif national. Les préparations magistrales sont remboursées au malade à 80% alors que les frais modérateurs sont réduits à 10% ou supprimés pour les produits à caractère indispensable.

Il existe en outre une liste de médicaments spécialisés qui doivent répondre à une série de conditions à caractère surtout économique pour ne pas être exclus du remboursement total ou partiel. Cette liste comprend environ 10,000 formes de médicaments spécialisés sur les 14,000 existantes et elle est mise à jour par une Commission interministérielle composée en partie d'éminentes personnalités du monde médical et pharmaceutique.

Les spécialités grevées de charges exagérées de publicité sont exclues de cette liste de même que les produits plus chers que des préparations magistrales ou que des médicaments analogues et certains produits "non indispensables à une thérapeutique efficace".

Frais dentaires

Les frais dentaires sont remboursés dans la proportion de 80% des honoraires établis par convention entre la Caisse régionale de sécurité sociale et les syndicats de chirurgiens dentistes. A défaut de convention, la valeur des actes est fixée par la Commission interministérielle des tarifs.

Relativement aux appareils, l'assuré et les membres de sa famille doivent obtenir l'accord préalable de la Caisse. Ils ont droit aux appareils:

a) fonctionnels, c'est-à-dire qui leur sont nécessaires pour leur permettre de remplir convenablement leur "fonction masticatoire", ou

b) thérapeutiques, c'est-à-dire qui leur sont nécessaires du fait qu'ils sont atteints d'une maladie qui est fonction directe de la déficience du système dentaire.

Cures thermales

Certains frais relatifs aux cures thermales sont assumés,

si le médecin traitant estime nécessaire l'envoi en cure de l'assuré ou d'un de ses ayants droit; une demande doit cependant être faite à la Caisse au préalable.

CHAMP D'APPLICATION

Bénéficiaires

Les bénéficiaires du régime général d'assurance-maladie sont l'assuré, son conjoint et les enfants à sa charge qui sont

a) âgés de moins de 16 ans et non salariés,

b) âgés de moins de 18 ans et placés en apprentissage,

c) âgés de moins de 20 ans et poursuivant leurs études

ou ne pouvant travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique.

En outre, les ascendants, descendants ou collatéraux jusqu'au 3ième degré de l'assuré et vivant sous toit sont aussi bénéficiaires s'ils se consacrent exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans.

En cas de décès de l'assuré, le droit aux prestations est maintenu à ses ayants droit pendant une période de 6 mois à compter du décès; ce droit est maintenu pendant un mois si l'assuré ou l'un de ses ayants droit cesse de satisfaire aux conditions requises pour être assujetti au régime.

Conditions requises

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maladie, l'assuré social doit établir:

a) soit qu'il a occupé un emploi salarié pendant au moins 60 jours au cours des trois mois précédant la date des soins,

b) soit qu'il s'est trouvé en état de chômage involontaire constaté pendant une durée équivalente au cours de la dite période.

STRUCTURES ADMINISTRATIVES

L'organisation administrative du régime général comprend, à la base, des Caisses assumant une mission de gestion, une admi-

nistration chargée d'un rôle de tutelle et de contrôle et des organismes consultatifs. Le plan schématique de la page suivante permet de situer plus facilement les différents organismes de la structure qui est relativement complexe.

Les Caisses

Toutes les attributions de gestion que comporte l'application des trois branches de la législation de sécurité sociale (assurances sociales, accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales) sont dévolues à des caisses, organisées en un système unique et obligatoire en trois échelons. Ce sont:

a) au plan départemental: les Caisses primaires de sécurité sociale, les Caisses d'allocations familiales et les Unions de recouvrement;

b) au plan régional: les Caisses régionales de sécurité sociale;

c) au plan national: la Caisse nationale de sécurité sociale.

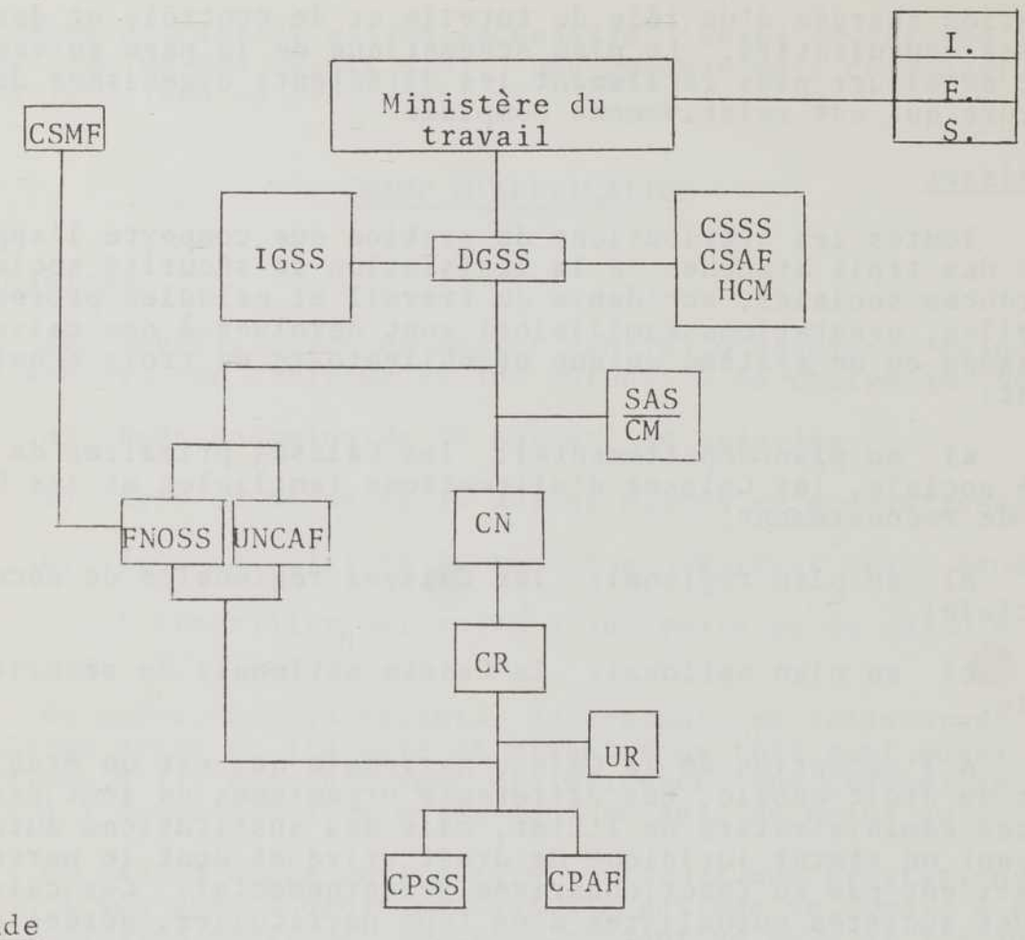
A l'exception de la Caisse nationale qui est un établissement de droit public, ces différents organismes ne sont pas des services administratifs de l'Etat, mais des institutions autonomes ayant un statut juridique de droit privé et dont le personnel n'appartient pas au fonctionnarisme gouvernemental. Ces caisses sont des sociétés mutualistes d'un type particulier, gérées par des conseils d'administration dont les membres sont désignés ou élus pour 5 ans.

Les Unions de recouvrement sont administrées par un Comité de gestion désignés par les conseils d'administration respectifs de la Caisse primaire et de la Caisse d'allocations familiales.

Les conseils d'administration des Caisses primaires, des Caisses d'allocations familiales et des Caisses régionales comprennent des membres représentant les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants, les employeurs, le personnel des Caisses, les médecins, les associations familiales ainsi que deux personnalités particulièrement qualifiées en matière de sécurité sociale.

Les Caisses primaires de sécurité sociale

Les Caisses primaires sont au nombre de 122 et, en principe, leur circonscription normale est le département. Elles groupent obligatoirement tous les assurés sociaux dont le lieu de travail se trouve dans leur circonscription ainsi que les membres admissibles de leur famille.



Légende

I : Inspection Générale de la Sécurité Sociale
F : Ministère des Finances et des Affaires Economiques
S : Ministère de la Santé Publique et de la Population

Ministère du Travail

DGSS : Direction Générale de la Sécurité Sociale
IGSS : Inspection Générale de la Sécurité Sociale
CSSS : Conseil Supérieur de la Sécurité Sociale
CSAF : Conseil Supérieur des Allocations Familiales
HCM : Haut Comité Médical
SAS, CM : Services des Affaires Sociales, Contrôle Médical

CN : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CR : Caisses Régionales de Sécurité Sociale
UR : Unions de Recouvrement
CPSS : Caisses Primaires de Sécurité Sociale
CPAF : Caisses Primaires d'Allocations Familiales
FNOSS : Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale
UNCAF : Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales

CSMF : Confédération des Syndicats médicaux Français

Elles sont chargées des fonctions administratives de l'immatriculation des assurés, du service des prestations et elles exercent en outre une action sanitaire et sociale en faveur des familles de leurs assurés.

Les Unions de recouvrement

Ces Unions, au nombre de 102, ont la charge de l'encaissement des cotisations de sécurité sociale, du dépistage des fraudes et des recouvrements.

Les Caisses régionales de sécurité sociale

Les Caisses régionales, au nombre de 16, s'occupent de tâches pour lesquelles un cadre plus large que le département est préférable techniquement. Par exemple, elles assurent la coordination de la politique sanitaire et sociale et de la politique de prévention des accidents du travail des organismes de sécurité sociale de la région.

Relativement à l'assurance-maladie, elles sont chargées des conventions avec les syndicats de praticiens et les établissements de soins privés, et de l'administration du contrôle médical.

La Caisse nationale de sécurité sociale

L'organisation technique du régime général est couronnée par la Caisse nationale qui est chargée d'assurer la compensation nationale des risques gérés par les organismes de sécurité sociale et de garantir leur solvabilité. Elle est en outre chargée d'assurer la compensation nationale des charges des prestations familiales, de gérer les fonds destinés à promouvoir, sur le plan national, une politique générale de la sécurité sociale et, finalement, de couvrir les charges de certains vieux travailleurs "non assurés sociaux".

La Caisse nationale coordonne sur le plan national l'action sanitaire et sociale des organismes et elle assure le contrôle des opérations mobilières et immobilières des Caisses.

En raison de son statut d'établissement public, son conseil d'administration est composé de divers représentants des Caisses élus par les membres du conseil des Caisses régionales et des Caisses d'allocations familiales et de représentants des différents ministères intéressés par la politique de sécurité sociale.

La Caisse nationale jouit de l'autonomie financière; elle est cependant assujettie à des règles de gestion, qui sont celles de la comptabilité publique, et soumise au contrôle d'Etat.

La Fédération nationale des organismes de sécurité sociale

Les Caisses primaires et régionales se sont groupées volontairement pour former la F.N.O.S.S. Cette fédération est sur le plan national, l'interprète des Caisses auprès des autorités gouvernementales. Elle procède aussi à l'étude des questions d'intérêt commun, facilite l'information et la documentation des Caisses et les conseille dans les problèmes d'organisation technique.

L'Administration

La tutelle administrative des pouvoirs publics, assortie de divers contrôles, assure la conciliation nécessaire entre la notion de gestion privée et celle de service public, en sauvegardant l'intérêt général et les droits de l'Etat dans le fonctionnement du système.

Le Ministre du Travail est, au sein du Gouvernement, responsable de l'ensemble de la politique générale de la sécurité sociale. A cette fin,

a) il peut annuler les décisions des conseils d'administration des organismes qui sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier des Caisses;

b) les nominations d'agents de direction et d'agents comptables de chaque Caisse sont soumises à son approbation et à celle du Ministre des Finances;

c) il assure en collaboration avec les organismes l'information des assurés sociaux et la formation du personnel de cadre des Caisses.

D'autre part, le Ministre des Finances a un rôle important en matière de tutelle financière. Quant au Ministre de la Santé Publique, il intervient dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, en matière d'action sanitaire et sociale et en établissant conjointement avec le Ministre du Travail la liste des médicaments spécialisés remboursables.

Les Services administratifs centraux et régionaux

Dans l'exercice de sa mission, le Ministre du Travail dispose de services administratifs centraux et régionaux, soit la Direction générale de la sécurité sociale, les Directions régionales et l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Direction générale, composée de 19 bureaux techniques, prépare les textes régissant la sécurité sociale ainsi que les décisions ministérielles; elle veille à l'interprétation et à l'application correcte de ces textes en exerçant un contrôle permanent sur place du fonctionnement de l'ensemble des institu-

tions de sécurité sociale.

La Direction générale s'appuie sur 18 Directions régionales qui prolongent son action sur le plan régional. Les directeurs régionaux surveillent la bonne application de l'ensemble des législations de sécurité sociale et contrôlent le fonctionnement des Caisses. Ils assurent les relations avec les autorités publiques exerçant dans la même région.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est un corps interministériel placé auprès du Ministre du Travail. L'Inspection générale exerce un contrôle supérieur sur les organismes et services de l'ensemble du système. Les contrôles et vérifications d'organismes donnent lieu à l'établissement de rapports contradictoires. Les conseils d'administration des Caisses répondent aux observations présentées dans ces rapports et des contrôles ultérieurs permettent de vérifier s'il a été tenu compte des remarques formulées.

L'Inspection générale effectue en outre des études générales dans le cadre d'un programme annuel défini par le Ministre du Travail, qui est à la fois Président du Comité de coordination de la sécurité sociale.

Les Organismes consultatifs

Le Ministre du Travail est assisté par de nombreux conseils et commissions dont les plus importants, relativement à l'assurance-maladie, sont le Conseil supérieur de la sécurité sociale et le Haut comité médical.

Le Conseil supérieur comprend 39 membres, désignés pour 5 ans, représentant les organismes intéressés à la sécurité sociale. Le Conseil supérieur est un organisme consultatif chargé d'émettre des avis sur les questions dont il est saisi par le Ministre du Travail ainsi que dans les cas où les textes législatifs prévoient sa consultation. C'est auprès du Conseil supérieur qu'est établi le Comité technique d'action sanitaire et sociale, chargé de donner un avis sur le programme d'action sanitaire et sociale des Caisses.

Le Haut comité médical est composé de 8 membres du corps médical, connus pour leurs travaux et les services rendus dans le domaine de la médecine sociale et de la sécurité sociale, et de 6 médecins-conseils régionaux de la sécurité sociale. Il est chargé d'élaborer les directives techniques nécessaires au fonctionnement du contrôle médical et d'en suivre l'application. Au début de 1964, le Comité présentait son premier rapport sur le fonctionnement et l'organisation du contrôle médical dans la sécurité sociale. Par suite de l'importance que revêt ce contrôle dans tout régime d'assurance-maladie et des problèmes très épineux qu'un tel contrôle soulève, le rapport introductif du Comité est repro-

duit intégralement à la fin de ce volume (voir Appendice II).

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

En France, la Sécurité sociale n'est pas seulement une institution ayant pour objet la couverture des risques et la compensation des charges familiales; elle exerce également une large action préventive, sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants.

Elle participe ainsi à la conservation ou à la récupération de la capacité de travail des travailleurs et au mieux-être des familles. Cette action se manifeste, soit par des interventions à caractère collectif qui constitue un apport à l'équipement médical, social et familial du pays, soit par des interventions individuelles, notamment sous forme de prestations supplémentaires. L'action sanitaire est du domaine des Caisses de sécurité sociale, tandis que l'action sociale et familiale est du domaine des Caisses d'allocations familiales.

L'élaboration des programmes et leur contrôle appartiennent cependant à des organismes ou commissions spécialisées. Chaque Caisse dispose d'un budget spécial à cette fin et la Caisse nationale gère un Fonds national d'action sanitaire et sociale. Les crédits affectés à ces budgets et à ce fonds proviennent de prélèvements sur les cotisations encaissées, de prélèvements sur les allocations familiales servies par les Caisses et des majorations de retard infligées en cas de non versement des cotisations dans les délais prescrits.

FINANCEMENT

Principes

L'organisation financière du régime général repose sur les principes de l'autonomie financière, de l'unité de l'assiette des cotisation, de leur proportionnalité aux salaires, enfin de la compensation nationale des charges.

Les ressources sont assurées essentiellement par des cotisations des travailleurs et des employeurs. L'Etat n'intervient en pratique dans le financement que pour consentir des avances remboursables à la Caisse nationale de sécurité sociale en vue d'assurer la solvabilité des organismes et pour remédier à l'insuffisance des cotisations de certains groupes, tels les étudiants et les victimes de guerre.

En principe, les assurances sociales sont financées selon le système de la répartition. Les cotisations perçues au cours de l'année servent à payer les prestations servies durant la même année sans qu'il existe de relation entre les prestations obtenues et les cotisations versées individuellement.

Les cotisations

L'assiette commune aux cotisations d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail est constituée par l'ensemble de la rémunération, c'est-à-dire le salaire proprement dit, les indemnités ou primes en argent, les pourboires, les avantages en nature (repos, logement).

Toutefois l'ensemble de la rémunération n'entre en ligne de compte, pour le calcul des cotisations, que dans la limite d'un montant maximum. Ce plafond est fixé annuellement par décret compte tenu de la variation de l'indice général des salaires. Certaines catégories de personnes (personnel domestique, les apprentis) contribuent sur base forfaitaire. Le montant maximum admis en 1960 était de $2,112; au 1er janvier 1965 il s'élevait à $2,692(1).

Le taux de cotisation

L'ensemble des risques couverts par les assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse) donne lieu à une cotisation unique égale à 20.25% du salaire ci-dessus défini dont 14.25% à la charge de l'employeur et 6% à la charge de l'assuré.

Toutefois, en ce qui concerne les travailleurs âgés de plus de 65 ans, le taux de la cotisation est ramené de 6% à 2%; par ailleurs, les personnes seules âgées de plus de 70 ans et se trouvant dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne sont dispensées de toute cotisation comme employeurs d'une telle personne.

Des cotisations sont en outre payables pour les prestations familiales et les accidents du travail.

Le paiement et le recouvrement des cotisations

L'employeur est tenu de prélever sur chaque paye la cotisation ouvrière d'assurances sociales et d'effectuer périodique-

---

(1) Les montants exprimés en dollars dans ce chapitre sont sur la base d'une équivalence approximative de $0.22 par franc (Fr.)

ment le versement de l'ensemble des cotisations aux Unions de recouvrement. Ces dernières disposent de procédures rapides et énergiques, notamment la procédure dite de la contrainte pour recouvrer les cotisations impayées. Les sanctions sont constituées surtout par l'imposition de majorations de retard et par des sanctions pénales.

L'organisation financière

L'organisation financière du régime général repose sur les deux principes de spécialisation des ressources et de compensation nationale des charges. Les ressources d'une législation ne peuvent être affectées à la couverture des charges d'une autre législation.

Le circuit des fonds et la ventilation des cotisations

Les cotisations d'assurances sociales sont centralisées, prises à charge et gérées par la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les fonds ainsi réunis font l'objet d'une ventilation entre les divers organismes de sécurité sociale intéressés. Cette ventilation est effectuée par la Caisse des Dépôts et Consignations par l'application des coefficients suivants, fixés par arrêté ministériel: 48.02% pour les Caisses primaires, 2.55% pour les Caisses régionales, 0.62% pour les Unions de recouvrement et 48.81% pour la Caisse nationale. Exception faite de la Caisse nationale, 5.34% des cotisations sont affectées à la gestion administrative par les Caisses et les Unions de recouvrement.

La compensation nationale des charges

Bien que les taux de cotisation des assurances sociales soient uniformes pour l'ensemble du pays, les charges des Caisses sont variables pour diverses raisons démographiques, économiques et administratives. Afin d'assurer leur solvabilité, une compensation nationale des charges est opérée entre les diverses caisses par la Caisse nationale. Cette dernière gère cinq fonds à cette fin, dont le fonds national des assurances sociales.

Situation financière du régime général

Le mouvement des prestations au cours des dernières années et leur projection dans l'avenir démontre clairement les difficultés que pose le problème du financement du régime d'assurance-maladie en France. Les deux tableaux suivants relatifs au régime général illustrent clairement ces difficultés. D'ailleurs, selon l'Inspection générale de la sécurité sociale, "c'est sans nul doute la situation du régime général (salariés non-agricoles et agricoles) qui est la plus inquiétante"(1)

(1) Rapport annuel de l'inspection générale de la sécurité sociale. Paris, Ministère du Travail, 1962. p. 329.

PROGRESSION DES PRESTATIONS DE 1957 A 1963 (1) PAR RAPPORT A CERTAINS INDICES

(Base 100 : 1957)	Progression 1957-1963
Prestations en nature	260.04
Nombre d'assurés	118.48
Salaires	161.72
Prix de détail	144.92

COMPARAISON DES PRESTATIONS AU REVENU NATIONAL (2)

Année	Prestations en nature (millions de Fr)	Revenu national (milliards de Fr)	En % du revenu national
1957	3,104	164	1.89
1958	3,584	188	1.90
1959	3,877	203	1.91
1960	4,654	227	2.05
1961	5,977	244	2.46
1962	6,984	272	2.56
1963	8,291	298	2.78

(1) Rapport Grandval, Tableau IV, p. 10.
Statistiques des Rapports du Ministre du Travail pour les années 1947 à 1956.

(2) Régime général plus régimes rattachés (EDF-GDF, fonctionnaires, étudiants, invalides de guerre, agents des collectivités)
Références: Prestation en nature: 1957 à 1961, Rapport Grandval, pp. 9 et 12.
1962-63, chiffres rectifiés, Statistiques de Sécurité Sociale. Paris, Ministère du Travail, septembre 1964, p. 57, 58 et 62.
Revenu national: Etudes et Conjonctures, mai-juin 1964, p. 333.

L'inspection générale de la sécurité a évalué que les prestations en nature de l'assurance-maladie augmentent au rythme de 17% par an, ce qui signifie des déficits élevés et croissants pour l'avenir. Pour l'ensemble des assurances sociales, on prévoit un déficit estimatif de 2,472 millions de francs pour 1965.

Commission "des prestations sociales"

Afin d'apporter une solution à ce problème épineux, le Ministre du Travail a formé au cours des dernières années deux commissions. La première, présidée par l'Inspecteur général des finances, a examiné les perspectives raisonnables des dépenses de la sécurité sociale et des régimes complémentaires jusqu'en 1965 d'une part, et en 1970 d'autre part. La seconde commission dite "des prestations sociales", présidée par l'Administrateur des hôpitaux, doit étudier les moyens de freiner les dépenses de l'assurance-maladie.

PROFESSION MEDICALE

En France, la profession médicale demeure pour l'essentiel une profession libérale; les médecins peuvent s'établir librement, sous réserve des conditions de diplôme, de nationalité et d'inscription au tableau de l'Ordre. Ils appliquent, dans leurs relations avec leurs clients, les quatre principes suivants, c'est-à-dire le libre choix du médecin par le malade, le secret professionnel, la liberté thérapeutique et l'entente directe entre le médecin et le malade sur les honoraires.

L'Ordre des médecins

L'Ordre est une institution juridique qui dépend du pouvoir administratif du Conseil d'Etat. Parmi ses attributions, il est le gardien du code de déontologie et il doit se porter garant de la qualité de l'activité professionnelle et de sa conformité aux règles du droit commun.

Les syndicats professionnels

Le syndicalisme est une vieille institution chez les médecins de France. L'établissement de l'assurance-maladie en 1930 et surtout l'instauration du régime général de sécurité sociale en 1945 lui ont donné son ampleur. Les syndicats sont en effet chargés de protéger les intérêts professionnels de leurs membres.

Jusqu'en 1960, les syndicats départementaux étaient groupés dans la Confédération des syndicats médicaux français (C.S.M.F.). Depuis le décret du 12 mai 1960, un certain nombre de syndicats dissidents se sont groupés pour former l'Union nationale des syndicats de France (U.N.S.F.).

Le décret du 12 mai 1960

Le régime général de 1945 s'est heurté à de nombreuses résistances de la part de la profession médicale au cours des quinze années qui ont suivi son établissement. Finalement, devant l'impossibilité d'une entente entre la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale et la C.S.M.F., et en raison des coûts croissants de la sécurité sociale, le Gouvernement est intervenu par le décret du 12 mai 1960.

En résumé, ce décret a établi définitivement le principe des conventions entre les caisses et les syndicats. Les Caisses régionales et les syndicats départementaux doivent s'entendre sur la base d'une convention type et selon des règles établies d'autorité. Une commission interministérielle des tarifs doit approuver ces conventions. Si les médecins ne peuvent s'entendre collectivement avec les caisses, des tarifs sont imposés d'autorité; les tarifs d'autorité sont relativement élevés pour les médecins qui adhèrent individuellement à la convention type et ils sont plus bas pour les autres médecins.

Bilan

Depuis le décret du 12 mai 1960, l'équilibre entre l'assurance-maladie et la profession médicale semble avoir été atteint. A l'heure actuelle, la grande majorité des médecins de France est conventionnée. Une minorité de départements (Seine, Loir et Cher, Loire, les Alpes Maritimes, Isère) n'est pas conventionnée bien que dans l'ensemble de ces départements 59% des médecins en moyenne avaient souscrit en juillet 1965 des adhésions personnelles; en outre, cette proportion augmente continuellement.

Plusieurs difficultés subsistent cependant et il semble que la sécurité sociale et le corps médical soient constamment en contestation. Les médecins se plaignent en particulier de la "paperasse" qui résulte du système.

EFFECTIFS MEDICAUX

Le tableau suivant permet de comparer de façon grossière une partie des effectifs sur le plan sanitaire de la France par rapport à certains pays.

LA FRANCE DANS LE MONDE (1)

Nombre de médecins, pharmaciens et lits d'hôpitaux par 100,000 habitants - (1961)

	France	U.S.A.	U.R.S.S.	Angleterre	Japon	C.E.E.
Médecins	99	125	180	108	108	133
Pharmaciens	42.4	66.4	11.4	40.4	63.2	45.8
Lits d'hôpitaux	1,452	907	545	1,084	884	1,081

Ce tableau en plus d'être incomplet ne permet pas de juger de l'évolution passée et projetée des effectifs. Il serait impossible dans une analyse aussi brève de faire ressortir tous les éléments qui doivent être considérés dans une analyse des ressources sanitaires d'un pays de l'importance de la France.

Nous nous limiterons donc à résumer les conclusions d'une récente analyse de la question (2):

a) la France est en position d'infériorité, sa densité médicale étant en position de retrait par rapport à la Communauté Européenne (-25%);

b) l'étude des dix dernières années dénote une détérioration;

c) les perspectives basées sur les données acquises, en dehors de toute extrapolation, sont pessimistes.

Il existe en outre une mauvaise répartition géographique des médecins. "Le principe de la liberté d'installation, que le système français de sécurité sociale n'a nullement modifié, a conduit les praticiens à se réunir dans les villes où ils trouvent une clientèle plus groupée et, souvent, la possibilité de perfectionnement post-universitaire... C'est ainsi, par exemple, que dans la Seine il y a 176 médecins pour 100,000 habitants. Dans les départements ruraux tel que le Morbihan il n'y a que 55 médecins pour 100,000 habitants. La disproportion est encore plus grande pour les médecins spécialistes qui sont presque tous installés dans les grands centres". (3)

(1) Médecine et Libertés. Bulletin officiel de la chambre syndicale des médecins de la Seine. Septembre 1965, p. 13.
(2) Médecine et Libertés. op. cit.
(3) M. Charlot - Evolution des rapports de la sécurité sociale avec le corps médical et la réforme issue du décret du 12 mai 1960. 20p. (texte de conférence).

Secteur Hospitalier

Même si la France compte un nombre de lits d'hôpitaux relativement élevé, il semble que, malgré tout, le secteur hospitalier devra subir de nombreuses modifications pour répondre aux exigences toujours nouvelles de la médecine hospitalière. L'analyse de la situation dépasse le cadre de la présente étude. Cependant, le Comité a jugé utile de reproduite l'appréciation suivante:

"L'insuffisance des investissements hospitaliers pratiqués depuis 20 ans entre pour une grande part dans cet état de chose. Il faut aussi incriminer la conception encore en vigueur de l'hospitalisation qui, sur le plan des structures, est résolument périmée. L'hôpital actuel est souvent une vaste usine incommode, inconfortable et cependant onéreuse, où les dépenses administratives dépassent largement les dépenses médicales et paramédicales. Ces dernières ne représentent le plus souvent qu'un tiers (voire un quart) des dépenses totales de l'établissement.

De multiples "substrats" d'hôpitaux sont actuellement à l'étude permettant d'espérer une organisation rationnelle de la médecine hospitalière; il est à souhaiter qu'ils soient réalisés dans des délais raisonnables, avant d'être eux-mêmes dépassés et rendus caducs par les progrès de la science et des techniques".(1)

DEMANDE ET CONTROLE DES SOINS

Demande

La demande des soins augmente à un rythme très rapide en France. Par exemple, de 1960 à 1963, sans modification de la définition de la population assurée, les prestations en nature de l'assurance-maladie se sont accrues chaque année de 17%. Cette augmentation se décompose en 7% d'augmentation de la consommation (qui, elle-même, comporte 3.5% d'augmentation de la population et 3.5% d'augmentation des habitudes de consommation) et 10% d'augmentation de prix. "Il est certain que c'est une préoccupation qui est très inquiétante pour (les) financiers et (les) économistes".(2)

La demande de prescriptions pharmaceutiques augmente aussi très rapidement et il semble que ce soit un des problèmes

---

(1) Assurance-maladie et affaires de santé. Paris, Association pour l'étude des problèmes économiques et humains de l'Europe. p. 25.

(2) Barjot - Les relations entre les médecins et la Sécurité Sociale en France. 28p. (texte de conférence).

épineux auxquels la Sécurité Sociale doit faire face. Voici ce qu'en dit le Directeur général de la Sécurité Sociale:

> " Le malade aime sortir de chez son médecin avec une longue ordonnance. Il évalue la qualité du médecin au coût de l'ordonnance et le médecin sait trop bien que, s'il ne prescrit pas certains médicaments, certains de ses collègues le feront.
>
> " Cet abus de prescriptions, nous en avons vu le chiffre tout à l'heure dans le coût de la pharmacie.
>
> " Mais ce n'est peut-être pas le seul côté préoccupant; un certain nombre de nos professeurs de médecine commencent à considérer, en effet, que l'abus de pharmacie joue un rôle non négligeable dans la pathologie française actuelle. Il en est probablement de même dans d'autres pays.
>
> " Sans doute la législation de la sécurité sociale n'est-elle pas seule responsable de cela. Il y a aussi l'évolution psychologique, l'anxiété des classes dirigeantes et bien d'autres éléments. Mais il existe là un sérieux problème."(1)

Contrôle

Le contrôle est exercé par des commissions paritaires composées de 3 représentants des organismes de sécurité sociale (caisse primaire intéressée, caisse régionale) et de 3 représentants des organisations professionnelles médicales de la catégorie intéressée.

Leur rôle est d'examiner les réclamations relatives à des dépassements de tarifs injustifiés, de mettre fin par conciliation aux litiges portant sur la qualité des soins ou le montant des prescriptions, d'établir et de tenir à jour les liste de notoriété et enfin d'étudier, avec le Haut Comité médical, tous les moyens susceptibles d'améliorer le fonctionnement de l'assurance-maladie.

La commission intervient également en vue d'une conciliation, préalablement à toute résiliation de convention, lorsque celle-ci aurait pour cause une violation des engagements soit par un organisme professionnel médical, soit par une caisse de sécurité sociale.

Les mesures prises varient de la conciliation, de la recommandation et de l'avertissement, à l'invitation au remboursement et à la transmission au Conseil de l'Ordre.

---

(1) Conférence de M. Barjot. op. cit.

ASSURANCE PRIVEE

Parallèlement au régime obligatoire d'assurance-maladie, les sociétés privées d'assurance continuent d'assurer des suppléments aux avantages découlant du régime. L'assurance-maladie privée semble particulièrement répandue dans les grandes agglomérations urbaines où le niveau de vie est le plus élevé. Elle tend en particulier à faire disparaître l'effet du ticket modérateur.

BIBLIOGRAPHIE

- Action sanitaire et sociale. Paris, Ministère du Travail. (dépliant).

- Assurance-maladie et affaires de santé. Paris, Association pour l'étude des problèmes économiques et humains de l'Europe. 109p.

BARJOT - Les relations entre les médecins et la sécurité sociale en France. 28p. (texte de conférence).

- Causes de l'évolution du montant des charges. Mesures propres à les rendre compatibles avec le revenu national, sans diminuer les garanties apportées aux travailleurs et à leur famille. Paris, Union Nationale pour l'Avenir de la Médecine. 27p.

CHARLOT, M. - Evolution des rapports de la sécurité sociale avec le corps médical et la réforme issue du décret du 12 mai 1960. 20p. (texte de conférence).

CHICANOT, E.L. - France. Canadian Doctor, August 1961, vol. 27, no 8, p. 35 (Health Programs Around the World. Part VI).

DOUBLET, Jacques - Sécurité sociale. Paris, Presses Universitaires de France, 1964. 580p.

HATZFELD, Henri - Les grands tournants de la médecine libérale. Paris, Les Editions Ouvrières, 1963. 311p. (Relations sociales).

JOUANNIN, M. - Le problème des effectifs médicaux en France. Médecine et libertés, sept. 1965, vol. 17, n.d. no 18, pp. 9-22.

LAROQUE, Pierre - De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française. Revue internationale du Travail, juin 1948, vol. 57, no 4, p. 621.

- Médecine et libertés. Bulletin officiel de la chambre syndicale des médecins de la Seine. Septembre, 1965.

- Notes Statistiques - Sécurité Sociale. Paris, janvier 1964. 242p.

- Passé et avenir de l'assurance-maladie. Revue des Travaux de l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 1957, vol. 110, 1er semestre.

- Rapport annuel de l'inspection générale de la sécurité sociale. Paris, Ministère du Travail, 1962-63.

- Rapport du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale sur le Fonctionnement et l'Organisation du Contrôle Médical. Paris, Notes et études documentaires, 9 mai 1964, no 3088.

- Régime général de sécurité sociale des professions non-agricoles. Principaux résultats provisoires de l'année 1963-1964. Paris, Ministère du Travail. 12p.

REYNAUD, J.D. - Les syndicats en France. Paris, Armand Colin, 1963. 289p.

- Sécurité Sociale. Schémas de l'organisation administrative. Régimes non-agricoles. Paris, Ministère du Travail. (dépliant).

- Sécurité Sociale en France - Le régime général. Notes et études documentaires, 15 mai 1964, no 3090.

- Sécurité sociale en France avec annexe à jour au 1er janvier 1965. Paris, Documentation Française. 120p.

- Sécurité sociale et son avenir. Pour une poligique adaptée à l'expansion économique et au progrès social. Patronat français, juin 1965, suppl. au no 253.

- Sécurité sociale française. Quelques chiffres. Paris, Ministère du Travail, 1964. (dépliant).

- Statistiques de sécurité sociale. Paris, Ministère du Travail, 1963. 78p.

CHAPITRE III

BELGIQUE

*

* *

INTRODUCTION

Le régime belge d'assurance maladie-invalidité fut institué par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 alors que le pays était encore en guerre. "Pour ne pas retarder l'introduction de mesures sociales impatiemment attendues par les travailleurs après quatre années de privations, les auteurs de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 ont institué la sécurité sociale par une "loi de cadre", qui contenait la promesse d'une pleine réalisation du projet d'accord de solidarité sociale intervenu dans la clandestinité entre employeurs et travailleurs". (I)

Initialement, le régime ne s'appliquait obligatoirement qu'à certaines catégories de salariés et laissait subsister les institutions mutualistes. Au cours des années qui suivirent, de nombreuses modifications furent apportées au régime quant à son champ d'application, aux soins couverts, au mode de financement, etc. En résumé, "pour l'assurance maladie-invalidité, nouvelle venue parmi les assurances sociales obligatoires, la période 1945-1964 a constitué essentiellement une phase expérimentale au cours de laquelle elle dut lutter contre un déséquilibre constant sur le plan financier cependant qu'elle cherchait une efficacité plus grande de ses prestations". (2)

La loi du 9 août 1963, dite loi Le Burton, devait marquer le terme de cette période d'essai. Elle fut pourtant suivie par la loi du 24 décembre 1963, la "grève des soins" qui se termina par l'accord du 25 juin 1964, la loi du 6 juillet 1964 et finalement la loi du 8 avril 1965. Le régime d'assurance maladie-invalidité belge semble donc être entré dans une seconde phase d'évolution qui s'est avérée jusqu'à ce jour pour le moins aussi dynamique que la première.

A quoi correspond exactement la réalité du régime belge d'assurance maladie-invalidité? Le Comité ne croit pas qu'il soit possible de répondre entièrement à une telle question dans une

---

(I) Bruxelles. Ministère de la Prévoyance Sociale - Rapport général sur la sécurité sociale. 1964.

(2) Bruxelles. Ministère de la Prévoyance Sociale - Rapport général sur la sécurité sociale. 1964.

étude aussi succincte. Cette dernière n'a donc pas la prétention d'être complète et de dégager toute la complexité du fonctionnement du régime belge.

Finalement, il faut noter l'existence d'un régime général et de régimes particuliers pour les marins de la marine marchande et les ouvriers mineurs. Seul le régime général est étudié d'autant plus qu'il contient des dispositions particulières pour les travailleurs salariés et pour les travailleurs indépendants, ce qui en complique nécessairement l'analyse.

COUVERTURE DU REGIME

Travailleurs salariés

Le malade est libre de choisir le médecin qu'il désire de même que le médecin est libre d'accepter ou de refuser un patient. En outre, le malade est entièrement libre de consulter directement un spécialiste et de changer de médecin même au cours du traitement.

Les prestations portent à la fois sur les soins préventifs et curatifs. La description officielle suivante faisant suite à la loi du 8 avril 1965 en donne une idée précise:

a) "Une nomenclature des soins de santé remboursables adaptée à la constante évolution de l'art de guérir à l'initiative des conseils techniques de l'I.N.A.M.I., des commissions médico et dento-mutualistes ainsi que des commissions permanentes chargées de négocier et de conclure les conventions avec les organisation professionnelles des auxiliaires paramédicaux.

b) "Des tarifs conventionnels de remboursement établis de manière à garantir la réelle efficacité de l'assurance, le remboursement restant, en principe, fixé à 75% des honoraires et des prix résultant des tarifs.

c) "La multiplication des remboursements à 100%. La couverture est désormais totale pour les maladies sociales, les soins médicaux et dentaires spéciaux, les accouchements, la fourniture de prothèses, les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle et professionnelle ainsi que pour l'hospitalisation. Intervention de l'assurance à 100%, en outre, pour ce qui regarde les soins ordinaires dispensés aux pensionnés, aux veuves, orphelins et invalides ainsi qu'aux personnes à leur charge, les conditions d'accessibilité à l'assurance étant par ailleurs considé-

rablement élargies pour ces catégories de bénéficiaires.

d) "Une liste de spécialités pharmaceutiques constamment élargie et remboursement de celles-ci sur base des prix, le malade intervenant à raison d'un forfait de $0.44 (I) à l'instar de la prescription magistrale avec intervention personnelle du malade à raison du forfait de $0.24; gratuité des produits pharmaceutiques pour les catégories protégées ci-dessus sous réserve des spécialités pour lesquelles l'intervention est maintenue, du moins en principe." (2)

Travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants sont assurés seulement depuis le 1er juillet 1964 et les soins couverts sont beaucoup plus restreints:

1. le traitement des maladies sociales soit, la tuberculose, le cancer, la poliomyélite et les affections et malformations congénitales;

2. les soins médicaux et obstétricaux en cas d'accouchement;

3. l'hospitalisation sous toutes ses formes ainsi que les médicaments pendant le séjour à l'hôpital;

4. les opérations chirurgicales importantes.

Les autres soins de santé, quelle que soit leur fréquence, ne peuvent être couverts que par l'assurance libre.

Pour les risques couverts, les indépendants reçoivent des remboursements identiques à ceux des salariés dans les mêmes circonstances.

CHAMP D'APPLICATION

Travailleurs salariés

En principe, le régime d'assurance-maladie s'étend obliga-

(I) Les montants exprimés en dollars dans ce chapitre sont sur la base d'une équivalence approximative de $0.02 par franc belge.

(2) Bruxelles. Ministère de la Prévoyance Sociale - Rapport général sur la sécurité sociale. 1964.

toirement à tous les employeurs et travailleurs liés par un contrat de louage de services. Certains emplois accessoires ou de courte durée sont exclus et l'assujettissement des catégories suivantes a été différé:

a) certains travailleurs liés par un contrat de service domestique;

b) les membres d'une entreprise familiale;

c) certains travailleurs liés par un contrat d'apprentissage.

Le champ d'application du régime a été étendu par contre:

a) aux invalides et aux travailleurs en chômage contrôlé;

b) aux pensionnaires;

c) aux veuves des travailleurs et des pensionnaires;

d) aux orphelins.

Travailleurs indépendants

Depuis le 1er juillet 1964, les travailleurs indépendants sont de façon générale assujettis obligatoirement au régime d'assurance-maladie. Les indépendants à la retraite, les veuves et les orphelins bénéficient aussi des avantages du régime.

Affiliation

Pour avoir droit aux prestations, les travailleurs sont tenus de s'affilier à la mutualité de leur choix.

STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET CONSULTATIVES

La structure administrative du régime d'assurance-maladie belge est tout à fait particulière puisque, au moment de son établissement, cette structure a été élaborée en prenant comme base les mutualités existantes (société de secours mutuels). Cette structure est relativement lourde et complexe.

Du sommet de la pyramide, le Ministère de la Prévoyance Sociale exerce un rôle de tutelle et de surveillance sur le fonctionnement du régime. Au second plan, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (I.N.A.M.I.) créé auprès du Ministère constitue l'organisme de direction et de conseil. La représentation des em-

ployeurs, des travailleurs, des mutualités, des corps médicaux et dentaires, etc. est paritaire; il compte en outre un représentant du Ministère ayant le droit de vote.

L'Institut est composé de cinq services, à savoir:

1. les services généraux;

2. le service des soins de santé dont la gestion est confiée à un Comité de gestion qui n'est pas soumis au contrôle de l'Institut. Ce service dispose de divers comités scientifiques;

3. le service des indemnités d'invalidité créé sur le même modèle que le précédent;

4. le service de contrôle médical dirigé par un comité ayant des pouvoirs qui relèvent véritablement de la gestion;

5. le service du contrôle administratif.

Il existe en outre, sous le contrôle du Ministère de la Prévoyance sociale, l'Office national de la sécurité sociale. L'O.N.S.S. est un organisme de gestion à caractère paritaire qui a, comme fonction principale, de recueillir les cotisations des assurés sociaux. Il répartit ces cotisations entre les divers organismes de sécurité sociale; les cotisations pour le régime d'assurance maladie-invalidité sont remises à l'I.N.A.M.I. qui, à son tour, les répartit entre les mutualités.

Ces mutualités, au nombre de cinq, constituent les organismes assureurs. Les diverses mutualités ont un aspect politico-religieux tout à fait spécial. Pour cette raison, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, qui est un organisme de droit public, a été créée afin de prendre en charge les travailleurs qui ne sont pas affiliés à une mutualité.

Organismes consultatifs

Il existe trois organismes consultatifs:

1. le Conseil technique médical composé en majorité de médecins et dont le rôle est de proposer les normes d'attribution des prestations et les modifications à la nomenclature;

2. le Collège de médecins-directeurs des organismes assureurs dont le rôle est de transmettre au Comité de gestion du service des soins de santé et aux Conseils techniques compétents tout avis relatif à l'application, à l'interprétation et à la modification de la nomenclature;

3. des Conseils scientifiques dont le rôle est de conseiller le Ministre et le Comité de gestion sur les aspects scientifiques des problèmes que posent les maladies sociales.

Commission nationale médico-mutualiste

L'accord du 25 juin 1964 a eu pour objet d'établir "les conditions d'une coopération loyale et constructive entre le corps médical et toutes les parties intervenant dans l'organisation, le financement et le fonctionnement de l'assurance-maladie." Il observe lui-même dans son introduction qu'il constitue "le premier accord national négocié entre les représentants du corps médical et des organismes assureurs concernant les honoraires". En conséquence, il a donné lieu à la création de la Commission nationale médico-mutualiste paritaire, chargée de régler dans l'avenir "la matière des relations financières entre le corps médical et les assurés sociaux." Elle s'interpose entre les parties et le Ministre de la Prévoyance sociale pour établir les accords à soumettre à ce dernier et juger de problèmes spéciaux.

FINANCEMENT

Depuis son établissement, le régime est financé conjointement par les assurés, les employeurs et l'Etat. Par suite du déséquilibre chronique du régime sur le plan financier, diverses modifications ont été apportées aux modalités au cours des années.

Le principe de la méthode tripartite de financement ne semble jamais avoir été mis en cause. Le déséquilibre a plutôt été le résultat de "l'opposition entre partisans de la responsabilité des organismes assureurs et partisans de la solidarité entre travailleurs". (I) La formule de financement "prévisionnel" adoptée dans la loi Le Burton vise à solutionner ce problème chronique.

Le financement prévisionnel

Avant de passer à l'analyse de la nouvelle formule, il est nécessaire de noter qu'elle n'entrera en vigueur qu'en 1966, le Gouvernement ayant donné la garantie aux organismes assureurs que l'Etat supportera pour 1964 et 1965 les dépenses imprévues pour soins de santé et, aux organisations d'employeurs et de travail-

---

(I) Delpérée, A. - La réforme de l'assurance maladie-invalidité; Revue de l'Institut de sociologie, 1964, no 3.

leurs, la garantie que les cotisations ne seront pas haussées au cours de cette période.

Le mécanisme consiste essentiellement en des prévisions de dépenses et de recettes établies, par une projection des résultats financiers des trois dernières années connues, sur les trois années à venir. Cette projection est rectifiée par des facteurs d'expansion (bénéficiaires, etc.) et par des facteurs de correction (adaptation des tarifs d'honoraires, etc.). Les recettes (cotisations et subsides de l'Etat) sont adaptées en conséquence.

Formule au niveau national

Les recettes du Service des soins de santé sont établies comme suit:

a) les subsides de l'Etat sont égaux

1. à 95% des dépenses afférentes aux prestations visant les maladies sociales, plus

2. 27% des prévisions budgétaires des dépenses relatives aux soins gratuits dispensés aux pensionnés, veuves, invalides, orphelins, plus

3. le montant requis pour couvrir les cotisations des chômeurs.

b) les cotisations des travailleurs et employeurs sont destinées au financement des soins courants, produits pharmaceutiques, etc. Depuis le 1er janvier 1965, le taux de cotisation est de 4.30% du salaire jusqu'à concurrence d'une limite maximum qui est ajustée automatiquement en fonction d'un indice spécial. La limite maximum du salaire cotisable est présentement établie à $2,540. par année. L'O.N.S.S. prélève sur ces ressources le montant des frais d'administration avant de le répartir entre les organismes assureurs.

Formule au niveau des organismes assureurs

Le système repose également sur les budgets triennaux prévisionnels.

Les recettes destinées au paiement des soins de santé sont fixées sur base des bons de cotisation remis par les assurés; de plus, chaque assureur reçoit, pour chaque journée de chômage effective prévue au budget, l'équivalent de la cotisation correspondant à la valeur moyenne de ses bons de cotisation; il reçoit 95% des dépenses afférentes aux maladies sociales; enfin, il reçoit une part de la subvention globale de 27% versée par l'Etat à l'I.N.A.M.I., la subvention étant répartie entre les organismes as-

sureurs au prorata du nombre de veuves, pensionnés, invalides, orphelins. Le montant attribué pour chacun de ces assurés est calculé en fonction du coût moyen des prestations de santé établi pour l'ensemble du pays pour chaque catégorie d'assurés et sur la base des trois derniers exercices connus.

Chaque organisme assureur doit contenir ses dépenses dans les limites de son budget ou lever les insuffisances par

a) prélèvement sur ses réserves et, si nécessaire,

b) par prélèvement d'une cotisation complémentaire auprès des titulaires.

Il convient de noter que les organismes assureurs sont donc en théorie concurrentiels. Par contre, les frais d'administration sont fixés par la loi à 8.93% des ressources en cotisations et subsides ce qui élimine à toute fin pratique l'aspect concurrentiel de la formule de répartition.

Application de la formule

Depuis la mise en vigueur de la loi Le Burton, les dépenses de l'assurance maladie-invalidité ont continué d'augmenter très rapidement. La comparaison, par grande catégorie, donne une bonne idée de cette évolution:

LES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

	1964	1965	1966
	(en millions de francs)		
Soins de santé	11,050	17,800	21,800
Indemnités d'incapacité	5,600	6,550	7,300
Frais d'administration	1,900	2,700	3,000
Divers	950	700	700
TOTAL	19,500	27,750	32,800
Surplus ou déficit	(+) 350	(-) 950M	(-)2,550M

L'équilibre du régime sur le plan financier sera-t-il assuré par la nouvelle formule de financement introduite par la loi Le Burton? L'année 1966 permettra de connaître la réponse à cette question de laquelle dépendra en quelque sorte l'équilibre du régime dans son ensemble au cours des prochaines années. Pour l'instant, il est évident que cette formule sera soumise à une rude épreuve, compte tenu de l'accroissement très rapide des dépenses et de l'importance du déficit estimatif.

PROFESSION MEDICALE

Avant le 9 août 1963, les rapports des médecins avec l'assurance-maladie n'étaient pas définis; ils n'existaient en fait que localement en fonction d'accords individuels pris par certains médecins avec des organismes assureurs. La normalisation de ces rapports par l'établissement d'un régime conventionnel d'assurance-maladie constituait l'un des objectifs majeurs de la loi Le Burton.

Cependant, il n'y avait que très peu de cohésion à l'intérieur de la profession médicale. Pas moins que cinq unions médicales de défenses professionnelle existaient alors (I). Il semble que ce manque de cohésion a été l'une des principales causes de l'absence de dialogue entre le Gouvernement et la profession. La profession médicale a vu dans la loi Le Burton une menace au libre exercice de la médecine, crainte qui ne semble pas complètement justifiée, si l'on considère les termes de l'accord éventuel du 25 juin 1964, et le Gouvernement, dans la formulation de son projet de loi, n'a pas pleinement saisi la position de la profession.

L'approche de la réforme du régime d'assurance-maladie a donné lieu à une réorganisation complète du syndicalisme médical belge. La première Chambre syndicale sur le plan régional naissait le 17 mai 1962. Elle fut suivie par la création de quatre autres couvrant l'ensemble du pays et, le 30 mai 1963, la Fédération nationale des Chambres syndicales de Belgique complétait la nouvelle structure. La création des Chambres et de la Fédération devait permettre au corps médical de "faire valoir ses droits en même temps que ses devoirs" (2) en présentant au Ministre de la Prévoyance sociale un interlocuteur unique et valable.

(I) La Fédération médicale belge, le Groupement Belge des Unions Professionnelles des Spécialistes, l'Algemeur Syndikaat, l'Union Professionnelle des médecins spécialistes et l'Association générale des médecins belges.

(2) Mundeleer, Dr P. - Histoire et raisons profondes de la lutte des Chambres syndicales des médecins. Revue de l'Institut de Sociologie, 1964, no 3.

Grève des soins et accord du 25 juin 1964

L'opposition de la Fédération à la loi Le Burton donna lieu à de longues négociations qui aboutirent à la fin de mars 1964 à une longue grève qui dura 20 jours. Le Gouvernement, n'ayant pas jugé que les arrangements pour maintenir les services d'urgence étaient satisfaisants, et devant l'inquiétude de la population, décrétait le 12 avril 1964 la réquisition des médecins réservistes des forces armées. La grève prit fin quelques jours plus tard et les négociations subséquentes donnèrent lieu à l'accord du 25 juin 1964.

Les passions que suscitèrent ces évènements, le manque de recul dans le temps, les versions contradictoires qui abondent dans la volumineuse littérature sur le sujet, rendent pratiquement impossible l'analyse de ces évènements dans le cadre de la présente étude. Il serait même imprudent de tenter d'évaluer les points marqués par les parties dans l'accord du 25 juin 1964. Cependant, il est intéressant de noter les principales dispositions de principe qui sont contenues dans cet accord:

a) Les organisations professionnelles (médecins et dentistes) sont représentés à titre consultatif au conseil de l'I.N.A.M.I. et au Comité de gestion du Service des soins de santé; il s'agit ici d'une victoire des professions qui refusaient le rôle de cogestionnaire que leur attribuait la loi Le Burton.

b) Les conseils techniques sont composés au deux tiers par des représentants des organisations professionnelles et de la médecine universitaire, l'autre tiers étant réservé aux médecins des assureurs.

c) Les conseils techniques médical et dentaire sont chargés d'établir la nomenclature qui est ensuite approuvée ou renvoyée par le Roi sur l'avis du comité de gestion du Service des soins de santé.

d) La communication et l'utilisation de tout renseignement ou document sont subordonnées au respect du secret médical qui est d'essence objective. L'inviolabilité du mémoire écrit du médecin est garantie et protégée sous le couvert de l'Ordre des médecins.

e) Le médecin est le seul juge des soins à dispenser; dans les cas d'appels, c'est l'Ordre des médecins, et non l'assurance, qui a juridiction. L'assurance n'a juridiction que dans les cas de fraude.

Scission syndicale

L'unité réalisée au sein de la profession médicale fut en quelque sorte négative et de courte durée. En effet, dès le prin-

temps 1965, le mouvement syndicaliste se scindait en deux fédérations rivales, chacune des fédérations prétendant représenter la majorité de la profession médicale. Ces deux fédérations illustrent clairement la dualité qui existe à l'intérieur de la profession; l'une désire collaborer au bon fonctionnement de l'assurance-maladie et accepte une socialisation de la médecine qu'elle juge inévitable, l'autre refuse toute collaboration et désire le retour à l'exercice intégral de la médecine libérale et à l'assurance privée.

Au moment de la rédaction de cette étude, le vote d'affiliation aux deux fédérations n'est pas encore pris, et l'on ignore laquelle des deux fédérations représente de fait la majorité des médecins.

Effectifs médicaux

La population médicale belge comptait, à la fin de 1962, 13,006 médecins dont 11,795 exerçaient effectivement la médecine. Parmi ceux-ci, 7,410 pratiquaient la médecine générale et 4,385 la médecine spécialisée. En outre, il y avait 870 dossiers en instance d'acceptation à cette date.

Si l'on considère que la population de la Belgique s'établit à un peu plus de 9,000,000 d'habitants et que son territoire n'est que de 30,507 kilomètres carrés, il est permis de conclure qu'il n'existe pas de pénurie sérieuse de médecins. Il existe toutefois un problème quant à la répartition des médecins sur le territoire. La Province de Brabant comptait en effet 20.9 médecins par 10,000 habitants alors que, d'autre part, la Province de Limbourg n'avait qu'une proportion de 7.3 médecins.

Il ne semble pas que la migration de médecins en Belgique constitue un phénomène digne de mention.

L'ENGAGEMENT SELON L'ACCORD DU 25 JUIN 1964

L'engagement

En principe, selon les termes de l'accord du 25 juin 1964, les médecins s'engagent individuellement; cet engagement est pris vis-à-vis des assurés sociaux.

L'essentiel de l'engagement est l'acceptation du tarif d'honoraires fixé par les pouvoirs publics. Ce tarif dépend cependant de la proportion des médecins engagés par rapport à l'ensemble des médecins de la région. Si le pourcentage atteint le seuil de 60% (dont 50% d'omnipraticiens et 50% de spécialistes),

les tarifs négociés dans l'accord entrent en jeu. Si les 60% ne sont pas atteints, le tarif est fixé régionalement ou nationalement par le Roi à un niveau inférieur.

L'engagement est donc en quelque sorte un acte professionnel collectif. Il est valable jusqu'au 31 décembre 1965 et aucune procédure de revision tarifaire n'a été prévue jusqu'à l'expiration de l'engagement. Par contre, l'accord prévoit un système d'échelle mobile fondé sur une variation d'au moins 5%, pendant les trois mois précédents, de l'indice des prix de détail.

Les tarifs sont en principe limitatifs. Toutefois des dépassements sont prévus et autorisés:

a) à l'égard des assurés ou bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels bruts dépassent $4,000. par an;

b) en cas d'exigences particulières du bénéficiaire (visite non urgente, appel de nuit ou de fin de semaine en dehors des heures de garde, etc.).

Il n'existe pas de dépassement pour notoriété car, dans l'esprit du régime, le médecin notoire ne souscrit pas d'engagement pour limiter sa liberté tarifaire.

Une clause pénale de l'engagement prévoit qu'en cas de dépassement le bénéficiaire peut réclamer au praticien une indemnité forfaitaire, s'élevant à trois fois le montant du dépassement avec minimum de $10. Le nom du praticien peut d'autre part être rayé de la liste des médecins engagés.

Finalement, le médecin engagé ne doit au service de l'assurance-maladie qu'une partie et non la totalité de son activité professionnelle.

Présentement, environ 70% des médecins belges ont signé l'engagement.

L'engagement "social" collectif

En signant l'accord du 25 juin 1964, la profession médicale a pris un engagement "social" collectif. Cet engagement porte sur les points suivants:

a) qu'ils soient engagés ou non, les médecins coopèrent au bon fonctionnement du régime et fournissent tous les documents nécessaires à l'intervention de la mutualité;

b) tous les médecins participant volontairement au service de garde, qu'ils soient engagés ou non, doivent respecter les taux d'honoraires prévus dans l'accord national d'engagement;

c) les malades à ressources limitées et notamment les pensionnés, veuves et orphelins doivent pouvoir choisir leur médecin aussi bien parmi les médecins non engagés que parmi les engagés; les médecins non engagés doivent pratiquer à leur égard des tarifs "sociaux", sous le contrôle des Conseils de l'Ordre, les abus étant sanctionnés par eux.

Le non-engagement

Exception faite de l'engagement "social" collectif, les médecins non-engagés demeurent libres relativement à leurs honoraires dans la mesure où dans chaque région le nombre des engagés atteint le seuil de 60% de l'ensemble des médecins.

Au cas où le minimum d'engagement n'est pas atteint dans une région, une commission paritaire se réunit et propose des solutions. A défaut d'accord ou d'impossibilité de renouveler l'accord, le Roi peut fixer le tarif des honoraires médicaux applicables dans cette région à l'ensemble des médecins. Les tarifs d'honoraires deviennent alors les mêmes pour tous les médecins.

ASSURANCE PRIVEE

Le gouvernement verse des subsides aux mutualités aussi bien pour l'assurance-maladie volontaire que pour le régime d'assurance-maladie-invalidité. Par suite du niveau relativement élevé de ces subsides, les mutualités occupent presque exclusivement le domaine de l'assurance-maladie volontaire.

BIBLIOGRAPHIE

BRUXELLES. Ministère de la Prévoyance Sociale - Rapport général sur la sécurité sociale. 1964.

- Bulletins de l'Association internationale de sécurité sociale.

MIGNON, Jean - Les médecins et l'assurance-maladie en Belgique depuis l'accord du 25 juin. Concours médical, no 38, p. 5, 175.

OFFICE NATIONAL DE SECURITE SOCIALE - XXième rapport annuel, Exercice 1964. 313p.

- Revue de l'Institut de Sociologie, 1964, no 3.

CHAPITRE IV

SUEDE

*
* *

INTRODUCTION

Le régime d'assurance-maladie fut établi dans sa forme actuelle le premier janvier 1955. Il vise à neutraliser les conséquences financières qu'entraîne la maladie. Ses dispositions sont intégrées dans un ensemble qui forme un vaste système d'assurance sociale comprenant les diverses catégories de rentes, les allocations de maladie et de maternité, et une partie de l'assurance contre les accidents du travail. La présente étude ne porte, en général, que sur la partie du régime relative aux soins médicaux et hospitaliers.

COUVERTURE DU REGIME

Soins médicaux

Le malade est libre d'opter pour le médecin de son choix de même que le médecin est libre d'accepter ou de refuser un patient. Le malade peut s'adresser directement à un spécialiste, changer de médecin et ceci même en cours de traitement d'une maladie.

De façon générale, tous les soins donnés par les médecins sont courverts, y compris la physiothérapie.

Lorsque l'assuré a payé la consultation médicale, il présente la note du médecin au bureau local de l'assurance-maladie. La nature des soins ainsi que le montant des honoraires sont indiqués sur cette note. Le remboursement à l'assuré est effectué à raison de 75% du tarif d'honoraires approuvé; dans le remboursement, il n'est pas tenu compte des dépassements d'honoraires.

L'assuré qui désire être certain de ne pas devoir payer plus de 25% du tarif officiel peut s'adresser soit aux services de consultation des hôpitaux publics, installés dans toutes les villes de quelque importance, soit aux officiers médicaux régionaux.

Soins hospitaliers

√ L'hospitalisation est gratuite dans tous les hôpitaux

publics quelles que soient la nature et la durée de la maladie. Ainsi, l'hospitalisation des convalescents, des malades mentaux, des tuberculeux ne constitue pas une situation particulière. La couverture du régime comprend l'hospitalisation dans une salle publique, les soins médicaux et chirurgicaux, les examens de dépistage de la maladie, les transfusions de sang, les examens radioscopiques et les médicaments.

Lorsque l'état du patient requiert une chambre privée, celle-ci est accordée gratuitement. Dans les autres cas, le malade doit payer $7.00 par jour pour une chambre privée et $4.00 pour une chambre semi-privée. (I)

Les soins sont donnés dans les hôpitaux publics par les médecins attachés à l'hôpital. Le malade qui désire être traité par un médecin privé doit s'adresser à un hôpital et payer la totalité des frais. Le secteur privé ne représente que 2.7% du nombre des lits dans les établissements hospitaliers et 3.3% dans les établissements mentaux.

Médicaments

Aux fins de l'assurance-maladie, les médicaments sont divisés en deux catégories comme suit:

a) les médicaments prescrits pour le traitement de maladies chroniques, telle que l'insuline pour le diablète; ces médicaments font l'objet d'une liste remise à tous les pharmaciens;

b) tous les autres médicaments prescrits par un médecin.

Les médicaments de la première catégorie sont entièrement gratuits. Dans les autres cas, le malade doit payer les premiers $0.60 de chaque ordonnance plus 50% du solde.

Tout comme l'industrie pharmaceutique, les pharmacies relèvent de l'initiative privée. Elles sont donc remboursées mensuellement par l'administration de l'assurance-maladie.

Soins dentaires

Certains soins dentaires sont couverts en cas de maladie s'ils sont donnés par un dentiste dans une polyclinique du Service dentaire public, dans une école de dentisterie ou dans un hôpital général. En outre, ces soins sont aussi couverts au cours d'une

---

(I) Les montants exprimés en dollars dans ce chapitre sont sur la base d'une équivalence approximative de $0.20 par couronne suédoise.

grossesse ou dans les 270 jours qui suivent la maternité.

Comme pour les soins médicaux, l'assuré reçoit un remboursement égal à 75% du tarif d'honoraire officiel.

Une commission royale étudie la possibilité d'inclure dans l'assurance-maladie des prestations pour soins dentaires pour l'ensemble de la population ainsi que certaines mesures prophylactiques.

Soins de maternité

Les règles générales de l'assurance-maladie s'appliquent dans les cas de maternité: l'hospitalisation gratuite et le remboursement partiel des soins médicaux et des médicaments avant et après la grossesse. Une allocation est prévue si la mère n'est pas hospitalisée. Des soins de maternité sont aussi donnés gratuitement dans un réseau de clinique publique pour mères et enfants.

Frais de déplacement

Les frais de déplacement du malade jusqu'à l'hôpital public le plus rapproché sont remboursés. Les frais de déplacement de l'hôpital au domicile ainsi que pour les consultations auprès d'un médecin sont remboursés partiellement, soit l'excédent de $0.80.

CHAMP D'APPLICATION

L'assujettissement au régime d'assurance-maladie est obligatoire pour tout citoyen suédois ou étranger domicilié en Suède à compter du mois où il atteint 16 ans. L'assurance des parents couvre les enfants qui n'ont pas 16 ans.

Avant 1955, environ 70% de la population était couverte volontairement par des sociétés d'assurance auxquelles l'Etat versait des subsides.

Les assurés doivent s'inscrire à la caisse d'assurance locale ou régionale du territoire où ils résident.

STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET CONSULTATIVES

Introduction

Le texte suivant permet de situer exactement les structures administratives dans le domaine de la santé en Suède.

"Certaines caractéristiques des organismes administratifs suédois les différencient des organismes des pays non scandinaves et une connaissance de ces caractéristiques est essentielle à la compréhension du Service national de santé suédois et des autres organismes publics de la Suède. Le rôle du gouvernement - l'Etat - se situe, d'une certaine façon, à deux niveaux: celui des ministères et celui des commissions nationales d'administration. Il est aussi important de se rappeler que les administrations gouvernementales locales jouent un rôle significatif et, de façon particulière, elles se sont vu confier des tâches essentielles dans le domaine de la santé nationale.

"Les ministères suédois demeurent en dernier ressort responsables au point de vue politique. Avec l'approbation du parlement, ils établissent les grandes lignes des politiques qui orientent toute l'activité gouvernementale. L'activité principale des ministères est donc reliée au domaine de la législation. En outre, ils établissent les estimations budgétaires annuelles et répartissent les subsides ou octrois parmi les institutions gouvernementales. Certaines tâches d'une nature purement administrative sont aussi effectuées par les ministères, telles que la revision des décisions gouvernementales à la suite d'appels, l'attribution de certains permis et exemptions et la nomination des fonctionnaires occupant les plus hauts postes de l'administration gouvernementale.

"Le Ministère des affaires intérieures a longtemps conservé la responsabilité des services de santé au niveau gouvernemental mais, en 1963, cette responsabilité fut transférée au Ministère des affaires sociales. En particulier, il a semblé plus normal que toutes les questions relatives aux services de santé relèvent du Ministère responsable des questions touchant à l'assurance sociale.

"Le gouvernement national suédois a ceci de particulier que la majeure partie de l'administration n'est pas confiée aux ministères eux-mêmes mais plutôt à des organismes autonomes centralisés, soit les commissions nationales. Ces commissions contrôlent et dirigent l'activité gouvernementale et les diverses institutions publiques conformément aux directives émanant de la législation et des décisions du cabinet. Les commissions ne relèvent

pas d'un ministre mais de la couronne. Le Ministre des affaires sociales n'est pas, par conséquent, dans une position d'autorité relativement au directeur général de la Commission nationale de la santé; ce dernier relève en effet du Roi en conseil. Les commissions nationales possèdent ainsi une large mesure d'autonomie". (I)

Domaine de la santé

Deux commissions se partagent le domaine de la santé; la Commission nationale de la santé et la Commission nationale de l'assurance sociale.

La Commission nationale de la santé contrôle les services nationaux sanitaires et pharmaceutiques et a comme fonction première de contrôler le traitement des malades dans les hôpitaux privés et publics. En outre, la Commission a juridiction complète sur le personnel médical, les hôpitaux et pharmacies et sur les autres institutions. Bien que les hôpitaux universitaires ne constituent pas une exception à la règle, il faut noter que les facultés de médecine sont sous la juridiction du Ministère de l'éducation. Finalement, la Commission doit s'acquitter de nombreuses tâches purement administratives.

La Commission est formée de neuf bureaux distincts. Elle est dirigée par un directeur général qui est un médecin. Son adjoint de même que les directeurs des deux bureaux non-médicaux sont des avocats. En outre, plusieurs comités permanents composés d'experts dans divers domaines complètent la Commission.

La Commission nationale de l'assurance sociale est chargée de l'administration du régime d'assurance-maladie.

Administration du régime d'assurance-maladie

L'administration du régime est décentralisée. Il existe en premier lieu vingt-huit caisses régionales de maladie semi-autonomes qui sont situées dans les grandes villes et les comtés. Dans les comtés, des caisses locales sont affiliées à chaque caisse régionale; les caisses locales sont au nombre de 630. Ces caisses administrent le régime conformément à la loi et aux règlements et elles constituent toutes des entités juridiques distinctes.

Chaque caisse locale est donc responsable de son administration qui peut être plus ou moins efficace ou coûteuse et la caisse régionale ne tient pas compte de ce facteur dans l'attribution des subsides.

(I) Gillis Albinsson - Public Health Services in Sweden. Halmstad, Swedish Hospital Association, 1965. 51p.

La composition de la Commission nationale d'assurance sociale lui donne un caractère représentatif. Il en est de même pour les caisses régionales et locales. Par exemple, le conseil d'administration d'une caisse régionale est composé d'un président nommé par le Roi, d'un représentant de la Commission nationale de la santé, d'un représentant du gouvernement provincial et de quatre représentants des conseils municipaux. Les assurés doivent s'inscrire auprès de la caisse régionale ou locale qui a juridiction dans le territoire où ils résident. La caisse à laquelle appartient l'assuré est responsable de ses prestations quelque soit l'endroit où l'assuré reçoit les soins.

Revision

La Commission nationale revise les décisions des caisses locales ou régionales relativement aux droits et obligations des assurés. Les assurés peuvent contester les décisions de la Commission nationale auprès de la Cour de l'assurance sociale.

Les professions médicales et légales collaborent à tous les niveaux relativement aux décisions touchant les droits et obligations des assurés.

FINANCEMENT

L'assurance-maladie est financée par les assurés, par les employeurs et par l'Etat. L'évaluation des coûts est effectuée par la Commission nationale d'assurance sociale pour chaque caisse centrale.

Contribution des assurés

Le taux de contribution de l'assuré varie selon la caisse à laquelle il appartient.

La contribution pour l'assurance-maladie proprement dite est payable par toutes les personnes qui sont inscrites auprès d'une caisse. Les personnes qui ont atteint 67 ans ou qui reçoivent une pension anticipée en vertu du régime général de rentes ne contribuent pas. Il en est de même pour les personnes dont le revenu imposable au cours d'une année est inférieur à $480.

Le montant de la contribution est fixée par la Commission nationale d'assurance sociale pour chaque caisse après consultation avec cette dernière. Le montant est le même pour tous les assurés d'une caisse.

La contribution est déduite en même temps que l'impôt sur le revenu et la personne qui ne contribue pas est passible d'une pénalité. Par contre, aucun contrôle n'est effectué lors

du paiement des prestations pour déterminer si le bénéficiaire a versé ses contributions.

Contributions des employeurs

L'employeur paie une contribution globale pour l'ensemble de ses employés. Cette contribution s'élève à 1.5% du total des salaires que l'employeur verse à ses employés, sauf que la partie du salaire d'un employé excédant $4,500. n'est pas comprise dans le calcul. Le taux de contribution des employeurs est le même pour l'ensemble du pays.

La contribution de l'employeur est répartie à raison de 4/15 pour l'assurance-maladie et de 11/15 pour les allocations de maladie.

Contribution de l'Etat

La contribution de l'Etat s'élève à 50% du coût de l'assurance-maladie, exception faite de l'hospitalisation. Il convient de noter que l'Etat verse des subsides distincts aux autorités régionales et locales pour les hôpitaux.

Répartition

Les contributions des assurés sont versées aux caisses auxquelles ils sont assujettis. Les contributions des employeurs sont réparties entre les caisses en proportion des prestations qu'elles ont versées au cours de l'année. Finalement, la Couronne et le Parlement possèdent conjointement le pouvoir de déterminer le mode d'attribution de la contribution de l'Etat entre les diverses caisses.

PROFESSION MEDICALE

Statut des médecins

Les médecins peuvent être divisés en trois catégories selon leur statut:

a) les médecins en pratique privée;

b) les officiers médicaux régionaux;

c) les médecins d'hôpitaux.

La première catégorie est composée principalement d'omnipraticiens qui sont entièrement libres quant au lieu de leur pratique et au montant de leurs honoraires. Les officiers médicaux

régionaux sont presque tous des omnipraticiens et ils pratiquent leur art dans les régions rurales et éloignées où, sans eux, il y aurait pénurie de médecins. Ces médecins, qui sont présentement au nombre de 800 environ, sont rémunérés à salaire et ont un statut et des fonctions qui s'apparentent à ceux des médecins de nos unités sanitaires. Leur fonction leur permet de maintenir une certaine clientèle privée.

Quant aux médecins d'hôpitaux, ils sont rémunérés à salaire par les hôpitaux qui les emploient. La majorité de ces médecins est composée de spécialistes; il y a donc très peu de spécialistes en pratique privée. Ceci ne doit pas cependant être interprété comme signifiant que l'omnipraticien n'a pas accès aux hôpitaux.

La Commission nationale de la santé analyse les besoins d'officiers médicaux régionaux et de médecins en milieu hospitalier; elle approuve en outre les nominations de médecins pour toutes les régions de même que pour les hôpitaux publics.

Effectifs

La Suède compte présentement 8,000 médecins ce qui est considéré comme insuffisant. D'ailleurs le nombre élevé d'officiers médicaux régionaux, soit 800, est un indice de cette pénurie car cette catégorie de médecins devrait disparaître en grande partie lorsqu'un nombre adéquat de médecins pratiqueront.

Environ 400 nouveaux médecins graduent chaque année dans les cinq facultés de médecine. Selon les estimations officielles, le nombre annuel de nouveaux médecins devra doubler entre 1970 et 1980 bien que la population totale de la Suède est pratiquement stationnaire depuis de nombreuses années. En outre, un certain nombre de médecins étrangers viennent s'établir en Suède alors que les médecins suédois ne semblent pas quitter le pays en nombre significatif.

En plus de la pénurie de médecins, l'on considère que l'équipement hospitalier, bien qu'il soit excellent, n'est pas suffisant. Il existe en effet 15 lits d'hôpitaux par 1,000 habitants.

Association

Par suite de l'existence de la Commission nationale de la santé, il n'existe pas en Suède d'organisme analogue au Collège des médecins et chirurgiens. Les médecins ont formé l'Association médicale suédoise qui est chargée, en particulier, de négocier les échelles de salaires et d'honoraires des différentes catégories de médecins.

REMUNERATION

Les médecins d'hôpitaux et les officiers médicaux régionaux sont rémunérés à salaire et, relativement à leur pratique privée, à l'acte médical. Dans ce dernier cas, ils sont tenus de respecter l'échelle officielle des tarifs d'honoraires.

Les autres médecins sont aussi rémunérés à l'acte médical bien qu'ils soient libres de demander les montants d'honoraires qu'ils croient justifiés.

Détermination des salaires et honoraires

La détermination des salaires des médecins d'hôpitaux se fait par négociation entre l'Association médicale suédoise et la Fédération des conseils de comté. Advenant l'impossibilité de conclure une entente, un médiateur est chargé de faire des recommandations à la Commission nationale d'assurance sociale qui décide alors en dernière instance.

L'échelle des honoraires pour les fins du régime d'assurance-maladie est fixée unilatéralement par le Gouvernement. L'échelle applicable aux médecins d'hôpitaux et aux officiers médicaux régionaux est fixée par négociation. En pratique, la même échelle est utilisée aux deux fins et les honoraires sont les mêmes pour les spécialistes que pour les omnipraticiens.

Une nouvelle échelle est en voie de préparation sous la direction du directeur adjoint de la Commission nationale de l'assurance sociale en collaboration avec les représentants des divers organismes intéressés.

L'objectif général visé dans la détermination des échelles de salaires et d'honoraires est celui d'une rémunération équitable comparativement à la rémunération des autres professions.

DEMANDE ET CONTROLE DES SOINS

Soins médicaux

La moitié des consultations médicales sont données dans les services externes des hôpitaux et cette proportion ne cesse d'augmenter. Les officiers médicaux régionaux et les médecins en pratique privée se partagent l'autre à part égale. Il faut ajouter en outre que la pratique de la médecine en groupe est en plein développement et que la pratique individuelle est en voie de disparaître; cette tendance à la pratique en groupe se développe même chez les officiers médicaux régionaux.

Par suite de l'existence du ticket modérateur pour les soins médicaux courants, de la liberté tarifaire des médecins en pratique privée et d'une certaine pénurie de médecins et d'hôpitaux, les autres formes de contrôle sur la demande des soins sont très limitées. La possibilité d'obtenir les soins médicaux, sur une base privée, semble atténuer les effets que pourrait possiblement créer la pénurie de médecins pour ceux qui ne désirent pas se soumettre aux listes d'attente des services externes des hôpitaux et des officiers médicaux régionaux.

Le nombre de consultations médicales s'élève à 17,000,000 par année, soit environ 2½ par habitant.

Médicaments

Le contrôle de l'augmentation du coût des médicaments en vertu du régime d'assurance-maladie semble constituer un des seuls problèmes majeurs auxquels la Commission nationale d'assurance sociale doit faire face. Il ne semble pas en effet que le contrôle au moyen des frais modérateurs soit suffisant. Différentes possibilités visant à solutionner ce problème sont présentement à l'étude.

ASSURANCE PRIVEE

Malgré l'établissement du régime obligatoire et universel d'assurance-maladie, les sociétés d'assurance relevant de l'initiative privée continuent d'offrir des contrats d'assurance visant à couvrir les frais modérateurs, le coût d'une chambre semi-privée ou privée à l'hôpital et un supplément aux allocations de maladie et de maternité.

BIBLIOGRAPHIE

ANONYME - Health Care for All - The Scandinavian Experience. Canadian Hospital, 1965, vol. 42, no 9 (Sept.) p. 61; no 10 (Oct.) p. 84.

ANONYME - Medecine's Future in Socialized Structure. Canadian Medical Association Journal, Sept. 1965, vol. 93, no 12, p. 667.

ALBINSSON, Gillis - Public Health Services in Sweden. Halmstad, Swedish Hospital Association, 1965. 51p.

- Avantages sociaux en Suède. L'institut suédois. La Confédération patronale suédoise. La Confédération générale des fonctionnaires et employés de Suède, Framtiden - Compagnie d'assurance-vie. 66p.

BIORCK, Gunnar - Trends in the Development of Medical Care in Sweden. Stockholm, Swedish Institute for Cultural Relations with Foreign Countries, 1965. 15p.

CHICANOT, E.L. - Sweden. Canadian Doctor, May 1962, vol. 28, no 5, p. 43 (Health Programs Around The World, Part XV).

ELTZ, Sylvia - Housing for the Aged and the Disabled in Sweden. Stockholm, Swedish Institute for Cultural Relations with Foreign Countries, 1965. 23p.

- Feuillet de Documentation sur la Suède. Institut suédois pour les relations culturelles avec l'étranger, janv. 1965.

HOGART, James - The Payment of the Physician. New York, MacMillan Company, 1963. 684p.

JONSSON, Eric - Social Insurance in Sweden. 8p.

MICHANEK, Ernst - For and Against the Welfare State Swedish Experiences. Stockholm, Swedish Institute, 1964. 47p.

- National Insurance Act. Stockholm, Swedish Ministry of Social Affairs, 1963. 57p.

- National Sickness Insurance in Sweden. 13p. (document polycopié).

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care an Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, The Caxton Printers Ltd., 1962. 314p.

SWEDISH INSTITUTE - The Right to Security. Stockholm, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 1965. 27p.

CHAPITRE V

ETATS-UNIS

*
* *

INTRODUCTION

A la fin de juillet 1965, le Président Johnson signait une loi amendant le régime de sécurité sociale américain (Social Security Act). Depuis son établissement en 1935, le régime a subi de nombreuses modifications. Toutefois, les derniers amendements sont particulièrement importants puisqu'ils introduisent pour la première fois dans le régime des dispositions relatives à l'assurance-maladie.

Le régime d'assurance-maladie de nos voisins ne pouvait être ignoré. Cependant, étant donné le court délai écoulé depuis l'adoption de la loi, le fait que le régime n'entrera en vigueur que le 1er juillet 1966 et la nature bien particulière de ce régime, il s'est avéré impossible de présenter une étude du même type que pour l'Angleterre, la Belgique, la France et la Suède.

Le texte que nous présentons est une traduction abrégée de la description du régime, présentée en novembre 1965, par Robert J. Myers, actuaire en chef de l'administration de la sécurité sociale aux Etats-Unis (1).

DISPOSITIONS DU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE

Les bénéficiaires de l'assurance sociale (O.A.S.D.I.)(2) ont droit à divers soins hospitaliers et connexes à condition d'être agés de 65 ans et plus et d'être admissibles aux prestations mensuelles. L'expression "admissible" signifie que la personne doit remplir toutes les conditions statutaires relatives à l'admissibilité aux prestations mensuelles (prestation de vieilles-

---

(1) Amendments to the Social Security Act in 1962-65, Robert J. Myers, Chief Actuary, Social Security Administration. Etude soumise à l'assemblée annuelle de la Société des Actuaires tenue à Montréal en novembre 1965.

(2) Old Age, Survivors and Disability Insurance.

se, de survivant ou de personne à charge) et doit avoir présenté une demande de prestation.

Le régime comprend les prestations suivantes:

a) 90 jours d'hospitalisation en chambre semi-privée au cours d'une "période de prestation", sujet à une franchise fixe qui équivaut approximativement à la moyenne du coût quotidien d'hospitalisation en vertu du régime (soit $40. pour la période 1966-68) et à une clause de coassurance d'un montant égal à 25% de la franchise, soit $10. initialement, pour chaque jour au-delà du 60ième jour. De plus, il y a une franchise égale au coût du premier litre et demi de sang requis au cours d'une même période de maladie. Les soins hospitaliers comprennent la chambre et pension, la salle d'opération, les examens de laboratoire et de radiologie, les médicaments, les pansements, les soins infirmiers généraux, ainsi que ceux des internes et des résidents qui ne sont pas encore admis à la pratique de la médecine (les autres soins médicaux sont exclus même si le médecin fait partie du personnel de l'hôpital).

b) 100 jours de soins post-hospitaliers au cours d'une "période de prestation", lorsque ces soins sont dispensés à la sortie de l'hôpital, après un minimum de trois jours d'hospitalisation, et que le traitement de l'affection pour laquelle la personne a été hospitalisée doit être poursuivi. Ces soins doivent être dispensés dans une institution agréée, c'est-à-dire une clinique spécialisée (définie par la loi) qui a une entente à cet effet avec un hôpital. La coassurance s'applique au-delà du 20ème jour à raison d'un montant quotidien égal à 50% du montant de coassurance pour l'hospitalisation, soit $5. initialement.

c) 100 visites de soins post-hospitaliers à domicile au cours de l'année suivant la plus récente sortie d'un hôpital, après un minimum de trois jours d'hospitalisation, si les mesures nécessaires à l'obtention de ces soins sont prises au cours des deux semaines suivant la sortie. Les prestations comprennent les visites d'un infirmier, les traitements thérapeutiques et les fournitures médicales autres que les médicaments.

d) 80% du coût des services externes pour fin de diagnostic, donnés au cours d'une période de 30 jours dans un même hôpital, après déduction d'une franchise égale à 50% de la franchise pour les soins hospitaliers, soit $20. initialement.

L'expression "période de prestation" signifie la période commençant le premier jour où la personne reçoit des prestations d'hospitalisation et se terminant à la fin d'une période de 60 jours consécutifs suivant la sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les prestations seront versées à compter de juillet 1966 à l'exception des prestations pour soins prolongés post-hospita-

liers qui ne deviendront payables qu'à compter de janvier 1967.

La franchise pour les soins hospitaliers, sur laquelle les autres éléments de coassurance sont basés, est fixée à $40. pour 1966-68. Après 1968, la franchise au cours d'une année quelconque sera égale à $40. multiplié par le rapport entre la moyenne nationale du coût quotidien d'hospitalisation en vertu du régime au cours de l'avant dernière année, et la moyenne pour l'année 1966; le résultat est ajusté au plus proche multiple de $4.

Les prestations en soins médicaux et hospitaliers pour les bénéficiaires de l'assurance sociale (O.A.S.D.I.) et les frais d'administration seront financés à long terme au moyen d'une échelle de contributions, distincte de l'échelle pour l'assurance sociale, mais appliquée à la même assiette de contributions. Le revenu des contributions sera alloué à la Caisse de l'assurance-hospitalisation (Hospital Insurance Trust Fund) qui sera constituée de la même façon que les autres caisses d'assurance sociale (OASI Trust Fund, DI Trust Fund).

Les mêmes prestations seront accordées aux bénéficiaires du Régime de retraite des chemins de fer (Railroad Retirement Act). Les personnes qui pourraient se qualifier en vertu des deux régimes ne recevront naturellement pas des prestations doubles. Les taux de contributions pour les employeurs et les employés selon le régime de retraite des chemins de fer seront augmentés d'un montant identique au taux du régime d'assurance-maladie. Si l'assiette des cotisations du régime de retraite des chemins de fer est égale au cours d'une année à l'assiette des cotisations du régime général, le premier perçoit les contributions mais les transfère à la Caisse de l'assurance-hospitalisation au moyen des mécanismes financiers de transfert. A tout autre égard, les employés des chemins de fer sont protégés par l'assurance-maladie exactement de la même façon que tous les autres travailleurs. Dans tous les cas, c'est l'administration du régime général qui conclut les ententes avec les institutions et qui verse les prestations.

De la même façon, la protection de l'assurance-hospitalisation s'étend à toute personne, âgée de 65 ans ou plus le 1er juillet 1966, qui n'est pas admissible en tant que bénéficiaire de l'assurance sociale ou du régime de retraite des chemins de fer et qui

a) n'est pas un employé ou un pensionné du gouvernement fédéral admissible aux prestations d'assurance-maladie en vertu du régime établi par ce gouvernement, ou qui aurait pu être couverte par ce régime à compter de février 1965,

b) n'est pas un membre d'un organisme à caractère subversif et n'a pas été condamnée pour activités subversives, et

c) est citoyen ou a résidé au pays de façon continue depuis

au moins 5 ans. Les personnes qui remplissent ces conditions et qui atteignent 65 ans avant 1968 sont admissibles aux prestations d'assurance-maladie, alors que celles qui atteignent 65 ans après 1967 devront se qualifier comme bénéficiaires de l'assurance sociale ou du régime de retraite des chemins de fer - ce qui nécessite trois trimestres de participation, crédités en tout temps après 1936, pour chaque année se terminant après 1965 mais avant l'âge de 65 ans (c'est-à-dire six trimestres de participation pour ceux qui atteignent 65 ans en 1968, neuf trimestres en 1969, etc.). Ces dispositions de transition se termineront automatiquement pour les hommes atteignant 65 ans en 1974 et pour les femmes atteignant 65 ans en 1972. En effet, les conditions requises pour le statut d'assuré permanent seront alors les mêmes que celles du statut d'assuré spécial aux fins de l'assurance-maladie. Les prestations pour les personnes qui ne sont pas admissibles en tant que bénéficiaires de l'assurance sociale ou du régime de retraite des chemins de fer seront versées par la Caisse d'assurance-hospitalisation qui sera remboursée en totalité par le Trésor.

Les organismes qui dispensent les soins et services peuvent choisir de transiger par l'entremise d'intermédiaires avec l'administration de l'assurance-maladie. Ces intermédiaires, tels que la Croix Bleue et les sociétés d'assurance, doivent être en mesure d'assister les organismes dans l'application de contrôles relatifs à la demande abusive de soins et services et doivent avoir signé une entente à cette fin avec le Département de la Santé, de l'Education et du Bien-Etre. Les soins et services sont remboursés aux organismes sur une base de "coûts raisonnables" plutôt que sur une base de factures. Les hôpitaux et les cliniques doivent obligatoirement constituer des comités de surveillance de l'utilisation des services.

DISPOSITIONS FINANCIERES DES REGIMES D'ASSURANCE SOCIALE ET D'ASSURANCE-MALADIE SELON LES AMENDEMENTS DE 1965

L'échelle des contributions prévue par l'amendement de 1965 est inférieure à ce qu'elle était précédemment. Elle a été réduite pour la période 1966-72 et haussée pour les années subséquentes. La réduction du taux combiné employeur-employé est de 0.55% pour 1966, de 0.45% pour 1967 et pour 1969-72, et de 1.45% pour 1968. La hausse est de 0.45% à compter de 1973. Il en résulte un changement significatif du principe du financement, changement conforme aux recommandations du Conseil consultatif et à la déclaration suivante du Secrétaire de la Santé, de l'Education et du Bien-Etre, Anthony J. Celebreeze devant le Comité des finances du Sénat:

> "Selon cette échelle, les taux de contribution augmenteraient plus lentement et plus graduellement que selon les

dispositions de la loi actuelle de telle sorte que les accumulations excessives de réserves au cours des prochaines années, comportant la possibilité d'un effet dépressionnaire sur l'économie, seraient évitées".

L'échelle des contributions d'assurance sociale et d'assurance-maladie est donnée ci-dessous. Les taux s'appliquent au revenu annuel n'excédant pas $6,600.

ECHELLE DES CONTRIBUTIONS D'ASSURANCE SOCIALE (OASDI) ET D'ASSURANCE-MALADIE (HI) EN VERTU DES AMENDEMENTS DE 1965

	Travailleur salarié		Taux combiné	Travailleur autonome		
Année	OASDI	HI	Total	OASDI	HI	Total
	%	%	%	%	%	%
1965	7.25	-	7.25	5.4	-	5.40
1966	7.7	.7	8.4	5.8	.35	6.15
1967-68	7.8	1.0	8.8	5.9	.50	6.40
1969-72	8.8	1.0	9.8	6.6	.50	7.10
1973-75	9.7	1.1	10.8	7.0	.55	7.55
1976-79	9.7	1.2	10.9	7.0	.60	7.60
1980-86	9.7	1.4	11.1	7.0	.70	7.70
à compter de 1987	9.7	1.6	11.3	7.0	.80	7.80

Les travailleurs autonomes verseront approximativement 75% du taux combiné de contribution des travailleurs salariés jusqu'en 1973 alors que le taux définitif des contributions d'assurance sociale sera atteint. A compter de 1973, le taux de contribution des travailleurs autonomes, pour l'assurance sociale, sera limité à un maximum de 7.0%.

DISPOSITIONS DU REGIME SUPPLEMENTAIRE D'ASSURANCE MEDICALE

L'adhésion au régime supplémentaire sera individuelle et facultative. Toute personne âgée d'au moins 65 ans pourra adhérer au régime à l'exclusion

a) des étrangers qui n'ont pas 5 années de résidence continue (sauf s'ils ont rempli les conditions d'admissibilité du régime d'assurance-maladie relatives aux contributions),

b) des membres d'organismes à caractère subversif,

c) des personnes condamnées pour activités subversives.

Les frais médicaux couverts, au-delà d'une franchise de $50. par année de calendrier, sont remboursés dans la proportion de 80%. Le régime comporte une disposition selon laquelle les frais qui ont servi à établir la franchise au cours des 3 derniers mois de l'année précédente peuvent être utilisés de nouveau à cette fin. En outre, tout montant payé appliqué à la franchise relative aux services externes pour fin de diagnostic selon le régime d'assurance-maladie peut être considéré comme frais admissible en vertu du régime supplémentaire d'assurance médicale. Les soins médicaux suivants, nécessaires au diagnostic ou au traitement, sont couverts:

a) tous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien, à l'exception des examens de routine;

b) les soins psychiatriques en service externe, sujets à une coassurance de 50% et à un remboursement maximum annuel de $250.;

c) les soins médicaux à domicile, sans égard à l'hospitalisation, avec un maximum de 100 visites par année;

d) les soins médicaux divers: examens de diagnostic, traitement radiologique, pansements chirurgicaux et attelles; location de poumons d'acier, de tentes d'oxygène, de lits d'hôpital, etc.; prothèses, membres et yeux artificiels; service ambulancier (dans certaines circonstances).

Les soins médicaux doivent être dispensés par un médecin ou un ostéopathe licencié.

Les prestations pour les soins qui ne sont pas dispensés par des institutions agréées seront payées sur une base de "frais raisonnables".

D'autre part, les soins dispensés par des institutions agréées seront payés sur une base de "coût raisonnable". Si un

praticien établit sa note d'honoraire sur cette base, il peut être remboursé au taux de 80% directement par le régime mais, s'il demande davantage, le malade recevra le paiement de 80% sur présentation de la note acquittée.

Les soins dispensés après juin 1966 donneront droit à des prestations.

La personne assurée paiera une prime établie initialement à $3. par mois et le Trésor paiera un montant identique. Après 1967, le taux de la prime pourra être changé tous les deux ans par le Secrétaire de la Santé, de l'Education et du Bien-Etre pour tenir compte de l'expérience passée et des estimations pour l'avenir. Les personnes qui ne s'enregistreront pas au cours de la première période d'inscription paieront un taux de prime augmenté de 10% pour chaque année complète de retard. Les bénéficiaires de l'assurance sociale, du régime de retraite des chemins de fer et du régime de retraite des fonctionnaires verseront leurs primes au moyen de déductions automatiques effectuées sur leurs chèques de prestations.

Le Trésor constituera une réserve de contingence pour la période du 1er juillet 1966 au 31 décembre 1967. Cette réserve sera égale à la contribution gouvernementale pour une période de six mois ($18.) pour chacune des 19,080,000 personnes qui seront admissibles le 1er juillet 1966. Toute partie utilisée de cette réserve de contingence devra être remboursée au Trésor à même les futurs revenus réguliers du régime.

La période initiale d'enregistrement se terminera le 31 mars 1966. Les personnes qui atteindront l'âge de 65 ans après 1965 pourront s'inscrire au cours d'une période de sept mois précédant et suivant leur anniversaire; la date d'entrée en vigueur de leur assurance sera fixée comme suit:

Mois de l'enregistement	Date d'entrée en vigueur de l'assurance
Au cours des 3 mois précédant le mois de l'anniversaire	Mois de l'anniversaire
Mois de l'anniversaire	Le mois suivant
Mois suivant l'anniversaire	Le 2ième mois suivant
2ième ou 3ième mois suivant l'anniversaire.	Le 3ième mois suivant.

Si une personne ne s'inscrit pas au cours de cette période, elle ne peut alors s'inscrire qu'au cours des trois années suivantes, et seulement au cours d'une période générale d'inscription, c'est-à-dire entre le 1er octobre et le 31 décembre de chaque année impaire à compter de 1967; l'assurance prend alors effet au cours du mois de juillet suivant l'inscription.

Une personne peut mettre fin à sa participation au cours d'une période générale d'inscription ou, si elle ne verse pas ses primes par déduction sur ses chèques de prestation, en cessant de payer la prime. Une personne qui cesse de participer au régime peut s'inscrire de nouveau une seule autre fois; elle doit alors s'inscrire au cours des trois années suivantes à l'occasion d'une période générale d'inscription.

La somme des primes et des contributions gouvernementales est versée à la Caisse d'assurance médicale qui sera constituée de la même façon que les caisses d'assurance sociale ou d'assurance-maladie. Le paiement des prestations et des frais d'administration sera assumé par cette même caisse.

L'administration des prestations pour les soins dispensés sur une base de "frais raisonnables" sera effectuée par des assureurs qui, à cette fin, deviendront des agents intermédiaires dont les frais d'administration seront payés sur la base de leur prix de revient. Les assureurs devront en particulier fixer les conditions des paiements sur base de "frais raisonnables" et collaborer à l'élaboration de procédures de contrôle des abus dans la demande des soins.

APPENDICE I

RAPPORT DU HAUT COMITE MEDICAL DE LA SECURITE SOCIALE SUR LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CONTROLE MEDICAL - RAPPORT INTRODUCTIF

(Paris, Notes et études documentaires, 9 mai 1964, no. 3088)

Parmi les tâches incombant au Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale fixées par le décret du 7 janvier 1959 et l'arrêté du 12 mai 1960, figure la mission de "définir l'orientation générale du contrôle exercé par les médecins-conseils et d'établir les directives techniques nécessaires au fonctionnement du contrôle médical".

Le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale a l'honneur de présenter à Monsieur le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale les résultats d'une étude qu'il a effectuée au cours de l'année 1963 sur cet aspect des attributions qui lui ont été dévolues, et les suggestions qui en découlent.

Il ne peut évidemment exister de formule d'assurance sans l'intervention d'un contrôle. Il n'en peut être différemment dans le cadre de la Sécurité Sociale. L'exercice de la médecine avec un "tiers répondant" ne peut être autrement concevable.

Le point essentiel est donc de rechercher les conditions d'un contrôle efficace faisant autorité à l'égard du médecin et des assurés, le médecin-conseil des caisses de Sécurité Sociale disposant des moyens lui permettant d'exercer sa double fonction de contrôleur et de conseiller. Le médecin-conseil doit être, tant pour les organismes de Sécurité Sociale que pour les médecins soignants, le représentant technique du "tiers répondant" destiné à poursuivre avec les uns et les autres un dialogue fructueux.

Le Haut Comité Médical propose certaines améliorations du contrôle comportant trois parties essentielles:

1o Un rapport sur de nouvelles directives susceptibles d'améliorer le contrôle médical dans le cadre de l'assurance maladie.

2o Un rapport sur le contrôle dans le cadre de l'invalidité.

3o Un rapport sur le contrôle dans le cadre de la réadaptation des assurés sociaux.

Le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale tient à formuler au préalable trois remarques d'ordre général sur les possibilités et sur les limites du contrôle médical.

1o Le point faible du contrôle médical, auquel on ne peut remédier est de s'exercer a posteriori dans la grande majorité des cas. L'établissement d'un diagnostic et le choix d'un traitement sont fréquemment le fait d'un cheminement progressif comportant des difficultés qu'il est souvent impossible de reconstituer secondairement. La nécessité de telle ou telle investigation, de tel ou tel traitement d'épreuve, est difficile à apprécier lorsqu'a pris fin l'état de maladie, particulièrement dans le cas des processus aigus ou passagers et plus encore dans le domaine des manifestations morbides sans substratum organique décelable ou formellement prouvé.

2o Une grande rigidité dans le contrôle, ainsi effectué à postériori, risque d'être injuste et finalement supportée dans ses conséquences, autant par l'assuré que par le médecin traitant.

3o Il est illusoire de compter sur le contrôle médical, conçu d'une façon limitée, pour constituer un facteur dominant de la diminution des dépenses du budget de la Sécurité Sociale se rapportant à l'assurance maladie. Le rôle essentiel du médecin-conseil, s'il dispose des moyens désirables, sera surtout d'ordre social et technique. Certes, la détection des fraudes et des abus de toute sorte reste un élément de base de son action, mais, au regard des dépenses générales, elle n'aura qu'une portée restreinte. Plus efficace sera l'orientation qu'il peut être amené à proposer pour le traitement de certains

malades avec l'appui de consultants, d'experts ou de commissions dont la compétence sera indiscutable. On peut aussi souhaiter le voir contribuer, par ses informations, par les statistiques qu'il pourra établir, par les enquêtes dont il sera chargé par le Haut Comité, à l'édification d'une doctrine actuelle de l'assurance maladie, ainsi qu'il sera dit plus loin.

Le Haut Comité Médical, au cours de son étude du contrôle, a été amené à envisager différents facteurs, qui pèsent lourdement sur le budget de l'assurance maladie. Il en ressort qu'ils sont en grande partie inaccessibles au contrôle médical, si perfectionné et si qualifié soit-il.

Une première difficulté réside dans l'impossibilité de définir avec précision l'état de maladie, notion essentielle dont l'importance a pu légitimement échapper aux fondateurs et aux administrateurs de l'assurance. Si la maladie organique est de plus en plus identifiable et indiscutable, elle ne représente qu'une petite fraction des prestations servies par l'assurance maladie. Il n'en est pas de même de multiples manifestations fonctionnelles ou générales ressenties par le malade. Quelques exemples apparaissent presque superflus pour illustrer cette notion: la douleur, manifestation subjective, est incontrôlable; la fatigue, également subjective est incontrôlable et l'on ne peut établir à partir de quelle intensité elle devient état de maladie; l'insomnie, l'inappétence, les désordres neuro-végétatifs de toute sorte, les réactions psycho-somatiques sont égalements incontrôlables. Dans bien des cas, la difficulté est d'établir la frontière entre un état constitutionnel pratiquement irréversible et un véritable état de maladie d'où doivent découler soins et repos éventuels. Ces aspects frontières concernent un grand nombre de malades de la pratique courante, pour lesquels il est impossible de nier la licité de repos et de prescriptions médicamenteuses, sans qu'on ait la certitude de leur absolue nécessité.

La loi sur les Assurances Sociales de 1930 et l'ordonnance de 1945 sur la Sécurité Sociale ont pu être conçues avec la notion d'un équilibre relatif possible entre les dépenses résultant de l'exercice de la médecine de soins et le montant des prestations disponibles. L'ordonnance de 1945, dont l'ampleur est à l'honneur de notre pays, a dépassé la notion d'assurance et rendu plus précaire encore la possibilité d'un tel équilibre. Les bienfaits de ces lois de Sécurité Sociale

sur l'état sanitaire de la population, en permettant la plus grande diffusion des soins, la possibilité de faire face aux dépenses des maladies graves, la réadaptation après maladie, les aides multiples dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, sont évidents et ont abouti, avec les progrès considérables de la médecine, à l'augmentation d'une vingtaine d'années de la longévité humaine en France. Il conviendrait, d'ailleurs, de faire la part dans le déficit de l'assurance maladie d'une contrepartie qui n'a pu être chiffrée, liée à l'aspect économique de l'augmentation des possibilités de travail de la population.

L'évolution démographique depuis 1945 a été un facteur supplémentaire de déséquilibre, mettant à la charge de l'assurance-maladie un nombre croissant de sujets jeunes improductifs, comme, à l'opposé, des sujets âgés n'appartenant plus à l'âge du travail.

Parmi les éléments qui pèsent lourdement sur les possibilités de l'assurance primitivement conçue, il convient de détacher, en fonction du contrôle médical, quelques-uns d'entre eux que nous rappellerons successivement: les progrès de la médecine et l'évolution de l'exercice médical, la prise de conscience sanitaire de la population, le problème hospitalier, les dépenses pharmaceutiques.

L'application de la réforme hospitalière avec le plein temps médical ne peut porter ses fruits qu'à longue échéance en raison de ces différents obstacles. Il reste d'ailleurs à prouver que la permanence médicale à l'hôpital n'entraîne pas pour sa part des dépenses supplémentaires, sans grandes modifications du rendement, si les conditions de base d'une bonne structure hospitalières ne sont pas réglées.

Il faut également considérer que si, dans un avenir idéal, le recrutement hospitalier ne comporte que des malades atteints d'affections aigues ou de maladies de diagnostic difficile ou de traitement onéreux, le prix de revient de l'hospitalisation ne sera pas diminué, mais plus probablement augmenté. On en trouve l'exemple dans d'excellents établissements privés, à recrutement sélectionné, dont les prix de journée dépassent ceux des hôpitaux publics.

Toutes ces notions fréquemment évoquées n'entraînent pas pour autant de solutions immédiates. Il est à craindre que, pendant de longues années encore, le contrôle médical hospitalier ne se trouve paralysé dans son action devant l'impossibilité matérielle de pouvoir remédier aux causes, tout au moins dans les très grands centres urbains où se manifestent les plus fortes dépenses hospitalières. Cette lointaine échéance des

remèdes ne peut qu'être accentuée par l'évolution démographique et la tendance des malades à accepter l'hospitalisation, même dans des conditions imparfaites, devant la nécessité de parfaire les diagnostics ou de mettre en oeuvre des traitements difficiles.

LES DEPENSES PHARMACEUTIQUES

Elles jouent un rôle très important dans l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie. On ne peut nier, néanmoins, que les progrès de la science pharmaceutique sont en grande partie à l'origine des moyens de guérison.

Le problème de fond des prix pharmaceutiques ne relève pas de la compétence du Haut Comité Médical. Cependant, restant sur le plan technique, il lui est permis de souligner la tendance de plus en plus scientifique de l'étude des médicaments; à la pharmacologie et à la pharmacodynamie classiques, se sont adjointes, au cours des toutes dernières années, la pharmacologie-biochimique et la patho-pharmacologie qui sont l'avenir des recherches pharmaceutiques et dont le développement nécessaire est capital pour les soins à donner aux malades. Ces nouveaux aspects de la science des médicaments ne seront pas sans intervenir sur leurs prix de revient.

Le contrôle médical ne peut intervenir que sur la prescription des médicaments. Pour les raisons que nous avons déjà évoquées (des difficultés d'un contrôle a posteriori, de la difficulté de distinguer entre le médicament peut-être utile et le médicament absolument nécessaire), si des économies peuvent être réalisées, elles paraissent devoir être obtenues surtout par une coopération de plus en plus éclairée et étroite entre le corps médical apportant ses soins au malade, le médecin-conseil et les organismes de Sécurité Sociale. Lors de sa formation initiale, par l'information, par l'intermédiaire de ses représentants syndicaux, il faut s'attacher dans un effort continu à faire prendre conscience au médecin de ses responsabilités économiques à l'égard de la Sécurité Sociale. Une même information auprès des malades est nécessaire.

Les différentes propositions qui seront exposées doivent amener la réduction des fraudes, des abus de prescription, et porter leurs fruits. On peut craindre qu'ils ne soient moins importants dans leurs incidences sur le taux des dépenses pharmaceutiques que le nombre de prescriptions inutiles ou discutables qui restent d'un contrôle plus nuancé et qui ne peuvent que rester sans sanction.

Les rapports que nous présentons nous semblent pouvoir apporter les moyens d'un meilleur rendement du contrôle médical, à la fois dans son esprit et dans son efficacité.

Mais, à côté d'une doctrine du contrôle médical, il convient d'établir une doctrine nouvelle de l'assurance maladie, devant le coût croissant de la médecine la plus correcte à tous égards, ses progrès qui ne peuvent que se développer, l'évolution démographique, la prise de conscience sanitaire de la population, si l'on désire un certain équilibre entre les prestations possibles et les ressources de la Sécurité Sociale.

Conscient de l'importance de sa mission et notamment des possibilités que lui donnent le décret du 7/1/59 (1) et l'arrêté du 12/5/60, le Haut Comité Médical considère de son devoir "d'attirer l'attention du Ministre du Travail sur les réformes qui lui paraissent conformes au fonctionnement de la Sécurité Sociale". En le faisant, il souhaite contribuer ainsi à l'élaboration d'une doctrine de l'assurance maladie adaptée aux possibilités.

Dans les conditions actuelles, et pour les raisons développées ci-dessus, les dépenses sociales de la nation ne peuvent être que lentement et partiellement influencées et risquent sans doute de s'accroître. Si elles s'avéraient ne plus être supportables, un choix nécessaire devrait intervenir entre l'universalité de prestations insaisissables et la nécessité de faire le maximum pour les véritables victimes de la maladie ou du travail, pour la réadaptation des malades susceptibles d'être réinsérés normalement dans la société, et pour les états de maladie qui appellent les efforts les plus grands. Il semble difficile dans cette hypothèse que la cotisation de sécurité sociale reste la seule variable de l'assurance maladie. Sous certaines conditions, tenant à la maladie ou à l'assuré, ou aux deux, une hiérarchie dans les risques et dans le taux des prestations n'est pas inconcevable et est peut-être une condition indispensable à l'équilibre désiré. Rien n'exige, en outre, qu'une doctrine de l'assurance maladie reste immuable, et ne puisse se mesurer, d'une part, en fonction de l'évolution technique de la médecine, d'autre part, en fonction du contexte économique et social de la nation.

---

(1) Décret du 7 janvier 1959: Le Haut Comité Médical reçoit.... communication de tous les documents nécessaires, notamment les statistiques lui permettant de suivre le fonctionnement du contrôle et les études relatives aux incidences de l'organisation et du fonctionnement de la Sécurité Sociale sur l'exercice de la médecine et sur la réadaptation des assurés, ainsi qu'aux conséquences de l'évolution de la médecine sur les prestations sociales.

LES PROGRES DE LA MEDECINE
ET L'EVOLUTION DE L'EXERCICE MEDICAL

Lieu commun que de souligner le bouleversement des possibilités médicales depuis 1946. C'est en une véritable progression géométrique que les possibilités d'investigations, les moyens techniques et l'efficacité des traitements sont apparus et continuent de s'accroître. Aux moyens simples d'avant la seconde guerre mondiale, dominés par l'examen clinique du malade, sans qu'on en méconnaisse les insuffisances, s'est substituée la nécessité pour le médecin de recourir à une série d'analyses biologiques de plus en plus nombreuses et efficaces, à des investigations para-cliniques multiples apportant des certitudes là où il n'existait jadis que des hypothèses et enfin, à des thérapeutiques souvent onéreuses qui ont fait disparaître ou réduit les conséquences d'un grand nombre de maladies jadis meurtrières.

La mise en oeuvre de ces moyens importants peut apparaître excessive et, aux yeux de certains, constituer des abus. Certes, on ne peut nier la possibilité d'excès dans l'utilisation de ces moyens modernes, encore qu'on doive noter qu'elle croît généralement avec la qualité et la spécialisation du médecin. Peut-on reprocher à ce dernier, qui désire pénétrer aussi complètement que possible les désordres pathologiques du patient qui s'adresse à lui, d'employer les meilleurs moyens dont il dispose aujourd'hui pour obtenir le maximum d'indications? Au chirurgien, de prendre toutes les garanties pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires qui assurent le maximum de sécurité? Dès lors le contrôle médical, dans de très nombreux cas, rencontrera les plus grandes difficultés d'appréciation. Demander au médecin de choisir entre l'exercice scientifique de sa profession au bénéfice de son malade et les dépenses qui peuvent en découler ne peut être concevable. La solution doit être autre.

Cette évolution de la médecine n'a pas manqué de retentir sur l'attitude médicale. La notion d'un "tiers répondant" a donné au médecin la possibilité de moyens dont peut bénéficier le malade, l'aspect économique n'étant plus l'impératif de jadis lorsqu'il devait en supporter la charge avec des conséquences pécuniaires souvent importantes. Cette même notion a conduit également à plus de facilité dans l'octroi de repos, particulièrement en présence de sollicitations pressantes. C'est ici que le médecin-conseil peut fournir un point d'appui capital dans la réduction d'un absentéisme, souvent plus accessible au contrôle que les faits purement médicaux.

Les progrès de la médecine et de la chirurgie ont encore été à l'origine du développement de disciplines para-médicales dont le rôle efficace n'est plus à démontrer dans le domaine de l'application des traitements prescrits, et dans la réadaptation des malades. Il en est ainsi de la masso-kinésithérapie, des auxiliaires médicaux dont le domaine s'accroît constamment.

L'art dentaire également est l'objet d'un développement incessant, alors qu'il est difficile de parler de risques à assurer puisqu'il s'agit de faits d'involution inéluctable.

LA PRISE DE CONSCIENCE SANITAIRE DE LA POPULATION

Elle est souhaitable, mais elle n'est pas sans contrepartie. Elle résulte de multiples facteurs: l'élévation du niveau de vie, une information des faits médicaux de plus en plus poussée, que la radio-télévision et les journaux, spécialisés ou non, ne manquent pas d'exploiter, en présence de l'avidité légitime de la population pour les problèmes de santé. Mais le résultat est certainement une "consommation accrue" de médecine, comme on a pu le dire.

Cette prise de conscience tend à modifier le comportement psychologique du malade bénéficiant de l'assurance maladie. Le médecin, dont l'exercice de la profession remonte à plusieurs décennies, a pu voir évoluer ce comportement psychologique et peut faire la différence entre le malade d'hier, à peine attaché au remboursement de ses prestations légitimes lorsque les soins et la maladie étaient peu onéreux, et son souci aujourd'hui de percevoir l'intégralité des prestations auxquelles il peut avoir droit. A la notion de prestations légitimes, il n'est pas rare de voir se substituer, chez certains, l'idée de "remboursement de cotisations versées" quelle que soit la classe de la société à laquelle appartient le malade et souvent parmi les moins défavorisées. D'autres, en présence d'un refus de repos ou d'une réticence, ne se font pas faute de souligner au médecin que les ressources de la Sécurité Sociale sont le fait, pour lui, d'un salaire ou d'économies différées dont il entend ne pas être frustré, même pour un incident bénin. On conçoit que la tâche du médecin-traitant, comme celle du médecin-conseil, ne se trouve pas facilitée par cette évolution psychologique.

LE PROBLEME HOSPITALIER

Il est immense et une des pierres d'achoppement de l'équilibre entre les ressources et les dépenses de l'assurance maladie. Cependant les malades bénéficiant de soins hos-

pitaliers ne représentent qu'une partie de la population. Beaucoup d'entre eux, il est vrai, sont atteints de maladies graves engageant des dépenses particulièrement élevées pour parvenir au diagnostic et au traitement efficace.

Le lieu n'est pas ici d'envisager le problème des dépenses hospitalières, mais celui des possibilités de contrôle.

Dans les conditions actuelles, le contrôle rend des services très appréciables dans l'aide qu'il apporte pour les placements et les diverses orientations à donner aux malades à la sortie de l'hôpital; mais il ne peut avoir qu'une portée économique limitée dans un grand nombre de cas, dans les grandes villes en particulier. Les conditions actuelles de l'équipement hospitalier, l'insuffisance de personnel soignant, de médecins et de techniciens constituent des obstacles considérables au rendement hospitalier.

L'infractructure hospitalière n'a pu suivre le développement rapide et croissant des progrès de la médecine et des techniques. La durée des séjours hospitaliers est dans la plupart des cas majorée par les délais nécessaires pour réunir les résultats des investigations para-cliniques indispensables aux décisions thérapeutiques. Les services de radiologie, les différents services de biologie auxquels on doit faire appel, les centres d'exploration fonctionnelle divers, cardiologiques, neurologiques, pneumologiques, isotopiques, par exemple, sont autant de goulots d'étranglement qui entravent la rotation des malades. Que peut faire le médecin-conseil en présence de ces faits actuellement irrémédiables?

Le recrutement hospitalier, sans sélection préalable - ce qui est normal - entraîne la prise en charge de miséreux, de vieillards, de demi-invalides, d'asociaux, qu'il est humainement impossible de rendre à leurs conditions antérieures. Les efforts actuellement mis en oeuvre pour la création d'établissements de "chroniques", s'ils commencent à porter leurs fruits, sont loin d'avoir réglé cette importante question. Faut-il encore le consentement du malade; un refus est souvent opposé, le malade quittant l'hôpital pour y revenir bientôt ou, de préférence, dans un autre. Les possibilités du contrôle sont encore ici bien limitées.

Le surmenage du personnel hospitalier, son insuffisance numérique, obligent parfois à un certain freinage de la rotation hospitalière, pour des raisons de sécurité médicale.

APPENDICE II

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie présentée à la fin de chacun des chapitres précédents se rapporte aux quatre pays visités par le Comité.

Par ailleurs, nous avons réuni une bibliographie sur les régimes d'assurance-maladie de plusieurs autres pays. La liste en est présentée dans cet appendice.

AFRIQUE

- Afrique. Canadian Doctor, May 1964.

COLBOURNE, Michael - Planning for Health. London, Oxford University Press, 1963. 106p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

ALBANIE

- Albania. Canadian Doctor, Feb. 1965.

ALLEMAGNE

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

- Germany. Canadian Doctor, May 1961.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, Caxton Printers Ltd., 1962.

ARABE UNIE

- United Arab Republic. Canadian Doctor, July 1965.

ARABIE

- Saudi Arabia. Canadian Doctor, Oct. 1965.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

ARGENTINE

- Argentina. Canadian Doctor, Jan. 1964.

AUSTRALIE

- Australia. Canadian Doctor, Sept. 1961.

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, Caxton Printers Ltd., 1962.

AUTRICHE

- Austria. Canadian Doctor, May 1963.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, Caxton Printers Ltd., 1962.

BREZIL

- Brazil. Canadian Doctor, Nov. 1962.

BULGARIE

- Bulgaria. Canadian Doctor, Dec. 1964.

CHILI

- Chili. Canadian Doctor, August 1964.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

CHINE

- China. Canadian Doctor, June 1962.

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Etude comparée des prestations de sécurité sociale dans les pays de la Communauté Economique européenne. Bruxelles, 1962. 145p. (C.E.E. - Etudes, série politique sociale no 4).

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Etude sur la physionomie actuelle de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté Economique européenne. Bruxelles, 1962. 130p. (C.E.E. - Etudes, série politique sociale no 4).

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Tableaux comparatifs des régimes de sécurité sociale applicables dans les états membres des Communautés européennes. 1- Régime général. 3e ed. Bruxelles, 1964. 69p.

COSTA RICA

- Costa Rica. Canadian Doctor, Sept. 1965.

CUBA

- Cuba. Canadian Doctor, Dec. 1963.

DANEMARK

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

- Denmark. Canadian Doctor, Oct. 1961.

- Health Care for All - The Scandinavian Experience. Canadian Hospital, 1965, vol. 42, no 9, p. 61; no 10, p. 84.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

ESPAGNE

- Spain. Canadian Doctor, Feb. 1962.

ETATS-UNIS

FOLLMANN, Joseph F. jr - Medical Care and Health Insurance. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1963. 503p.

NOTKIN, Herbert - Medical Care in Public Assistance. The American Scene. Medical Care, July-Sept. 1965, vol. 3, no 3, p. 146.

MILLER, Genevieve - Bibliography of the History of Medicine of the United States and Canada 1939-1960. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1964. 428p.

SERBEIN, Oscar N. Jr - Paying for Medical Care in the United States. New York, Columbia University Press, 1953. 543p.

- Social Security Amendments of 1965. Report of the Committee on Ways and Means on H.R. 6675. Washington, U.S. Government Printing Office, 1965. 264p. (89th Congress, 1st Session, House Report no 213).

- Systèmes de sécurité sociale - Etats-Unis. Genève, Bureau international du Travail, 1954. 132p.

- United States. Canadian Doctor, March 1962.

UNITED STATES. Welfare Administration - Characteristics of State Public Assistance Plan Under the Social Security Act. Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare. 192p.

FINLANDE

- Finlande. Canadian Doctor, Feb. 1964.

GRECE

- Greece. Canadian Doctor, Oct. 1964.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

HOLLANDE

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

HONGRIE

- Hungary. Canadian Doctor, Nov. 1963.

INDE

- India. Canadian Doctor, April 1963.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

IRAQ

- Iraq. Canadian Doctor, August 1965.

IRLANDE

- Ireland. Canadian Doctor, Oct. 1962.

ISLANDE

- Iceland. Canadian Doctor, June 1964.

ISRAEL

- Israel. Canadian Doctor, Feb. 1962.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

ITALIE

- Italian's. Canadian Doctor, June 1963.

PISTOJ, Piergiovanni - Assurance-maladie en Italie. Revue de l'Institut de Sociologie, 1964, no 3, pp. 597-619.

JAPON

- Japan. Canadian Doctor, Dec. 1961.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

LIBAN

- Lebanon. Canadian Doctor, May 1965.

LUXEMBOURG

- Luxembourg. Canadian Doctor, Jan. 1965.

MEXIQUE

- Mexico. Canadian Doctor, Oct. 1963.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

NIGERIA

- Nigeria. Canadian Doctor, April 1965.

NORVEGE

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

- Health Care for All - The Scandinavian Experience. Canadian Hospital, 1965, vol. 42, no 9, p. 61; no 10, p. 84.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

- Norway. Canadian Doctor, Sept. 1962.

NOUVELLE-ZELANDE

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

- New Zealand. Canadian Doctor, June 1961.

- Systèmes de Sécurité Sociale - Nouvelle-Zélande. Genève, Bureau international du Travail, 1950. 77p.

PANAMA

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

PAYS-BAS

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 340p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

- Wetherlands. Canadian Doctor, Jan. 1962.

PEROU

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

PHILIPPINES

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

- Philippines. Canadian Doctor, March 1964.

POLOGNE

- Poland. Canadian Doctor, March 1963.

PORTUGAL

- Portugal. Canadian Doctor, April 1964.

ROUMANIE

- Rumania. Canadian Doctor, Sept. 1963.

RUSSIE

- Russia. Canadian Doctor, Nov. 1961.

SUISSE

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

SAXER, Arnold - Sécurité Sociale Suisse. Berne, Editions Paul Haupt Berne, 1964. 132p.

SCHOECK, Helmut - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, Caxton Printers Ltd., 1962.

- Switzerland. Canadian Doctor, August 1962.

TCHECOSLOVAQUIE

- Czechoslovakia. Canadian Doctor, Sept. 1964.

THAILANDE

- Thailand. Canadian Doctor, June 1965.

TURQUIE

- Turkey. Canadian Doctor, August 1963.

UNION SOVIETIQUE

FIELD, Mark G. - Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge, Harvard University Press, 1957. 266p.

HOGARTH, James - Payment of the Physician. Some European Comparisons. New York, Macmillan Company, 1963. 684p.

MYERS, Robert J. - Social Insurance and Allied Government Program. Homewood, Richard D. Irwin Inc., 1965. 258p.

URUGUAY

- Uruguay. Canadian Doctor, Nov. 1964.

VENEZUELA

- Venezuela. Canadian Doctor, Nov. 1965.

YOUGOSLAVIE

- Yugoslavia. Canadian Doctor, Jan. 1963.

TABLE DES MATIERES

Page

AVANT PROPOS..... 3

CHAPITRE I : GRANDE-BRETAGNE..... 9

- Introduction
- Objectifs du service national de santé
- National Health Service Act 1946
- Organisation du service national de santé
- Services d'hôpitaux et de spécialistes
- Services de praticiens
- Champ d'application
- Financement
- Profession médicale
- Demande et contrôle des soins
- Effectifs médicaux
- Assurance privée
- Bibliographie

CHAPITRE II : FRANCE..... 33

- Introduction
- Couverture du régime
- Champ d'application
- Structures administratives
- Action sanitaire et sociale
- Financement
- Profession médicale
- Effectifs médicaux
- Demande et contrôle des soins
- Assurance privée
- Bibliographie

CHAPITRE III : BELGIQUE..... 55

- Introduction
- Couverture du régime
- Champ d'application
- Structures administratives et consultatives.
- Financement
- Profession médicale
- L'engagement selon l'accord du 25 juin 1964
- Assurance privée
- Bibliographie

Page

CHAPITRE IV : SUEDE..... 69

- Introduction
- Couverture du régime
- Champ d'application
- Structures administratives et consultatives
- Financement
- Profession médicale
- Rémunération
- Demande et contrôle des soins
- Assurance privée
- Bibliographie

CHAPITRE V : ETATS-UNIS..... 81

- Introduction
- Dispositions du régime d'assurance-maladie
- Dispositions financières des régimes d'assurance sociale et d'assurance-maladie selon les amendements de 1965
- Dispositions du régime supplémentaire d'assurance médicale

APPENDICE I : RAPPORT DU HAUT COMITE MEDICAL DE LA SECURITE SOCIALE SUR LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CONTROLE MEDICAL - RAPPORT INTRODUCTIF..... 89

APPENDICE II : BIBLIOGRAPHIE (sur les régimes d'assurance-maladie de plusieurs autres pays)..... 99