

# REGIME LOCAL

## HISTORIQUE

Intégrés à l'empire allemand en 1871 par le traité de FRANCFORT, les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ont bénéficié du régime instauré sous l'impulsion de BISMARCK.

L'organisation des caisses d'assurances contre la maladie créées par la législation allemande est, à quelques modifications près, celle des caisses de secours mutuels alsaciennes.

### 1. AVANT L'ANNEXION DE L'ALSACE-MOSELLE A L'ALLEMAGNE

**1860** : Existence en France, et plus particulièrement en Alsace, des caisses de secours mutuels et d'institutions patronales de secours. Elles assurent les soins d'un médecin, la couverture pharmaceutique en cas d'interruption de travail pour maladie ou accident et participent, pour certaines d'entre elles, aux frais d'inhumation des sociétaires.

Certaines entreprises avaient institué des caisses de retraite qui permettaient d'attribuer des pensions viagères aux assurés invalides ou aux veuves.

On peut citer l'exemple de Jean Dollfus qui créa une œuvre interentreprises pour l'assistance aux femmes en couches afin de prévenir la mortalité infantile, particulièrement grave à l'époque.

### 2. PENDANT L'ANNEXION

**Loi du 15 juin 1883** : assurance maladie obligatoire (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ) applicable au 1<sup>er</sup> décembre 1884.

**Loi du 6 juillet 1885** sur les accidents du travail (UNFALLVERSICHERUNGSGESETZ) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1885.

**Loi du 22 juin 1889** : assurance invalidité vieillesse : GESETZ BETTREFFEND DIE INVALIDITÄTS UND ALTERSVERSICHERUNG applicable le 1<sup>er</sup> janvier 1891 pour les ouvriers.

Les lois de ces assurances ont été ensuite rassemblées dans le Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 " REICHSVERSICHERUNGSORDNUNG " auquel s'est rajouté la loi du 20 décembre 1911 relative à l'assurance des employés.

Pour l'assurance maladie, les caisses locales étaient gérées par une assemblée " *délégation* " et par un comité directeur. L'attribution des sièges était calquée sur celle de la cotisation imposée, à savoir :

2/3 pour les assurés

1/3 pour les patrons.

En ce qui concerne l'invalidité, la répartition des représentants s'établissait en fonction de la cotisation à savoir à :

- moitié pour les employeurs
- moitié les assurés .

Les instituts d'assurances sociales étaient chargés de veiller sur la santé de leurs assurés, de proposer, et même d'imposer un traitement pour prévenir, atténuer ou mettre fin à l'invalidité.

Ces instituts étaient autorisés à créer des établissements. Ainsi, l'Institut d'Alsace-Moselle gérait en

**1902** : Le Grand Sanatorium d'AUBURE. La tuberculose à cette date était une des causes d'invalidité la plus fréquente.

**1907** : Le Grand Sanatorium de SAALES

**1910** : Le Grand Sanatorium de SCHIRMECK

**1914** : La clinique dentaire créée par la caisse de STRASBOURG VILLE.

### **3. RETOUR DE L'ALSACE-LORRAINE EN 1918**

Ce retour va poser un certain nombre de problèmes.

- La France ne dispose pas d'un système d'assurance maladie obligatoire.
- L'adaptation nécessaire du régime allemand avec quelques modifications (structures, législation).

**Loi du 17 octobre 1919** : maintien du Code des Assurances Sociales et fixation d'un régime transitoire en Alsace-Lorraine.

**Loi du 1<sup>er</sup> juin 1924** : mise en vigueur de la législation civile française dans nos trois départements.

Durant cette période :

- ♦ l'équipement hospitalier des caisses s'est enrichi

**1921** : Maison de Cure de MASEVAUX

**1924** : Sanatorium de SALEM

**1925** : Maison de CHARLEVILLE SOUS BOIS (Moselle)

**1925** : Sanatorium de l'ALTENBERG

**1928** : Etablissement de Cure de STE ANNE

- ♦ les relations avec le corps médical : posent toujours des problèmes.

Sous le régime local :

- le libre choix du médecin n'existe pas.

- le règlement des honoraires par les caisses est effectué sous forme d'un forfait remis en cause périodiquement par les syndicats médicaux jusqu'à provoquer une grève des médecins au début des années 30.
- l'assuré est exempté de toute participation.

#### 4. APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE

##### ◆ LES ODONNANCES DES 4 ET 19 OCTOBRE 1945

- Mettent fin au régime local à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1946.
- Etendent le régime général à nos trois départements.
- Instaurent l'avance des frais par l'assuré.
- Fixent un ticket modérateur à 20 %.

Il semble difficile d'imposer immédiatement cette réglementation aux assurés d'Alsace-Moselle même si par ailleurs le régime général offrait des avantages par rapport au régime local.

##### ◆ LE DECRET N° 46-1428 DU 12 JUIN 1946

Pour faciliter la transition entre les deux régimes, des dispositions sont introduites par ce texte et constituent les particularités du régime en vigueur dans nos départements :

##### Prestations

- Ticket modérateur à 10 % pour l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie. La prise en charge d'une partie du ticket modérateur fait que le régime local est un régime complémentaire.
- Tiers payant dans les dispensaires.
- Exonération totale en cas d'hospitalisation dès le premier jour. Le régime général impose en effet aux assurés le ticket modérateur pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation. Cette exonération concerne les frais d'hospitalisation, les honoraires médicaux et d'auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et de laboratoire..
- Prise en charge du forfait journalier  
Institué par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983. Il devient prestation obligatoire du régime local en vertu du décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985.

Le paiement des prestations est effectué directement par les caisses primaires.

##### Cotisations

Articles 5 et 7 du décret.

Pour bénéficier des avantages particuliers de ce régime, les assurés sociaux doivent acquitter une cotisation supplémentaire.

**De 1946 à 1993**, le montant oscille entre 2 et 1,60 %. A partir de 1994, il est de 2,15 % et ramené à 1,80 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997.

## Problèmes financiers

De 1946 à 1958, c'est l'aisance. Les excédents permettent de financer des réalisations sanitaires, des prestations supplémentaires.

A compter de 1959, la situation devient déficitaire et de 1963 à 1967 le régime local subsiste grâce à l'intervention en trésorerie du régime général. Les caisses de la région dégagent les fonds nécessaires.

En 1968, l'excédent réalisé permet non seulement de résorber les déficits accumulés de 1963 à 1969 mais également d'enregistrer un résultat excédentaire de 7,5 millions de francs.

Un arrêté de 1970 autorise les caisses à prélever 20 % de cet excédent pour financer des actions particulières en faveur des assurés (indemnités funéraires, secours individuel, financement d'opérations immobilières hospitalières, etc...).

1983 se solde à nouveau par un déficit de 27 millions.

Des solutions sont recherchées par les responsables pour remédier à cette situation complexe.

### 5. FIN DU REGIME PROVISOIRE

Compte tenu des difficultés financières que connaît ce régime depuis 1983 et sur demande du Ministère de la Solidarité et de la Protection Sociale, M. Raymond BALTENWECK, Président du Conseil Economique et Social d'Alsace, dans un rapport présenté en septembre 1990, propose au gouvernement

- De réviser les prestations accordées.
  - D'instaurer une instance régionale de gestion pour garantir l'autonomie de ce régime.
- ♦ La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, par son article 5, met fin au caractère transitoire des dispositions du régime local.
- ♦ Le décret n° 95-349 du 31 mars 1995
- Instaure un conseil d'administration
  - Détermine ses compétences (cotisations, catégories de bénéficiaires et de cotisants).

L'équilibre financier est entièrement confié à ces administrateurs dont les sièges sont ainsi répartis :

#### *Membres délibérants*

- |                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| ▪ Représentants des assurés sociaux | 23 sièges      |
| ▪ Représentant de la mutualité      | 1 siège        |
| ▪ Personne qualifiée                | <u>1 siège</u> |
|                                     | 25 sièges      |

#### *Membres consultatifs*

- |  |                |
|--|----------------|
| ▪ Représentant des associations familiales | 1 représentant |
|--|----------------|

▪ Représentant des retraités et des personnes âgées	1 représentant
▪ Médecin-conseil	1 représentant
▪ Directeur et agent comptable du régime local	2 représentants
▪ Employeurs	<u>3 représentants</u>
	8 représentants

### *Membres suppléants*

Un nombre de suppléants égal à celui des représentants des assurés sociaux est désigné par les mêmes organisations syndicales

Dans cette période intermédiaire (1991-1995), un taux de cotisation fixé par le gouvernement à plus de 2 % a permis de reconstituer des réserves pour amener une situation financière saine.

De 1995 à la loi d'avril 1998, une gestion stricte permet de baisser progressivement le taux de cotisation des salariés.

#### ♦ **La loi d'avril 1998** précise

- les conditions d'appartenance au régime local pour les actifs, retraités et demandeurs d'emplois.
- les règles relatives aux cotisations et aux exonérations.
- l'affectation des excédents à des actions de santé publique.

Ce texte fondateur voulu par tous les partenaires et voté à l'unanimité des parlementaires constitue enfin une base complète et valide pour pérenniser ce régime qui peut désormais fixer ses dépenses et ses recettes d'abord sur des critères sociaux, ensuite sur des projections économiques rendues possibles par la fixation de règles de jeu précises.

Un système de placement est notamment mis en place pour permettre de faire face à la croissance des dépenses qui interviendra inévitablement dans les années à venir du fait de la démographie.

D'autre part, des actions de prévention au long cours peuvent aussi être lancées concernant le véritable fléau de santé publique que constituent les maladies cardio-vasculaires en Alsace-Moselle (plus de 20 MF pourront ainsi être rapidement engagés assortis d'un processus d'évaluation des résultats).

Seule ombre au tableau, la loi de par son caractère précis a créé quelques cas d'exclusions socialement injustes. Des modifications législatives visant à régler ces situations, heureusement marginales, ont donc été proposées aux Pouvoirs Publics.

#### ♦ **La loi du 17 janvier 2002** a étendu les conditions d'affiliation au régime local mais les décrets d'application rédigés fin avril 2002 n'ont pu être publiés compte tenu de l'actualité politique.

Certes, le régime local ne fonctionne qu'à titre complémentaire du régime général ; mais les cotisations des salariés, des retraités et des demandeurs d'emplois administrées par les représentants des salariés semblent bien gérées au service de la population sur des bases économiques saines.

Par ce régime, l'Alsace-Moselle a tenté de conjuguer l'économique et le social.

Suite aux désengagements significatifs du régime général, le Conseil d'Administration du régime local, dans sa séance du 19 décembre 2005, a décidé de :

- porter le taux de cotisation sur les salaires, les retraites et les revenus de remplacement à 1,80 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Les conditions d'exonération de cotisations sur les retraites et les revenus de remplacement demeurent inchangées.
- prendre en charge le forfait de 18 euros pour tous les actes techniques dont le coût dépasse 91 euros (hospitalisation ou ambulatoire).
- prendre en charge le forfait journalier de 15 euros.
- rembourser les génériques à 100% pour favoriser le recours à ces médicaments encore trop peu répandu en Alsace Moselle.
- rembourser les vignettes bleues à 80% et non plus à 90%; et ne plus prendre en charge les vignettes jaunes (régime général à 15%), afin d'encourager le recours aux médicaments à service médical rendu effectif.

L'ensemble de ce dispositif permettait d'accompagner les mesures nationales en intégrant le principe d'une possible modulation des prises en charge en fonction du service médical rendu, sauf en ce qui concerne l'hospitalisation, considérée par nature comme une nécessité médicale exclusive de soins de confort, et relevant comme telle de la solidarité dans un régime de protection sociale.

A législation constante, l'équilibre des comptes du régime devait ainsi être assuré en moyenne période.

Dans les faits, la situation financière est devenue excédentaire du fait d'évènements peu prévisibles :

- la montée en charge progressive des 18€.
- l'absence de modification des systèmes nationaux nécessaire à la prise en charge des médicaments génériques.
- la diminution très nette des dépenses pharmaceutiques : 129 M€ constatés en 2006 pour 145 en 2005, ce qui prouve de façon incontestable l'impact positif des réformes de décembre 2005.
- une très bonne tenue des recettes (plus 4 à 5% de l'assiette des salaires et retraites complémentaires).

L'impact des recettes exceptionnelles de revenus des placements réalisés à la création du régime était prévu pour faire face à l'évolution démographique du régime (prise en charge de retraités jusqu'alors exclus) et ces recettes couvrent normalement l'accroissement des dépenses correspondantes.

Du fait de cette situation excédentaire, des pressions se sont manifestées pour revenir à la prise en charge systématique à 90% de tous les médicaments. Le Conseil n'a pas suivi cette orientation contraire à toutes les tentatives de modération nationale et a plutôt décidé de faire bénéficier l'ensemble des assurés de ces gains sous la forme de diminution de cotisations.

A partir de 2008 les prestations maladie sont à nouveaux en hausse et les cotisations prélevées sur les salaires, les retraites complémentaires et les revenus de remplacement enregistrent une baisse en raison notamment de la diminution du taux de cotisation décidée par le Conseil d'Administration. De ce fait, le résultat comptable de cet exercice se solde par un déficit compensé par des produits financiers.

En 2010, certaines modifications juridiques adoptées par le Conseil d'Administration du régime local n'ont toujours pas abouti :

- la redéfinition du champ géographique du régime pour les salariés.
- la suppression de la limitation de la prise en charge par le régime local à 90 % du tarif de la sécurité sociale.
- l'assouplissement des dispositions actuelles en matière de placements.
- l'alignement du délai d'approbation des décisions du Conseil d'Administration sur celui de tous les organismes de sécurité sociale.
- l'approbation des comptes annuels du régime.

A ce jour, la prise en charge à 100 % des génériques n'est toujours pas opérationnelle faute d'adaptation des systèmes informatiques nationaux.

