Initiative de l'AISS
Recherches & points de vue
N° 15

Vers des systèmes de soins de santé viables
Stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, en France, au Japon et aux Pays-Bas

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke
et Dr. Jonas Schreyögg
Université technique de Berlin, Allemagne

Août 2004

Vers des systèmes de soins de santé viables
Stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, en France, au Japon et aux Pays-Bas

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke et Dr. Jonas Schreyögg
Université technique de Berlin
Allemagne

En France, en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, les dépenses de santé augmentent, tandis que les recettes stagnent, voire régressent, et, avec le temps, les progrès de la médecine, le vieillissement ainsi que d'autres facteurs élargissent cet écart. La répartition atteint ses limites, que ce soit, dans les systèmes dits bismarckiens, avec l'augmentation des taux de cotisations patronales et salariales ou, dans les systèmes dits beveridgiens, avec la hausse des impôts. Aucun de ces systèmes n'est capable de se réguler automatiquement ou presque. Il faut des interventions politiques de plus en plus fréquentes, et les rustines sont partout apparentes. Les réformes d'envergure sont, soit trop difficiles, soit politiquement ingérables dans le domaine extrêmement sensible et complexe de la santé. Tout cela explique pourquoi, en Europe et au Japon, la population réclame des réformes plus importantes et plus durables.

La solution à ces problèmes est relativement aisée. Les pays confrontés à un déficit financier peuvent:

- Réduire les dépenses par des compressions budgétaires ou des suppressions de prestations et de services ou les deux à la fois.
- Augmenter les recettes par un relèvement des taux de cotisation, un élargissement de l'assiette de cotisation, une hausse du ticket modérateur et des dépenses à la charge du patient ou par quelque combinaison de ces mécanismes.
- Mettre sur pied des réformes structurelles majeures pour combler le déficit financier. Ces réformes peuvent prendre pour principe, soit la capacité de paiement, soit la prestation, c'est-à-dire la base assurée.

Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en œuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont confrontés à des défis continuels pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé.

Les phénomènes affectant les systèmes de santé

Les dépenses de santé ont considérablement augmenté ces dix dernières années dans les quatre pays comparés. Entre 1992 et 2001, l'augmentation annuelle moyenne des dépenses totales de santé a atteint 3,48 pour cent au Japon, 3,75 pour cent en Allemagne, 3,98 pour cent en France et même 6,18 pour cent aux Pays-Bas. Les dépenses des services de santé ont aussi augmenté en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) dans les quatre pays, surtout au Japon qui connaît la plus forte augmentation, ce pourcentage étant passé de 6,2 pour cent en 1992 à 7,6 pour cent en 2000.

L'évolution démographique

L'évolution démographique constitue une cause importante de l'augmentation récente des dépenses de santé dans les quatre pays. L'augmentation de l'espérance de vie, combinée à la baisse du taux de natalité, a provoqué un vieillissement de la population dans la plupart des pays industrialisés. Au Japon, le nombre des plus de 65 ans est passé de 5,7 pour cent de la population totale en 1960 à 17,4 pour cent en l'an 2000. Même si l'évolution n'a pas été aussi spectaculaire dans les trois pays européens, la proportion des plus de 65 ans y a également augmenté durant la même période, passant de 11,6 pour cent à 16,4 pour cent en Allemagne, de 11,6 pour cent à 16,1 pour cent en France et de 9 pour cent à 13,6 pour cent aux Pays-Bas.

L'évolution des maladies

L'évolution des maladies est en partie liée aux changements démographiques qui ont eu des répercussions directes sur la fourniture de soins de santé et, par conséquent, sur les dépenses de santé. Premièrement, on peut observer une progression relative des maladies chroniques. Allergies, asthme et diabète se répandent. Deuxièmement, avec la hausse du niveau de vie, l'excès de poids est en train de devenir un problème de santé courant. Par exemple, en France, le pourcentage de personnes considérées comme ayant une surcharge pondérale, mesurée par l'indice de masse corporelle, est passé de 5,8 pour cent en 1990 à 9 pour cent en 2000. Les Pays-Bas et le Japon connaissent des problèmes similaires. Cette évolution est alarmante, parce qu'elle devrait se traduire par une augmentation des maladies du squelette, des muscles et du système circulatoire. Néanmoins, l'espérance de vie tout court et l'espérance de vie en bonne santé ont augmenté dans les quatre pays, durant les 40 dernières années. En l'an 2000, le Japon avait l'espérance de vie la plus élevée à la naissance (81,3 ans), devant la France (79 ans) et les Pays-Bas (78 ans). L'Allemagne possède l'espérance de vie moyenne à la naissance la moins élevée des quatre pays depuis plus de 30 ans.

Les progrès de la technologie

De nouvelles technologies ont grandement augmenté l'efficacité des soins de santé, en réduisant la durée des traitements, en améliorant les résultats et en guérissant des maladies auparavant incurables. Le recours à l'hospitalisation est également moins souvent nécessaire. Entre 1990 et 2000, la durée moyenne des séjours à l'hôpital a chuté de 26 pour cent, passant de 2,4 jours par personne et par an à 1,9 jour, en Allemagne comme en France. En outre, les progrès de la technologie ont eu des répercussions sur la longévité. Entre 1975 et 1995, le nombre d'années de vie perdues pour cause de maladie a diminué de 40,5 pour cent au Japon, de 45,3 pour cent en Allemagne, de 34,8 pour cent en France et de 31,3 pour cent aux Pays-Bas.

La situation économique

Dans les quatre pays, l'augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB est en partie due au ralentissement de la croissance économique. Le Japon a connu une diminution du taux de croissance annuel moyen, qui est passé de 4,5 pour cent, entre 1970 et 1990, à 2,2 pour cent en 2000 et à -0,8 pour cent en 2001. L'Allemagne aussi est au bord de la

récession, avec une baisse du taux de croissance du PIB, taux passé de 2,9 pour cent en 2000 à 0,8 pour cent en 2001 et à 0,2 pour cent en 2002. En 2002, le taux de croissance du PIB était de 1,2 pour cent en France et il n'a augmenté que de 0,2 points de pourcentage aux Pays-Bas. Parce que les systèmes de santé de type bismarckien, qui caractérisent les quatre pays étudiés, ont surtout pour base de financement les salaires, des taux de chômage élevés ont contribué aux difficultés financières de leurs caisses maladie. Tandis que le taux de chômage a connu une hausse brutale entre 2000 et 2002, au Japon (passant de 4,7 pour cent à 5,4 pour cent) et en Allemagne (de 7,8 pour cent à 8,6 pour cent), le taux de chômage français, en légère baisse, est passé de 9,3 pour cent à 8,8 pour cent et les Pays-Bas ont réussi à maintenir le chômage à un faible niveau.

La mutation des besoins et de la demande

On peut, d'une manière générale, considérer la mutation des besoins en matière de santé et l'apparition de nouvelles demandes comme des évolutions positives, puisqu'elles suscitent une nouvelle offre et, partant, une croissance économique. Toutefois, comme beaucoup de ces nouveaux services et besoins sont remboursés par les caisses maladie des quatre pays, cette hausse de la demande signifie également une augmentation des dépenses de santé et donc une hausse des taux de cotisation aux systèmes sociaux d'assurance maladie.

Les faiblesses structurelles du système

Tous les systèmes sociaux d'assurance maladie présentent, à côté d'effets dissuasifs, des faiblesses fondamentales de structure, comme la séparation des secteurs hospitaliers et ambulatoires en Allemagne. Les défauts de ce genre ont des conséquences directes sur les dépenses de santé: ils se traduisent par une hausse des cotisations maladie. Mentionnons aussi le problème du risque moral dans le cadre duquel est attendue une augmentation imminente de la redistribution des fonds des non utilisateurs vers les utilisateurs.

Le cadre institutionnel et organisationnel

Comme le cadre institutionnel et l'organisation de l'assurance sociale maladie se sont, dans les quatre pays, développés selon les besoins propres à chaque pays et à sa culture, ils sont parfois très éloignés de l'idée fondatrice qui prévalait à l'origine des systèmes de protection sociale sous Bismarck. Les catégories ci-dessous faciliteront la comparaison entre les quatre pays, étant donné la complexité de leurs cadres institutionnels respectifs.

Affiliation, admission et couverture

Tous les pays comparés ont un système social d'assurance maladie fondé sur plusieurs régimes de caisses maladie qui placent la majorité de la population sous la protection d'une assurance maladie. L'affiliation à un régime de caisse maladie est obligatoire; en Allemagne et aux Pays-Bas, certains segments de la population sont exemptés de cette obligation d'affiliation.

Les prestations

L'étendue des services assurés varie d'un pays à l'autre. Même si, au Japon comme en France, les régimes de caisses maladie couvrent la quasi-totalité de la population, les services assurés sont plus complets au Japon. C'est pourquoi, alors que près de 90 pour cent de la population française est assurée par une assurance complémentaire privée, la population japonaise n'a aucun besoin d'une assurance privée, ce qui empêche la part de marché de l'assurance maladie privée d'augmenter au Japon. L'assurance sociale maladie

allemande est aussi complète que celle du Japon, mais elle ne couvre que 89 pour cent de la population.

Les prestations attribuées par les caisses maladie hollandaises diffèrent complètement de celles qui existent dans les trois autres pays, parce que les Pays-Bas ont deux régimes. L'un, l'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), pour les soins de longue durée et les traitements onéreux, couvre la totalité de la population. L'autre, le Ziekenfondswet (ZFW), pour les soins médicaux courants, couvre 63 pour cent de la population. Jusqu'à 30,2 pour cent de la population remplace le régime de caisse maladie (ZFW) par une assurance maladie privée complète.

Statut juridique des caisses maladie et liberté de choix

Le statut juridique des caisses maladie des quatre pays va de la propriété d'Etat à un statut quasi privé. En France, les risques financiers des caisses maladie sont assumés par l'Etat seul, alors que l'Etat japonais ne supporte les déficits que de certains régimes, en offrant la possibilité d'un financement privé des caisses maladie. Aux Pays-Bas, les caisses maladies du ZFW (soins médicaux courants) assument de plus en plus leurs propres risques financiers. Elles peuvent aussi se porter candidates à la gestion de l'AWBZ d'une région.

Pour ce qui est du choix, l'affiliation à l'une des trois grandes caisses maladie est, en France, strictement déterminée par le type d'emploi. Au Japon, en fonction de dispositions similaires, les employés des grandes entreprises dépassant une certaine taille sont assurés par des caisses maladies, gérées de manière associative, qui appartiennent souvent à l'entreprise elle-même. Tous les autres citoyens sont obligatoirement assurés par un régime municipal d'assurance nommé Assurance nationale maladie. Les employés des petites entreprises sont assurés sous l'un des régimes de caisses maladie pour les professions particulières ou sous le régime géré par l'Etat. En 2000, le Japon possédait un total de 5 192 caisses maladie différentes. En Allemagne, tous les citoyens peuvent choisir parmi une variété de caisses maladie, organisées à l'échelle régionale ou nationale. Il existait 319 caisses maladie en Allemagne en 2003. Les caisses maladie sont en concurrence les unes avec les autres sur la base de taux de cotisation différents. Parce que l'AWBZ hollandais, le régime pour les soins de longue durée et les traitements onéreux, consiste en une seule caisse maladie par région, les citoyens hollandais n'ont aucun choix dans ce domaine. En revanche, sous le ZWF, le régime pour les soins de santé courants, ils peuvent choisir parmi 25 caisses différentes.

Concurrence et compensation entre structures de risque

Pour répartir les risques financiers entre les différentes caisses et garantir une juste concurrence, trois pays ont mis en place un régime de compensation entre structures de risque. Le Japon ne possède pas de régime de ce type; à la place, l'Etat subventionne les caisses municipales maladie, à cause du grand nombre de retraités et donc d'une structure de risque plus pénalisante que la moyenne. En Allemagne, après chaque année civile, on calcule des normes de dépenses en fonction du revenu, de l'âge, du sexe et de l'invalidité. Sur cette base, certaines caisses maladie contribuent au régime, tandis que d'autres reçoivent une partie des fonds mis en commun. En 2001, l'Allemagne a introduit un régime de compensation entre structures de risque de maladie, qui entrera en vigueur courant 2007.

Aux Pays-Bas, le régime de compensation entre structures de risque dédommage les caisses du ZFW. La compensation comprend à la fois une composante prospective et une composante calculable rétrospective. L'élément prospectif est payé aux caisses maladie comme une capitation, en fonction des variables de risque que constituent l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et la région. L'élément rétrospectif est constitué de deux mécanismes distincts. Premièrement, les caisses maladie partagent toute différence entre le budget attribué et les coûts effectifs, jusqu'à un certain pourcentage, nommé pourcentage de

péréquation. Deuxièmement, les caisses maladie se voient rembourser un certain pourcentage de la différence entre le budget attribué à l'ensemble des caisses maladie et les dépenses réelles provenant d'inducteurs de coûts sur lesquels elles n'ont aucune influence. En France, un régime de compensation entre structures de risque compense les différences entre le régime général et les régimes particuliers en fonction des critères d'âge et de revenu. Un autre régime de compensation entre structures de risque corrige les différences entre les trois principaux régimes sur la base de l'âge. Bien que l'introduction de la concurrence, en Allemagne et aux Pays-Bas, ait également été destinée à faire baisser les coûts administratifs des caisses maladie, les coûts y sont encore plus élevés qu'en France et au Japon, où il n'existe pas de concurrence entre caisses maladie.

Le financement

Quand Bismarck introduisit, pour la première fois, des régimes sociaux d'assurance maladie, ceux-ci étaient destinés à fournir des prestations maladie et les soins essentiels aux nécessiteux. Au fil des ans, la fourniture des soins essentiels fut étendue à la plus grande partie de la population. Même s'il est soumis à des pressions croissantes, le principe de la répartition n'a été remis en cause dans aucun des quatre pays. À la place, ces pays ont étendu les prestations, modifié l'assiette de cotisation et réformé la structure de financement des soins de santé.

Taux de cotisation, plafonds de revenus et assiettes de cotisation

Aux Pays-Bas, le taux de cotisation à l'AWBZ, fixé à 12,3 pour cent, est entièrement payé par les salariés, et est soumis à un plafond de revenus de 27 009 € (2003). Le taux de cotisation, de 8,45 pour cent, au ZFW est payé par l'employeur (6,75 pour cent) et par les salariés (1,7 pour cent). Le plafond de revenus pour le ZWF, en 2003, était de 28 188 €. En Allemagne, le plafond de revenus est plus élevé: 41,850 € (2003). Le taux moyen de cotisation, de 14,3 pour cent, est plus faible en Allemagne qu'aux Pays-Bas et il est partagé également entre les employeurs et les employés. Au Japon, tandis que le taux moyen de cotisation est quasiment le même pour les mutuelles maladie (8,6 pour cent en 2003) et les caisses publiques maladie (8,5 pour cent en 2003), ce taux varie énormément d'une caisse municipale à l'autre. Comme en Allemagne, pour les cotisations aux caisses publiques maladie, la part patronale est égale à la part salariale, mais pour les mutuelles maladie, les employeurs versent 4,8 pour cent et les salariés, seulement 3,8 pour cent de leur salaire. En France, le taux de cotisation au régime général des salariés (CNAMTS), actuellement fixé à 13,55 pour cent du salaire ou traitement, est plus élevé qu'au Japon. Là-dessus, l'employeur assume 12,8 pour cent et les employés, seulement 0,75 pour cent. Chaque salarié verse, en outre, une contribution de 5,25 pour cent, la CSG (Contribution sociale généralisée), à un fonds public qui possède une assiette de cotisation différente et alimente les régimes de caisses maladie.

Les cotisations des retraités

Chaque pays a sa propre stratégie pour gérer l'augmentation du nombre de retraités et de la demande de soins de longue durée. Au Japon, les retraités doivent adhérer aux caisses municipales, qui reçoivent une compensation pour la hausse des dépenses résultant de la structure des âges. Dans d'autres pays, les retraités sont maintenus dans leur régime antérieur de caisse maladie mais, parfois, à de nouvelles conditions. En France, ils versent une CSG à taux réduit (3,95 pour cent), tandis qu'aux Pays-Bas, on a abaissé, dans le cas des retraités, le plafond de revenus à 19 550 € pour les caisses maladie. En Allemagne, les retraités paient la moitié du taux de cotisation moyen de l'ensemble des caisses maladie; l'autre moitié est versée par le régime de pensions de retraite.

La séparation des soins de santé et des soins de longue durée

Parmi les stratégies pour faire face à une demande croissante de soins de longue durée, l'Allemagne et le Japon ont séparé, de manière institutionnelle, le financement des soins de santé et des soins de longue durée. Dans les deux pays, les risques de soins de longue durée sont couverts par l'Etat, dans le cadre d'une assurance dépendance, avec un prélèvement des cotisations à la source. Aux Pays-Bas, les soins de longue durée sont couverts par l'AWBZ; en France, ils le sont par l'assurance sociale maladie normale, même si l'introduction d'une assurance dépendance est imminente.

Le partage des charges selon le niveau de revenu et entre employeurs et salariés

Avec un taux de cotisation de 18,8 pour cent et en l'absence de plafond de revenu, les résidents français paient les cotisations les plus élevées. Il faut, toutefois, considérer que l'assurance sociale maladie française contribue dans la proportion la plus importante aux dépenses totales de santé. Alors qu'en France, l'assurance sociale maladie couvre 76 pour cent du total des dépenses de santé, elle n'en couvre que 57 pour cent en Allemagne et 45,2 pour cent au Japon. Aux Pays-Bas, sa contribution au total des dépenses de santé est semblable à celle de l'assurance française (79 pour cent), mais les résidents des Pays-Bas paient un taux encore plus élevé, à savoir 20,75 pour cent, tout en bénéficiant, à la différence des Français, d'un plafond de revenu. Dans le cadre du système hollandais de cotisation, les personnes dont le revenu ne dépasse pas 30 000 € cotisent davantage qu'en France, tandis que les autres cotisent moins. Jusqu'à un revenu de 67 500 €, c'est au Japon que les cotisations sont les plus faibles, mais l'assurance sociale maladie japonaise contribue moins que celle des trois autres pays au total des dépenses de santé. Pour la légèreté de la charge de cotisations, l'Allemagne se classe numéro deux, tant pour les personnes à faibles revenus, dans une limite de 41 850 €, que pour les personnes à gros revenus, à partir de 70 000 €.

Si leur salaire ne dépasse pas environ 65 000 € (2003), c'est aux Pays-Bas que les salariés versent les cotisations les plus élevées. Pour les gros salaires, les cotisations françaises sont celles qui montrent le plus de progressivité. Pour les faibles salaires, ce sont les salariés japonais qui versent les cotisations les plus faibles, tandis que, pour les salaires supérieurs à 80 000 €, il s'agit des salariés allemands.

Le subventionnement public des caisses maladie et les dépenses à la charge des patients

Dans chacun des pays, l'assurance sociale maladie est en partie subventionnée par l'Etat. Tandis que, pour le régime public de caisse maladie, l'Etat japonais paie la totalité des coûts administratifs, il en paie une partie pour le régime des mutuelles et aide ce dernier en cas de difficultés financières. Les mutuelles présentaient un déficit de 2,4 milliards d'euros en 2002. Contrairement à l'Etat japonais, l'Etat allemand ne comble pas les déficits des caisses maladie, bien qu'elles fussent en déficit de 3,1 milliards d'euros en 2002, mais il les subventionne, pour dépenses exceptionnelles (par ex: Chômeurs de longue durée), à hauteur de 4,06 milliards d'euros. La France et les Pays-Bas subventionnent aussi leurs caisses maladie: en 2000, la France, avec 6,2 milliards d'euros, et, en 2002, les Pays-Bas, avec 6,9 milliards d'euros. Le pourcentage de remboursement des dépenses à la charge des patients varie de manière importante d'un pays à l'autre: c'est aux Pays-Bas qu'il est le plus faible et au Japon qu'il est le plus élevé.

La fourniture et l'achat des services de santé

Les dépenses pour chaque type de service varient selon l'architecture du système de santé. Même s'il est difficile de comparer, d'un pays à l'autre, la totalité des dépenses de soins ambulatoires et hospitaliers, certaines catégories de dépenses peuvent l'être. Il est frappant que les mêmes services fassent l'objet d'une demande plus forte et donc entraînent plus de dépenses dans les pays où ils sont remboursés par les caisses maladie ou d'autres organismes que dans ceux où ils ne sont pas inclus dans le catalogue des prestations. Les Pays-Bas, par exemple, dépensent un pourcentage nettement moins important (3,8 pour cent en 2001) de leurs dépenses totales de santé en soins dentaires que les trois autres pays, parce qu'en la matière, seuls les soins préventifs, pour les enfants, et les interventions chirurgicales, pour les adultes, y sont assurés. Une autre différence importante réside dans les soins de longue durée. Les soins ambulatoires (7,3 pour cent en 2001) et les soins hospitaliers (9,5 pour cent en 2001) constituent une part bien plus grande du total des dépenses de santé aux Pays-Bas que dans n'importe quel autre pays.

Les soins hospitaliers

Statut juridique

Tout comme dans l'organisation de l'assurance sociale maladie, les Pays-Bas jouent un rôle de pionnier dans la privatisation des infrastructures hospitalières. Plus de 90 pour cent des lits d'hôpitaux hollandais se trouvent dans des institutions privées, à but non lucratif. (Notons que la gestion privée, à but lucratif, est interdite dans ce domaine, aux Pays-Bas). En Allemagne, la proportion de lits appartenant à des hôpitaux privés, à but lucratif ou non, est en hausse constante (de 37,2 pour cent en 1990 à 46,8 pour cent en 2001). Au Japon, même si la proportion de lits appartenant à des hôpitaux privés à but non lucratif est plus faible qu'aux Pays-Bas, elle est élevée par rapport à la France et à l'Allemagne, du fait de la création de "Sociétés de soins médicaux" privées, qui sont gérées comme des organisations à but non lucratif et constituent 48,8 pour cent de l'ensemble des lits hospitaliers. Par rapport aux autres pays, la part des lits hospitaliers qui se trouvent dans des hôpitaux publics est assez élevée en France: 64,8 pour cent. Mais 21,8 pour cent des lits français se trouvent dans des cliniques privées, pourcentage plus élevé qu'en Allemagne, où, traditionnellement, les hôpitaux privés à but non lucratif l'emportent sur les cliniques privées.

Accès aux services

Malgré la différence de statut juridique des hôpitaux d'un pays à l'autre, les ayants droit à l'assurance sociale maladie ont, dans les quatre pays, accès à tous les types d'hôpitaux. Même si tous les patients ont accès au service des consultations externes des hôpitaux, certains pays y mettent des limites en rendant obligatoire la consultation préalable d'un généraliste. Aux Pays-Bas, les soins secondaires et tertiaires sont principalement assurés par des spécialistes exerçant dans des unités de consultations externes des hôpitaux. Une lettre de recommandation d'un généraliste est obligatoire. L'Allemagne aussi utilise un système de lettres de recommandation, mais des spécialistes en pratique privée y assurent également des soins secondaires, voire tertiaires. Ni le Japon ni la France n'ont encore institué un système de lettres de recommandation pour les services de consultations externes des hôpitaux: les patients sont donc libres de consulter dans n'importe quel service hospitalier de consultation externe. Les Pays-Bas sont le seul pays à déclarer avoir des listes d'attente pour certaines procédures de diagnostic et certains traitements hospitaliers.

Gestion prévisionnelle des hôpitaux et conventions

Les capacités de soins hospitaliers sont planifiées au niveau des collectivités régionales, par les *Länder*, en Allemagne et les préfectures, au Japon, et au niveau de l'Etat aux Pays-Bas. En France, des Agences régionales d'hospitalisation planifient les capacités hospitalières. Les hôpitaux compris dans les plans régionaux ou étatiques sont liés en général aux caisses

maladie par des conventions de remboursement. En ce qui concerne l'infrastructure hospitalière, la quantité de personnel soignant par lit a augmenté et la durée moyenne d'hospitalisation, diminué dans les quatre pays.

Remboursement et contrôle des dépenses
En ce qui concerne le remboursement des services hospitaliers, les groupes homogènes de malades (GHM) –base de la facturation par pathologies- semblent constituer la méthode de remboursement dominante de l'avenir. L'Allemagne a déjà introduit un système de GHM, tandis que les Pays-Bas et la France projettent de le faire en 2004. Au Japon, un système de capitation fondé sur des combinaisons de procédures de diagnostic a été introduit en 2003 pour les hôpitaux assurant des soins médicaux et d'autres services de pointe spécifiques.

Dépenses à la charge des patients
C'est au Japon que le ticket modérateur pour les soins hospitaliers est le plus élevé, soit 30 pour cent du coût total pour les citoyens de moins de 70 ans, et 20 pour cent pour les plus âgés, voire seulement 10 pour cent pour les plus de 70 ans à faibles revenus. En France, la stratégie adoptée est différente: le ticket modérateur est fixé à 20 pour cent pour les 31 premiers jours d'hospitalisation, avec un plafond de 200 €, plus un supplément pour frais d'hébergement, le forfait hospitalier, de 10,67 € par jour. Ce sont les Allemands qui paient le ticket modérateur le plus faible pour les soins hospitaliers, soit 10 € par jour, et ce, jusqu'à concurrence de 28 jours par an. Les Pays-Bas sont le seul des quatre pays à ne pas imposer de ticket modérateur du tout pour les soins hospitaliers.

Les soins ambulatoires

Statut et organisation des médecins
En Allemagne et en France, la majorité des médecins ont une pratique libérale en cabinet privé. Aux Pays-Bas, le statut et l'organisation des praticiens varient d'une branche de services médicaux à l'autre. Tandis qu'une moitié des généralistes a une pratique libérale en cabinet privé, l'autre moitié exerce en médecine d'équipe ou en dispensaire. Les spécialistes hollandais, quant à eux, exercent en général dans les services de consultation externe des hôpitaux. À la différence des autres pays, au Japon, les médecins exercent dans toutes sortes de cadres. Ils peuvent, en tant qu'employés d'un hôpital, exercer dans un service de consultation externe, ou, sous le statut de profession libérale, exercer dans leur propre cabinet ou dans une clinique, l'équivalent d'un dispensaire dans d'autres pays.

Gestion prévisionnelle de la main d'œuvre
Dans les quatre pays, le nombre d'étudiants admis en médecine est contingenté. À la différence de la France et du Japon, l'Allemagne et les Pays-Bas ont limité, par spécialité et par région, le nombre de médecins exerçant dans le domaine des soins ambulatoires. À part le Japon, tous les autres pays définissent légalement les services médicaux que les médecins sont autorisés à offrir comme soins ambulatoires. Au Japon, tout médecin est libre de proposer ses services dans la branche de la médecine qu'il souhaite. Pas plus qu'en France et en Allemagne, au Japon, les généralistes ne jouent un rôle d'orienteur: les patients ont le libre choix de consulter un généraliste ou n'importe quel spécialiste. Seuls les Pays-Bas ont, parmi les quatre pays, un système obligatoire, institutionnalisé, de médecin référent.

Conventions
Au Japon, en Allemagne et en France, les caisses maladie sont obligées de passer une convention globale avec tous les prestataires de soins ambulatoires. En revanche, les Pays-Bas ont institué un système de conventions sélectives en 1994. Les caisses maladie sont désormais libres de passer, ou non, des conventions avec certains prestataires.

Tarifs de remboursement
Les médecins sont remboursés, pour les services rendus, de manière différente d'un pays à l'autre. Au Japon et en Allemagne, ils se font payer par des institutions officialisées qui gèrent les paiements des médecins. En Allemagne, des Associations de médecins des Caisses maladie traitent les demandes de remboursement et procèdent au paiement à un niveau régional. Contrairement à leurs homologues japonaises, les caisses maladies allemandes ne remboursent pas ces Associations de médecins à l'acte, mais selon un système de capitation négociée dont le montant peut varier énormément d'une caisse à l'autre. Aux Pays-Bas, en l'absence d'institutions administratives pour traiter les demandes de remboursement, les médecins sont priés de faire parvenir leurs demandes directement à l'AWBZ, au ZFW ou aux assurances maladie volontaires. Les médecins français, eux, se font généralement payer, à l'acte, directement par le patient.

Mode de remboursement
Même s'il est généralement reconnu que le remboursement à l'acte débouche sur une offre excédentaire de services, c'est encore le mode de remboursement que les quatre pays utilisent, au moins partiellement. Le Japon et l'Allemagne combinent le paiement à l'acte avec un système de points: les médecins reçoivent un certain nombre de points pour chaque service fourni. En France, les services sont remboursés à l'acte, comme au Japon, même si certains services le sont selon le principe de la capitation. Aux Pays-Bas, le mode de remboursement diffère pour les généralistes (capitation) et les spécialistes (à l'acte).

Les soins de longue durée

Gestion prévisionnelle
La planification des équipements de soins de longue durée s'effectue, dans les quatre pays, aux niveaux local, régional et national. En général, la gestion prévisionnelle des ressources concerne surtout les établissements. Au Japon, les municipalités (collectivités locales) déterminent des schémas, en matière de soins, sous la supervision des préfectures (provinces). En France, la gestion prévisionnelle des équipements de soins de longue durée relève des collectivités locales, tandis qu'en Allemagne, elle est du ressort des Länder (provinces). Aux Pays-Bas, le gouvernement central a aussi la responsabilité de la gestion prévisionnelle des soins hospitaliers.

Prestations
L'assurance dépendance obligatoire instituée par la loi en Allemagne et au Japon paie pour les services de soins, tant à l'hôpital qu'à domicile. Aux Pays-Bas, l'AWBZ couvre aussi totalement tous ces services. En revanche, la France ne possède pas d'assurance dépendance distincte; ce sont donc les caisses maladie qui paient pour les soins de longue durée. Néanmoins, une assurance dépendance va bientôt être introduite en France.

Les leçons de l'évolution vers des systèmes sociaux d'assurance maladie durables

Caisses maladie: concurrence contre réglementation
Depuis plusieurs années, les Pays-Bas et l'Allemagne évoluent nettement vers une concurrence entre les caisses maladie. Les caisses maladie se sont ouvertes et les régimes de compensation entre structures de risque ont continué à se développer, pas à pas, de manière à garantir une juste concurrence entre les caisses. Il est difficile d'évaluer empiriquement les effets de la concurrence dans ces pays. Jusqu'ici, dans aucun des deux pays les caisses maladie n'ont été capables d'influer sur les paramètres décisifs en matière de concurrence, comme les taux de cotisation ou la nature et la qualité des services fournis. Les avantages de la concurrence entre les caisses maladie restent donc à prouver.

La séparation des soins de longue durée et des soins médicaux onéreux

En perspective du vieillissement de la société, la demande croissante de soins de longue durée et les problèmes qui en résultent pour les systèmes sociaux d'assurance maladie, tous les pays étudiés se préoccupent de plus en plus de trouver de nouvelles stratégies pour financer les soins de longue durée. Hormis la France, ils ont tous séparé leur assurance sociale maladie des soins de longue durée, en introduisant une assurance dépendance obligatoire. En Allemagne et au Japon, l'assurance dépendance ne rembourse que les services de soins de longue durée, essentiellement pour les personnes âgées. Les Pays-Bas ont adopté une méthode encore plus globale. L'assurance dépendance (AWBZ) y assure une transition sans heurt entre les soins à l'hôpital et les soins de longue durée, réduisant par là les durées d'hospitalisation. Parce que les Pays-Bas séparent également les soins médicaux onéreux et les soins de longue durée des soins médicaux courants, ils pourraient servir d'exemple pour l'organisation des assurances sociales maladie dans l'avenir.

L'assurance privée maladie

A l'exception du Japon, les pays comparés font de plus en plus confiance à l'intégration de l'assurance maladie privée à leur système social d'assurance maladie. L'assurance privée maladie est utilisée, soit en complément, pour couvrir certains services non compris dans l'assurance sociale maladie, soit en remplacement, pour se substituer à l'assurance sociale maladie. L'assurance privée de substitution peut être une solution pour garantir un meilleur service et assurer la concurrence entre les caisses maladie, même si, dans le cas de l'Allemagne, les coûts administratifs de l'assurance privée maladie sont les plus élevés. L'assurance privée complémentaire, quant à elle, pourrait constituer un élément important de l'architecture de systèmes sociaux d'assurance maladie plus durables, parce qu'elle pourrait prendre immédiatement la relève de services supprimés dans les caisses maladie. Ainsi, elle peut aider l'assurance sociale maladie à se concentrer sur sa fonction essentielle, qui est de mutualiser les risques pour éviter que les citoyens ne soient exposés à des risques financiers.

Dépenses à la charge du patient

La comparaison entre les quatre pays révèle des différences aiguës en matière de ticket modérateur. C'est au Japon que le ticket modérateur est le plus répandu, pour les soins hospitaliers comme ambulatoires; aux Pays-Bas, le ticket modérateur n'existe pas. Parce qu'au Japon, le plafond du ticket modérateur varie en fonction des revenus du patient, il a une sorte d'effet progressif similaire à celui des cotisations. Notons, toutefois, qu'on peut mettre en œuvre le ticket modérateur d'une manière susceptible de créer une incitation économique (par exemple, en faisant dépendre son montant du nombre de consultations) et donc d'empêcher un abus des prestations. C'est pourquoi le ticket modérateur, tel qu'il est appliqué au Japon, constitue sans doute la meilleure solution pour, à la fois, générer des recettes et créer des incitations économiques.

Le remboursement des soins hospitaliers en présence de GHM

Les quatre pays sont tous en train d'œuvrer pour instituer un système similaire à celui de la facturation par pathologies, basée sur les GHM pour le remboursement des soins hospitaliers. Même si le Japon semble le plus avancé dans cette voie, ce sont les Pays-Bas qui prévoient le système de type GHM le plus complet, avec inclusion des soins, tant hospitaliers qu'ambulatoires. Un système complet de remboursement de ce genre intégrerait ces deux branches au point de vue, non seulement institutionnel, mais encore financier. D'une manière générale, un tel système faciliterait le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires, tout en permettant, jusqu'à un certain point, de réaliser des économies. Il favoriserait ainsi l'introduction de soins intégrés, notamment de programmes de gestion par maladie, dont l'importance s'accroît avec le vieillissement rapide de la population.

L’évolution à venir

On peut s’attendre à certaines évolutions en ce qui concerne l’avenir des systèmes sociaux d’assurance maladie. La plupart des pays souhaitent réaliser l’intégration des soins de santé, tout en fixant des priorités en matière de soins. Il s’agit d’un sujet constant, qui sert de base aux ajustements effectués, au jour le jour, dans les quatre pays étudiés. Dans le droit fil de ces corrections et en accord avec l’idée plus globale d’un réseau de soins de santé, il se peut qu’il faille financer autrement les services de santé à l’avenir. Pour ces approches nouvelles, il existe des options de financement. Celles-ci pourraient être modelées sur les systèmes allemand, français, hollandais et japonais, avec leurs usages et leur expérience historique respectifs. Enfin, il faut prendre en compte l’avenir de l’Etat-providence à l’européenne au sein de l’Union, sujet d’une importance croissante dans la politique économique et sociale, tant nationale qu’européenne.