

Document
mis en distribution
le 13 janvier 1994

N° 665 (rectifié)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIXIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 novembre 1993.

PROPOSITION DE LOI

*tendant à abroger le monopole de la sécurité sociale
et à encourager la participation personnelle des Français
à la gestion de leur assurance-maladie*

(Renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉE

PAR MM. JEAN-LOUIS BEAUMONT, DIDIER BÉGUIN, PIERRE CARDO, MICHEL CARTAUD, DANIEL COLIN, SERGE DIDIER, MICHEL FANGET, GRATIEN FERRARI, ALAIN GRIOTTERAY, FRANÇOIS LOOS, GEORGES MESMIN, DANIEL POULOU, YVES ROUSSET-ROUARD, BERNARD SERROU, YVES VERWAERDE, PHILIPPE DE VILLIERS et MICHEL VOISIN,

Députés.

Sécurité sociale.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Chaque homme et chaque femme aspire à préserver sa santé, c'est-à-dire l'équilibre physique et mental qui lui permet de faire face à la vie. Et chacun, tout au long de sa vie, cherche à éviter et à combattre la maladie et la mort.

De cette « action de santé », la volonté de vivre des personnes est le moteur auquel le pouvoir des collectivités ne peut se substituer. Dans cette action de santé, les connaissances personnelles acquises par l'apprentissage au sein de la famille, à l'école et dans les contacts avec les médecins et leurs auxiliaires sont fondamentales.

Et lorsque l'accident ou la maladie surviennent, le premier geste vient, très souvent, du malade lui-même, de son entourage, de ses amis, de ses voisins. C'est ainsi que se donnent les premiers secours, que se décide l'appel au médecin et au-delà de lui le recours à l'immense appareil de la médecine. C'est ainsi que l'action de santé est, dès le début et principalement, le résultat d'actions personnelles dans lesquelles varie la part de chacun, malade ou médecin. Certes, la collectivité y a aussi un rôle, mais limité dans son champ à certaines circonstances et réduit la plupart du temps à un soutien.

*
* *

Au cours des cinquante dernières années, les progrès considérables de la science médicale ont grandement amélioré dans notre pays les moyens de lutter contre la maladie et dans le même temps la puissance publique a généralisé un système qui postule que la préservation de la santé est avant tout une affaire de sécurité collective. Il en est résulté une illusion et un détournement.

L'illusion, qu'une intense propagande a voulu imposer, dit que l'amélioration de la santé des Français est due à l'instauration du système de sécurité collective dit de Sécurité Sociale. Elle méconnaît les progrès de la science qui lui sont antérieurs et qui ont produit les mêmes effets bénéfiques dans des pays où il n'y a pas de Sécurité Sociale. La prolongation de la durée de vie, par exemple, est due avant tout à l'hygiène, aux vaccinations et aux médicaments nouveaux.

Le détournement résulte de l'appropriation par un appareil collectif en position de monopole de la majeure partie des moyens nécessaires à l'action de santé. Avec comme résultat :

— pour les personnes : la perte d'un bien propre dont la gestion aurait pu susciter leur intérêt et engager leur responsabilité, en un domaine où l'engagement personnel est indispensable ;

— pour la puissance publique : la perte de la force de contrôle et d'orientation propre à chaque personne qui ne peut être remplacée par aucune autre ;

— pour les entreprises : des prélèvements toujours plus lourds qui compromettent leur compétitivité et pénalisent l'emploi ;

— pour les salariés : une perte de leur salaire direct qui se trouve réduit par le salaire indirect que constituent les prélèvements ;

— pour tous : un gaspillage qui altère la crédibilité de l'État et du Gouvernement, démoralise les citoyens, témoins passifs, et parfois actifs, de mille petits scandales, et finalement compromet la qualité des soins, c'est-à-dire la santé et la sécurité des gens et de la société qu'on voulait garantir. Il est patent, par exemple que la Sécurité Sociale n'a pas pu ou pas su protéger les hémophiles de la contamination par le virus du sida.

*
* *

La crise économique grave que traverse notre pays achève de condamner le monopole de la Sécurité Sociale. Celui-ci est, par ailleurs, contraire aux directives européennes de 1992 qui, en matière d'assurance, font obligation d'ouvrir le marché de l'assurance-maladie à la concurrence à compter du 1^{er} juillet 1994 au plus tard. Enfin, il est clair que la lutte contre le chômage et le retour à l'équilibre de nos finances publiques rendent urgente une réforme radicale.

La réforme introduite par la présente proposition de loi a pour objectif de maîtriser les dépenses, sans compromettre la qualité des soins et dans le respect de la liberté des personnes. Elle tient compte de l'expérience acquise en France et dans beaucoup d'autres pays de l'Est et de l'Ouest qui démontre que ce triple objectif ne peut être atteint par aucune puissance collective monopoliste. Elle propose, en conséquence, des dispositions qui permettent au pouvoir des personnes, des familles et des collectivités privées de s'engager, aux côtés de la collectivité nationale. La participation personnelle étant reconnue comme le premier moteur et le principal maître de l'action.

*
* *

La présente proposition de loi expose d'abord les principes qui doivent inspirer toute réforme de notre système de santé :

- le libre choix par les personnes de leur protection contre la maladie ;
- le droit de toute personne malade à être soignée, et à la gratuité des soins pour les plus démunies ;
- le rôle de l'État qui définit le degré de protection obligatoire pour tous les Français ainsi que les engagements que doivent respecter les assureurs et les règles de la solidarité nationale ;
- la liberté des prix des prestations de santé et des médicaments.

Ces principes conduisent logiquement à l'abrogation du monopole de la Sécurité Sociale. Les Français cesseront d'être assujettis à des prélèvements obligatoires et s'assureront librement contre la maladie auprès de la compagnie ou de la mutuelle de leur choix.

Le passage d'un système monopolistique à un système fondé sur la libre concurrence aura cinq effets principaux :

1° La réappropriation par les personnes des ressources qui étaient prélevées à la source par la Sécurité Sociale. La loi prévoit que l'intégralité des cotisations auparavant destinées au financement de la Sécurité Sociale seront directement versées aux salariés.

2° Une responsabilisation des personnes qui, choisissant elles-mêmes leur assureur, exerceront un contrôle beaucoup plus strict sur leurs dépenses. Des primes d'intéressement seront versées en fonction des dépenses engagées par chaque personne afin que chacun trouve intérêt à être économe.

3° L'introduction progressive de la concurrence entre les prestataires de santé favorisera une amélioration de notre système de santé et de recherche.

4° La diminution de leurs charges permettra à nos entreprises de redevenir compétitives et favorisera la création d'emplois.

5° La libération des prix des médicaments suscitera un renouveau de la recherche et augmentera nos chances de faire face aux nouveaux fléaux qui menacent l'avenir de l'humanité.

L'ouverture du marché de l'assurance-maladie aux compagnies d'assurances et aux mutuelles nécessite l'adoption de garde-fous pour éviter les abus. Seuls seront autorisés les prestataires dont le cahier des charges aura été agréé par l'État. Toute discrimination entre les assurés qui serait fondée sur l'âge ou le dossier médical des personnes est prohibée. Les assureurs n'auront pas la faculté de sélectionner les risques-maladies ; il devront préparer sous forme d'un contrat-type un forfait couvrant l'ensemble des risques dont la couverture est obligatoire. Dans un souci d'équité et de protection des familles, les primes d'assurance seront modulées à partir d'un quotient familial, selon le nombre de personnes à charge de l'assuré.

*

* *

Afin que nul ne puisse rester sans protection contre la maladie, la loi introduit une obligation d'assurance, d'autant plus efficace que les primes d'assurance seront déductibles fiscalement des revenus. Réciproquement, un assureur ne pourra pas refuser d'assurer une personne qui désire souscrire un contrat.

Enfin, toute personne malade ayant le droit absolu d'être soignée, un impôt de solidarité nationale est créé pour faire face aux dépenses de santé des personnes qui sont dans l'incapacité de s'assurer contractuellement. Ces personnes seront détentrices d'un livret de soins gratuits qui leur garantira la prise en charge intégrale par la collectivité de leurs dépenses de santé.

PROPOSITION DE LOI

TITRE PREMIER

Principes

Art. 1

Chaque Français a le devoir de se protéger et de lutter personnellement contre la maladie. Il est responsable de sa santé et dispose librement des ressources destinées au financement de sa protection contre la maladie. Il a le droit absolu de consulter le médecin de son choix.

Art. 2

L'État a pour mission de définir les risques de maladie contre lesquels, compte tenu du degré de développement de l'économie et de la société française, les Français ont une obligation de s'assurer.

Il lui appartient également de veiller au respect par les assureurs des règles de la concurrence. Il fixe les règles de déontologie qui s'imposent à tous les assureurs, notamment le respect absolu du secret médical et l'interdiction de toute discrimination qui serait fondée sur l'âge ou le dossier médical des personnes.

Au nom de la solidarité nationale, l'État prend en charge intégralement les dépenses maladie de ceux qui n'ont pas les ressources suffisantes pour garantir contractuellement leur protection contre la maladie.

L'État veille aux actions collectives nécessaires à la protection de la santé publique : il organise la lutte contre les épidémies, les campagnes de vaccinations, le contrôle de la qualité des médicaments et des soins.

Une contribution publique au développement de la recherche et au progrès des connaissances médicales est assurée par l'État.

Art. 3

Les professions médicales fixent librement le tarif de leurs prestations.

Le prix des médicaments est libre.

TITRE II

La couverture contractuelle du risque-maladie

Art. 4

Le monopole de la Sécurité Sociale est abrogé.

Art. 5

Toute personne titulaire d'un contrat de travail, ou bénéficiant de ressources régulières d'un montant suffisant, a l'obligation de s'assurer contre le risque-maladie auprès d'une compagnie d'assurance dont le cahier des charges a été agréé par l'État.

La liste des risques maladie dont la couverture est obligatoire pour tous est définie par un décret pris en Conseil d'État.

Art. 6

Seules les compagnies d'assurance ou les mutuelles dont le cahier des charges a été agréé par l'État peuvent proposer des contrats d'assurance maladie. L'agrément est délivré par arrêté conjoint du ministre chargé des Affaires sociales et du ministre des Finances.

Le cahier des charges comporte notamment un contrat-type précisant dans quelles conditions est garantie la couverture des risques pour lesquels l'assurance est obligatoire. Il précise le barème des prix auxquels les prestations médicales sont remboursées.

Il prévoit également un quotient familial pour que les primes soient modulées équitablement selon les charges familiales de l'assuré.

Art. 7

Les contrats d'assurance-maladie ne peuvent exclure aucun des risques dont la couverture est obligatoire. Ils ne peuvent pas non plus faire varier les primes en fonction des antécédents médicaux ou de l'âge des assurés. Les contrats d'assurance-maladie prévoient obligatoirement, au profit des assurés qui ont des remboursements nettement inférieurs à la moyenne, une capitalisation des économies ainsi réalisées. Ils ne peuvent pas, en revanche, prévoir l'augmentation des primes en cas de remboursements supérieurs à la moyenne.

Art. 8

Une compagnie d'assurance ou une mutuelle agréée ne peut refuser d'assurer une personne satisfaisant aux obligations prévues par le contrat-type annexé au cahier des charges.

Art. 9

Les compagnies d'assurance peuvent passer des conventions avec des médecins ou avec des établissements de soins qui s'engageraient à fournir les prestations médicales aux prix figurant sur le barème annexé à leur cahier des charges.

Art. 10

Les dispositions dérogatoires de l'ordonnance sur la liberté des prix concernant les tarifs des prestations médicales et le prix du médicament sont abolies.

Art. 11

Les cotisations salariales et patronales, assises sur les salaires, destinées à la prise en charge des dépenses maladies sont supprimées. Les sommes correspondantes sont versées directement par les employeurs aux salariés qui en ont la libre disposition dans le respect de l'obligation d'assurance prévue à l'article 4 de la présente loi.

Art. 12

Les entreprises peuvent proposer à leurs salariés, après consultation de leurs représentants, des conventions collectives prévoyant des régimes de capitalisation destinés à financer des régimes d'assurance-maladie complémentaires.

Les conditions dans lesquelles ces conventions collectives sont approuvées par l'État font l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Art. 13

Les membres des professions indépendantes et les entrepreneurs ne sont plus assujettis à des cotisations à la Sécurité Sociale pour leur régime d'assurance-maladie. Ils choisissent librement la compagnie d'assurance de leur choix.

Art. 14

Les contributions de l'État, des collectivités locales, ou de tout autre employeur public, au financement du régime d'assurance-maladie de la Sécurité Sociale, sont supprimées. Les sommes correspondantes sont versées directement aux employés qui en ont la libre disposition dans le respect de l'obligation d'assurance prévue à l'article 4 de la présente loi.

TITRE III

Le fonds national de solidarité

Art. 15

Une contribution de solidarité nationale est instituée pour alimenter un fonds national de solidarité. Ce fonds est destiné à couvrir toutes les dépenses maladie des personnes dans l'incapacité de s'assurer auprès d'une compagnie d'assurance agréée, soit en raison d'un handicap lourd, soit en raison de l'insuffisance de leurs ressources, ou encore, qui à la suite d'une diminution brutale de leurs revenus, ne sont provisoirement plus en mesure d'acquitter leurs primes d'assurance.

Art. 16

Les dossiers des personnes susceptibles de bénéficier de ce fonds sont proposés, après enquête, par les centres communaux d'action sociale.

Dans chaque département, une commission présidée par le préfet est chargée d'examiner les demandes des personnes souhaitant bénéficier du fonds national de solidarité. La composition de la commission et la procédure d'instruction des demandes font l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Les personnes dont la situation personnelle justifie leur prise en charge par le fonds national de solidarité reçoivent un livret de soins gratuits. L'État rembourse intégralement les prestations et soins délivrés aux personnes titulaires d'un de ces livrets, selon un barème défini par le ministère des Affaires sociales et actualisé chaque année par arrêté. Les dépenses s'imputent sur le fonds national de solidarité.

Les centres communaux d'action sociale vérifient chaque année que les personnes détentrices d'un livret de soins gratuits remplissent les conditions nécessaires à son obtention.

Art. 17

Le fonds national de solidarité est destiné également à rembourser les soins d'urgence délivrés par les médecins ou les hôpitaux aux personnes n'étant pas en mesure de justifier d'un contrat d'assurance ou de l'obtention d'un livret de soins gratuits.

Art. 18

La contribution nationale de solidarité est assise sur l'ensemble des revenus et son montant est progressif.

Le taux et l'assiette de cet impôt sont fixés chaque année par le Parlement à l'occasion de l'examen du budget social de la nation, annexé à la loi de finances.

Un rapport sur l'utilisation du fonds national de solidarité sera soumis chaque année au Parlement.

TITRE IV

Dispositions transitoires

Art. 19

Toutes les dispositions transitoires nécessaires à la transformation des caisses d'assurance-maladie de la Sécurité Sociale en une compagnie publique d'assurances seront définies par un décret en Conseil d'État. La nouvelle compagnie publique conserve le monopole de la gestion du fonds national de solidarité et des remboursements, tant des prestations médicales délivrées aux titulaires des livrets de soins gratuits, que des soins d'urgence destinés aux personnes mentionnées à l'article 15 de la présente proposition de loi.

Art. 20

Les comptes du régime d'assurance-maladie de la Sécurité Sociale sont apurés avant d'être clos. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de cette disposition.