

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES
de la
SECURITE SOCIALE

PAYS-BAS

TOME II

**Etude effectuée a la demande de la Haute Autorité
de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier**

GENEVE 1959

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES
de la
SECURITE SOCIALE

PAYS-BAS

TOME II

Etude effectuée a la demande de la Haute Autorité
de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier

GENEVE 1959

DOC. No 3567/61 f

ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

T A B L E D E S M A T I E R E S

	<u>Page</u>
Introduction	1
I. DEVELOPPEMENT HISTORIQUE	1
II. L'EXECUTION DE L'ASSURANCE MALADIE SOINS MEDICAUX	10
III. CHAMP D'APPLICATION ET ORGANISATION	15
IV. FINANCEMENT	52

Introduction

Aux Pays-Bas l'assurance maladie (prestations en espèces) et l'assurance maladie soins médicaux (y compris l'assurance maternité) sont séparées. Cette séparation qui d'abord n'existait pas se faisait sentir déjà au 19^{ème} siècle. En créant l'assurance maladie prestations en espèces (Loi assurance maladie de 1913) le législateur était d'avis que l'assurance d'une indemnité qui remplace le salaire en cas de maladie est un droit de personnes salariées et que l'assurance de prestations médicales n'est pas spécifiquement un intérêt ouvrier, mais un intérêt qui regarde le peuple entier, et, de ce fait, est un droit de tout le monde qui en a besoin. On croyait que ce droit diffère au fond tellement de celui à l'assurance d'indemnités en espèces en cas de maladie, qu'on ne pouvait les combiner dans une seule loi.

Quoiqu'on reconnût généralement l'utilité d'une loi séparée de l'assurance soins médicaux, la réalisation a éprouvé de grandes difficultés. Même aujourd'hui on ne dispose pas encore d'un règlement uniforme pour la population entière. Par suite des événements et au contraire de l'intention originale un règlement séparé en ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire soins médicaux en faveur de personnes salariées (et les membres de leur famille) s'est réalisée pourtant (Ziekenfondsenbesluit, Décret portant réglementation des caisses de maladie). Ce décret contient pourtant en même temps des instructions concernant l'assurance volontaire de personnes non-salariées, mais ces instructions sont beaucoup plus restreintes. Ainsi un régime dualiste est né. Plus tard l'assurance obligatoire s'est étendue à quelques autres groupes de la population, mais l'assurance volontaire a gardé une grande importance.

En 1957 on a créé encore une troisième branche d'assurance, savoir une assurance de personnes âgées qui ont des revenus modestes; cette assurance est volontaire mais grâce à une grande subvention annuelle elle est attrayante pour les intéressés.

Dans ce qui suit on ne parle que de l'assurance soins médicaux.

I. DEVELOPPEMENT HISTORIQUE

A. Période avant le 1er novembre 1941

Déjà à la fin du moyen-âge il y avait aux Pays-Bas une sorte de caisses maladie, les dites "caisses des compagnons" organisées par branche de

métier (gilde). Elles avaient pour objet d'assister les affiliés en cas de maladie pour manque de salaire et frais de maladie. Souvent la caisse prêtait, outre une indemnité, aussi l'assistance du médecin de la caisse, parfois aussi des médicaments. Les femmes et les enfants bénéficiaient parfois de l'assurance mais le plus souvent il n'en était pas ainsi. On subvenait aux frais moyennant les contributions des affiliés.

Les règlements des caisses devaient être approuvés souvent par l'autorité municipale. Dans quelques guildes tous les compagnons étaient obligés de payer une contribution; dans ce temps-là il y avait donc déjà une sorte d'assurance obligatoire.

Lorsque par suite des développements révolutionnaires à la fin du 18^{ème} siècle les guildes furent dissoutes, cela entraînait au fond aussi la disparition de leurs caisses. Comme le besoin d'assistance médicale subsistait et augmentait même par suite de l'appauvrissement général qui succéda à la période Napoléonienne aux Pays-Bas, différentes personnes privées créèrent des sociétés d'assurance qui assuraient l'assistance médicale sur base commerciale. D'un tel système les affiliés aussi bien que les médecins étaient les victimes. Aussi il y eut des réactions des deux groupes et dans la deuxième partie du 19^{ème} siècle on créa dans beaucoup de communes des caisses maladie mutuelles gérées par les assurés et des caisses maladie gérées par un ou par plusieurs médecins (souvent en combinaison avec des pharmaciens); ces caisses garantissaient à ceux qui avaient des ressources très modestes l'assistance médicale et des médicaments moyennant une petite cotisation hebdomadaire.

Les employeurs aussi fondèrent des caisses maladie en faveur du personnel de leur propre entreprise. Ensuite il y avait des notables et des institutions ne pas faisant partie des groupes des intéressés directs, qui fondèrent des caisses sous l'impulsion de motifs sociaux.

Par suite des activités susdites il y avait à la fin du 19^{ème} siècle des centaines de caisses maladie très différentes l'une de l'autre. Les prestations, les contributions, les honoraires des collaborateurs (le plus souvent selon un système de rémunération forfaitaire) et le niveau des revenus en vue de l'admission à l'assurance différaient également. Quoique ces caisses aient fait beaucoup de bien, elles avaient nombre de défauts. Dans la plupart des cas les prestations étaient trop restreintes, on n'avait pas suffisamment garanti les

droits des assurés; vu le niveau des honoraires l'assistance des collaborateurs avait souvent un caractère philanthropique.

La notion toujours augmentant de la nécessité d'assistance sociale en faveur du travailleur et la législation qui se développait depuis la fin du 19^{ème} siècle dans ce domaine influençaient aussi l'assurance maladie. De différents côtés (personnes privées, organisation des médecins, syndicats des ouvriers, l'autorité publique) on faisait des recherches et publiait des rapports. Partout le besoin d'un règlement du système des caisses maladie par la loi se faisait sentir. Cependant les opinions sur les principaux principes du règlement à créer différaient beaucoup entre eux.

Comme déjà mentionné dans le rapport concernant l'assurance maladie prestations en espèces les projets de loi de 1904 et de 1906 visaient de servir les prestations en espèces en cas d'incapacité de travail par suite de maladie ainsi que de donner les soins médicaux. Ces projets ne sont cependant pas devenus des lois. D'un projet de loi réglant l'assurance des prestations en espèces et déposé en 1910 aux Etats-Généraux les prestations médicales en tant que droits des bénéficiaires ne faisaient pas partie. On avait ajouté à ce projet un exposé des motifs, lesquels motifs se trouvent mentionnés dans l'introduction ci-dessus. Le projet contenait pourtant entre autres les conditions qu'une caisse maladie devait remplir afin de pouvoir s'occuper de l'assurance soins médicaux, mais il ne réglait pas l'assurance elle-même. Ensuite il s'y trouvait la disposition que l'assuré n'aurait pas droit à une indemnité en cas de maladie, s'il n'était pas affilié à une caisse maladie reconnue, ou s'il ne pouvait montrer qu'il pouvait obtenir de l'assistance médicale. La Loi sur l'assurance maladie (Ziektewet) qui entra enfin en vigueur en 1930 ne contenait que cette dernière disposition, mais on n'a pas appliqué celle-ci avant l'an 1941 (l'introduction du règlement légal des caisses maladie).

Depuis 1910 on a fait beaucoup d'efforts -ainsi de la part du parlement que d'autres côtés- d'effectuer la réglementation de l'assurance de l'assistance médicale. En août 1920 le gouvernement dépose un projet de loi -préparé par une commission- pour régler les soins médicaux par voie d'assurance.

Au sujet de l'assurance des prestations en nature il y avait sur ces entrefaites de graves différends, à propos du pouvoir, entre les caisses maladie

mutuelles et l'organisation des médecins, savoir la Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst (Association néerlandaise des médecins), depuis la fin du 19^{ème} siècle fondatrice et propriétaire des caisses gérées par des sections régionales de l'association (maatschappijfondsen, le plus souvent des combinaisons des anciennes caisses gérées par un médecin). Il s'agissait surtout de trois principes: le pouvoir dirigeant, le libre choix d'un médecin et le niveau maximum de revenus en vue de l'admission à l'assurance. L'association demandait que les médecins forment au moins la moitié du nombre des membres du comité dirigeant, les caisses maladie mutuelles voulaient décider elles-mêmes si les médecins faisaient partie du comité ou non. L'association désirait que le bénéficiaire puisse choisir librement son médecin, les caisses mutuelles voulaient pouvoir engager des médecins salariés. L'association désirait un niveau au maximum des revenus pour protéger la pratique des malades privés qui ne sont donc pas assurés auprès d'une caisse, l'autre partie voulait décider elle-même dans cette question. Enfin l'Association néerlandaise des Syndicats (Nederlands Verbond van Vakverenigingen) réussit à organiser des délibérations dans lesquelles tous les intéressés seraient représentés. On forma une commission se composant de représentants des organisations des collaborateurs (médecins, dentistes, pharmaciens), des syndicats (représentant les assurés) et des organisations des caisses maladie mutuelles. Tous les représentants acceptèrent unanimement le rapport publié par cette commission en 1925. Cependant on ne l'exécuta pas, parce que les conclusions ne furent pas acceptées par les principales organisations elles-mêmes. Le rapport a néanmoins servi de guide dans le développement ultérieur de l'assurance soins médicaux.

Tout cela ne manquait pas d'influencer le projet de loi de 1920 et en septembre 1937 le projet fut retiré après que le gouvernement avait déposé au parlement six fois une note de modification. Pendant les délibérations sur le budget du ministère des affaires sociales au commencement de l'an 1939 un nouveau projet de loi fut annoncé. Lorsqu'en mai 1940 un projet de loi sur les caisses maladie put être soumis aux organisations intéressées, les Pays-Bas furent envahis par les Allemands.

Les autorités de l'occupation sous l'impulsion de leurs propres motifs firent savoir bientôt qu'un règlement légal de l'assurance soins médicaux devait être introduit. Les fonctionnaires néerlandais ont

heureusement réussi à empêcher l'introduction du règlement projeté par les Allemands et qui était très peu néerlandais. Le projet du Décret portant réglementation des caisses de maladie, dont les Allemands exigeaient ensuite l'introduction, reposait sur quelques principes fixés d'avance par quelques fonctionnaires néerlandais. On leur doit que le règlement légal qui fut promulgué par décret du secrétaire général du département des Affaires sociales n'était pas insatisfaisant, malgré les circonstances anormales dont on y trouvait les traces et malgré le fait que le décret fut introduit en toute hâte le 1er novembre 1941.

B. Le développement de l'assurance maladie soins médicaux depuis l'introduction du décret portant réglementation des caisses de maladie en 1941

1. Période du 1er novembre 1941 jusqu'au 1er janvier 1949

En principe le décret susdit a introduit deux éléments nouveaux dans l'ancien système des caisses maladie, savoir l'assurance obligatoire des travailleurs (et les membres de leurs familles) qui sont obligatoirement assurés pour une indemnité en cas de maladie conformément à la Loi sur l'assurance maladie, et deuxièmement le contrôle.

Le contrôle, tâche du gouvernement, fut exécuté par un commissaire chargé du contrôle des caisses maladie et nommé d'abord par le secrétaire général du département des Affaires sociales (pendant l'occupation allemande), plus tard par le ministre des Affaires sociales. Après l'occupation on forma le 24 février 1946 une Commission consultative pour conseiller le gouvernement et le commissaire sur toutes les questions dans le domaine des caisses maladie; la commission se composait de représentants de tous les groupes intéressés à l'assurance maladie soins médicaux, et formait pour ainsi dire le passage à une autre forme de contrôle qui correspondait plus avec les conceptions sur les formes d'organisation qu'on désirait aux Pays-Bas.

Malgré ses fautes le Décret portant réglementation des caisses de maladie a effectué de grandes améliorations:

- a. les soins médicaux servis par les caisses furent définitivement détachés de la philanthropie;
- b. les prestations furent réglées de la même façon pour tous les bénéficiaires de l'assurance obligatoire; en général le niveau des prestations fut augmenté considérablement;
- c. le financement des prestations améliorées fut rendu possible par l'introduction d'un système de contribution selon la capacité financière de l'assuré, tandis que l'employeur doit payer la moitié de la contribution;
- d. en ce qui concerne l'assurance obligatoire le niveau maximum des revenus pour l'admission à l'assurance fut assimilé au niveau des salaires de la Loi sur l'assurance maladie (prestations en espèces), ce qui signifiait pour la plus grande partie du pays une élévation considérable des niveaux en vigueur jusqu'alors.

Depuis le 1er octobre 1944 les chômeurs qui reçoivent une allocation de la part de l'autorité publique bénéficient aussi de l'assurance obligatoire.

Assurance obligatoire veut dire le paiement obligatoire de la cotisation par employés et employeurs 1) et admission obligatoire des bénéficiaires par les caisses maladie. L'assuré n'est pourtant pas obligé de se faire inscrire auprès d'une caisse; seulement s'il ne se fait pas inscrire il n'a ni pour lui-même ni pour les membres de sa famille droit aux prestations. D'une façon indirecte il est question d'une obligation parce que celui qui n'est pas inscrit comme bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins médicaux se passe du droit à l'indemnité en cas de maladie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie. L'article en question de cette loi entrerait en vigueur lors de l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie, comme il est mentionné déjà ci-dessus. L'exécution de l'assurance obligatoire fut la tâche des caisses maladie qui existaient en

1) En faveur des chômeurs l'Etat payait la partie de la cotisation qui est payée en d'autres cas par les employeurs; le reste qui est payé en d'autres cas par le travailleur lui-même, est payé par le chômeur et la commune où il demeure.

1941 pour autant qu'elles fussent admises, à leur demande, par le secrétaire général du département des Affaires sociales (après l'occupation par le ministre); 204 caisses furent admises. Elles eurent le nom de "Algemeen Ziekenfonds" (caisse de maladie générale).

A côté de l'assurance obligatoire les caisses de maladie générales continuaient d'exécuter l'assurance volontaire en faveur de ceux qui n'étaient pas assurés selon la Loi sur l'assurance maladie et dont le revenu ne dépasse pas une certaine limite fixée par la caisse. Ces limites qui restaient au début très différentes l'une de l'autre, furent adoptées en 1947 au niveau maximum des salaires de l'assurance obligatoire. En même temps les prestations de l'assurance volontaire furent assimilées à celles de l'assurance obligatoire. Ceci avait rapport à l'introduction d'une cotisation uniforme pour toutes les caisses maladie en conséquence d'une mesure du gouvernement selon lequel, au débit de l'assurance obligatoire, une subvention fut prêtée à l'assurance volontaire. Celle-ci, à partir du 1er novembre 1941, eut des déficits considérables, dus pour une grande partie à l'introduction de l'assurance obligatoire, parce que le champ d'application de l'assurance volontaire devint beaucoup plus petit, tandis que le risque grandit. C'est que les personnes les plus valides étaient assujetties à l'assurance obligatoire à partir de ce moment, celle-ci adressait en outre à l'assurance volontaire ceux qui à cause de maladie prolongée, d'invalidité ou de vieillesse cessaient d'être salariés.

2. Période après le 1er janvier 1949

Le 1er janvier 1949 la "Wet op de Ziekenfondsraad" (Loi sur le Conseil des caisses maladie) est entrée en vigueur. La fonction de commissaire fut abrogée, le contrôle des caisses maladie fut exécuté à partir de ce moment par un conseil, se composant d'un président, membre, et 35 autres membres, savoir 7 représentants du gouvernement, 7 représentants des employeurs et des travailleurs, 9 représentants des caisses maladie et 12 représentants des collaborateurs (5 médecins, 2 pharmaciens, 2 dentistes, 2 sages-femmes et 1 expert en matière d'hôpitaux).

Outre le contrôle des caisses maladie le conseil doit, de son propre mouvement ou sur demande, informer le ministre des Affaires sociales (et de la santé publique) de tous les sujets qui

regardent l'assurance des prestations en nature. Le conseil peut ensuite faire des règlements en ce qui concerne la gestion financière et administrative des caisses maladie, l'inscription et la radiation des bénéficiaires de l'assurance obligatoire, etc. Le conseil gère ensuite la caisse d'égalisation dans laquelle est versée la recette des cotisations de l'assurance obligatoire (voir chapitre IV), et la caisse centrale destinée à la subvention de l'assurance de personnes âgées, introduite le 1er janvier 1957 (voir chapitre III A 3). Puis le conseil fonctionne comme organisme de liaison pour l'exécution des dispositions de l'assurance maladie (prestations en nature) qui figurent dans des conventions conclues avec d'autres pays sur les assurances sociales et dans le Règlement No 3 de la Communauté économique européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Le 1er janvier 1951 entra en vigueur une loi du 21 décembre 1950 qui rendit possible de faire bénéficier de l'assurance obligatoire quelques groupes de personnes qui, à ce moment, n'étaient pas encore soumis à l'assurance. Les groupes les plus importants englobent ceux qui reçoivent une rente en vigueur des lois sur l'invalidité et sur les accidents de travail et ceux qui bénéficient d'une allocation selon la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse. Cette loi (abrogée le 1er janvier 1957) prêtait des allocations aux personnes âgées qui n'avaient pas de revenus ou qui avaient des revenus modestes. Le gouvernement était d'avis que de pareilles personnes en vertu de leur position sociale devaient avoir les mêmes droits, en ce qui concerne l'assistance médicale, que les bénéficiaires de l'assurance obligatoire. Grâce à la loi de 1950 les marins aussi pouvaient bénéficier de l'assurance obligatoire; ce dernier groupe de personnes n'est pas soumis à la Loi sur l'assurance maladie; mais le code de commerce leur donne, envers les armateurs, droit au paiement entier ou partiel de leur gage en cas de maladie et, lorsqu'ils sont à l'étranger, aussi à l'assistance médicale. Les membres de leurs familles qui demeurent aux Pays-Bas, ainsi que les marins eux-mêmes pendant un séjour aux Pays-Bas, profitent de cette assurance.

Le 1er janvier 1953 on a soumis à l'assurance obligatoire, par décret royal en vertu de la loi

susdite du 21 décembre 1950, le personnel permanent et le personnel en retraite des chemins de fer néerlandais. Le personnel permanent n'est pas et n'a pas été assuré en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, parce qu'il y a pour eux un règlement spécial qui prête une indemnité en cas de maladie. Les cheminots avaient leur propre caisse maladie qui servait les soins médicaux non seulement au personnel, mais encore aux employés en retraite et à leurs membres de famille. Lorsque cette caisse eut des difficultés financières insurmontables le gouvernement et les chemins de fer se sont décidés à la mesure mentionnée ci-dessus, de sorte qu'on a dû terminer ses activités.

Le 1er janvier 1957 on a modifié d'une façon considérable la loi du 21 décembre 1950. Ce jour-là on a abrogé la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse en rapport avec l'introduction de la Loi générale en faveur de personnes âgées, laquelle loi accorde à toutes les personnes de 65 ans ou davantage une pension de vieillesse. Cela ôta la base à l'assurance obligatoire de ceux qui recevaient jusqu'alors une allocation en vertu de la Loi provisoire susdite. Afin d'y pourvoir on a introduit le 1er janvier 1957 une assurance spéciale de prestations en nature en faveur de personnes de 65 ans et davantage (avec les membres de leur familles) dont le revenu ne dépasse pas un certain montant. Cette assurance dite l'assurance de personnes âgées est exécutée par les caisses maladie générales, mais elle ne fait pas partie des assurances obligatoire et volontaire. Les caisses sont obligées d'inscrire, sans aucune restriction, les personnes âgées comme bénéficiaires, si celles-ci demandent ainsi. Les personnes âgées ne sont pourtant pas obligées de se faire inscrire. Les frais de cette assurance sont payés, pour la moitié ou pour un quart -cela dépend du revenu- par les personnes âgées elles-mêmes, le reste est payé, moitié par le gouvernement, moitié par la caisse centrale de l'assurance obligatoire. La loi qui a introduit l'assurance de personnes âgées a mis fin également à l'assurance obligatoire de rentiers et d'autres personnes qui ne sont pas salariées et qui ont 65 ans ou davantage.

Grâce au fait que le montant de la cotisation est relativement très bas, la grande majorité des personnes qui pouvaient se faire inscrire dans l'assurance de personnes âgées voulaient en

bénéficiaire, de sorte qu'on peut dire que pratiquement il importe peu que cette assurance soit volontaire et pas obligatoire.

II. L'EXECUTION DE L'ASSURANCE MALADIE SOINS MEDICAUX

A. Régime général

Depuis l'introduction du règlement légal le 1er novembre 1941, l'assurance soins médicaux est exécutée par des caisses qui existaient déjà pour la plus grande partie avant cette date. A cet effet elles ont besoin de l'autorisation du ministre des Affaires sociales et de la santé publique (pendant l'occupation allemande le secrétaire général du département des Affaires sociales). Si ces caisses veulent exécuter, outre l'assurance volontaire, l'assurance obligatoire, elles ont besoin également de la permission de l'autorité susmentionnée. Elles portent le nom de "Algemeen Ziekenfonds" (caisse maladie générale). Les caisses maladie sont des organismes de droit civil. Elles peuvent volontairement fusionner après avoir obtenu la permission du Conseil des caisses maladie (avant 1949: le commissaire chargé du contrôle des caisses maladie). Le ministre peut aussi obliger les caisses de fusionner et il peut les dissoudre, si elles faillent gravement à leur tâche.

Le nombre des caisses maladie générales qui était lors de l'introduction du Décret portant réglementation, le 1er novembre 1941, de 204, est maintenant de 118, surtout par suite de fusion ou de liquidation volontaires. Quoique les caisses maladie non seulement quant à l'exécution de l'assurance légale, mais encore en ce qui concerne l'assurance volontaire aient une grande uniformité, elles portent, surtout quant à la façon dont elles sont gérées, les signes caractéristiques de leur origine datant de la période avant 1941.

58 caisses maladie générales peuvent être considérées comme d'anciennes caisses gérées par des médecins, instituées par des médecins de famille, parfois en combinaison avec les pharmaciens. Jusqu'à 1952 elles appartenaient presque toutes à l'Association néerlandaise des médecins. Depuis elles ont obtenu peu à peu leur indépendance. Aujourd'hui elles sont gérées à base de parité par les représentants des assurés et par des personnes élues par et entre

les collaborateurs (médecins, dentistes, pharmaciens). 49 de ces caisses sont affiliées à la Fédération des caisses maladie gérées par assurés et collaborateurs (Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen) laquelle fédération englobe presque 45 pour cent du nombre total des bénéficiaires de l'assurance maladie aux Pays-Bas. 6 autres caisses se sont organisées dans la Fondation des caisses de maladie autonomes (Stichting Autonome Ziekenfondsen); elles ont plus de 7 pour cent du nombre total des bénéficiaires. Deux caisses maladie gérées autrefois par des médecins se sont réunies avec une caisse qui depuis peu de temps est également gérée par les représentants des collaborateurs et des assurés et avec une caisse gérée par les notables qui n'appartiennent pas au groupe des intéressés, dans l'Organisation des caisses maladie générales aux Pays-Bas (Organisatie van Algemene Ziekenfondsen in Nederland). Ces quatre grandes caisses urbaines contiennent plus de 14 pour cent du nombre total des bénéficiaires. Une seule caisse gérée autrefois par des médecins (aujourd'hui aussi gérée à base paritaire) n'est pas affiliée à une organisation.

Puis il y a 34 caisses maladie générales mutuelles, instituées jadis par les assurés eux-mêmes, parfois en collaboration avec des syndicats professionnels et/ou des coopérations. Quoique, aussi dans le groupe de ces caisses, on reconnaisse en général qu'il est souhaitable que les collaborateurs prennent part à la direction, on est d'avis qu'une majorité plus ou moins grande d'assurés dans les directions est nécessaire pour le moment. 28 de ces caisses sont affiliées à la Fédération centrale des caisses maladie mutuelles (centrale bond van onderling beheerde ziekenfondsen) qui englobe presque 22 pour cent des bénéficiaires. Cinq caisses mutuelles se sont organisées en vertu de leurs principes romains-catholiques dans la Fédération des caisses maladie romains-catholiques aux Pays-Bas (Bond van rooms-katholieke ziekenfondsen in Nederland). Ce groupe est lié étroitement au Mouvement ouvrier catholique (Katholieke Arbeidersbeweging); il englobe environ 10 pour cent des bénéficiaires. Une petite caisse mutuelle n'est pas affiliée à une organisation.

Sauf les deux sortes de caisses maladie mentionnées ci-dessus il y a encore les caisses maladie des entreprises, datant d'avant 1941, et instituées par un ou plusieurs employeurs en faveur des membres du personnel de leur(s) entreprise(s). Leur nombre est aujourd'hui de 21, ayant 3 pour cent du nombre

total des bénéficiaires. Elles sont réunies dans le Contact entre les caisses des entreprises (Overleg van ondernemingsziekenfondsen) et elles sont gérées par des personnes nommées par les employeurs en question et par les employés. Elles empruntent les motifs de leur existence surtout au fait que leur activité est incorporée au total des mesures prises dans les entreprises en faveur du personnel, dans le domaine social et médical.

Un nombre de caisses de maladie, les soi-disant "Directiefondsen" (caisses gérées par des directions) datant également d'avant 1941 était basé surtout sur des principes économiques. Il y en avait quelques-unes qui appartenaient à des personnes privées. Quant à l'assurance obligatoire leurs propriétaires ne réalisaient aucun bénéfice après 1941, quant à l'assurance volontaire ils ne réalisaient presque pas de bénéfices. A présent presque toutes ces caisses ont disparu. Pour une grande partie elles avaient été instituées par des sociétés d'assurance sur la vie qui s'occupent des modestes versements de capital en cas de décès. Outre de réaliser des bénéfices ces sociétés visaient d'une part d'influencer dans un sens favorable la mortalité de leurs assurés par l'organisation d'une assurance bon marché d'assistance médicale, d'autre part elles espéraient trouver dans le groupe toujours augmentant des assurés une possibilité d'acquisition en faveur de leur entreprise.

Quelques caisses instituées longtemps avant 1941 comme des institutions d'utilité publique, sont gérées par des personnes, qui n'appartiennent pas au groupe des intéressés.

La tendance historique se manifeste aussi dans le développement des régions où les caisses diverses étaient actives. C'est que jusqu'au 1er novembre 1941 les caisses ont pu se développer en toute liberté. Or, les caisses de l'Association des médecins avaient leurs activités dans presque toutes les communes. Les caisses mutuelles et les autres caisses ne travaillaient que dans certaines communes et le plus souvent dans les villes; toutes sortes de circonstances souvent fortuites et toutes sortes d'influences personnelles ont joué un rôle dans ce développement. A l'introduction du Décret portant réglementation des caisses maladie la plupart des caisses ont été reconnues et admises provisoirement en tant que caisses maladie générales, même si elles ne suffisaient qu'à des conditions modestes. Comme région d'activité on leur attribua les communes où elles avaient des bénéficiaires avant le 15 octobre 1941.

La conséquence en était que dans beaucoup de communes on eut plus d'une caisse. La concentration qui s'est effectuée peu à peu depuis 1941 n'y a rien changé en principe, quoique les rapports soient bien simplifiés à cet égard.

Les assurés sont libres dans le choix de leur caisse maladie, excepté si leur employeur exploite, éventuellement avec d'autres employeurs, une caisse d'entreprise. Les marins et les bateliers ne peuvent s'affilier qu'à des caisses spéciales.

B. Régimes spéciaux

En faveur des employés des mines (du fond et du jour) et des industries annexes il y a depuis longtemps une réglementation spéciale de droit public. Cette réglementation règle l'assistance médicale (et les indemnités en cas d'incapacité de travail) de l'employé et ses membres de famille; elle ne diffère pas beaucoup, quant à la cotisation, les droits et l'organisation, du régime général. Il n'y a pourtant pas de limite de salaire. La réglementation est exécutée par la caisse générale en faveur des mineurs des mines à Limbourg (Algemeen Mijnwerkersfonds van de Steenkolenmijnen in Limburg), qui siège à Heerlen.

Depuis 1942 il y a pour le personnel de la police (nationale et communale) un règlement spécial arrêté par le gouvernement et qui a le caractère d'une assurance contre le coût de maladie. En faveur de beaucoup de fonctionnaires (en service de provinces et de communes) on a fait de la part de ces provinces et de ces communes des règlements qui ressemblent à celui du personnel de la police. Le personnel de l'Etat n'appartenant pas à la police ne bénéficie pas encore ni du régime général ni d'un règlement spécial. Ce personnel reçoit un montant en argent qui couvre à peu près la moitié des frais de cotisation de l'assurance volontaire auprès les caisses maladie ou d'une autre assurance raisonnable contre la maladie. De ce règlement bénéficie aussi le groupe du personnel en service des provinces et des communes en faveur duquel il n'y a pas de règlement provincial ou communal. Le personnel permanent d'autres organismes de l'autorité publique bénéficie également de ce règlement. Les règlements susmentionnés n'ont pas de limite de salaire.

Jusqu'à 1953 il y avait aussi un règlement spécial en faveur du personnel permanent des chemins de fer néerlandais (voir I B 2).

En ce qui concerne les marins -pour autant qu'on puisse parler dans ce cas d'un régime spécial- l'employeur rembourse, en vertu des dispositions du code de commerce, les frais de leur assistance médicale hors des Pays-Bas.

Le Conseil des caisses maladie ne contrôle pas les régimes spéciaux.

C. Indépendance administrative et financière; contrôle de l'Etat; centralisation-décentralisation

Comme déjà mentionné au chapitre II A 1, l'assurance maladie prestations en nature est exécutée aux Pays-Bas par des organismes indépendants du droit civil. Sous certains rapports on les a pourtant restreints dans leur liberté. Si les caisses manquent à leur tâche d'une façon grave le ministre peut les dissoudre. Ensuite elles ne peuvent fusionner qu'après avoir obtenu la permission de l'organisme de contrôle (autrefois le commissaire chargé du contrôle des caisses maladie, à présent le Conseil des caisses maladie).

Pour l'exécution de l'assurance volontaire les caisses jouissent d'une certaine liberté, entre autres quant aux prestations qu'elles garantissent et quant à leur administration et leurs finances tout en étant soumises à la supervision de l'organisme de contrôle. Cette supervision concerne, outre le contrôle de la gestion financière, surtout l'approbation des statuts et des règlements des caisses, ainsi que des règlements en ce qui concerne les droits et les obligations des bénéficiaires, des cotisations et des accords passés avec les collaborateurs (médecins de famille, médecins spécialistes, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, hôpitaux) pour la prestation des différentes sortes d'assistance. Les caisses ne peuvent pas refuser d'accepter dans l'assurance volontaire les personnes -demeurant dans leur région d'activité- dont le revenu ne dépasse pas une certaine limite fixée dans les statuts ou les règlements et qui remplissent les conditions quant à l'âge et la santé déterminées également dans les statuts ou les règlements. Le ministre (autrefois le commissaire) peut donner des instructions en ce qui concerne la limite des revenus.

Le gouvernement ou l'organisme de contrôle peut donner également des instructions en ce qui concerne le nombre des bénéficiaires qui peuvent être inscrits au maximum au nom du médecin de famille, du dentiste et du pharmacien, en ce qui concerne la tâche du

personnel de contrôle médical des caisses maladie, les droits et les obligations des bénéficiaires et l'utilisation des moyens financiers et la gestion administrative et financière des caisses.

Ce qui précède vaut -d'une façon analogue- pour l'assurance obligatoire et pour l'assurance des personnes âgées. L'indépendance des caisses à l'égard de ces assurances est pourtant beaucoup plus petite qu'à l'égard de l'assurance volontaire. Le champ d'application (assurés et ayants-droits) ainsi que les prestations ont été réglés d'une façon centrale (par la loi, par décret royal ou ministériel ou par décision de l'organisme de contrôle). Le ministre des Affaires sociales et de la santé publique détermine les cotisations qui sont pareilles pour le pays entier et qui sont d'une part versées dans et d'autre part réglées avec deux caisses centrales de compensation gérées par le Conseil des caisses maladie (autrefois le commissaire) savoir la caisse de compensation pour l'assurance obligatoire et la caisse centrale pour l'assurance de personnes âgées. L'organisme de contrôle fournit les moyens nécessaires pour l'exécution des deux assurances pour autant que les caisses en aient besoin. Cela exige, comme il va de soi, un contrôle exact des dépenses des caisses maladie. L'organisme de contrôle et le ministre sont revêtus à cet égard de plusieurs compétences.

III. CHAMP D'APPLICATION ET ORGANISATION

A. Admission à l'assurance maladie soins médicaux

1. Assurance obligatoire

A l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie en 1941 l'assurance maladie obligatoire (prestations en nature) a commencé comme une assurance pour les travailleurs (et les membres de leurs familles) dont le salaire ne dépasse pas une certaine limite. Pouvaient bénéficier de cette assurance les personnes assurées en vertu de la Loi assurance maladie (indemnité en cas de maladie). Les groupes les plus importants des travailleurs qui ne sont pas soumis à la Loi assurance maladie sont le personnel en service de l'autorité publique, les mineurs, le personnel des chemins de fer et les

marins. En faveur de ces groupes il y a des règlements spéciaux selon lesquels on continue de payer le salaire ou bien on prête une indemnité qui remplace le salaire.

Peu à peu l'assurance obligatoire s'est étendue, d'abord parce qu'on a fait bénéficier de cette assurance quelques groupes de travailleurs qui n'étaient pas soumis à la Loi assurance maladie. Puis on a essayé de faire ressortir à l'assurance obligatoire autant de groupes que possible qui reçoivent, en vertu de la législation de la sécurité sociale et de pareils règlements, des allocations ou indemnités en espèces, autres que celles dont on bénéficie en cas de maladie.

La tendance à l'extension de l'assurance obligatoire soins médicaux hors du groupe des véritables travailleurs a pris fin plus tard. En 1957, lorsque l'assurance de personnes âgées entra en vigueur, -une assurance volontaire, spéciale, et fortement subventionnée en faveur de personnes de 65 ans et davantage- on a abrogé pour les personnes de ce groupement d'âge l'assurance obligatoire.

Ainsi on voit en ce qui concerne le groupe des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins médicaux le développement suivant.

Bénéficient de cette assurance:

- a. comme travailleurs depuis
 - 1941 - les personnes assurées en vertu de la Loi assurance maladie (prestations en espèces);
 - 1943 - les personnes occupées au service temporaire de l'autorité publique en vertu d'un contrat de travail selon le droit civil; les fonctionnaires au service permanent de l'autorité publique ne peuvent pas bénéficier;
 - 1944 - les personnes qui travaillent comme des salariés, dans un établissement, ou au service d'une association ou une fondation et qui ne sont pas assurées selon la Loi assurance maladie;
 - 1951 - pour autant qu'ils demeurent aux Pays-Bas: les marins, au service d'une entreprise établie aux Pays-Bas;

- 1953 - le personnel au service permanent des chemins de fer néerlandais et de quelques tramways; le personnel temporaire est assuré selon la Loi assurance maladie et est de ce chef assuré obligatoirement selon le Décret portant réglementation des caisses de maladie.
- b. comme titulaires - pour autant qu'ils demeurent aux Pays-Bas- d'allocations en vertu de la législation sur la sécurité sociale, autres que l'indemnité en cas de maladie ou d'autres versements remplaçant le salaire en cas de maladie, depuis
- 1944 - les chômeurs qui reçoivent une allocation de la part de l'autorité publique ou un traitement de disponibilité de la part de leur ancien employeur (excepté les fonctionnaires en demi-solde); ceux qui en vertu de la Loi de chômage reçoivent un traitement de disponibilité ou une allocation sont soumis, depuis l'introduction de la loi susdite le 1er juillet 1952, à la loi assurance maladie et sont de ce chef assurés obligatoirement en vertu du Décret portant réglementation des caisses de maladie;
- 1951 - ceux qui reçoivent une allocation en vertu de la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse;
- les titulaires d'une rente en vertu de la Loi sur l'invalidité de fl 125,-- au moins par année;
 - les titulaires d'une rente de l'assurance contre les accidents de travail, calculée d'après une incapacité de travail de 50 pour cent au minimum, et les titulaires d'une rente pour veuves ou orphelins en vertu d'une des lois d'accidents de travail;
- 1953 - le personnel en retraite des chemins de fer et les veuves et les orphelins de travailleurs des chemins de fer;
- c. pour d'autres raisons:
- 1951 - ceux qui sont appelés sous les drapeaux et le personnel de réserve, qui sont soutiens de famille selon le règlement de l'assurance obligatoire et qui sont

en service actif pour une période de plus de 45 jours (depuis 1952: 100 jours);

- l'ancien personnel de réserve des forces de terre, de mer et de l'air bénéficiant d'une pension d'invalidité;
- 1954 - ceux qui bénéficiaient d'une pension d'invalidité, grâce à leur service dans la réserve nationale ou la réserve de la gendarmerie;
- 1957 - les victimes de la mobilisation;
- les personnes qui à cause d'objection de conscience travaillent dans une branche civile du service gouvernemental.

L'assurance maladie obligatoire a pris fin à partir de

- 1957 - pour les personnes mentionnées ci-dessus sous b et c lorsqu'elles ont 65 ans ou davantage.

Pour l'assurance obligatoire des travailleurs il y a une certaine limite de salaire. Pour ceux à qui s'applique la Loi assurance maladie et pour les autres groupes de travailleurs cette limite est celle prévue par cette loi. Le montant de la limite de salaire vaut également comme le montant que l'indemnité, l'allocation ou la rente des personnes qui ne sont pas travailleurs ne peut dépasser afin que celles-ci soient soumises à l'assurance obligatoire.

Lorsque le Décret portant réglementation des caisses de maladie entra en vigueur en 1941 le montant de la limite du salaire selon la Loi assurance maladie fut de fl 3000,-- par an. Cette limite s'est élevée depuis par suite de l'élévation du niveau de salaire. A présent elle est de fl 6.900,--.

Une maladie dont un candidat souffre déjà ne peut être un motif pour le refuser comme bénéficiaire de l'assurance obligatoire.

2. Les ayants-droits

Les membres de la famille de l'assuré dont celui-ci est le soutien selon les dispositions du code civil, peuvent bénéficier gratuitement de l'assurance obligatoire, pourvu que l'assuré les soutienne en effet et qu'ils demeurent sous le même toit avec lui. Il s'agit de l'épouse

(époux) et des enfants ainsi que des petits-enfants, des parents, des beaux-parents et des grands-parents, si ces personnes sont nécessiteuses. Les enfants adoptifs et les enfants d'un autre lit sont considérés comme des enfants. Les enfants peuvent bénéficier de l'assurance comme ayants-droits jusqu'à l'âge de 16 ans, s'ils sont invalides ou qu'ils étudient jusqu'à l'âge de 21 ans (à partir de 1951); en 1954 on a fixé cette limite d'âge à 27 ans pour les enfants étudiants, en 1956 également à 27 ans pour les enfants invalides.

3. Assurance maladie de personnes âgées

Toutes les personnes ayant domicile aux Pays-Bas (aussi les étrangers) de 65 ans et davantage peuvent se faire inscrire à l'assurance maladie (prestations en nature) de personnes âgées, pourvu que leur revenu ne dépasse pas une certaine limite fixée par la loi. On a choisi comme limite le montant du revenu par an qu'on pouvait avoir au maximum si on voulait prétendre à un versement en vertu de la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse (abrogée le 1er janvier 1957) augmenté du montant de l'allocation pour des personnes mariées, montant fixé dans la Loi générale de vieillesse, introduite le même jour. Ainsi la limite des revenus pour l'assurance maladie de personnes âgées était d'abord de fl 3.410,--. Pareillement à l'augmentation de l'allocation selon la Loi générale de vieillesse la limite des revenus de l'assurance maladie de personnes âgées s'est élevée peu à peu. Le 1er janvier 1959 elle était de fl 3.590,--. Pour l'application de la limite des revenus on tient compte du revenu brut au total des époux. Pour chaque enfant qui est ayant-droit on fait une réduction de fl 175,-- par an. Le groupe des ayants-droits ne diffère pas de celui de l'assurance obligatoire.

4. Assurance volontaire

Pour l'admission à l'assurance maladie volontaire il existe une limite de revenu qui était d'abord très différente pour les diverses caisses. Elle était pour les personnes mariées de fl 1.200,-- jusqu'à fl 3.000,-- par an. Une seule caisse maladie ayant son propre cadre médical et sa propre pharmacie n'avait aucune limite. Depuis 1941 ces différences ont diminué peu à peu. En 1946 toutes

les caisses ont fixé la limite au montant de fl 3.000,--. A présent elle est de fl 6.900,--. Depuis 1950 la plupart des caisses tiennent compte, pour l'application de la limite, du revenu imposable, diminué de fl 150,-- (depuis 1957 diminué de fl 175,--) par an pour chaque enfant au dessous de 16 ans et pour chaque enfant invalide ou étudiant de 16 à 26 ans y compris, dont l'assuré est le soutien. Pour chaque bénéficiaire doit être payée une cotisation - le plus souvent par semaine -, les enfants au-dessous de 16 ans bénéficient dans toutes les caisses maladie (à l'exception d'une seule caisse) gratuitement. Avant 1941 la plupart des caisses demandaient pour les enfants une cotisation réduite. Pour pouvoir se faire inscrire dans l'assurance volontaire il faut remplir certaines conditions, nommées dans les règlements, quant à la santé et l'âge.

5. Assurance supplémentaire

L'assurance supplémentaire accepte dès son début tous les assurés et les ayants-droits des assurances obligatoire, volontaire et de personnes âgées, pourvu que ceux-ci remplissent certaines conditions quant à la santé, précisées dans les règlements des différentes caisses maladie.

B. Les prestations

1. L'assurance en général

a. Période avant le 1er novembre 1941

Avant que, en 1941, l'assurance obligatoire soins médicaux fût introduite en faveur de travailleurs assujettis à la Loi sur l'assurance maladie (prestations en espèces), les prestations de l'assurance volontaire -en 1940 presque la moitié de la population aux Pays-Bas était assurée auprès les caisses maladie- différaient beaucoup entre elles dans les différentes caisses; souvent elles étaient en outre insuffisantes, aussi selon les normes de ce temps-là.

Sous un seul rapport pendant la situation

dans le pays entier était la même et était satisfaisante: les différents collaborateurs furent honorés le plus souvent directement par les caisses - sans aucune intervention financière de la part de l'assuré. Parfois les bénéficiaires devaient pour quelques prestations, en particulier pour l'assistance dentaire, des paiements supplémentaires. Le paiement des honoraires avait lieu en vertu des contrats conclus entre les caisses et les collaborateurs individuels parfois à l'aide de modèles convenus entre les caisses et l'Association néerlandaise des médecins ou des sections régionales ou locales de cette association ou à l'aide de contrats collectifs.

En général les prestations consistaient en:

- assistance du médecin de famille;
- assistance obstétricale d'une sage-femme ou du médecin de famille, ou un montant d'argent lors de la naissance d'un enfant;
- médicaments et objets de pansement;
- souvent l'assistance plus ou moins restreinte de médecins spécialistes
- assistance dentaire, également restreinte et différemment réglée, dans quelques caisses siégeant dans les villes.

L'hospitalisation dans un hôpital ou un sanatorium pour tuberculeux ne fut pas prêtée surtout à la campagne il y avait des associations mutuelles d'assistance en cas d'hospitalisation, les plus souvent locales qui pourtant ne remboursaient que des montants très limités par jour et encore pour un nombre de jours très restreint.

b. Période après le 1er novembre 1941

Dans le Décret portant réglementation des caisses de maladie on a choisi comme objet de l'assurance maladie: l'assistance médicale et une allocation en cas de décès.

Le montant de cette allocation était de fl 50,-- pour assurés et ayants-droits, pour les enfants au-dessous de deux ans elle était de fl 30,--. En 1952 elle fut supprimée. En rapport avec le fait que le nombre des polices pour un remboursement des frais d'enterrement et pour une petite assurance sur la vie (jusqu'à

f1 2.000,--) est très grand aux Pays-Bas, considérablement plus grand que le total de la population; on n'avait plus besoin d'une allocation au décès dans le cadre de l'assurance maladie; d'autant moins que l'allocation n'était que petite, que l'assurance de l'allocation ne portait pas de fruits -le plus souvent les assurés avaient quitté déjà l'assurance obligatoire avant leur mort; aussi le nombre des allocations a été relativement très petit- et qu'elle faisait croire à l'assuré que les frais de son enterrement serait suffisamment remboursés ce qui empêchait les gens de conclure eux-mêmes les soi-disant petites assurances sur la vie, qui répondaient beaucoup mieux au but grâce au fait que les montants assurés étaient plus hauts.

L'assistance médicale devait consister selon le Décret portant réglementation des caisses de maladie en:

1. assistance médicale y compris l'assistance de médecins spécialistes et assistance dentaire, assistance obstétricale en cas d'accouchement de la part d'un médecin ou d'une sage-femme, ainsi que hospitalisation dans un hôpital ou dans un sanatorium;
2. octroi de médicaments, d'objets de pansement et de moyens auxiliaires pour prévenir des maladies ou des infirmités et pour rendre la capacité de travail.

Dans un décret d'exécution on détermine l'étendue des prestations ainsi:

1. assistance complète d'un médecin de famille chez le malade ou chez le médecin, y compris l'assistance obstétricale, pour autant qu'on ne puisse recourir à une sage-femme, ou si la sage-femme demande l'assistance du médecin;
2. assistance complète -sur la demande du médecin de famille- de médecins spécialistes chez le malade ou chez le spécialiste, à prêter par de médecins spécialistes reconnus; s'il s'agit de médecins spécialistes qui ne sont pas liés à la caisse une autorisation de la direction de la caisse ou du médecin contrôleur est requise;
3. assistance dentaire sur des principes dits systématiques-rationnels, selon les règles

- suiuants (voir aussi sous 2 de ce chapitre):
- a. consultation, extraction, traitement de lésions, incision et enlèvement du tartre, sans payement supplémentaire du bénéficiaire;
 - b. assistance conservatrice et prothétique et radiographie moyennant des payements supplémentaires;
 4. assistance obstétricale d'une sage-femme, si celle-ci est disponible;
 5. hospitalisation (y compris traitement complet) dans un hôpital pour une période de 42 jours au maximum par cas, mais seulement à indice médical et sous le contrôle de la part de la direction de la caisse-maladie ou du médecin contrôleur;
 6. remboursement entier ou partiel des frais de l'hospitalisation dans un sanatorium pour des tuberculeux, pendant une période restreinte et moyennant un montant par jour également restreint, pourvu qu'un médecin d'un bureau régional de consultations pour la lutte contre la tuberculose ait conseillé l'hospitalisation et que l'hospitalisation ait lieu après le consentement d'un médecin contrôleur; montant et période furent déterminés d'abord respectivement à fl 1,50 et 1 an;
 7. tous les médicaments et les objets de pansement, sous cette réserve qu'il faut prescrire au lieu de médicaments industriels, des médicaments préparés dans la pharmacie, si ceux-ci sont équivalents; on peut donner d'autres restrictions à fixer plus tard;
 8. traitements extérieurs comme différentes thérapeutiques radiantes, des bains médicaux, massage et gymnastique d'orthopédie;
 9. certains appareils d'orthopédie et moyens auxiliaires après l'autorisation de la direction de la caisse maladie ou du médecin contrôleur et jusqu'à des montants au maximum à fixer par l'organisme de contrôle;

Bientôt on ajouta à ces prestations une indemnité pour transport de malades, augmenté en 1950 d'un remboursement partiel des frais de voyage fait pour obtenir de l'assistance médicale.

Ainsi qu' avant 1941, l'assistance prêtée aux bénéficiaires est honorée, depuis l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie, directement par les caisses sans l'intervention de l'assuré.

Sans compter l'extension régulière de la valeur des prestations à cause du développement ininterrompu des possibilités diagnostiques et thérapeutiques (médicamenteuses etc.) une extension donc dans le cadre des prestations nommées ci-dessus, quelques prestations se sont accrues au cours des années tandis qu'on a ajouté d'autres. Mais on a introduit aussi quelques restrictions.

D'abord quelques observations en ce qui concerne les restrictions. Les efforts faits en 1951 et 1952 pour freiner quelque peu l'augmentation des frais de l'assurance ont entraîné quelques mesures qui d'une part diminuaient l'étendue de quelques prestations et atteignaient donc directement aux droits de l'assuré et qui d'autre part avaient pour but de stimuler les collaborateurs, en particulier les médecins, à une économie plus grande dans leurs traitements sans pourtant porter atteinte aux soins auxquels les bénéficiaires ont droit. On stimulait aussi l'amélioration de l'organisation du contrôle médical dans les caisses maladie.

Les restrictions des prestations étaient la suppression de l'allocation au décès qui d'ailleurs n'avait eu que peu d'importance (voir ci-dessus) et de quelques moyens auxiliaires et appareils d'orthopédie d'une valeur pas trop grande, pour lesquels les paiements supplémentaires dus par les bénéficiaires étaient assez élevés en comparaison avec la valeur financière de la prestation elle-même (lunettes, verres -plus tard de nouveau introduits- et montures, sauf pour les enfants; bas à varices; bandages herniaires; cambrures) et augmentation des paiements supplémentaires pour quelques parties de l'assistance dentaire et pour transport de malades.

En même temps on a augmenté quelque peu les montants que les caisses remboursaient pour des moyens plus importants (comme membres artificiels); les montants étaient restés en arrière en comparaison avec les prix demandés par les fournisseurs.

Une des mesures en ce qui concerne l'économie de la part des médecins était l'introduction d'un contrôle plus grand sur le nombre des renvois des médecins de famille aux médecins spécialistes.

La politique en ce qui concerne la pres-

cription de médicaments et d'objets de pansement a été de plus d'importance (voir ce chapitre sous 3 ci-dessous).

L'extension des prestations a eu lieu entre autres pour l'hospitalisation dans un hôpital ou un sanatorium (voir sous 4) et pour appareils d'orthopédie et moyens auxiliaires (extension des sortes et élévation des montants des remboursements par la caisse en 1958) tandis qu'on a reporté en 1957 la prestation d'une allocation de naissance de l'assurance maladie prestations en espèces à l'assurance prestations en nature (voir sous 5).

La question si l'ensemble des prestations a encore besoin d'être changé ou étendu est depuis longtemps l'objet de recherches. On s'intéresse surtout à l'hospitalisation prolongée dans les institutions qui ne sont pas des hôpitaux proprement dits.

c. Les bénéficiaires

Tous les bénéficiaires, les assurés ainsi que les ayants-droits, ont les mêmes droits aux prestations en nature. On ne fait aucune différence entre les deux groupes. Il en est de même de toutes les assurances: de l'assurance obligatoire, l'assurance volontaire, l'assurance de personnes âgées, ainsi que de l'assurance supplémentaire.

d. Inscription

Si l'assuré veut faire valoir des droits aux prestations il doit se faire inscrire dans une caisse maladie générale en faisant mention des membres de sa famille qui peuvent entrer en ligne de compte de bénéficiaire de son assurance. Si on ne se fait pas inscrire on ne peut prétendre aux prestations, tandis que le travailleur salarié qui n'est pas inscrit perd également le droit à l'indemnité en cas de maladie selon la Loi assurance maladie.

Une caisse maladie générale ne peut refuser d'inscrire celui qui est obligatoirement assuré, sauf dans le cas où il y a pour un certain assuré une caisse spéciale (caisse

d'entreprise, caisse maladie générale pour les marins, la caisse pour le personnel de la navigation fluviale).

Pour l'assurance volontaire et pour l'assurance de personnes âgées on ne peut refuser pas non plus les personnes qui remplissent les conditions 1).

e. Ouverture et fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations existe depuis le premier jour de la maladie. Les prestations sont servies sans compter la durée de la maladie ou jusqu'à la fin de l'assurance, si celle-ci expire avant la guérison 1).

Il y a deux exceptions à cette règle.

1. hospitalisation dans un hôpital n'est remboursée que pendant 42 jours au maximum par cas (depuis 1955 pendant 70 jours).
Après l'expiration de cette période on prête aussi des médicaments et des objets de pansement (depuis 1952) et, excepté en cas de maladies mentales, l'assistance des médecins spécialistes (depuis 1955), pourvu qu'il y ait encore indication médicale pour l'hospitalisation;
2. séjour et traitement dans un hôpital une fois commencés s'achèvent, sans tenir compte de la fin de l'assurance, jusqu'à ce que la période au maximum soit expirée.

f. Période d'attente

Il n'y a pas de période d'attente pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire et de l'assurance de personnes âgées, excepté lorsqu'ils

1) A l'expiration de l'assurance obligatoire l'intéressé peut se faire inscrire immédiatement et sans restriction dans l'assurance volontaire, le cas échéant dans l'assurance de personnes âgées, dont il peut bénéficier dès le moment de l'inscription.

demandent des prothèses dentaires. Dans l'assurance volontaire et l'assurance supplémentaire il y a des périodes d'attente qui diffèrent entre elles dans les différentes caisses et très souvent également pour les différentes prestations.

g. Conditions de santé

L'assurance obligatoire et l'assurance de personnes âgées ne peuvent exclure les bénéficiaires du droit aux prestations à cause de maladies existantes.

Dans l'assurance volontaire et l'assurance supplémentaire on peut exclure des personnes malades; il y a quelques caisses qui, selon leurs règlements, peuvent exclure certaines maladies de l'assurance ou qui y peuvent exiger une période d'attente prolongée.

2. Assistance du médecin de famille, du médecin spécialiste, du dentiste, du pharmacien et de la sage-femme

a. Période avant le 1er novembre 1941

Avant l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie les rapports entre les caisses et les collaborateurs (les médecins de médecine générale, les médecins spécialistes, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes) furent réglés dans des conventions orales ou écrites ou dans les règlements des caisses ou des deux façons. Ces rapports furent influencés d'une façon considérable par les différentes associations, dans lesquelles les collaborateurs sont organisés: l'association des médecins (Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst), l'association des dentistes (Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde) et l'association des pharmaciens (Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der pharmacie).

L'association des médecins exigeait que les praticiens et les médecins spécialistes qui voulaient collaborer avec les caisses qu'elle avait instituées, soient membres de l'association

susdite. Dans les contrats de ces caisses avec les dentistes et les pharmaciens on stipulait que seulement les membres des associations des dentistes et des pharmaciens pouvaient s'affilier comme collaborateurs. Les contrats entre les caisses de l'association des médecins et tous leurs collaborateurs devaient être conclus en principe par le comité directeur de l'association. Souvent cependant le comité directeur de la caisse était chargé de cette tâche.

D'abord l'association des médecins n'exerçait aucune influence sur les contrats entre ses membres et les caisses mutuelles, les caisses d'entreprise et d'autres caisses. Selon une résolution d'une assemblée générale de ses membres en 1914 les contrats conclus entre ses membres et les caisses susmentionnées devaient être soumis à l'approbation du comité directeur. Il en résulta que l'association pouvait refuser son consentement si un contrat ne contenait pas la disposition que ses membres seulement pouvaient être acceptés comme collaborateurs.

Puis l'association posa la condition que les assurés devaient pouvoir choisir librement entre tous les médecins de leur domicile. Il en résulta que les médecins qui sont salariés par une caisse en vertu d'un contrat de travail ne sont pas acceptés au nombre des membres de l'association. C'est que le comité directeur de l'association ne consentit pas à de pareils contrats.

Enfin l'association des médecins exerçait une influence très importante sur le niveau maximum des revenus à fixer pour l'admission à l'assurance.

Afin que ses vœux puissent se réaliser, l'association des médecins a procédé, surtout dans la deuxième partie de la période entre les deux guerres mondiales, à conclure des contrats collectifs et des contrats-types avec des caisses locales mutuelles et d'autres caisses; les contrats-types devaient servir de modèle pour les contrats individuels que les caisses en question pouvaient conclure avec les médecins. Avant 1941 un assez grand nombre de caisses avait conclu de pareils contrats. Les dispositions quant aux honoraires qui figuraient dans ces contrats différaient souvent beaucoup entre elles.

L'association des dentistes et celles de

pharmaciens a posé les mêmes conditions que l'association des médecins.

Les deux fédérations dans lesquelles s'étaient organisées lessages-femmes s'occupaient beaucoup moins que les associations susdites des conventions entre leurs membres et les caisses maladie.

La conséquence de ce qui précède a été que, en général, les caisses n'avaient pas de services ou d'institutions médicaux, pharmaceutiques ou dentaires; il n'y avait que peu de caisses qui aient une équipe médicale, plus ou moins complète, dans leur service. Quelques caisses avaient une pharmacie qui leur appartenait, dans une dizaine de villes les caisses avaient des centres dentaires,

La façon d'honorer était assez différente dans presque chaque groupe de collaborateurs. Ce n'était que pour les médecins de famille qu'il était question d'une certaine uniformité sous ce rapport. Le plus souvent ceux-ci furent payés à forfait (un certain montant par an pour chaque bénéficiaire inscrit à leur nom). Pourtant les montants étaient souvent différents entre eux dans les différents endroits.

Quant aux médecins spécialistes on peut dire qu'il n'y avait aucun groupe de collaborateurs pour qui les honoraires et les façons d'honorer étaient tellement différents. Parfois ils furent honorés par acte parfois selon un système de paiement à forfait, ce qui veut dire que les caisses mettaient à la disposition de l'ensemble des spécialistes un certain montant par an, pour chaque bénéficiaire ou pour chaque assuré; de ce montant furent rémunérés l'assistance consultative et ambulante ainsi que l'assistance donnée par les spécialistes dans un hôpital, selon une méthode de répartition, fixée par les spécialistes entre eux. Il y avait même une caisse qui rémunérait chaque médecin spécialiste individuel d'un certain montant forfaitaire par an pour chaque bénéficiaire inscrit à son nom. Il y avait aussi des caisses qui appliquaient plus d'un système et qui payaient ou bien l'assistance ambulante ou l'assistance donnée dans une

clinique ou bien l'assistance de la même sorte de médecins spécialistes selon différents systèmes. Puis il y avait des caisses qui rémunéraient l'assistance donnée dans une clinique, pour la plus grande partie par acte, mais qui, pour l'assistance ambulante de certains ou de tous les spécialistes suivaient un système de paiement par mois (cartes mensuelles). Ensuite il y avait quelques caisses qui à cause du caractère particulier du règlement des honoraires ne pouvaient être placées dans un des groupes précédents.

L'association des dentistes avait différentes sortes de contrats qui pouvaient servir de modèle. Les dentistes rémunérés selon le contrat qui était le plus usité recevaient de la part des caisses un montant par an pour chaque bénéficiaire inscrit à leur nom; ce montant était censé inclure une rémunération pour consultation, extraction, traitement de lésions, incision et enlèvement du tartre. Le dentiste recevait en outre un montant payé par le malade pour chaque plombage. Les contrats nommaient parfois le montant que les malades devaient payer au dentiste au maximum pour une prothèse.

Pour le règlement d'honoraires des pharmaciens voir chapitre III B sous 3.

La plupart des caisses ne remboursaient pas d'assistance des sages-femmes, mais elles donnaient des montants d'argent -dont la hauteur était assez différente dans les différentes caisses- à la naissance d'un enfant. Les caisses qui prêtaient l'assistance de sages-femmes avaient des réglementations de rémunération qui différaient beaucoup entre elles.

b. Période après le 1er novembre 1941

Une partie de ce dont les caisses et les collaborateurs étaient convenus avant l'introduction du Décret portant réglementation dans

les contrats souvent inspirés par leurs organisations fut réglementée dans le décret comme droit légal.

Le Décret portant réglementation des caisses de maladie réglemente ainsi le libre choix des bénéficiaires entre tous les praticiens, médecins spécialistes, dentistes, pharmaciens et sages-femmes dans leur domicile ou aux environs pourvu que ceux-ci fussent affiliés à leur caisse. Sous ce rapport il fut stipulé que chaque caisse doit conclure une convention avec chaque praticien, médecin spécialiste, dentiste, pharmacien ou sage-femme qui demande ainsi, s'ils se sont établis dans la région où la caisse a ses activités et pourvu que la caisse n'y ait pas d'objection. Si le candidat n'est pas accepté par la caisse il peut en appeler auprès de l'organisme de contrôle, à savoir autrefois le commissaire chargé du contrôle, plus tard le Conseil des caisses maladie. La décision de cet organisme a force impérative pour les partis. Les mêmes règles valent pour les hôpitaux. Toutes les conventions visées ci-dessus sont soumises à l'approbation de l'organisme de contrôle.

L'obligation des caisses dont il est question ci-dessus ne vaudrait pas, pendant une période de transition, pour les caisses auxquelles étaient affiliés, lors de l'introduction du décret (le 1er novembre 1941) des praticiens, des médecins spécialistes, des dentistes, des pharmaciens ou des sages-femmes qui étaient salariés par la caisse en vertu d'un contrat de travail ou qui avaient avec les caisses des rapports analogues. Souvent ce qui est temporaire résiste longtemps. Ici il en est de même. La règle transitoire susmentionnée est toujours en vigueur. Sur ces entrefaites toutefois différentes caisses ont procédé à fermer leurs propres institutions -il s'agit surtout des centres dentaires- et à conclure avec les collaborateurs de la région les conventions en vigueur en général.

A côté du droit des médecins etc. d'être affilié à une caisse on peut placer l'obligation des collaborateurs d'une caisse de s'affilier aux autres caisses dans le même endroit si celles-ci demandent ainsi.

Le ministre (avant 1949 le commissaire)

peut déterminer qu'un certain nombre de bénéficiaires inscrits au nom d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien ne peut être dépassé. En 1943 on a fixé ce nombre à 3000 bénéficiaires pour les praticiens et à 8000 pour les dentistes. Par rapport aux modifications de la réglementation des honoraires pour les dentistes, l'importance de l'inscription de bénéficiaires au nom des dentistes est devenue moins grande; il y a pourtant des caisses qui après en avoir délibéré avec les dentistes de la région ont gardé le système de l'inscription. Pour les pharmaciens on n'a pas déterminé un maximum de bénéficiaires qui ne peut être dépassé.

Les conventions locales et régionales entre les caisses et les collaborateurs continuaient d'être appliquées aussi après l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie. Pendant l'occupation allemande on a modifié surtout les montants des rémunérations qui devaient être adaptés aux circonstances changées. C'est que l'élément charitatif qui jouait un certain rôle dans l'assurance soins médicaux en tant qu'assurance en faveur de personnes nécessiteuses, et qui a disparu par suite de l'introduction de l'assurance obligatoire en faveur de travailleurs, avait influencé par ci, par là le niveau des montants des rémunérations. Les modifications mentionnées ci-dessus étaient le résultat des discussions locales entre les collaborateurs et les caisses. Ce n'était que pour les dentistes que les honoraires furent réglementés bientôt et pour le pays entier (1942).

Après la guerre les autres groupes de collaborateurs eurent, eux aussi, des conventions uniformes pour le pays entier (les spécialistes étaient les derniers en 1949). Pendant des négociations entre les organisations des collaborateurs et des caisses, d'abord sous la direction de l'organisme de contrôle, plus tard d'un fonctionnaire du bureau du Conseil des caisses maladie en tant que prud'homme des partis, on a rédigé des conventions-type qui devaient servir de base pour les contrats individuels à conclure entre

les caisses et les collaborateurs. A présent encore en suit la même méthode.

Que les caisses devaient conclure avec les dentistes dans un si bref délai des conventions pour régler les rémunérations selon des directives qui valaient pour le pays entier, se rattachait aux grands changements que l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie entraînait pour les prestations dentaires. Avant le 1er novembre 1941 il y avait des caisses où l'assistance dentaire n'était qu'insuffisamment réglée; il y en avait beaucoup qui ne la prêtaient aucunement. Le Décret portant réglementation des caisses de maladie donnait une prestation uniforme valant pour le pays entier, prestation qui cependant fut soumise à des restrictions pour des raisons financières et organisateurs: premièrement par la condition que toute l'assistance dentaire des bénéficiaires doit être prêtée selon des principes systématiques rationnels, tandis qu'on mentionnait les différentes sortes d'assistance auxquelles les bénéficiaires ont droit; deuxièmement par l'introduction de paiements supplémentaires de la part des bénéficiaires.

Il n'entre pas dans le cadre de ce rapport de donner des détails de la conception et du développement du méthode de traitement selon des principes systématiques rationnels. Il suffit de dire qu'en 1930 déjà l'association des dentistes a accepté un rapport dans lequel on recommandait de ne pas donner aux personnes non-privées -c'étaient donc en particulier les bénéficiaires de l'assurance soins médicaux- une assistance complète, mais de leur donner des soins restreints et pourtant suffisants, selon le système systématique-rationnel. Les recommandations du rapport étaient basées sur la situation en général très mauvaise des dentures de la population, le nombre restreint des dentistes disponibles et les finances également restreintes dont on pouvait disposer. La méthode susmentionnée comprenait:

A. assistance primaire:

1. réduction de la douleur, consultation, traitement de lésions, incision etc.;

2. l'enlèvement de tous les éléments qui ne peuvent être conservés;
- B. traitement qui mène à une denture saine:
 3. instructions pour soigner les dents, l'enlèvement du tartre etc.;
 4. traitement par des moyens simples pour conserver la denture (traitements des canaux de racines dans des cas exceptionnels);
 5. rétablissement de la faculté de mâcher à l'aide de prothèses simples.

L'assistance nommée sous 2 ne serait prêtée que dans les cas où l'on a prêté déjà l'assistance nommée sous 1, l'assistance nommée sous 3 ne serait prêtée qu'après l'assistance nommée sous 2, etc. Après que la denture a été traitée de cette façon, elle doit être contrôlée chaque semestre; de cette façon seulement le traitement systématique rationnel pourrait avoir des résultats.

En 1941 les règles nommées ci-dessus ont été introduites dans l'assurance obligatoire. Elles servent toujours de base pour l'assistance dentaire des bénéficiaires.

Outre les prestations dentaires nommées ci-dessus, les caisses donnent depuis 1948 -dans une mesure toujours augmentant- des appuis financiers aux soins dentaires à l'école. Elles donnent aux services qui organisent des soins dentaires scolaires, des montants assez importants pour chaque enfant qui bénéficie de l'assurance et qui est traité et contrôlé par eux. Depuis 1948 les caisses donnent aussi des indemnités pour l'assistance orthodontique, s'il y a pour celle-ci une nécessité médicale et après autorisation préalable, d'abord de l'organisme de contrôle, plus tard du dentiste contrôleur dans le ressort duquel la caisse exerce ses activités.

3. Medicaments et objets de pansement

Outre ce qui est mentionné ci-dessus en général sur les rapports entre les caisses et les pharmaciens (voir sous 2), il faut faire encore les observations suivantes en ce qui concerne les médicaments et objets de pansement.

D'abord ceci. Plus d'un tiers des bénéficiaires

reçoit l'assistance pharmaceutique de la part des médecins tenant pharmacie. Depuis longtemps ces médecins sont rémunérés d'un montant à forfait, par an pour chaque bénéficiaire inscrit à leur nom pour la préparation et la livraison de médicaments ou d'objets de pansement prescrits par eux ou par un médecin spécialiste à qui ils ont renvoyé le malade.

Depuis 1947 ils reçoivent en outre un remboursement des frais de certains médicaments spécialement indiqués à cet effet (en général des médicaments chers) et d'autres médicaments et objets de pansement très chers ou livrés dans de grandes quantités prescrits dans des cas très exceptionnels, et à condition que le médecin contrôleur soit d'accord du remboursement spécial.

En ce qui concerne la rémunération convenue entre les caisses et les pharmaciens on a choisi comme principe qu'ils devaient recevoir par an un montant à forfait pour chaque bénéficiaire inscrit à leur nom; ce montant à forfait servant d'honoraire et de remboursement des frais de la préparation des ordonnances était d'abord (depuis le commencement de ce siècle) de 3/5 des honoraires payés par la caisse aux praticiens affiliés. Outre ce montant ils recevaient le prix d'achat des remèdes livrés augmenté de 10 pour cent pour perte, coulage etc., et un remboursement par ordonnance des frais d'emballage. Depuis 1946 les anciennes conventions différentes dans les différentes caisses ont été remplacées par une réglementation uniforme, convenue entre les organisations de caisses et l'association des pharmaciens. Cette réglementation règle le paiement du pharmacien de la manière suivante. Celui-ci reçoit de la caisse:

- a. un montant par an pour chaque personne inscrite au nom du pharmacien; ce montant sert d'honoraire et de remboursement d'une partie des frais d'exploitation;
- b. le prix d'achat des médicaments et des objets de pansement livrés, plus un montant pour perte, coulage etc.; et
- c. un montant par livraison (seulement de médicaments) qui remboursait d'abord seulement les frais d'emballage, depuis 1948 également la

partie des frais d'exploitation qui n'est pas comprise dans les frais nommés sous a (en particulier les frais variables, savoir ceux de la préparation des prescriptions par les aides-pharmaciens).

Avant l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie on avait pris déjà toutes sortes de mesures ayant pour but de prévenir qu'une libéralité trop grande en ce qui concerne la prescription de médicaments conduirait à des dépenses excessives pour les caisses. Il y avait par exemple des réglementations basées sur un montant en moyenne par personne inscrite au nom d'un médecin de famille, lequel montant ne pouvait être dépassé par les médecins dans la prescription des médicaments d'une année. Régulièrement les praticiens furent mis au courant des frais de leur prescription. Si un praticien avait dépassé le montant disponible pour lui, on retenait le surplus sur ses honoraires, à moins qu'il n'eût dépassé le montant par suite de circonstances spéciales dans sa pratique -p.e. un nombre restreint de bénéficiaires- à condition que la caisse acceptât ces circonstances comme exceptionnelles.

Parfois on fixait au besoin le montant susmentionné à l'aide des frais en moyenne par an par personne pour médicaments et objets de pansement prescrits par tous les praticiens affiliés à la caisse pendant quelques années précédentes; le montant ainsi fixé valait jusqu'au moment que les circonstances changées demandaient d'établir un autre montant (système dit de Zaanland). Parfois aussi on le fixait chaque année au montant des frais de prescription faits en moyenne par personne dans l'année précédente en l'augmentant d'un certain pourcentage (par exemple 10 pour cent) au-dessus de la moyenne (système dit d'Amsterdam)

Ces systèmes, qui subsistaient aussi après 1941 avaient été créés parfois d'un commun accord avec les praticiens parfois même sur la demande de ceux-ci; ainsi on voulait prévenir la concurrence mutuelle dans la prescription de médicaments. Lorsque, après la guerre, en même temps que le redressement économique, une extension importante s'est produite des possibilités quant aux traitements chimico-thérapeutiques et antibiotiques les

médecins ont présenté de graves objections contre l'influence de ces systèmes: ils pourraient freiner l'application de ces possibilités d'une façon injustifiée.

A côté des systèmes susmentionnés certaines caisses avaient encore une autre réglementation pour restreindre les frais de la prestation de médicaments. Ces caisses avaient divisé les médicaments en deux groupes. Les médicaments qui étaient inscrits dans une liste nommant les sortes et les quantités maxima pouvaient être prescrits sans autorisation préalable jusqu'aux quantités mentionnées dans la liste. Puis les médicaments qui ne sont pas nommés dans la liste (le deuxième groupe donc) qui pouvaient être prescrits seulement après qu'une commission locale de médecins et de pharmaciens - commission instituée entre autres dans ce but - avait reconnu la nécessité de la prestation à l'aide des données fournies par le médecin traitant.

Dès son institution en 1949 le Conseil des caisses maladie a créé une commission permanente dont son médecin-conseil est président et dans laquelle siègent des experts renommés dans les domaines médical, pharmaceutique et pharmacologique. Cette commission - la Commission centrale médico-pharmaceutique - eut la tâche de conseiller le Conseil des caisses maladie sur tout ce qui concerne la prestation de médicaments et d'objets de pansement aux bénéficiaires. En particulier elle devait projeter et tenir à jour une réglementation uniforme valant pour le pays entier pour la prestation de médicaments, afin de restreindre autant que possible des dépenses qui ne sont pas nécessaires; de temps à autre la commission devait modifier et renouveler la réglementation.

En projetant cette réglementation la commission s'est basée sur des listes nommant les sortes et les quantités maxima dont quelques caisses disposaient déjà. En 1950 on a fini la rédaction d'une liste provisoire. Au commencement de 1952 on a introduit la réglementation définitive. Cette réglementation divise les médicaments en trois groupes:

- a. les médicaments qui ne peuvent être prêtés pour compte de la caisse maladie (par arrêt ministériel on a déterminé que le bénéficiaire ne peut faire valoir envers sa caisse des droits à l'octroi des médicaments nommés);
- b. les médicaments qui sans autorisation préalable peuvent être prescrits, jusqu'à la quantité indiquée (Liste nommant les sortes et les quantités maxima);
- c. tous les médicaments qui ne ressortent pas à b et qui ne peuvent être prescrits qu'après l'autorisation de l'instance de contrôle de la caisse.

Pour assurer une application efficace et commode de la réglementation on a composé un index alphabétique des médicaments nommés sous b. Afin de prévenir des demandes inutiles l'index contenait aussi les noms de certaines spécialités dont l'octroi ne peut être permis; en faisant usage de caractères de différents types ces spécialités attireraient tout de suite l'attention. Derrière leurs noms on fit mention du médicament par lequel la spécialité pouvait être remplacé et lequel pouvait être prêté pour le compte de la caisse.

En faisant insérer un médicament dans la liste, nommée sous b, ainsi qu'en jugeant des demandes, mentionnées sous c, on partit du principe qu'il ne faut pas prescrire:

- a. les médicaments qui ne sont pas des spécialités et qui peuvent être remplacés par des médicaments de la même valeur mais qui sont moins chers;
- b. les spécialités qui peuvent être remplacées soit par d'autres spécialités de la même valeur mais moins chères, soit par d'autres médicaments de la même valeur mais que le pharmacien peut préparer lui-même;
- c. les médicaments qui sont apparemment dans le stade des expérimentations scientifiques.

Au cas où le médecin traitant est d'avis qu'un médicament pour lequel une autorisation est exigée est immédiatement nécessaire, il peut le

prescrire une fois avant d'avoir obtenu l'autorisation, soit dans la quantité nécessaire pour un traitement de deux fois vingt-quatre heures, soit dans le plus petit emballage qui existe.

Lors de l'introduction de cette réglementation il entra en vigueur un arrêt ministériel, dans lequel furent indiqués quelques remèdes auxquels les bénéficiaires n'ont pas droit. En premier lieu il s'agissait de remèdes qui ne sont pas des médicaments proprement dits, comme par exemple des produits alimentaires ou stimulants, des eaux minérales, des pâtes et des poudres dentifrices, des cosmétiques et puis quelques produits qu'on considère comme des remèdes de bonne femme ou des articles pour soigner des malades, par exemple le tale en poudre, la vaséline, l'alcool camphré, la glycérine etc.

Le but de cette réglementation n'était pas de restreindre le droit aux médicaments et aux objets de pansement: les bénéficiaires gardent le droit à une thérapeutique médicamenteuse complète sans aucune contribution de leur part. Toutefois le médecin traitant - praticien et médecin spécialiste - ne perdra pas de vue l'efficacité dans la prescription des médicaments, à point de vue médical et économique. L'excès, qu'il touche à la sorte ou à la quantité, doit être évité. Le médecin doit s'imposer une certaine restriction. La liste nommant les sortes et les quantités maxima lui est pour cela le moyen approprié. La réglementation est donc une affaire du médecin et de la caisse; elle ne touche pas aux droits des bénéficiaires.

En 1958 la réglementation a été révisée et complétée entièrement. On a combiné la liste nommant les sortes et les quantités et l'index alphabétique en formant une liste de médicaments permis, dans laquelle sont mentionnées les quantités maxima des médicaments et les formes sous lesquelles ils peuvent être fournis. Ensuite on y a ajouté une liste de médicaments pour lesquels une autorisation est exigée pour un traitement ambulatoire, mais qui quand le traitement a lieu pendant l'hospitalisation peuvent être prescrits sans autorisation préalable.

Il est possible de s'écarter plus ou moins de la réglementation, localement ou régionalement, mais pour cela l'autorisation de la Commission centrale médico-pharmaceutique s'impose.

Les bénéficiaires des caisses qui n'appliquent ni la réglementation nationale ni une autre réglementation approuvée n'ont pas de droit aux

spécialités qui peuvent être remplacées soit par d'autres spécialités de la même valeur mais moins chères, soit par un autre médicament de la même valeur qui peut être préparé dans la pharmacie.

Afin de contrôler l'usage que font les médecins de la réglementation, le pharmacien qui constate qu'un certain médecin s'écarte de la réglementation en informe la caisse. La commission locale qui contrôle l'observation des conventions entre les médecins et les caisses, ou bien le médecin contrôleur de la caisse parle de la question au médecin dont il s'agit.

La réglementation n'a pas encore force impérative. Lorsqu'on l'a mise en pratique, on a prié les médecins affiliés aux caisses de tenir compte de ses dispositions, quand ils prescrivent des médicaments. Mais on a l'intention de faire insérer la réglementation dans les conventions entre les caisses et les médecins; ainsi ceux-ci seront obligés de s'y en tenir sous peine de sanctions s'ils enfreignent gravement les dispositions. Mais on n'en est pas encore là. Pourtant la réglementation est appliquée dans le pays entier assez fréquemment et sans aucun doute elle a influencé et influence toujours considérablement les frais de la prestation de médicaments et d'objets de pansement.

4. Hospitalisation dans un hôpital et dans un sanatorium

L'hospitalisation des bénéficiaires a lieu dans la plus basse classe des hôpitaux et des sanatoriums de tuberculose qui sont reconnus en tant que tels par le ministre des Affaires sociales et de la santé publique, ou, après accord préalable avec l'inspecteur médical en chef de la santé publique, par le Conseil des caisses maladie.

a. Hospitalisation dans un hôpital

L'hospitalisation dans un hôpital contient les soins d'infirmières et l'assistance complète qui peuvent être donnés dans un hôpital, ce qui veut dire donc, outre l'hôtellerie et les soins d'infirmières proprement dits, l'assistance entière médicale, pharmaceutique et d'autres sortes d'assistance nécessaires pour le

traitement du malade, y compris les thérapeutiques radiantes, les recherches de laboratoire etc.

Comme déjà mentionné ci-dessus (chapitre III B 1) on a fixé, dès l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie en 1941, le droit à l'hospitalisation dans un hôpital à 42 jours par cas au maximum, pourvu qu'elle soit nécessaire du point de vue médical. Cette définition de la prestation en particulier la période de 42 jours par cas (pas par année), ne peut être comprise que historiquement. Les caisses qui en 1941 déjà prêtaient l'hospitalisation, les associations qui assuraient l'hospitalisation ainsi que les sociétés qui s'occupaient de l'assurance contre les frais des soins médicaux faisaient souvent usage de cette période. Et lorsqu'en 1941 l'assurance obligatoire dut commencer ayant un tout autre groupe de bénéficiaires et ayant un système de cotisations complètement différent de celui de l'assurance volontaire qui existait déjà -de sorte qu'il était presque impossible de calculer la recette des cotisations et la mesure dans laquelle on ferait usage des prestations- on a gardé par mesure de prudence ce qui existait et ce qui était convenu. En outre il était presque certain que pour la majorité des cas chirurgicaux et pour une grande partie des autres cas une période de 42 jours suffisait largement. Plus tard, à partir de 1955, on a prolongé cette période à 70 jours par cas, surtout parceque, entre autres par suite du développement des possibilités médicales, il se trouve que le maximum de 42 jours pour hospitalisation n'était plus suffisant pour un nombre toujours augmentant de maladies. Que cela ne s'est fait sentir pas plus tôt, on le doit à l'assurance supplémentaire des caisses maladie à laquelle étaient affiliés 90 pour cent des bénéficiaires.

A titre provisoire les bénéficiaires, qui par suite de poliomyélite doivent être traités à l'aide d'un appareil qui règle la respiration, ont droit depuis le 1er janvier 1959 à l'hospitalisation d'une durée illimitée, mais après le 70^{ème} jour l'assurance principale ne paye que 75 pour cent des frais de l'hospitalisation.

Ainsi on veut exercer une certaine influence sur le prix de l'hospitalisation dans les hôpitaux où les malades peuvent être traités à l'aide de l'appareil susdit. Dans une partie des cas on peut recourir à l'assurance supplémentaire qui prend à sa charge le reste des frais, entièrement ou en partie. D'abord la nouvelle réglementation ne valait que pour l'année 1959. Dans le cours de cette année on a considéré de nouveau cette affaire, en rapport avec les modifications qu'on compte introduire dans l'ensemble des prestations, lesquelles modifications portent entre autres sur la durée de l'hospitalisation en général. Ces délibérations n'ont pas encore produit de résultats définitifs. C'est pourquoi on a renouvelé la réglementation spéciale susdite du traitement des personnes qui souffrent de poliomyélite; d'autres malades qui doivent être traités à l'aide d'un appareil qui règle la respiration, peuvent bénéficier également de cette réglementation.

Il résulte de la restriction de la durée que, si après l'expiration de la période au maximum l'hospitalisation doit être prolongée, le droit à l'assistance médicale et à des médicaments et des objets de pansement prend également fin en principe. Dans le cours de 1952 on a changé cela en ce qui concerne les médicaments et les objets de pansement, en 1955 également en ce qui concerne l'assistance médicale de médecins spécialistes. Depuis ces dates les deux prestations sont servies tant qu'il est question d'une nécessité médicale pour hospitalisation.

Dès l'an 1941 on a interprété la définition "par cas" d'une façon plus libre et peu à peu on commençait à entendre par nouveau cas aussi chaque cas, où la maladie se manifeste dans une tout autre forme, ou bien où il y a lieu de la traiter d'une tout autre façon, n'est à dire de soumettre le malade à un traitement qui est en principe tout à fait différent. L'intervention chirurgicale à deux temps forme deux cas ainsi que l'opération préparatoire et l'opération elle-même.

La législation sur l'assurance soins médicaux introduite en 1941 contient la disposition que les caisses, si l'organisme de contrôle demande ainsi, sont obligées de s'assurer contre les frais de la prestation de l'hospitalisation auprès des institutions que l'organisme susmentionné a indiquées; mais les caisses pouvaient obtenir la permission de porter elle-même ce risque.

La disposition susdite visait de faire exécuter la réassurance en général par les associations qui assuraient l'hospitalisation. Deux considérations jouent ici un rôle.

Premièrement les associations susmentionnées avaient obtenu beaucoup d'expériences quant à l'assurance de l'hospitalisation, expérience que les caisses ne possédaient pas encore.

Deuxièmement les associations en question avaient une fonction très utile, dont la continuité courrait peut-être des risques parce que beaucoup de leurs membres devenus obligatoirement assurés bénéficieraient désormais de l'hospitalisation de la part de leur caisse, de sorte qu'ils voulaient terminer l'affiliation aux associations sus-visées. En donnant à de pareilles associations une tâche comme institution de réassurance, on pourrait compenser la diminution du nombre de ses affiliés et on pourrait réaliser une faculté suffisante de porter des risques. Les associations seraient alors également capables de continuer avec succès l'assurance de ceux qui n'étaient pas assurés obligatoirement.

Il se trouva cependant que la réassurance auprès des associations n'avait pas toujours des résultats satisfaisants. Beaucoup de ces associations avaient peu d'importance, n'avaient qu'une administration primitive et un contrôle médical qui ne suffisait pas. Des efforts de lier ensemble les différentes associations rencontraient souvent des objections et des difficultés. D'autre part il y avait beaucoup de caisses qui voulaient régler elles-mêmes l'hospitalisation et qui en étaient d'ailleurs bien capables. Beaucoup plus de caisses que l'on n'avait pensé d'abord faisaient donc appel à la disposition qui prévoit la possibilité que l'hospitalisation soit servie par les

caisses elles-mêmes.

On peut faire encore l'observation que depuis longtemps certaines grandes communes avaient l'habitude de réassurer les frais de l'hospitalisation pour les caisses qui fonctionnent dans leur territoire.

Dans la pratique il y eut tout de suite une grande diversité quant à l'organisation de cette prestation. Il y avait au moins six formes différentes, à savoir le service de la prestations de la part:

- a. des caisses maladie elles-mêmes;
- b. des associations pour l'assurance d'hospitalisation, qui avaient des rapports étroits avec une caisse maladie, par exemple parce que les deux institutions avaient la direction et l'administration en commun;
- c. des associations pour l'assurance d'hospitalisation créées par certaines caisses maladie;
- d. des associations pour l'assurance d'hospitalisation qui sont indépendantes, en vigueur de conventions de réassurance (donc moyennant une cotisation fixe de réassurance);
- e. des associations pour l'assurance d'hospitalisation qui chargent les caisses des frais effectifs;
- f. des communes, en vigueur d'une convention de réassurance.

Quoique toutes ces formes existent encore, la tendance de faire servir la prestation par les caisses elles-mêmes a beaucoup augmenté. Aussi la plus grande partie des caisses la règle à présent.

En principe les caisses doivent avoir des conventions formelles avec les hôpitaux. En réalité -le prix par jour des hôpitaux est soumis à l'approbation du gouvernement et les prix approuvés ne permettent en général pas aux caisses et aux hôpitaux d'en délibérer beaucoup- il n'y a pratiquement pas de contrats

écrits. Au niveau national on n'a que peu de contacts sur des problèmes secondaires.

Les tarifs ainsi approuvés -avant 1941 il s'agit, là où les caisses s'occupaient aussi de l'hospitalisation, des tarifs convenus entre les caisses et les hôpitaux- diffèrent beaucoup entre eux et souvent ils ne sont même pas comparables. Cela est causé par la différence dans la nature des hôpitaux ou bien par les différences dans les éléments dont les prix se composent. Il y a par exemple des hôpitaux qui font prêter l'assistance médicale par leur propre équipe médicale (nommés hôpitaux fermés). Dans d'autres hôpitaux (nommés hôpitaux ouverts) des médecins qui ne sont pas en service salarié prêtent l'assistance médicale. Il y a aussi des formes intermédiaires. Dans les tarifs des hôpitaux fermés sont en général compris non seulement les frais de l'hôtellerie, mais encore ceux de l'assistance médicale pharmaceutique etc. (tarif all-in). Les hôpitaux du deuxième groupe ne s'occupent pas du tout des frais de l'assistance médicale; le médecin traitant les fait entrer directement en ligne de compte de la caisse. Ensuite il y a des hôpitaux (des deux groupes) qui calculent le prix par jour sans compter les frais secondaires -de la salle d'opération, des médicaments, des objets de pansement etc.-; les prix d'autres hôpitaux comprennent au contraire ces frais, entièrement ou en partie. Ensuite il y a encore les différences dans les frais qui se manifestent dans les prix, soit les frais permanents d'outillage, d'amortissement etc., soit les frais variables de salaires. Qu'on pense sous ce rapport par exemple aux hôpitaux où travaillent des religieuses. Pourtant l'influence de cette circonstance sur le prix devient toujours moins importante d'une part parce que le nombre des religieuses diminue, d'autre part parce que, en déterminant les prix, on tient compte à présent d'une rémunération des religieuses quelque peu ajustée.

Les bénéficiaires ont libre choix entre les hôpitaux, situés dans leur domicile ou aux environs, qui sont autorisés d'hospitaliser les bénéficiaires de l'assurance maladie et avec

lesquels leur caisse a conclu une convention. Presque tous les hôpitaux se considèrent liés aux caisses et inversement, quoique des conventions formelles n'existent pas.

Depuis le commencement de 1959 les bénéficiaires peuvent aussi choisir un des hôpitaux universitaires, sans avoir besoin de tenir compte de la distance entre leur domicile et l'hôpital. La grande augmentation du nombre des bénéficiaires, en particulier de ceux qui ont obtenu le droit d'être hospitalisés à la charge des caisses, et par suite de cela la diminution du nombre de personnes qui ne sont pas assurées contre le risque d'une hospitalisation ont causé que ceux qui ne sont pas gravement malades ne s'adressent presque plus aux hôpitaux universitaires.

Hospitalisation dans une clinique universitaire était jadis attrayante entre autres à cause des prix qui y étaient très modérés. Mais à la longue les hôpitaux universitaires n'avaient affaire qu'aux cas difficiles. Le manque de cas de maladie simples était tellement nuisible à l'enseignement universitaire qu'on procéda à la mesure susmentionnée qui visait de rendre possible l'hospitalisation pour des maladies moins graves même si les malades demeurent à une grande distance. Afin de ne pas charger les caisses des frais de transport qui inévitablement devaient augmenter, les hôpitaux universitaires furent obligés de rembourser aux caisses les frais de transport qui devaient être payés davantage.

b. Hospitalisation dans un sanatorium pour des tuberculeux

Depuis 1941 cette prestation consiste en une indemnité partielle des frais pour les soins d'infirmières et le traitement complet dans un sanatorium pour des tuberculeux (toutes formes de tuberculose). On a droit à cette prestation si le médecin d'un bureau régional de consultation pour la lutte contre la tuberculose a conseillé l'hospitalisation et si -et tant que- l'hospitalisation est nécessaire selon l'avis d'un médecin de contrôle indiqué par l'organisme de contrôle.

Cette partie des prestations de l'assurance maladie n'existe pas encore longtemps. Avant l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie (1941) il n'y avait que deux caisses qui s'occupent de cette sorte de prestation. En outre il y avait une assurance qui s'étendait lentement, exécutée par deux institutions: une institution était active dans les provinces du nord-est, et s'occupait surtout de contrats individuels, l'autre travaillait dans le reste du pays et s'occupait surtout de l'assurance des collectivités. En 1941 le nombre des bénéficiaires des deux institutions n'était pourtant pas très grand et la partie des frais couverte par l'assurance était restreinte.

On n'osait pas charger l'assurance maladie obligatoire qu'on venait de créer des risques d'un haut montant par jour d'hospitalisation et pour une hospitalisation d'une durée prolongée. Ainsi elle a commencé de garantir une cotisation de fl 1,50 par jour pendant une année au maximum. La partie des frais qui manquait devait être payée comme autrefois par les malades et par les communes, par les associations pour la lutte contre la tuberculose, etc.

Peu à peu on a pu augmenter la nature des prestations de sorte que, aujourd'hui, trois quarts des frais sont payés sans aucune restriction, quant à la durée de l'hospitalisation. Dans la majorité des cas la partie des frais dont l'assurance principale ne se charge pas est payée par l'assurance supplémentaire des caisses.

Selon les dispositions légales la contribution aux frais de l'hospitalisation dans un sanatorium doit être réassurée auprès des institutions désignées par l'organisme de contrôle (la plupart des caisses ont fait la même chose pour la prestation de l'assurance volontaire). Lorsqu'on donnait cette instruction on avait en vue les deux institutions nommées qui étaient déjà actives dans ce domaine.

Quoiqu'on s'attendât que les frais de l'assurance sanatorium ne forment pour la plupart des caisses qu'une partie modeste des dépenses au total, on était d'avis que la réassurance était nécessaire dans l'intérêt

des caisses ainsi que pour d'autres raisons. Quant aux caisses on avait surtout en vue celles qui étaient petites et qui pourraient être chargées hors de toute proportion. Puis on a fait valoir les considérations suivantes.

Le contrôle médical de l'hospitalisation dans un sanatorium ne peut être exécuté d'une façon efficace que par des institutions centrales qui collaborent étroitement avec les bureaux régionaux pour la lutte contre la tuberculose. Une séparation de l'administration et du contrôle semblait pourtant peu souhaitable. En outre il est plus facile pour les sanatoriums de régler les paiements avec une ou quelques institutions que d'avoir affaire à un grand nombre de caisses. Puis on pourrait mieux se rendre compte de ce qui a lieu dans ce domaine. Enfin on croyait très utile qu'à l'aide de la réassurance les deux institutions en question gagnent de la solidité ce qui activerait à son tour l'assurance volontaire de l'hospitalisation dans un sanatorium. Il est intéressant de voir dans les chiffres ce qu'a effectué ce stimulant. A la fin de 1940 l'assurance sanatorium volontaire (remboursant un montant de fl 1,50 à fl 3,-- par jour, -il y avait une seule institution qui remboursait tous les frais- pendant une année ou deux années au maximum) avait environ 75.000 bénéficiaires (environ 0.8 pour cent de la population). Au commencement de 1958 étaient assurées pour toute la durée de l'hospitalisation, pour un remboursement entier ou d'une partie considérable des frais: dans l'assurance dite légale (l'assurance obligatoire et l'assurance de personnes âgées) et dans l'assurance des mineurs: 6.370.000 personnes (environ 57 pour cent de la population), dans l'assurance volontaire des caisses et d'autres institutions 1.990.000 personnes (environ 18 pour cent de la population) (assurées collectivement) et 740.000 personnes assurées individuellement qui n'étaient pas affiliées aux caisses (environ 7 pour cent de la population) au total donc 9.100.000 personnes ou plus de 82 pour cent de la population.

Dès le commencement le financement de la réassurance s'est basé sur les frais effectifs;

pour l'assurance obligatoire -plus tard aussi pour l'assurance de personnes âgées- il est exécuté toujours directement, par les caisses centrales de ces deux assurances.

Depuis le 1er janvier 1946 les deux institutions nommées ci-dessus se sont liées ensemble dans une organisation, la Fondation de l'assurance hospitalisation en sanatorium (Stichting Nederlandse Sanatorium Verzekering) qui siège à la Haye. Cette institution règle à présent l'exécution administrative et financière, ainsi que le contrôle médical de cette prestation pour les bénéficiaires de l'assurance légale et pour une partie considérable des bénéficiaires de l'assurance volontaire. En outre il y a 700.000 personnes qui se sont assurées individuellement auprès d'elle.

Les rapports annuels de la Fondation contiennent un fonds inépuisable de données médicales et d'autres données en ce qui concerne les résultats de l'hospitalisation de ce grand nombre de malades. Les statistiques ont les entêtes en néerlandais et en anglais.

Certaines caisses portent elles-mêmes le risque de l'hospitalisation dans un sanatorium des personnes assurées volontairement. Quelques-unes ont réassuré ce risque pour leurs bénéficiaires de l'assurance volontaire auprès de la "Onderlinge Herverzekering tegen Sanatoriumrisico's" (Réassurance mutuelle contre les risques de la tuberculose).

Le prix par jour d'un sanatorium est soumis à l'approbation du gouvernement, ainsi que les prix par jour des hôpitaux. Les prix demandés cadrent toujours avec les prix approuvés.

5. Allocations de naissance

L'allocation de naissance est devenue en 1941 une prestation des assurances sociales néerlandaises. Elle fut introduite le 1er novembre 1941 dans la Loi assurance maladie (prestations en espèce) sur la demande des autorités de l'occupation allemande. L'allocation qui était de fl 55,-- (dans le temps l'équivalent de 60 RM), devait subvenir au besoin supposé de couverture

et de vêtements du nouveau-né (la layette).

Avaient droit à l'allocation: la femme qui est assurée selon la Loi assurance maladie et l'épouse de l'assuré pourvu que dans l'année précédant l'accouchement ces personnes eussent été assurées obligatoirement pendant une période de 156 jours ouvrables au moins. Les filles, les filles adoptives et les filles d'un autre lit d'une personne assurée selon la Loi assurance maladie avaient également droit, dans les mêmes conditions, à l'allocation, pourvu qu'elles aient vécu sous le même toit que l'assuré pendant les trois mois qui précèdent immédiatement l'accouchement. Peu à peu on a fait bénéficier de cette prestation aussi d'autres groupes de travailleurs à qui la Loi assurance maladie ne s'appliquait pas. On n'a jamais modifié le montant.

C'étaient les organismes qui exécutent l'assurance maladie prestations en espèce qui versaient le montant de l'allocation qui leur fut remboursé de la part du Trésor. On fournit aux frais qui venaient ainsi à la charge du Trésor par une taxe payée par les employeurs et qui visait pendant l'occupation allemande à compenser la différence entre les niveaux des contributions que les employeurs aux Pays-Bas et en Allemagne devaient payer aux assurances sociales.

Après avoir abrogé cette taxe en 1957 le législateur a reporté, le 1er août de cette année-là, l'allocation de la Loi assurance maladie au Décret portant réglementation des caisses de maladie, sous la forme ou bien d'une prestation en nature ou bien éventuellement d'une prestation en espèce des caisses maladie.

En faisant ainsi on s'était rendu compte du fait qu'à toute vraisemblance il serait plus utile de faire donner, outre l'assistance obstétricale, des soins d'une assistance de l'accouchée au lieu de prêter à celle-ci une prestation en espèce. La réalisation de cette idée -qu'on croit très bien possible- est encore en recherche. En attendant on verse l'allocation de naissance qui est toujours de fl 55,--.

Par suite de la mesure prise en 1957 le groupe de ceux qui bénéficient de cette allocation est devenu pareil à celui des bénéficiaires de l'assurance soins médicaux. Quelques groupes qui jusqu'alors ne pouvaient bénéficier de l'allocation peuvent à présent faire valoir des droits (les

marins et les titulaires d'une rente); d'autres groupes (les filles, les filles adoptives ou les filles d'un autre lit, à moins qu'elles ne soient elles-mêmes assurées ou ayants-droit) n'ont plus de droit à l'allocation en question. Un groupe spécial de bénéficiaires est formé par les veuves dont l'accouchement a lieu avant 300 jours après le décès de leur époux, pourvu que celui-ci fût obligatoirement assuré le jour de sa mort.

Beaucoup de caisses ont introduit la prestation aussi dans l'assurance volontaire. Environ trois quarts des bénéficiaires de l'assurance volontaire en bénéficient à présent.

6. Assurance supplémentaire

Quoiqu'il y eût déjà avant 1941 des caisses qui mettaient leurs bénéficiaires à même de contracter une assurance supplémentaire volontaire pour l'hospitalisation - l'hospitalisation prêtée par certaines caisses n'était qu'une prestation très restreinte - le besoin d'une telle assurance ne se fit sentir surtout qu'après l'entrée en vigueur de l'assurance obligatoire, vu la restriction de la durée de l'hospitalisation à 42 jours par cas. En 1943 et plus tard presque toutes les caisses créèrent une assurance supplémentaire pour l'hospitalisation.

En général l'assurance couvrait les frais au total de l'hospitalisation prolongée reconnue comme nécessaire par la caisse, pendant les jours qui suivaient immédiatement la période de 42 jours de l'assurance principale. La durée au maximum était parfois de 90 jours, parfois d'une année, quelquefois elle était illimitée. Dans quelques caisses tous les cas d'hospitalisation reconnus nécessaires qui ne venaient pas à la charge de l'assurance principale étaient couverts par l'assurance supplémentaire (donc aussi les cas d'hospitalisation réitérée pour la même maladie). En outre les caisses prêtaient aussi parfois l'hospitalisation pour une raison urgente, mais autre que médicale, l'assistance de spécialistes dans la clinique après le 42^{ème} jour, transport de malades. Quelquefois elles suppléaient la prestation d'hospitalisation dans un sanatorium (montant de la contribution et la durée), servie par l'assurance principale.

Peu à peu les prestations de l'assurance supplémentaire se sont accrues, surtout en ce qui concerne l'hospitalisation dans un hôpital et dans un sanatorium; par ci, par là on y a ajouté encore quelques autres prestations que l'assurance principale ne servait pas.

Il s'est trouvé que l'assurance supplémentaire satisfait un grand besoin. Plus de 90 pour cent des bénéficiaires des assurances obligatoire, volontaire et de personnes âgées ont contracté une telle assurance.

IV. FINANCEMENT

A. Période avant le 1er novembre 1941

Les frais de l'assurance soins médicaux et les cotisations pour financer cette assurance étaient avant 1941 aussi différents entre eux que tout autre chose qui se rapportait à l'assurance.

Les frais différaient entre eux par suite des grandes différences dans l'étendue statutaire des prestations, dans les honoraires et les tarifs convenus et dans la mesure dont les bénéficiaires faisaient valoir leurs droits. Dans quelques villes les caisses s'étaient arrangées pour empêcher que les frais diffèrent trop. Elles servaient par exemple à frais communs des prestations spéciales comme les appareils d'orthopédie, elles avaient même pris des mesures pour compenser les conséquences financières de la différence dans le nombre des enfants de leurs affiliés.

Les caisses devaient avoir soin elles-mêmes d'une exploitation en équilibre. Les contributions ou les cotisations des bénéficiaires leur fournissaient les revenus nécessaires. En outre elles recevaient un montant relativement petit, des rentes de réserve ou du capital fixe ou des subventions municipales pour les personnes qui ne pouvaient payer leur cotisation. Les caisses ne bénéficiaient pas de subventions directes de l'autorité publique.

Dans les villes à l'est du pays la cotisation était souvent de fl 0,25 par semaine par personne de 16 ans ou davantage, les enfants au-dessous de l'âge de 16 ans bénéficiaient gratuitement de l'assurance; les familles où un des parents fait défaut payaient trois deuxièmes de la cotisation normale.

Par ci, par là et aussi dans quelques villes de l'est il y avait la disposition qu'un petit montant (fl 0,05) devait être payé par semaine pour trois ou quatre enfants au maximum qui n'avaient pas encore dépassé l'âge de 16 ans. Dans les montants nommés l'hospitalisation n'est pas comprise. Ils différaient évidemment beaucoup selon l'étendue des prestations et d'autres circonstances qui influençaient les dépenses, comme par exemple le nombre des enfants.

Un petit nombre des caisses réglait les cotisations d'après les revenus des assurés. D'ordinaire les praticiens affiliés à ces caisses furent relativement mieux rémunérés pour l'assistance donnée aux bénéficiaires ayant des revenus plus élevés.

Les cotisations furent recouvrées chaque semaine par les encaisseurs des caisses. Très souvent c'étaient des agents d'assurances qui s'en occupaient, mais parfois aussi les encaisseurs furent salariés par les caisses.

Le système -qui existait depuis longtemps- de recouvrer les cotisations chaque semaine chez l'assuré et de lui donner alors quittance pour le paiement avait l'avantage qu'on restait toujours au courant de toutes les modifications dans la situation familiale. Cela était nécessaire en rapport avec le système le plus appliqué de rémunérer les médecins de famille et les pharmaciens (par ci, par là aussi les dentistes) d'un montant à forfait par année sur la base du nombre de personnes (adultes et enfants) inscrites par semaine à leur nom. Aussi on devait être au courant tant que possible du nombre de personnes inscrites par semaine au nom de chaque collaborateur intéressé. Et le collaborateur en question devait toujours être à même de contrôler si une personne qui demandait son assistance, était en effet bénéficiaire de l'assurance et était inscrite à son nom.

B. Période après le 1er novembre 1941

L'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie le 1er novembre 1941 créa une situation tout à fait nouvelle en ce qui concerne les frais et le financement des caisses. Ci-dessous sont traitées successivement l'assurance obligatoire, l'assurance de personnes âgées, l'assurance volontaire et l'assurance supplémentaire.

1. Assurance obligatoire

a. Cotisation des travailleurs

L'assurance obligatoire est financée par des cotisations levées sur les salaires des travailleurs assurés. Comme cette cotisation est un pourcentage des salaires (à présent jusqu'à un salaire de fl 19, -- au maximum par jour) les travailleurs contribuent en général aux frais selon leur capacité. Un deuxième élément nouveau dans la réglementation des cotisations est que les employeurs doivent se charger de la moitié de la cotisation.

Le pourcentage est fixé chaque année par le ministre des affaires sociales et de la santé publique (pendant l'occupation allemande: le secrétaire général du département des affaires sociales). Il est conseillé pour cela par l'organisme de contrôle (d'abord le commissaire, à présent le Conseil des caisses maladie). L'avis de cet organisme est accompagné du budget de l'année pour laquelle le pourcentage doit être fixé et des données détaillées des années précédentes. Depuis 1951 le ministre demande en outre l'avis du Conseil social-économique.

Jusqu'à 1947 inclusivement le pourcentage de la cotisation a été de 4. Dans cette période le pourcentage était non seulement suffisant pour couvrir les frais, mais encore on a constitué un fonds de réserve qui était plus grand qu'il s'est trouvé être nécessaire plus tard. Par suite de cela on pouvait demander pendant des années plus récentes une cotisation qui était au-dessous du prix coûtant de l'assurance. La situation économique rendit alors souhaitable que les frais pour employeurs et travailleurs fussent aussi bas que possible.

Sauf dans cette première période les frais ont, dans la plupart des années, augmenté plus que les salaires. La cotisation qu'on avait réduite à un pourcentage de moins de 4 pendant les années de 1948 jusqu'à 1952 devait être élevée de nouveau en 1953 à 4 pour cent, dans les dernières années elle s'est même élevée davantage. Pendant l'année 1959 le pourcentage était de 4,5 ce qui ne suffit même pas pour un budget en équilibre. Pour les années suivantes une augmentation sera, à toute

vraisemblance, de nouveau nécessaire, surtout parce que le fonds de réserve a diminué à présent de beaucoup.

La perception de la cotisation est effectuée par les associations professionnelles, qui sont chargées de l'exécution de la Loi assurance maladie (prestations en espèces), la Loi sur l'allocation familiale et la Loi chômage. Les associations nommées ci-dessus perçoivent la cotisation de l'assurance obligatoire soins médicaux, en même temps que les cotisations pour l'exécution des lois susmentionnées. L'employeur doit payer la cotisation entière de l'assurance soins médicaux, mais il retient la moitié sur le salaire de ses travailleurs, s'ils sont assujettis à cette assurance. Le recouvrement a lieu, autant que possible, par avance; à la fin de l'année on règle le compte.

Les associations professionnelles remettent la cotisation au Conseil des caisses maladie qui est chargé de la gestion de la Caisse d'égalisation, nommée déjà en chapitre II C, qui est la caisse centrale de l'assurance obligatoire soins médicaux. On a choisi le nom de "Caisse d'égalisation", parce que la cotisation est la même dans le pays entier, il n'y a donc plus à cet égard des niveaux différents entre eux.

Pour certains groupes spéciaux de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins médicaux par exemple les chômeurs, les titulaires de rentes en vigueur de la Loi invalidité, les militaires, il y a en ce qui concerne la perception de la cotisation des réglementations qui diffèrent entre elles, mais celles-ci n'entrent ici pas en considération. Il y a aussi des groupes de personnes pour qui l'assurance peut être continuée sans paiement de la cotisation, ce sont p.e. les titulaires de prestations en espèce en vertu de la Loi assurance maladie et de versements en vigueur des lois sur les accidents du travail.

Pour l'assurance des marins et leurs ayants-droit valent en général les réglementations ordinaires, mais le pourcentage est pour ce groupe moins élevé. Cela est causé par le fait que les marins reçoivent, selon

les dispositions du Code de commerce, une partie considérable de leur assistance médicale de la part des armateurs.

b. Attestations de l'employeur

Le recouvrement de la cotisation de l'assurance obligatoire effectué par les employeurs et les associations professionnelles a de grands avantages dans la pratique, mais elle entraîne aussi une difficulté spéciale. Le travailleur ne paye plus directement, comme du temps où il n'y avait qu'une assurance volontaire, la cotisation à sa caisse. Pourtant la caisse doit savoir toujours quelles sont les personnes qui bénéficient de l'assurance afin de pouvoir juger du droit aux prestations et pour fixer les rémunérations des praticiens et des pharmaciens qui sont remboursées d'après le nombre de bénéficiaires inscrits à leur nom.

C'est pourquoi on exige aujourd'hui que l'employeur remet au travailleur qui entre dans son service une attestation de travail que le travailleur remet à son tour à la caisse lorsqu'il se fait inscrire. L'employeur doit fournir ensuite périodiquement (en principe chaque mois) un certificat signé portant son nom et adresse et le nom de l'assuré, lequel certificat prouve que le travailleur en question est encore dans son service. Celui-ci remet ces certificats également à la caisse; tant que la caisse reçoit les certificats elle considère le travailleur comme assuré.

Beaucoup d'employeurs sont exemptés sur leur demande de remettre les certificats; en revanche ils doivent informer les caisses des changements parmi leurs employés à l'aide de cartes auxquelles ils mentionnent quand le travailleur est entré en service et à quelle date il l'a quitté. Les exemptions concernent aujourd'hui plus de 50 pour cent des employés assurés. Les caisses font contrôler les travailleurs de temps en temps par leurs encaisseurs afin de vérifier les renseignements des employeurs et de recueillir les informations concernant les modifications dans la situation

familiale et qui sont nécessaires pour tenir à jour l'état des bénéficiaires.

La réglementation actuelle concernant les certificats a été introduite au commencement de 1959. Avant cette date il y avait d'autres règlements. Les employeurs devaient donner alors à leurs employés les soi-disant coupons qui avaient en partie la même fonction que les certificats employés à présent. Des carnets contenant un certain nombre de coupons étaient en vente aux Conseils de travail et aux bureaux des postes. Les prix des carnets et le nombre des coupons se trouvant dans les carnets étaient fixés de façon que les montants correspondaient plus ou moins à la moitié de la cotisation, due par l'employeur pour la période pendant laquelle il remettait les coupons à ses travailleurs. Les montants payés ainsi par les employeurs, formaient une avance sur le payement de la cotisation. Le reste de la cotisation fut recouvré plus tard. A présent, comme déjà mentionné le recouvrement est effectué d'avance, tant que possible, par les associations professionnelles. C'est pourquoi on livre gratuitement les formulaires des certificats, sinon il y aurait question d'un double payement de l'avance.

Le nouveau système qui, pour autant qu'on puisse contrôler, n'entraîne pas de grandes difficultés pour les employeurs, donne une économie considérable, d'un million de florins par an, en ce qui concerne les frais d'administration;

c. Cotisation de titulaires de rentes etc. et contribution de l'Etat dans leur assurance

Depuis 1951 les titulaires d'indemnités et de rentes en vertu de la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse et des lois sur l'invalidité et les accidents du travail sont acceptés comme bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins médicaux. A l'exception des titulaires d'indemnités et de rentes en vertu des lois sur les accidents du travail ils doivent une cotisation d'abord de fl 1,50, plus tard, à partir du 1er janvier 1958 de fl 2,50 par mois. Cette cotisation est retenue sur les rentes ou les indemnités par les or-

ganismes qui les payent; les organismes remettent les montants ainsi obtenus à la caisse d'égalisation de l'assurance obligatoire.

La cotisation ne couvre aucunement les frais des prestations servies; en particulier il en est ainsi des titulaires de l'allocation de vieillesse. On estimait que la moitié environ de ce groupe de personnes n'a pas eu un emploi salarié. C'est pourquoi l'Etat s'est chargé, pendant la période de 1951 jusqu'à 1956 inclusivement, de la moitié du déficit de leur assurance.

Cette contribution de l'Etat à la caisse d'égalisation de l'assurance obligatoire ne fut plus prêtée dès l'abrogation de la Loi provisoire sur l'allocation de vieillesse et l'introduction de l'assurance de personnes âgées, à partir donc du 1er janvier 1957.

d. Autres groupes de personnes qui sont assurées obligatoirement

Pour d'autres groupes de personnes qui sont assurées obligatoirement comme les titulaires de rentes militaires d'invalidité, les appelés etc. valent des règles qui diffèrent quant à la perception de la cotisation et le financement de leur assurance. Mais il ne semble pas utile de la décrire en détail.

e. Versements de la caisse d'égalisation aux caisses maladie générales

D'abord on avait arrêté dans le Décret portant réglementation des caisses de maladie que le contenu de la caisse d'égalisation serait reparti chaque semestre par l'organisme de contrôle sur les caisses maladie générales en proportion des nombres de bénéficiaires de l'assurance obligatoire. On n'a pas exécuté cette disposition, parce que cela entraînerait de grands inconvénients dans la pratique. C'est qu'il se trouva que les frais des caisses par bénéficiaire différaient beaucoup entre eux par suite d'un nombre de facteurs sur lesquels les caisses n'exercent pas ou presque pas

d'influence, par exemple le caractère des régions de leurs activités, la mentalité de la population de ces régions, le nombre de spécialistes, de dentistes, le nombre et les tarifs des hôpitaux. La conséquence de ces circonstances différentes est que certaines caisses dépensent une fois et demie autant par bénéficiaire que d'autres caisses.

La répartition susmentionnée des finances aurait été donc injuste et aurait causé de graves difficultés. Certaines caisses auraient reçu plus d'argent que dont elles avaient besoin, d'autres caisses cependant auraient eu de déficits auxquels on n'avait pas pourvu.

La disposition du Décret portant réglementation des caisses de maladie en ce qui concerne la répartition de la caisse par semestre n'a jamais été appliquée et au début de 1946 on l'a abrogée à effet rétroactif.

On s'est demandé si la simple répartition d'après les nombres de bénéficiaires pourrait être remplacée par une répartition d'après d'autres normes. On n'a pourtant pas encore réussi à résumer d'une façon satisfaisante la multiplicité d'éléments qui influencent les frais.

Provisoirement les caisses reçoivent en guise d'une avance de l'organisme de contrôle les montants dont elles ont besoin selon les documents financiers qu'elles remettent à l'organisme susdit pour couvrir leur dépenses nécessaires pour exécuter l'assurance obligatoire. Formellement ces versements ont encore le caractère d'avances mais on peut s'attendre à ce qu'ils soient transformés en versements définitifs par la réglementation légale qui va venir.

Il résulte de la circonstance que les avances sont réglées d'après les besoins réels, que le Conseil des caisses maladie doit contrôler toujours scrupuleusement si on a fait à juste titre les dépenses mentionnées dans les documents financiers et si la gestion a été justifiée et économe. A cet effet le conseil dispose entre autres d'un service d'experts-comptables (voir aussi chapitre II C).

f. Contribution à la caisse de prévention

Dans le cours de l'année 1950 une caisse a été fondée par la loi pour le financement des mesures qui doivent prévenir la maladie et avancer la santé publique. Dans cette loi on a également réglé que la caisse nommée caisse de prévention (preventiefonds) sera dotée annuellement de fl 6.000.000 de la part de la caisse d'égalisation (une première dotation de fl 1.500.000 était destinée pour l'année 1949). On peut considérer la caisse de prévention comme le renouvellement de l'ancienne caisse de prophylaxie (prophylaxiefonds) dans laquelle on versait une petite partie de la cotisation selon la Loi assurance maladie (prestations en espèces), et à l'aide de laquelle on tendait à un but pareil.

2. Assurance de personnes âgées

Les personnes âgées qui peuvent bénéficier de l'assurance soins médicaux de personnes âgées (voir chapitre III A sous 3) payent une cotisation qui ne suffit aucunement pour couvrir les dépenses. Si le revenu d'une personne âgée ne dépasse pas un montant de fl 2.580,-- (d'abord fl 2.400,-- par an, on calcule la cotisation d'après un quart des frais moyens par assuré (les épouses et les enfants bénéficient gratuitement de l'assurance). Si le revenu se trouve entre fl 2.580,-- et fl 3.590,-- (autrefois fl 2.400,-- et fl 3.410,-- par an, la cotisation doit couvrir la moitié des frais en moyenne par assuré.

Chaque année on détermine par décret royal les montants de cotisation qui se basent alors sur les normes sus-indiquées. En 1957 la cotisation était de fl 0,55 par semaine pour les personnes ayant les revenus les plus bas et fl 1,10 par semaine pour les autres; en 1959 les cotisations étaient de fl 0,82 et fl 1,64.

L'assurance de personnes âgées se solde donc chaque année par un grand déficit. La moitié de ce déficit est payée par l'Etat selon une disposition de la loi qui a introduit cette assurance, l'autre moitié par la caisse d'égalisation de l'assurance obligatoire. L'assurance de personnes âgées dispose donc de trois sortes de

revenus: la cotisation des assurés, la contribution de l'Etat et celle de la caisse d'égalisation. Ces contributions sont versées dans la caisse centrale de l'assurance de personnes âgées.

Par l'intervention du Conseil des caisses maladie les caisses maladie reçoivent de la caisse centrale susdite les finances dont elles ont besoin - outre les cotisations qu'elles reçoivent directement - pour le financement de cette assurance. Ce qui a été mentionné à la fin du paragraphe des versements de la caisse d'égalisation aux caisses maladie générales (chapitre IV B 1, sous e) est également applicable aux versements de la caisse centrale de l'assurance de personnes âgées.

On peut faire observer que les frais de l'assurance de personnes âgées par bénéficiaire sont plus de 50 pour cent plus hauts que ceux de l'assurance obligatoire, par suite du plus grand besoin d'assistance médicale de ces personnes. Ce pourcentage serait encore plus élevé si une partie de l'assistance assurée ne serait rémunérée d'un montant par année par personne lequel montant est pareil pour toutes les personnes qui bénéficient des différentes assurances (l'assistance des médecins de famille est rémunérée ainsi à peu près entièrement, l'assistance pharmaceutique partiellement).

La relation entre le coût par bénéficiaire de l'assurance de personnes âgées et celui de l'assurance obligatoire est calculée chaque année à l'aide de données fournies par quelques caisses d'expérience qui à cet effet ont séparé l'administration des deux assurances. Les autres caisses ont une seule administration pour ces assurances. Au bout d'une année le Conseil des caisses maladie sépare approximativement les frais des deux assurances de toutes les caisses ensemble. Le conseil fait alors usage des statistiques des nombres des bénéficiaires de chaque caisse et des données fournies par les caisses d'expérience en ce qui concerne la différence entre les frais des bénéficiaires de l'assurance obligatoire et de celle de personnes âgées.

3. Assurance volontaire

Le financement de l'assurance volontaire est resté décentralisé. Chaque caisse fixe elle-même la cotisation qu'elle est obligée de demander afin d'avoir pour cette assurance une exploitation en équilibre. Les changements des cotisations doivent être approuvés cependant par le Conseil des caisses maladie qui doit prendre garde que les cotisations soient ni trop élevées ni trop peu élevées.

Les dernières années les cotisations de l'assurance volontaire ont été élevées à plusieurs reprises. A présent elles vont de fl 1,60 à fl 2,70 par cotisant par semaine selon les différences dans le niveau des frais et le nombre relatif de personnes qui bénéficient gratuitement (enfants). La cotisation doit être payée par toutes les personnes assurées à l'exception des enfants -appartenant à la famille- au-dessous de 16 ans. Une famille paye donc une cotisation qui va à présent de fl 3,20 jusqu'à 5,40 par semaine, sans compter le nombre des enfants au-dessous de 16 ans, qui sont de la famille. Une famille dite incomplète (mari ou femme et des enfants) payait autrefois le plus souvent une fois et demie la cotisation qui est payée par une seule personne; à présent cela a été changé par suite de l'application d'un système qui règle la réduction de cotisation en certains cas (voir ci-dessous).

Une seule caisse a une autre réglementation: elle demande aussi une cotisation pour les enfants au-dessous de 16 ans jusqu'à un certain nombre par famille.

Au contraire à l'assurance obligatoire l'assurance volontaire ne lève donc pas de cotisation selon la hauteur des revenus. Une des raisons en est que la caisse n'est pas bien au courant des revenus de ceux qui sont volontairement assurés. Les renseignements sur la hauteur des revenus que la caisse pourrait obtenir de ses assurés, ne peuvent être contrôlés par elle.

La conséquence du système d'une cotisation fixe est pourtant que ceux qui sont volontairement assurés et qui ont des revenus modestes payent une cotisation qui est relativement trop haute.

Depuis 1947 on a essayé d'obvenir à cette difficulté en prêtant des subventions de la caisse d'égalisation de l'assurance obligatoire et de l'Etat.

Jusqu'à 1950 inclusivement la caisse d'égalisation prêtait des subventions qui étaient de fl 40.000.000 au total. Le motif de cette subvention est que l'introduction de l'assurance obligatoire a mal influencé la position financière de l'assurance volontaire: on avait diminué sa capacité, tandis que ses membres les plus valides étaient passés à l'assurance obligatoire. Ceux qui à cause de maladie, d'invalidité ou de vieillesse ne pouvaient plus exécuter un travail salarié passaient, à leur tour, à l'assurance volontaire tandis que l'assurance obligatoire admettait au nombre de ses bénéficiaires les jeunes gens, puisque ceux-ci sont pour une très grande partie des salariés, ils constituent en général de basses risques.

Le subventionnement par l'Etat ne s'est mis en train que difficilement. D'abord la subvention n'était que de fl 1.500.000 par année et n'était qu'une contribution dans les frais de l'assurance volontaire des fonctionnaires en service permanent. En 1950 un montant de fl 9.500.000 environ fut également mis à la disposition pour prêter entre autres des réductions sur la cotisation des titulaires d'une allocation selon la loi provisoire sur l'allocation de vieillesse.

Lorsque, le 1er janvier 1951, les dernières personnes, ainsi que les titulaires de rentes d'invalidité et de rentes en cas d'accidents de travail étaient admis au nombre des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de sorte qu'ils n'avaient plus besoin de s'adresser à l'assurance volontaire des caisses les raisons les plus importantes pour les subventions de la caisse d'égalisation ne valaient plus.

Sur ces entrefaites il y avait toujours des bénéficiaires de cette assurance qui avaient des revenus modestes et pour qui les cotisations qui augmentent toujours menaçaient de devenir une charge trop lourde. C'est pourquoi l'Etat a continué de subventionner l'assurance volontaire quelque peu plus largement; d'abord la subvention était de 8 à 9 millions de florins par année, depuis 1957 (après l'introduction de l'assurance de personnes âgées subventionnée séparément) de fl 5.000.000.

En ce qui concerne la répartition des subventions sur les caisses, laquelle répartition avait lieu par l'organisme de contrôle (d'abord

le commissaire, puis le Conseil des caisses maladie), on peut faire les observations suivantes.

Pendant les premières années du subventionnement (1947 jusqu'à 1950) chaque caisse qui demandait une cotisation fixée par l'organisme de contrôle et uniforme pour le pays entier, pouvait prétendre à une contribution de la subvention basée sur:

1. le nombre des bénéficiaires de l'assurance volontaire;
2. le rapport entre les nombres des cotisants et de ceux qui bénéficient gratuitement;
3. l'étendue des prestations (en général les caisses procédaient en 1947 à octroyer aux bénéficiaires de l'assurance volontaire les mêmes droits qu'aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire, pourvu qu'elles ne l'eussent pas encore fait plus tôt).

Les caisses dont l'assurance volontaire, malgré la contribution susdite, avait encore des déficits reconnus comme justifiés par l'organisme de contrôle, recevaient une contribution supplémentaire pour couvrir ces déficits.

La cotisation uniforme était d'abord de fl 0,50 par cotisant par semaine (les enfants au-dessous de 16 ans bénéficiaient gratuitement); en 1949 elle fut de fl 0,63, en 1950 de fl 0,80.

Après 1950 les caisses fixaient de nouveau elles-mêmes leurs cotisations. En 1951 on leur a accordé une contribution à la charge de la subvention, en proportion du nombre des bénéficiaires de l'assurance volontaire. Dans les années suivantes on accentua de plus en plus le système des réductions de cotisation en faveur de certains groupes de bénéficiaires ayant des revenus très bas. Après 1954 ce système devint la seule base pour la répartition des subventions. On rendait aux caisses un remboursement pour les réductions des cotisations qu'on avait accordées aux personnes de 65 ans et davantage, aux enfants étudiant et aux enfants invalides, aux hommes et aux femmes solitaires ayant des enfants et aux grandes familles avec des revenus modestes qui bénéficient d'une allocation familiale en vertu de la Loi provisoire sur l'allocation familiale en faveur de ceux qui ne sont pas des personnes salariées.

En outre on accordait aux caisses une indemnité générale de fl 0,75 par bénéficiaire, par année, dont les caisses pouvaient payer des réductions spéciales sur la cotisation en faveur de personnes ou de groupes de personnes qu'elles indiquaient elles-mêmes. Cette réglementation est toujours en vigueur, sous cette réserve que, après 1956, en rapport avec l'introduction, le 1er janvier 1957, de l'assurance maladie subventionnée de personnes âgées, elle ne s'applique qu'aux personnes au-dessus de l'âge de 65 ans.

4. Assurance supplémentaire

La cotisation de l'assurance supplémentaire est pareille pour tous les bénéficiaires d'une caisse (exclusivement les enfants; ceux-ci bénéficient gratuitement). La cotisation est fixée par la caisse et doit être approuvée par le Conseil des caisses maladie (à moins qu'on n'ait créé pour l'assurance supplémentaire une fondation spéciale, ce qui a eu lieu assez souvent).

La cotisation de l'assurance supplémentaire est très peu élevée. Le manque d'expérience en ce qui concerne l'assurance supplémentaire qui ne commençait à se développer qu'en 1943 et plus tard était la cause que les caisses d'abord éprouvaient des difficultés en calculant la cotisation. Aussi les cotisations différaient beaucoup entre elles. Aujourd'hui elle balance entre fl 0,08 et fl 0,15 par cotisant par semaine.

5. Données statistiques de l'assurance obligatoire et de l'assurance dite "légale" (assurance obligatoire et assurance de personnes âgées ensemble)

A la fin de ce rapport se trouvent cinq tableaux composés de quelques données sur une période qui va de 1948 jusqu'à 1957 inclusivement. On n'a pas besoin de remonter à une période plus reculée parce que les séries de chiffres sur 10 années suffisent pour avoir une impression du développement dans le passé pour autant que celui-là soit encore intéressant à présent. Sur la période d'avant l'introduction du Décret portant réglementation des caisses de maladie

en 1941 on ne dispose d'ailleurs pas de données financières récapitulatives, tandis que la période de 1942 jusqu'à 1947 a été influencée complètement par la guerre et par le retour à des circonstances plus normales.

On appelle l'attention sur le fait que pour l'année 1957 on a mentionné dans les tableaux deux séries de chiffres, dont la première regarde l'assurance dite légale et la deuxième l'assurance obligatoire. L'assurance légale englobe l'assurance obligatoire et l'assurance de personnes âgées. A partir de 1957 les frais de l'assurance obligatoire ne sont plus notés séparément, mais ils sont réduits, à l'aide de sondages, des chiffres concernant l'assurance légale. Pendant les années de 1951 jusqu'à 1957 un groupe considérable de personnes âgées a bénéficié de l'assurance obligatoire. Par suite des frais élevés des prestations pour les personnes âgées les frais des prestations par bénéficiaire étaient plus élevés que ce n'aurait été le cas dans d'autres circonstances. Afin de comparer l'année 1957 avec les années de 1951 jusqu'à 1956 inclusivement on peut se servir des frais par bénéficiaire de l'assurance légale en 1957 (inclusivement les personnes âgées) mais pour une comparaison de 1957 avec les années de 1948 jusqu'à 1950 inclusivement il faut se servir des frais par bénéficiaire de l'assurance obligatoire en 1957 (exclusivement les personnes âgées).

Dans la période de 1951 jusqu'à 1957 l'assurance obligatoire a reçu une contribution de l'Etat pour le financement de l'assurance obligatoire de personnes âgées. A partir de 1957 l'Etat contribue à l'assurance de personnes âgées.

Tableau nr 1 mentionne les recettes et les dépenses en milliers de florins; dans le tableau nr 2 on a noté les frais par bénéficiaire et tableau nr 3 contient les données concernant les nombres des prestations différentes, de malades et de jours d'hospitalisation pour 1000 bénéficiaires.

A l'aide de ces données on a calculé les indices notés au tableau nr 4.

Les indices des frais par bénéficiaire pouvaient être calculés sans difficultés à l'aide des indices du tableau nr 2.

Les indices des quantités sont calculés pour médicaments et objets de pansement, assistance

obstétricale, hospitalisation dans les hôpitaux ou dans les sanatoriums et pour transport de malades à l'aide des nombres de livraisons de médicaments, d'accouchements, de jours d'hospitalisation et de malades qu'on a transportés, lesquels nombres sont mentionnés dans le tableau nr 3. En ce qui concerne l'assistance dentaire, la thérapeutique externe (méthode de traitement mécanique et physique) et les appareils d'orthopédie, on a également fait usage des chiffres figurant au tableau nr 3, mais pour cela il fallait encore des évaluations supplémentaires. Le tableau nr 3 ne contient pas de données en ce qui concerne les nombres des actes des médecins de famille et des médecins spécialistes. Comme les données concernant l'assistance de médecins de famille manquaient on est parti de la supposition que le nombre des actes par bénéficiaire n'ait pas changé. Quant à l'assistance des médecins spécialistes on a évalué l'influence des différentes majorations d'honoraires sur les frais par bénéficiaire; l'augmentation des frais qui n'a pas été causée par les majorations susmentionnées est censée relever de l'extension du nombre des actes.

Les indices des prix ont été calculés en divisant les indices des frais par les indices des quantités.

Qu'on tienne compte, en considérant les indices des prix et des quantités, de ce qui suit.

1. Le "prix" veut dire ici le paiement effectué par les caisses. La partie des prix qui pour quelques prestations vient à la charge des bénéficiaires (assistance dentaire, hospitalisation dans un sanatorium, appareils d'orthopédie, moyens auxiliaires, transport de malades) a été négligée. L'indice des prix a été influencé donc également par les modifications dans la réglementation des paiements par les bénéficiaires. Il est possible d'évaluer cette influence, mais cela compliquerait trop la chose.
2. Dans une recherche plus détaillée on pourrait s'informer également quelle partie de la majoration des indices des quantités relève de l'extension des droits des bénéficiaires.

3. L'indice des quantités pour l'hospitalisation (dans un hôpital) est basé sur le nombre des jours d'hospitalisation par bénéficiaire. Ici on a donc négligé le fait que la quantité d'assistance par jour d'hospitalisation a augmenté à toute vraisemblance.
4. L'indice de la quantité pour médicaments et objets de pansement est basé sur le nombre de livraisons de médicaments par bénéficiaire. On n'a pas tenu compte de changements dans la qualité quoique, sans aucun doute, les nombreux nouveaux médicaments diffèrent beaucoup des médicaments d'autrefois.
5. Comme déjà mentionné on est parti-parce que les données manquaient- de la supposition que l'indice de la quantité pour l'assistance des médecins de famille soit resté le même.

Par ci, par là les indices demandent d'être commentés. Les commentaires cependant doivent être précédés de l'observation que la hausse de l'indice des prix dépend en premier lieu de la dévaluation de l'argent qui se fait sentir par exemple dans l'augmentation du coût de la vie (voir colonne 4 du tableau 5).

Les honoraires des médecins de famille ont été considérablement augmentés le 1er juillet 1953 (indices des prix 1952: 120 et 1954: 191), parce qu'on était d'avis que ces honoraires ne suffisaient pas.

La baisse de l'indice de la quantité pour médicaments et objets de pansement en 1952 a été causée parce que les caisses ne prêtaient plus de remèdes de bonne femme. On doit l'image favorable de l'indice de prix pour ces prestations en 1952 et 1953 en partie à l'introduction d'une liste de sortes et de quantités maximum dans le pays entier.

Le 1er juillet 1949 s'est réalisée une réglementation de tarifs uniforme pour le pays entier pour rémunérer l'assistance prêtée par les médecins spécialistes, ce qui a entraîné une majoration qu'on peut estimer à 25 pour cent approximativement. Sans aucun doute le progrès de la médecine a fait valoir son influence en particulier sur cette prestation, ce qui est exprimé par le nombre augmentant des renvois aux

médecins spécialistes ainsi que par une augmentation des frais qui concernent les parties de la médecine qui sont en train de se développer considérablement (traitement par les rayons Roentgen, anesthésie, laboratoire). Aussi l'indice de la quantité pour l'assistance de médecins spécialistes s'est élevé plus que celui pour d'autres prestations.

Par suite d'un conflit entre les dentistes et les caisses maladie on n'a presque pas prêté d'assistance dentaire pour le compte des caisses dans la période du 1er avril 1957 jusqu'au 4 septembre 1957. C'est pourquoi l'indice de la quantité montre une baisse pour cette prestation en 1957.

A partir de 1955 la durée au maximum d'un séjour dans un hôpital pour le compte des caisses est portée de 42 à 70 jours (voir l'indice de la quantité). L'indice des prix montre pour cette prestation une hausse extraordinaire. Les conditions -en ce qui concerne l'établissement et le personnel- posées par la médecine moderne, l'amélioration des salaires et de la durée du travail en faveur des infirmières ainsi que les hauts frais des constructions nouvelles peuvent être nommés comme les causes les plus importantes de cette augmentation.

Pendant les années de 1952 jusqu'à 1954 les caisses n'ont pas prêté de verres de lunettes. Le 1er juillet 1948 et le 1er janvier 1955 on a considérablement augmenté le remboursement d'un verre de lunettes (voir les indices de l'appareillage).

L'introduction en 1950 d'un paiement supplémentaire dû par le malade pour transport et l'augmentation de ce paiement en 1952 ont influencé l'indice des prix ainsi que l'indice de la quantité. (Depuis 1952 les transports moins chers ont cessé d'influencer les indices parce que les paiements supplémentaires des bénéficiaires couvraient les frais de ces transports).

La baisse de l'indice des prix pour hospitalisation dans un sanatorium en 1949 est causée par le fait que pour l'année 1948 une indemnité fut payée aux sanatoriums pour rembourser des pertes dans leur exploitation, cette indemnité ne fut pas payée pendant 1949 et plus tard. Le fait que, de 1951 jusqu'à 1954, cet indice a beaucoup moins monté que l'indice des prix pour

hospitalisation dans un hôpital, s'explique ainsi, que jusqu'à 1955 le remboursement par jour d'hospitalisation dans un sanatorium ne pouvait dépasser un certain maximum.

Tableau 5 résume les données les plus importantes des tableaux précédents. On y a ajouté quelques données de nature générale. A l'aide du tableau 5 peuvent être expliquées quelques facettes du développement financier dans la période en question.

Comme la réserve de la caisse d'égalisation de l'assurance obligatoire avait atteint en 1948 une telle étendue qu'il était justifié qu'elle subit quelque réduction, tandis que la situation économique rendit souhaitable de tenir les charges pour employeurs et travailleurs aussi basses que possible, on a fixé le pourcentage pour les cotisations, à partir de 1949, à un niveau qui ne suffisait pas pour avoir un budget en équilibre (comparer les colonnes 2 et 3).

Le pourcentage nécessaire pour un budget en équilibre a augmenté à partir de 1948 jusqu'à 1955 et a diminué un peu en 1956 et 1957.

Cette augmentation s'accorde évidemment à la circonstance que les frais au total par bénéficiaire jusqu'à 1955 ont augmenté plus que le salaire de base par assuré (comparer les colonnes 6 et 7). De 1955 jusqu'à 1957 les frais ont augmenté moins (augmentation des frais par bénéficiaire 18 pour cent; augmentation du salaire de base par assuré 22 pour cent).

Il est d'ailleurs curieux de voir que pendant les années de 1955 jusqu'à 1957 le salaire de base par assuré a augmenté plus que l'indice publié par "Het Centraal Bureau voor de Statistiek" (Bureau central des statistiques) concernant les salaires des travailleurs adultes masculins dans l'industrie.

La forte augmentation des frais totaux par bénéficiaire n'a pas été causée par une majoration anormale des frais de gestion. Les frais de gestion, de recouvrement des cotisations et de contrôle par bénéficiaire ont même augmenté beaucoup moins que le salaire de base par assuré. Cela résulte, outre des mesures d'économie, de l'augmentation considérable du nombre de bénéficiaires dans la période en question qui ne fut pas suivie d'une extension proportionnelle

de l'appareil administratif.

On peut faire observer en ce qui concerne les frais et paiements spéciaux qu'on n'a pas fourni de contribution à la caisse de prévention en 1948 (voir chapitre IV B 1 sous f), tandis qu'en 1949 la contribution n'était que modeste. Ensuite on fait observer encore ce qui suit pour bien comprendre la rubrique susmentionnée des frais et paiements spéciaux.

Avant 1951 l'assurance obligatoire fournit une contribution à l'assurance volontaire (voir chapitre IV B 2) et depuis 1957 une contribution à l'assurance de personnes âgées (voir chapitre IV B 3). Dans la période entre ces deux années aucune contribution fut prêtée à d'autres assurances, mais les frais des prestations par bénéficiaire étaient relativement plus hauts que dans les années en dehors de cette période, parce que beaucoup de personnes âgées qui causaient le plus souvent de hautes dépenses bénéficiaient dans cette période de l'assurance obligatoire.

Si on tient pourtant compte des frais dans l'année 1957 par bénéficiaire de l'assurance légale (inclusivement donc les personnes âgées) il se trouve que ceux-ci sont, quant aux prestations, plus élevés que les frais par bénéficiaire de l'assurance obligatoire dans la même année. Il va sans dire que, quand on considère l'assurance légale, il faut éliminer la contribution de l'assurance obligatoire à l'assurance de personnes âgées. (Dans l'assurance légale, c'est donc la combinaison de l'assurance obligatoire et de l'assurance de personne âgées, cette contribution est une dépense et un bénéfice en même temps).

L'augmentation du pourcentage de la cotisation nécessaire pour avoir un budget en équilibre est causée presque entièrement parce que les frais des prestations par bénéficiaire ont augmenté beaucoup plus que le salaire de base par assuré.

Comme déjà mentionné dans ce qui précède l'augmentation des frais des prestations par bénéficiaire est entraînée par:

- a. l'augmentation des honoraires, des tarifs etc. (voir colonne 11: indice des prix des prestations)
- et

- b. l'extension du nombre des prestations, des jours d'hospitalisation etc. (voir colonne 12: indice de la quantité des prestations).

Quand on considère la période entière il se trouve que l'indice des prix est resté au-dessous de l'indice du salaire de base par assuré (respectivement 180 et 186). On en peut tirer la conclusion que l'augmentation du pourcentage de la cotisation nécessaire pour avoir un budget en équilibre n'est pas causée par l'augmentation des honoraires, des tarifs etc.

Il va sans dire qu'à la longue le pourcentage de la cotisation doit être augmenté si l'assistance s'étend soit par suite de l'extension des droits du bénéficiaire soit parce que la possibilité de prêter l'assistance ainsi que la disposition à demander l'assistance augmente.

Tableau no 1. Les recettes et dépenses de l'assurance obli-

	1948	1949	1950	1951
Ass. des méd. de fam.	19.980	21.656	23.712	29.534
Méd. et obj. de pansem.	19.818	22.102	25.037	33.384
Ass. des méd. spéc. 2)	14.393	18.073	22.667	28.740
Ass. dentaire	7.431	8.697	10.125	13.504
Ass. obst.	2.462	2.526	2.659	2.745
Hosp. d. u. hôpital	24.162	27.365	34.669	50.723
Thérap. mécan. et phys.	1.500	1.709	1.824	2.060
Appareillage	1.587	2.001	2.139	2.873
Transp. de malades	1.809	2.067	1.816	2.347
Hosp. dans un sana.	7.157	8.319	10.525	13.391
Alloc. de naiss.	-	-	-	-
Alloc. au décès	586	541	515	581
Autres frais d. prest.	145	146	153	167
Frais de gestion des c. m.	11.695	12.580	14.246	16.887
Fr. de recouvr. d.l.cot.	1.351	1.430	1.625	1.792
Fr. du bur. du comm. (jusqu'à 1948 incl.)/fr. du Cons. des c.m. et de son bur. (à p. de 1949)	665	741	773	881
Fr. et payem. spéc.	198	263	187	709
Solde règl. d. c. avec l'étr.	678	691	470	216
Contr. à la c. de prév.	-	1.500	6.000	6.000
Contr. à l'ass. vol.	16.000	11.000	5.000	-
Contr. à l'ass. des pers. âgées	-	-	-	-
Dép. au total	131.617	143.407	164.142	206.534
Cotis.	141.363	139.233	156.800	187.103
Contr. de l'Etat	-	-	-	3.800
Autres recettes	1.990	2.601	3.190	3.368
Recettes au total	143.353	141.834	159.990	194.271
Solde actif	11.736			
Solde passif		1.573	4.152	12.263

1) al = assurance légale (assurance obligatoire et assurance des personnes âgées ensemble).
ao = assurance obligatoire.

2) Y compris l'assistance des médecins spécialistes prêtée aux malades hospitalisés, sauf si elle est comprise dans le prix d'hospitalisation (cela vaut pour, environ, un tiers des jours d'hospitalisation).

gatoire en milliers de florins

1952	1953	1954	1955	1956	1957	
					al 1)	ao 1)
31.201	41.973	52.374	54.407	57.347	60.544	54.263
33.887	35.420	38.557	45.136	48.313	54.984	45.209
30.224	36.746	39.714	51.085	56.723	64.849	55.032
14.454	16.350	18.543	21.622	23.001	19.876	19.574
3.010	3.362	3.736	3.836	3.957	4.117	4.117
58.940	67.040	75.927	101.472	111.254	133.268	105.381
2.167	2.638	3.033	3.700	4.233	5.303	4.531
738	886	1.021	5.169	5.213	5.448	4.665
1.879	2.209	2.427	2.760	3.193	3.897	3.036
13.930	14.111	13.666	15.579	15.036	14.638	13.515
-	-	-	-	-	3.107	3.107
157	-	-	-	-	-	-
219	245	279	246	278	299	269
17.142	17.634	19.877	21.519	23.216	24.806	22.254
2.077	2.110	2.182	3.266	3.216	3.494	3.494
926	999	1.060	1.169	1.253	1.343	1.204
721	530	526	522	378	2.040	1.278
-203	-378	-163	137	501	495	495
6.000	4.156	5.540	5.355	5.070	6.326	6.326
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	21.604
217.469	245.031	278.299	336.980	362.182	408.834	369.436
204.025	228.932	256.799	287.125	328.469	378.264	363.128
4.852	8.410	10.495	14.324	16.078	19.212	-
3.418	2.747	2.472	1.974	1.382	931	922
212.295	240.089	269.766	303.423	345.929	399.007	364.050
5.174	5.942	8.533	33.557	16.253	9.827	5.386

Tableau no 2. Les recettes et dépenses en florins par bé

	1948	1949	1950	1951
Ass. des méd. de fam.	4,73	4,99	5,21	5,53
Méd. et obj. de pansem.	4,70	5,09	5,51	6,26
Ass. des méd. spéc. 2)	3,41	4,16	4,98	5,38
Ass. dentaire	1,76	2,00	2,23	2,53
Ass. obst.	0,58	0,58	0,59	0,51
Hosp. d. un hôp.	5,73	6,30	7,62	9,50
Thérap. méc. et phys.	0,36	0,39	0,40	0,39
Appareillage	0,38	0,46	0,47	0,54
Transp. de malades	0,43	0,48	0,40	0,44
Hosp. dans un sana.	1,70	1,92	2,31	2,51
Alloc. de naiss.	-	-	-	-
Alloc. au décès	0,14	0,13	0,11	0,11
Autres frais d. prest.	0,03	0,03	0,03	0,03
Frais de gestion des c. m.	2,77	2,90	3,13	3,16
Fr. de recouvr. d.l.cot.	0,32	0,33	0,36	0,34
Fr. du bur. du comm. (jusqu'à 1948 incl.)/fr. du Cons. des c.m. et de son bur. (à p. de 1949)	0,16	0,17	0,17	0,17
Fr. et payem. spéc.	0,05	0,06	0,04	0,13
Solde régl. d.c. avec l'étr.	0,16	0,16	0,10	0,04
Contr. à la c. de prév.	-	0,35	1,32	1,12
Contr. à l'ass. vol.	3,79	2,53	1,10	-
Contr. à l'ass. des pers. âgées	-	-	-	-
Dép. au total	31,20	33,03	36,08	38,69
Cotis.	33,51	32,07	34,47	35,05
Contr. de l'Etat	-	-	-	0,71
Autres recettes	0,47	0,60	0,70	0,63
Recettes au total	33,98	32,67	35,17	36,39
Solde actif	2,78			
Solde passif		0,36	0,91	2,30

1) al= assurance légale (assurance obligatoire et assurance des personnes âgées ensemble).
ao= assurance obligatoire.

2) Y compris l'assistance des médecins spécialistes prêtée aux malades hospitalisés, sauf si elle est comprise dans le prix d'hospitalisation (cela vaut pour, environ, un tiers des jours d'hospitalisation).

néficiaire de l'assurance obligatoire

1952	1953	1954	1955	1956	1957	
					al 1)	ao 1)
5,70	7,40	9,05	9,19	9,59	9,89	9,89
6,20	6,24	6,66	7,62	8,08	8,99	8,24
5,53	6,48	6,86	8,63	9,49	10,60	10,03
2,64	2,88	3,20	3,65	3,85	3,25	3,57
0,55	0,59	0,64	0,65	0,66	0,67	0,75
10,77	11,82	13,12	17,14	18,61	21,78	19,21
0,40	0,46	0,52	0,63	0,71	0,87	0,82
0,14	0,16	0,18	0,87	0,87	0,89	0,85
0,34	0,39	0,42	0,47	0,53	0,64	0,55
2,55	2,49	2,36	2,63	2,52	2,39	2,48
-	-	-	-	-	0,51	0,57
0,03	-	-	-	-	-	-
0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05
3,13	3,11	3,43	3,63	3,89	4,05	4,06
0,38	0,37	0,38	0,55	0,54	0,57	0,63
0,17	0,18	0,18	0,20	0,21	0,22	0,22
0,13	0,09	0,09	0,09	0,06	0,33	0,23
-0,04	-0,07	-0,03	0,02	0,08	0,08	0,09
1,10	0,73	0,96	0,91	0,85	1,03	1,15
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	3,94
39,76	43,36	48,07	56,92	60,59	66,81	67,33
37,30	40,35	44,36	48,50	54,95	61,91	66,18
0,89	1,48	1,81	2,42	2,69	3,14	-
0,62	0,48	0,43	0,33	0,23	0,15	0,17
38,81	42,31	46,60	51,25	57,87	65,20	66,35
0,95	1,05	1,47	5,67	2,72	1,61	0,98

Tableau no 3. Nombre de prestations différentes, de malades, l'assurance obligatoire

	1948	1949	1950	1951
Livr. de médic. 2)	5,4	5,6	5,75	6,07
Extr.(excl.les extr.en séries p. proth. dent.)	265	294	270	280
Plombages	230	314	381	446
Traitem. de can. d.racines	19,2	21,2	15,8	8,2
Proth. dent. entières	11,1	10,7	9,9	10,0
Demies proth. dentaires	7,4	7,5	7,2	6,6
Proth. partielles	10,6	10,1	9,3	8,4
Accouch. 3)	22,2	21,2	20,4	18,0
Malades hosp. d. un hôp.	53,0	55,0	57,2	63,5
Jours d'hosp. d. un hôp.	854	896	922	1.063
Mal. traités s.d. thérap. méc. et phys.	16	19	19	19
Verres de lun.	115	115	112	124
Chaussures orth.	1,1	1,1	1,1	1,2
Corsets orth.	0,70	0,72	0,67	0,70
Membres artific.	0,08	0,08	0,09	0,12
Mal. transp. à l'hôp. ou de l'hôp. chez eux	31	37	38	43
Autres mal. transportés	39	46	41	49
Malades hosp.d.un sana.	0,92	0,99	1,01	0,91
Jours d'hosp.d.un sana.	294	398	431	422

- 1) Voir renvoi 1 du tableau no 1
- 2) Cette donnée n'est connue que pour les bénéficiaires inscrits au nom d'un pharmacien
- 3) Seulement si les honoraires du praticien et de la sage-femme sont à la charge de la caisse.

de jours d'hospitalisation pour 1.000 bénéficiaires de

1952	1953	1954	1955	1956	1957	
					al 1)	ao 1)
5,97	6,32	6,34	6,68	6,93	7,30	6,38
278	292	293	282	272	-	-
471	523	560	554	572	-	-
10,2	11,6	13,0	13,3	13,8	-	-
9,2	8,9	9,6	10,5	10,6	-	-
6,8	6,6	6,9	7,4	7,3	-	-
7,9	7,2	7,2	7,3	7,1	-	-
18,1	17,4	17,1	16,8	16,4	16,1	18,0
66,2	70,2	71,4	73,4	71,7	74,7	70,0
1.112	1.168	1.190	1.360	1.377	1.420	1.253
19	21	23	25	25	-	-
-	-	-	169	163	164	153
1,14	1,30	1,38	1,46	1,60	1,64	1,53
0,67	0,96	1,17	1,42	1,55	1,71	1,79
0,12	0,11	0,11	0,11	0,13	0,13	0,11
32	33	34	36	38	40	36
36	45	49	56	65	74	62
0,91	0,84	0,75	0,68	0,60	0,54	0,55
422	408	383	338	302	255	265

Tableau no 4. Chiffres d'indice des principales prestations

Année	Assistance des médecins de famille	Médicaments et objets de pansement	Assistance de médecins spécialistes	Assistance dentaire	Assistance obstétricale
	Prix				
1949	105	104	112	97	105
1950	110	110	125	103	109
1951	117	119	125	108	109
1952	120	119	125	108	115
1953	156	114	125	109	131
1954	191	121	126	115	143
1955	194	131	144	130	146
1956	202	134	146	134	153
1957 al')	209	148	152	146	158
1957 ao')	209	148	152	146	158
	Quantités				
1949	100	104	109	118	95
1950	100	106	117	122	92
1951	100	112	126	133	81
1952	100	111	130	139	82
1953	100	117	152	150	78
1954	100	117	160	158	77
1955	100	124	176	159	76
1956	100	128	190	163	74
1957 al')	100	129	205	127	73
1957 ao')	100	118	193	139	81
	Frais par bénéficiaire				
1949	105	108	122	114	100
1950	110	117	146	126	100
1951	117	133	158	144	88
1952	120	132	162	150	94
1953	156	133	190	164	102
1954	191	142	201	182	110
1955	194	162	253	207	111
1956	202	172	278	219	113
1957 al')	209	191	311	185	116
1957 ao')	209	175	294	203	128

1) Voir renvoi 1 du tableau no 1.

(1948 = 100)

Hospita- lisa- tions dans un hôpital	Théra- peuti- ques mé- caniques et phy- siques	Appa- reillage	Trans- port de malades	Hospita- lisation dans un sanatorium
105	100	127	92	84
123	103	131	85	93
134	103	142	82	103
145	103	129	84	104
150	103	129	84	106
165	106	133	84	107
188	116	188	85	135
202	121	190	88	145
228	139	191	95	162
228	139	191	95	162
105	111	97	121	135
108	110	95	109	147
124	105	101	126	144
130	108	28	95	144
137	127	32	107	139
139	139	35	115	130
159	152	123	127	115
161	164	122	139	103
167	174	123	157	87
147	165	118	132	90
110	111	123	111	113
133	113	125	93	137
166	108	143	103	148
188	111	36	80	150
206	131	41	91	147
229	147	47	98	139
299	176	232	109	155
325	199	231	124	149
380	242	234	149	141
335	230	226	128	146

Tableau no 5. Quelques données importantes de l'assurance

Pourcentage de la cotisation 2)					
Année	Levé en réalité	Neces- saire pour un bud- get en équi- libre	Coût de la vie 3)	Salai- res gag- nés dans l'indu- strie 3)	Salaire de base par assuré
1	2	3	4	5	6
1948	3,8	3,5	100	100	100
1949	3,6	3,7	106	101	101
1950	3,6	3,7	115	108	108
1951	3,6	3,8	127	117	118
1952	3,8	3,9	128	121	121
1953	4	4,1	128	125	126
1954	4	4,2	133	139	139
1955	4	4,5	134	149	153
1956	4,2	4,4	137	159	165
1957 al 1) ao 1)	4,2	4,3	151	177	186

1) Voir renvoi 1 du tableau no 1.

2) Pour les marins et le personnel en retraite des chemins de fer vaut un pourcentage différent. Pour les titulaires d'une rente et les titulaires selon la Loi provisoire d'une allocation de vieillesse on fixe la cotisation à un certain montant fixe en argent.

3) Données du Bureau Central des Statistiques.

4) Comme mentionné dans le texte ces chiffres ont été évalués approximativement.

obligatoire

Chiffres d'indice 1948 = 100					
Frais par bénéficiaire de l'assurance obligatoire				Indice des prix de prestations 4)	Indice de la quantité des prestations 4)
Au total	Gestion, recouvrement de la cotisation et contrôle	Frais et paiements spéciaux	Préstations		
7	8	9	10	11	12
100	100	100	100	100	100
106	105	78	111	104	107
116	113	64	125	113	111
124	113	32	141	120	118
127	113	30	146	124	118
139	112	19	163	131	124
154	123	26	180	143	126
182	135	25	215	159	135
194	143	25	230	166	139
214	149	36	253	180	141
216	151	135	238		132