



**LA PARTICIPATION DES PATIENTS AUX DÉPENSES DE SANTÉ
DANS CINQ PAYS EUROPÉENS**

ANNEXE

MONOGRAPHIES

Mission Études et Recherche

SOMMAIRE

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN SUÈDE	4
1.1 – LE CONTEXTE	4
1.2 – LE RESTE À CHARGE EN SUÈDE : CONTEXTE INSTITUTIONNEL	5
1.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge	5
1.2.2 – Les dispositifs de partage du coût	6
1.2.3 – Réassurabilité du reste à charge.....	7
1.2.4 – Règles d’exonération du reste à charge	7
1.3 – DONNÉES STATISTIQUES	8
1.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages	8
1.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection/Importance des mécanismes d’exemption ..	9
1.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	9
1.5 – RÉFÉRENCES	10
LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS AUX PAYS-BAS.....	11
2.1 – LE CONTEXTE.....	11
2.2 – LE RESTE À CHARGE AUX PAYS-BAS : CONTEXTE INSTITUTIONNEL.....	12
2.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge	13
2.2.2 – Les dispositifs de partage du coût	13
2.2.3 – Réassurabilité du reste à charge.....	15
2.2.4 – Règles d’exonération du reste à charge	15
2.3 – DONNÉES STATISTIQUES.....	15
2.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages	15
2.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection/Importance des mécanismes d’exemption	17
2.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	18
2.5 – RÉFÉRENCES	19
LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN ALLEMAGNE	20
3.1 – LE CONTEXTE.....	20
3.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN ALLEMAGNE	23
3.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge	24
3.2.2 – Les dispositifs de partage du coût	25
3.2.3 – Réassurabilité du reste à charge.....	28
3.2.4 – Règles d’exonération du reste à charge	28
3.3 – DONNÉES STATISTIQUES.....	29
3.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages	30
3.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection/Importance des mécanismes d’exemption	30
3.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	31
3.5 – RÉFÉRENCES	35
LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN SUISSE.....	36
4.1 – LE CONTEXTE.....	36
4.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN SUISSE	38
4.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge	39

4.2.2 – Les dispositifs de partage du coût	41
4.2.3 – Réassurabilité du reste à charge.....	42
4.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge	42
4.3 – DONNÉES STATISTIQUES	43
4.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages	43
4.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection/Importance des mécanismes d'exemption	44
4.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	44
4.5 – RÉFÉRENCES	46
LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN BELGIQUE	47
5.1 – LE CONTEXTE	47
5.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN BELGIQUE	49
5.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge	49
5.2.2 – Les dispositifs de partage du coût	49
5.2.3 – Réassurabilité du reste à charge.....	51
5.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge	51
5.3 – DONNÉES STATISTIQUES	55
5.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages	55
5.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection/Importance des mécanismes d'exemption	55
5.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS	55
5.5 – RÉFÉRENCES	57
INDEX DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	58

ANNEXE 1

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN SUÈDE

1.1 – LE CONTEXTE

Le contexte démographique

En 2004, la Suède compte neuf millions d'habitants, dont 83 % vivent dans des zones urbaines. Il s'agit de l'une des populations les plus âgées du monde : 17 % de la population a plus de 65 ans et 5,2 % plus de 85 ans. En termes d'espérance de vie, la Suède se classe parmi les tout premiers pays de l'OCDE, et les autres indicateurs de santé (comme l'espérance de vie sans incapacité) vont dans le même sens.

Le contexte politique

La Suède est une monarchie parlementaire qui comprend trois niveaux de gouvernement, indépendants, avec des élections pour chacun des niveaux tous les quatre ans :

- Au niveau national, le gouvernement suédois est, le plus souvent, de tendance sociale-démocrate depuis 1930, à part de 1976 à 1982, de 1991 à 1994 et depuis 2006.
- Au niveau régional, il existe 21 comtés (18 conseils de comté, deux ensembles régionaux, une municipalité indépendante à statut de comté) en charge du système de santé, des soins dentaires, du transport public, du tourisme et de la culture. Les comtés lèvent des impôts proportionnels aux revenus des résidents. La population des comtés varie entre 60 000 habitants et 1,8 million d'habitants (trois comtés ont plus de 500 000 habitants).
- Au niveau local, il existe 290 municipalités, qui bénéficient elles aussi du droit de lever des impôts sur le revenu des résidents. Les municipalités sont responsables des soins de longue durée, pour les personnes âgées et les personnes handicapées, de la petite enfance, des routes, de l'eau et de l'énergie. Les communes comptent de moins de 3 000 à 760 000 habitants.

Le contexte économique

La Suède est un pays « riche » avec un PIB par habitant de 29 450 euros et une répartition des richesses assez homogène (le revenu disponible des ménages varie de 1 à 8 entre le premier et le dernier décile). Au début des années, la Suède a connu une forte crise économique et financière qui a conduit à l'adoption de mesures de maîtrise des dépenses publiques, notamment des dépenses de santé qui restent stables pendant la période 1990-2000.

Le système de santé

Le système de santé suédois est un système national de santé : la couverture est universelle, le financement est assuré principalement par l'impôt, et les soins sont fournis essentiellement dans le cadre de structures publiques (bien que le secteur privé se soit développé durant la crise des années quatre-vingt-dix dans les grandes villes).

Il s'agit aussi d'un système de santé extrêmement décentralisé. L'organisation et le financement des soins ambulatoires et hospitaliers relève de la responsabilité des comtés. Leur autonomie est extrêmement importante bien qu'ils doivent remplir des obligations minimales en termes d'accès aux soins pour l'ensemble de leurs administrés ainsi qu'en termes de financement des dépenses de santé. Deux contraintes pèsent sur ce financement : la première est relative au taux d'imposition maximal que les comtés peuvent prélever (en moyenne ce taux est de 10,76 % des revenus – sachant que 92 % du budget des comtés est affecté à la santé) ; la seconde est liée aux plafonds qui s'appliquent sur les mécanismes de participation financière des patients.

1.2 – LE RESTE À CHARGE EN SUÈDE : CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Bien que la part des dépenses publiques de santé soit de l'ordre de 85 % en Suède (contre 78 % en France), la participation financière des patients est généralisée dans le système. Cette participation est déterminée par les comtés pour les soins ambulatoires et à l'hôpital (ce qui est cohérent avec le fait que les comtés déterminent aussi les modalités de rémunération des producteurs de soins) et au niveau national pour les médicaments.

1.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge

Il n'existe pas en Suède de définition précise des biens et services médicaux devant être pris en charge par le système de santé. Le Bureau national de la santé et du bien-être (Socialstyrelsen),

qui est une autorité publique semi-indépendante, suit et évalue les services de santé proposés par les comtés à leurs administrés, afin de garantir leur adéquation avec les principes généraux définis au niveau central.

Concrètement, l'ensemble des soins de santé, diagnostiques et curatifs, est pris en charge.

1.2.2 – Les dispositifs de partage du coût

Pour les consultations

Lors d'une consultation avec un médecin généraliste ou dans un centre de soins primaires, les patients doivent s'acquitter d'une franchise qui varie, selon les comtés, de 11 à 17 euros.

La franchise est deux fois plus élevée pour une consultation avec un médecin spécialiste, de 22 à 34 euros (les spécialistes exercent pour la plupart à l'hôpital).

Lors d'un passage aux urgences, les patients doivent s'acquitter d'une franchise de 28 euros en moyenne.

Pour les soins hospitaliers

Les patients s'acquittent d'un forfait journalier qui est, au maximum, de 9 euros.

Pour les médicaments

Le mécanisme de participation financière est national. Cette participation est calculée sur une période de 12 mois : les patients paient la totalité des médicaments qui leur sont prescrits, jusqu'à 100 euros. Dès lors que leur consommation pharmaceutique atteint 100 euros, un mécanisme de ticket modérateur dégressif se met en place : de 100 euros à 189 euros, les patients paient 50 % du coût ; de 190 euros à 367 euros, ils paient 25 % ; de 368 euros à 478 euros, ils ne paient plus que 10 % ; au-delà de 478 euros, les médicaments sont entièrement pris en charge par le système de santé.

Pour les soins dentaires

Les soins dentaires sont subventionnés par un système d'assurance dentaire national qui s'applique aux adultes. La participation financière des patients est calculée comme la différence entre le montant effectivement payé et un tarif forfaitaire de référence qui est pris en charge par

ce système d'assurance. En 2000, ce tarif forfaitaire couvrait en moyenne 40 % des frais réellement engagés.

Pour le suivi de grossesse

Pas de participation financière des parturientes.

1.2.3 – Réassurabilité du reste à charge

En Suède, l'assurance maladie privée volontaire ne concerne pas les biens et services pris en charge par le système public. Elle permet l'accès à un réseau de professionnels entièrement privés : c'est une assurance supplétive, dès le premier euro.

1.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge

Ces règles s'imposent à l'ensemble des comtés :

En fonction de l'état de santé : l'insuline est gratuite pour les patients diabétiques.

En fonction de l'âge :

- ◆ les moins de 20 ans : pas de franchise sur les consultations, soins dentaires gratuits ;
- ◆ les personnes en invalidité ou les plus de 65 ans pris en charge dans des structures de soins de longue durée : plafond de 100 euros pour les soins dentaires sur une période de 12 mois ;
- ◆ pour les plus de 65 ans (non pris en charge pour des soins de longue durée): plafond de 850 euros pour les soins dentaires.

Plafonds de dépenses :

- ◆ 100 euros pour les consultations (généralistes, infirmières en soins primaires et spécialistes) et les frais hospitaliers par période de 12 mois
- ◆ 200 euros pour les médicaments
- ◆ 222 euros pour les dispositifs médicaux

Hors frais dentaires et biens et services non pris en charge, *le reste à charge des ménages est donc plafonné à 522 euros par an.*

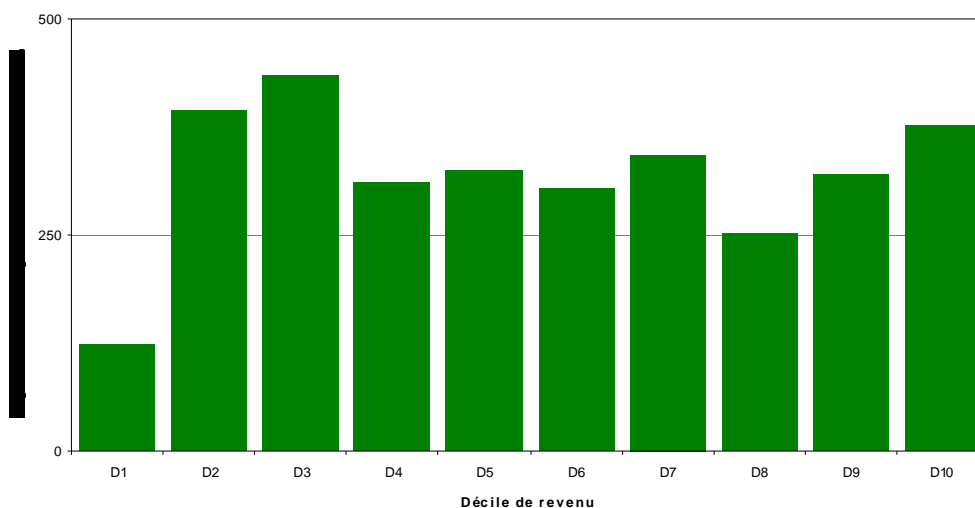
1.3 – DONNÉES STATISTIQUES

1.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

En moyenne, les dépenses de santé représentaient 2,5 % du budget des ménages.

Le poids relatif de ces dépenses est relativement stable selon le niveau de revenu (aux alentours de 3 % pour les ménages les plus pauvres et de 2 % pour les plus aisés). Les données sur le budget des ménages publiés par l'institut officiel de la statistique en Suède montrent qu'il n'existe pas de lien évident entre le revenu des ménages et la dépense « privée » des membres du ménage. Tout au plus peut-on dire que la dépense privée de santé des individus appartenant aux ménages les plus pauvres est nettement inférieure à la dépense privée observée dans les autres ménages. En revanche, il est difficile de déterminer si cette moindre dépense résulte d'une plus faible consommation ou d'une meilleure prise en charge.

GRAPHIQUE 1.1 : REVENU ET DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES (€), 2005 – SUÈDE

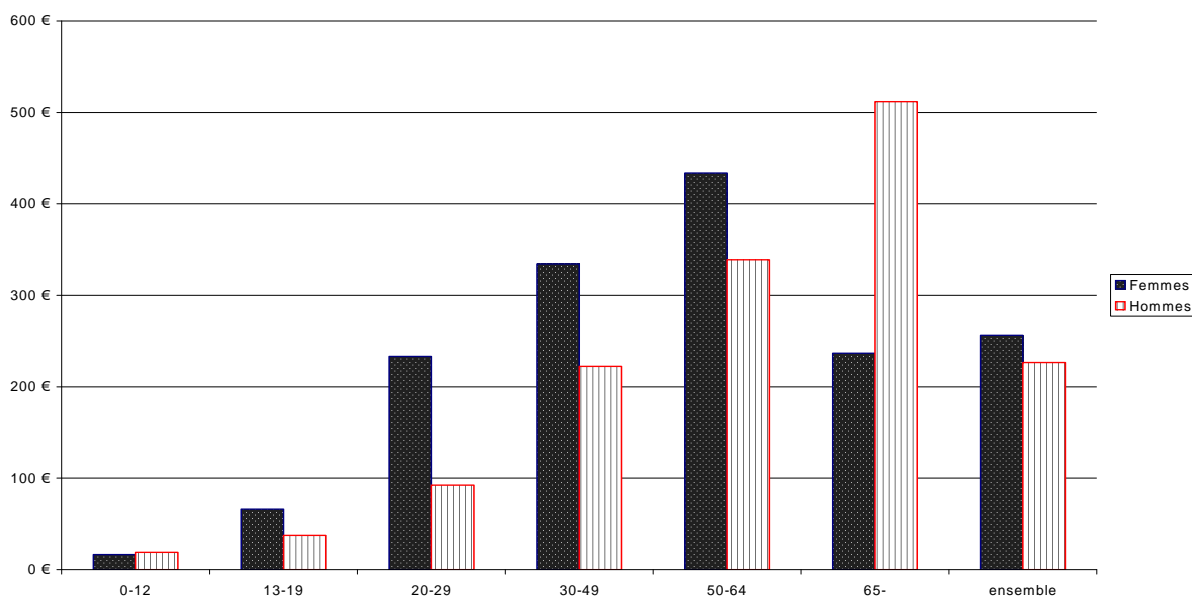


Source : calculs effectués d'après Statistiska centralbyran – *Household budget survey* – 2005

Les données individuelles en fonction de l'âge et du sexe mettent en évidence une augmentation des dépenses de santé avec l'âge, relativement proche de l'augmentation observée dans la plupart des pays. Cette croissance est plus marquée chez les hommes, pour

lesquels la dépense « privée » moyenne est de 512 euros pour un individu âgé de plus de 65 ans contre 92 euros chez les 20-29 ans (graphique 1.2).

GRAPHIQUE 1.2 : DÉPENSES DE SANTÉ « PRIVÉE » DES INDIVIDUS EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE – SUÈDE



Source : Statistiska centralbyran – Household budget survey - 2005

1.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection / Importance des mécanismes d'exemption

- ◆ Plus d'un tiers des consultations ne donnent pas lieu à une participation financière des patients.
- ◆ Plus de 10 % de la population bénéficient d'une prise en charge totale des dépenses pharmaceutiques – dans la mesure où ils ont atteint le plafond de 200 euros par période de 12 mois.

1.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Impact en termes d'équité

L'impact de la participation financière des patients en termes d'équité ne soulève pas de problèmes majeurs en Suède (au moins pour les services de santé ; la prise en charge des

soins de long terme est moins consensuelle). Les plafonds sont relativement bas : le renoncement aux soins pour raisons financières reste marginal en Suède bien qu'une étude de l'OCDE ait conclu à un moindre recours aux médecins généralistes des plus démunis (Van Doorslaer E, Masseria C, 2004). Ce résultat apparemment paradoxal est à rapprocher avec les caractéristiques de l'offre de soins des médecins généralistes (en termes de localisation géographique mais aussi en termes de barrières culturelles, le système suédois étant traditionnellement centré sur l'hôpital).

Les discussions concernant le partage du coût

Un récent rapport de l'OCDE, « En avoir plus pour son argent » (Rae D, 2005), préconise de renforcer les dispositifs de participation financière des patients, dans la mesure où cela permettrait des économies.

1.5 – RÉFÉRENCES

Statistics Sweden. <<http://www.scb.se/>> .

Commission Européenne. Eurostat <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>> .

Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health care systems in transition. Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.

Rae D. Getting better value for money from Sweden's health care system. Economics department workin papers No. 443. Paris: OECD; 2005.

Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD health working papers No. 14. Paris: OECD; 2004.

Sociétés nordiques. Blog d'Alain et Aino Lefebvre <<http://societesnordiques.blogspirit.com/>> .

ANNEXE 2

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS AUX PAYS-BAS

2.1 – LE CONTEXTE

Le contexte démographique

En 2004, les Pays-Bas comptent 16,3 millions d'habitants, dont 13,8 % ont plus de 65 ans et 3,4 %, plus de 80 ans. En termes d'espérance de vie, les Pays-Bas ont longtemps été classés parmi les tout premiers pays de l'OCDE, mais, depuis quelques années, on note un recul de la position relative des Pays-Bas au sein de l'Union européenne (des Quinze). Ainsi, l'espérance de vie des femmes y est maintenant inférieure à la moyenne, en particulier en raison d'une forte hausse des « comportements à risques » (tabagisme, alcoolisme, mauvais régime alimentaire et obésité en particulier). Les Pays-Bas sont un pays « riche », avec un PIB par habitant de 28 000 euros.

Le système de santé et la loi du 1^{er} janvier 2006

Le système de santé des Pays-Bas est singulier en ce qu'il ne relève ni d'un système national ni d'un système d'assurance sociale ni d'un système libéral... Le régime d'assurance maladie aux Pays-Bas est constitué de trois compartiments : les soins de longue durée (AWBZ) ; les soins de santé ; les assurances complémentaires ¹.

L'assurance est obligatoire pour les soins de longue durée et les soins de santé.

L'assurance pour les soins de longue durée relève d'une assurance sociale classique exécutée par des organismes sans but lucratif. Ce premier compartiment n'a pas connu de réformes importantes et il est aujourd'hui question de le moderniser.

1. Les soins de longue durée sont pris en charge par le biais d'une assurance sociale classique, exécutée sans but lucratif par des organismes de mise en œuvre dûment enregistrés ; la prise en charge des soins curatifs est effectuée par des entreprises privées, éventuellement à but lucratif.

En revanche, le *deuxième compartiment*, qui prend en charge *l'ensemble des soins de santé*, a été remodelé à la suite de la loi du 1^{er} janvier 2006. Il s'agit aujourd'hui d'une assurance de droit privé intégrant d'importantes garanties de droit public.

En 2003, le gouvernement Balkenende II a décidé d'introduire une assurance standard obligatoire pour l'ensemble de la population. La mise en place de cette assurance, qui couvre les risques des soins médicaux, des médicaments et du matériel médical de la même façon que l'assurance maladie obligatoire, a été confiée à des assureurs privés. Il s'agit d'un régime qui est toutefois largement encadré : par exemple, un assureur ne peut pas appliquer des primes différentes aux assurés couverts pour le même groupe de prestations auprès de son entreprise. La loi sur l'assurance des soins de santé définit les prestations en fonction du type de soins ; l'assureur, quant à lui, est libre de décider de la personne ou de l'établissement qui fournira les soins à l'assuré ². L'assurance peut intervenir en proposant des services en nature à ses affiliés ou en remboursant tout ou partie des frais engagés.

Les assureurs peuvent proposer différents types de contrats, en modulant prime et reste à charge, mais sont tenus de proposer au moins un contrat sans franchise. Il existe aujourd'hui une trentaine d'organismes d'assurance proposant une assurance sur les soins médicaux, certains intervenant sur l'ensemble du pays, d'autres sur une zone géographique plus restreinte. Les assurés doivent s'acquitter d'une prime nominale, dont le montant est fixé par l'assureur, et d'une cotisation liée au revenu. Cette dernière est affectée à la Caisse d'assurance maladie, qui sert notamment à compenser les différences entre structures de risque qui peuvent apparaître entre les assureurs.

L'offre de soins est essentiellement privée : à but non lucratif pour les établissements de santé, à but lucratif pour les professionnels exerçant dans un cadre libéral.

2.2 – LE RESTE À CHARGE AUX PAYS-BAS : CONTEXTE INSTITUTIONNEL

La part des dépenses publiques de santé est de l'ordre de 80 % aux Pays-Bas (contre 78 % en France), les assurances complémentaires intervenant pour 14,3 % et les dépenses privées des ménages pour 5,8 % (dont 4 % pour les soins de longue durée (AWBZ) et environ 2 % pour les soins de santé).

2. Évidemment, cette liberté ne s'applique que dans le cadre légal de l'exercice professionnel des différents intervenants.

2.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge

Les pouvoirs publics réglementent le panier de soins à travers la « description fonctionnelle » des soins inclus dans les prestations, que doivent fournir les assureurs de soins de santé. Cela signifie que seuls le contenu, l'étendue des soins et les indications thérapeutiques sont opposables ; le choix du prestataire, le lieu de délivrance, les critères d'autorisations ou d'orientation vers d'autres professionnels sont sous la responsabilité des assureurs.

Les prestations couvertes par l'assurance comprennent :

- les soins médicaux dispensés ordinairement par les généralistes, les spécialistes, les psychologues cliniciens et les obstétriciens, les prescriptions d'analyse de laboratoire et de soins infirmiers et les conseils dans le domaine des maladies héréditaires ;
- les soins paramédicaux comme la physiothérapie, la gymnastique médicale, l'orthophonie, l'ergothérapie et les conseils nutritionnels et diététiques, dans la limite de 9 consultations par an pour la physiothérapie et la gymnastique médicale, 10 heures par an pour l'ergothérapie et 4 heures par an pour les conseils diététiques et nutritionnels ;
- les médicaments, avec un mécanisme de prix de référence qui s'applique aux produits ayant des effets thérapeutiques équivalents ;
- le matériel médical utilisé à domicile, du matériel dit de soin (comme les couches pour incontinents et les plaquettes de test pour les diabétiques) au matériel dit d'assistance (comme les appareils auditifs et les chaussures orthopédiques) ;
- les soins dentaires jusqu'à 18 ans et seule la chirurgie maxillo-faciale au-delà AV ;
- les séjours en établissements dans la limite de 365 jours ; au-delà, la prise en charge relève de l'assurance des soins de longue durée ;
- le transport des malades, à condition qu'il existe une indication médicale, sur une distance limite de 200 km.

2.2.2 – Les dispositifs de partage du coût

Pour les soins de longue durée

Traditionnellement, il existe des mécanismes de partage des coûts dans le premier compartiment, qui couvre les soins de longue durée. Ces dispositifs – qui s'appliquent par

exemple sur les dépenses d'hébergement des personnes âgées dépendantes – sont plafonnés en fonction de la situation familiale, du revenu et de l'âge : le montant mensuel maximum est fixé à 1 631 euros.

Pour les soins de santé

Les assureurs privés, qui interviennent dans le deuxième compartiment de l'assurance maladie (les soins de santé), peuvent proposer différents contrats, lesquels se distinguent en fonction de la prime nominale exigée, du montant de la franchise applicable, des modalités de dispensation des soins garantis (type de prestataire, avance de frais, etc.).

La loi sur l'assurance maladie de janvier 2006 prévoit cinq niveaux de franchise différents, de 100 à 500 euros ; les assureurs sont tenus d'indiquer dans leur offre la réduction de prime correspondante à chaque franchise. Ils doivent aussi proposer au moins un contrat sans franchise.

Ne sont soumis aujourd'hui à une participation financière des patients que quelques biens et services particuliers comme les implants mammaires, les chaussures orthopédiques ou encore les prothèses auditives.

Pour les médicaments

Pour les médicaments, un mécanisme de prix de référence s'applique. Les assurés, s'ils souhaitent acquérir un médicament dont le prix est supérieur à ce prix de référence, doivent payer intégralement la différence.

Le « *no-claim* »

Le *no-claim* est un dispositif original de partage des coûts institué par la loi de 2006. Ce dispositif prévoit qu'une partie de la prime nominale versée par les assurés peut leur être restituée à la fin de l'exercice, le montant restitué dépendant de leur consommation effective. Concrètement, la prime nominale moyenne s'élevait en 2006 à 1 038 euros. Sur ces 1 038 euros, 255 étaient alloués au *no-claim*. À la fin de l'exercice, l'ensemble des dépenses imputables à chaque assuré (hors maternité et consultations de médecine générale) est calculé, puis déduit des 255 euros payés par l'assuré. Si la consommation réelle est inférieure à 255 euros, alors l'assureur restitue la différence. **Ce mécanisme est une sorte de franchise plafonnée payée *ex ante*. Le gouvernement a annoncé l'abrogation du *no-claim* à compter du 1^{er} janvier 2008.**

2.3 – Réassurabilité du reste à charge

Les assurances complémentaires (qui constituent le troisième compartiment de l'assurance maladie aux Pays-Bas) n'interviennent que pour des soins qui ne sont pas assurés par les deux premiers compartiments, qu'il s'agisse de soins pouvant être payés aisément par les personnes concernées ou de soins de luxe.

2.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge

Concernant les soins de santé, les assureurs étant tenus de proposer un contrat sans franchise à la totalité de leurs clients, la question de l'exonération du reste à charge ne se pose pas. Bien que les contrats sans franchise correspondent à des primes plus élevées, il existe des mécanismes d'allocation forfaitaire qui permettent aux plus démunis de payer un contrat sans franchise.

Pour les soins de longue durée, les personnes de moins de 18 ans sont exonérées du reste à charge.

2.3 – DONNÉES STATISTIQUES

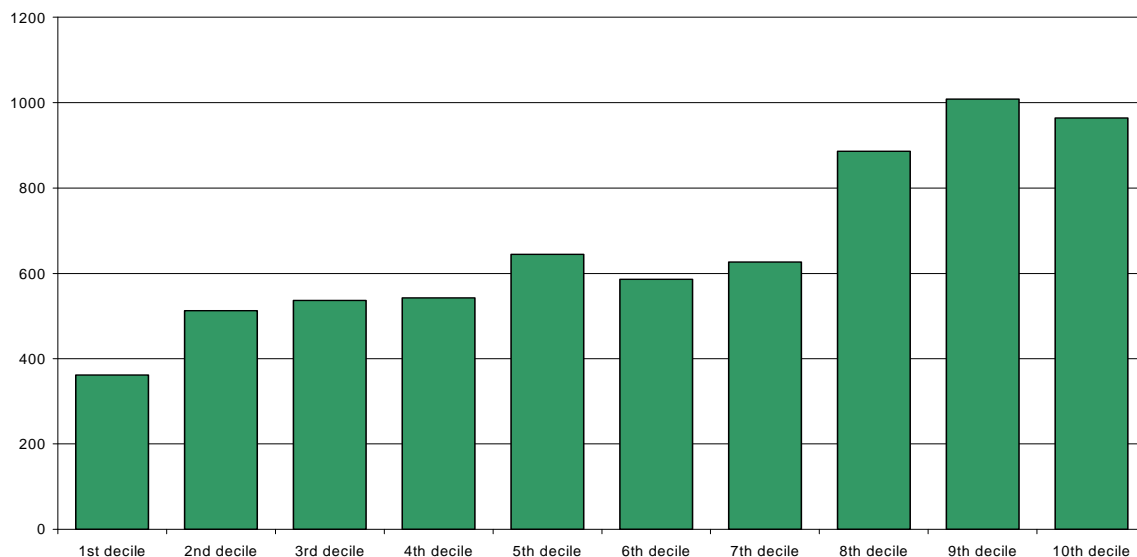
2.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

En moyenne, les dépenses de santé représentaient 2,4 % du budget des ménages en 2004 (soit 663 euros). Bien que modéré, ce chiffre représente une évolution considérable : en 2000, les dépenses de santé comptaient seulement pour 1,4 % du budget des ménages.

Le poids relatif de ces dépenses est un peu plus élevé pour les ménages les plus pauvres (aux alentours de 3 % pour les deuxième et troisième déciles, contre 2 % pour les ménages plus aisés). Cependant, le graphique 2.1 montre bien que les dépenses privées de santé sont nettement supérieures pour les ménages appartenant aux trois derniers déciles (plus de 800 euros par an alors que la dépense des ménages moins aisés se situe entre 500 et 600 euros par an)

GRAPHIQUE 2.1 : REVENU ET DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES (€), 2004 – PAYS BAS

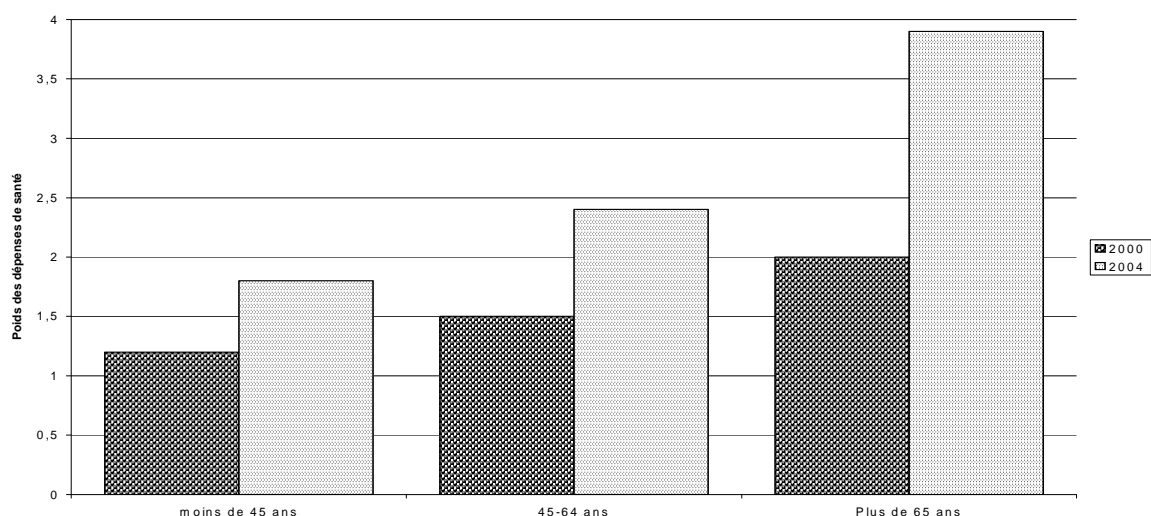
dépenses de santé des ménages
(euros)



Source : calculs effectués d'après Centraal Bureau voor de Statistiek, budget survey, 2004.

L'évolution de la part du budget des ménages consacrée à la santé montre une détérioration relative de la situation des plus âgés. Entre 2000 et 2004, le poids du poste santé a presque doublé pour les ménages de plus de 65 ans, passant de 2 % à 3,9 % ; ce poids a augmenté de « seulement » 50 % pour les ménages plus jeunes (de 1,2 % à 1,8 %) (graphique 2.2).

GRAPHIQUE 2.2 : POIDS DES DÉPENSES DE SANTÉ « PRIVÉE » DES MÉNAGES EN FONCTION DE L'ÂGE – PAYS-BAS



Source : Statistics Netherlands, Voorburg/Heerlen.

2.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection / Importance des mécanismes d'exemption

Si la réforme de 2006 prévoit la possibilité pour les assureurs de proposer des contrats avec franchise pour la prise en charge des soins de santé, dans les faits, l'institut de recherche Nivel souligne que les assurés ont massivement opté pour un contrat sans franchise : fin 2006, 92 % des contrats d'assurance ne comportaient pas de participation financière des patients pour les soins de santé.

Ce résultat doit cependant être nuancé. En effet, le dispositif *no-claim* peut être interprété comme une franchise payée *ex ante* (cf. deuxième partie). Les premières évaluations disponibles (Maarse H, 2006) montrent qu'en moyenne sur 255 euros, les Néerlandais ont récupéré 91 euros. Évidemment, les disparités sont assez fortes : les plus de 65 ans et les patients atteints d'une maladie chronique ayant beaucoup plus souvent atteint le plafond de 255 euros, ils n'ont bénéficié que d'une récupération plus faible.

TABLEAU 2.1 : FRANCHISE RÉELLEMENT PAYÉE PAR LES ASSURÉS – PAYS-BAS

	Montant payé au titre du <i>no-claim</i>
Ensemble de la population	164 €
Personnes âgées de plus de 65 ans	218 €
Malades chroniques	254 €
Bénéficiaires des minima sociaux	170 €
Salariés et travailleurs indépendants	138 €

Source : calculs effectués d'après Health Policy Monitor.

2.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Impact en termes d'équité

L'impact de la participation financière des patients en termes d'équité est appréhendé à travers le dispositif du *no-claim*. En effet, les autres mécanismes de partage des coûts (comme le prix de référence pour les médicaments) sont suffisamment limités pour ne pas poser de réels problèmes d'accès aux soins pour les plus démunis et pour ne pas constituer une charge financière trop importante pour les malades les plus lourds.

En revanche, l'instauration du *no-claim* – même si ce mécanisme limite *de facto* la franchise payée par les assurés à 255 euros par an – a entraîné des débats assez vifs. En effet, sont favorisés par ce dispositif les personnes jeunes et en bonne santé alors que les malades chroniques – qui ont un recours aux soins plus important – s'acquittent, *in fine*, d'une franchise plus élevée.

Les discussions concernant le partage du coût

Au-delà de l'impact du dispositif de *no-claim* en termes d'équité, son intérêt même, en tant qu'outil de responsabilisation des patients, est remis en cause. En effet, le décalage entre le moment où les assurés consomment des soins et celui où les assurés peuvent éventuellement récupérer une partie des 255 euros qu'ils ont versé en début d'exercice ne permet pas une réelle prise de conscience de l'impact financier des choix de consommation qui peuvent être effectués. Ce constat est, de plus, renforcé par le caractère relativement complexe du *no-claim*, les assurés ne comprenant pas toujours le lien entre leur consommation de soins durant l'année écoulée et le montant auquel ils peuvent prétendre à la fin de l'année.

Il n'existe cependant pas aujourd'hui d'évaluation officielle du dispositif, en particulier en ce qui concerne le coût de sa mise en œuvre par les assureurs. Il a été décidé de le maintenir en 2007 malgré les critiques qui ont pu apparaître lors de la première année de sa mise en place. Les réformes envisagées aujourd'hui concernent plutôt l'assurance pour les soins de longue durée.

2.5 - RÉFÉRENCES

Statistics Netherlands <<http://www.cbs.nl/en-GB/default.htm>> .

Commission Européenne. Eurostat <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>> .

den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition. Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Maarse H. "Health Insurance Reform 2006". *Health Policy Monitor* 2006. <<http://www.hpm.org/survey/nl/a7/1>> .

Maarse H. The no-claim arrangement in health insurance. *Health Policy Monitor* 2006. <<http://www.hpm.org/survey/nl/a8/2>> .

Organisation de coopération et de développement économiques <www.oecd.org> .

ANNEXE 3

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN ALLEMAGNE

3.1 – LE CONTEXTE

Le contexte démographique

En 2004, l'Allemagne compte environ 82,491 millions d'habitants et est l'un des pays les plus densément peuplés³. Sa population compte parmi les plus âgées au monde : 19,3 % de la population a plus de 65 ans et 4,2 % plus de 80 ans. En termes d'espérance de vie, l'Allemagne se classe parmi les derniers pays d'Europe (11^e rang), avec une espérance de vie à la naissance de 76 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes.

Le contexte politique

La république fédérale d'Allemagne est composée de 16 *Länder* depuis 1990, chacun ayant sa propre constitution (« *Verfassung* ») dans le cadre de la « Loi fondamentale », c'est-à-dire la constitution adoptée en 1949 au niveau central (« *Grundgesetz* »). Les *Länder* ont la possibilité de lever des impôts. Le président de la République est élu pour cinq ans, et c'est le chancelier qui compose le gouvernement fédéral en proposant les ministres fédéraux et les grandes lignes de la politique gouvernementale.

Le contexte économique

Le PIB par habitant s'élève à 26 859 euros en 2004, ce qui classe l'Allemagne en 11^e position des pays de l'Europe des Quinze.

L'Allemagne est l'un des membres du G8. Elle connaît un fort taux de chômage par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE, soit actuellement près de 10,5 % de la population active en 2003 (chômage qui touche plus particulièrement l'Allemagne de l'Est). L'une des questions récurrentes au niveau politique est le poids considéré élevé des cotisations sociales.

3. Données issues de Éco-Santé OCDE, 2006.

Le système de santé

Selon l'Office fédéral de la statistique allemand, la dépense de santé par source de financement se présente de la manière suivante :

TABLEAU 3.1 : DÉPENSE DE SANTÉ PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN MILLIONS D'EUROS – ALLEMAGNE

Année	2002	2003	2004 (%)
Dépense totale de santé	227 875	233 593	233 983
État	14 411	14 424	14 535 (6,2)
Assurances maladie sociales	132 935	135 583	131 564 (56,2)
Assurances sociales pour les soins de long terme	17 309	17 438	17 587 (7,6)
Assurances sociales invalidité	3 587	3 586	3 491 (1,5)
Assurances sociales accident	3 852	3 947	3 944 (1,7)
Assurances maladie privées	19 453	20 438	21 112 (9,1)
Employeurs	9 402	9 672	9 678 (3,9)
Ménages / organisations privées à but non lucratif	26 926	28 505	32 073 (13,8)

Source : Office fédéral de la statistique allemand, chiffres au 16/8/2006. <http://www.gbe-bund.de>

Le panier de soins déterminé au niveau national est obligatoirement couvert par les assurances sociales. Il inclut des services de prévention, des soins hospitaliers, des services médicaux, des soins mentaux, des soins dentaires, des prescriptions de médicament, de la rééducation et des indemnités journalières. Les soins de long terme sont couverts par le biais d'un autre mécanisme assurantiel. Le partage du coût est considéré comme relativement peu élevé au regard des autres pays d'Europe, essentiellement limité à des copaiements forfaitaires et de la coassurance. Toutefois, le déficit récurrent des caisses maladie au cours des années récentes a conduit à accroître sensiblement la participation financière des assurés depuis 2004.

L'estimation du reste à charge est relativement approximative, dans la mesure où les données sur les dépenses de santé reportées trimestriellement par le ministère de la Santé ne le comprennent pas. De plus, les dispositifs compliqués et les formes variées d'exonération rendent cette estimation relativement difficile. Pour l'année 2001, on estimait à environ 8 % ce reste à charge (Gericke, 2004). Le reste à charge représenterait actuellement environ 11 % des dépenses de santé.

L'assurance sociale

D'inspiration bismarckienne, le système de protection maladie est obligatoire en deçà d'un certain niveau de revenu (46 800 euros par an en 2005, soit 3 900 euros par mois), l'assuré ayant l'obligation de s'inscrire auprès d'une caisse d'assurance maladie, choisie librement

depuis 1996. Au-delà de ce seuil, les individus ont le droit de se soustraire à cette obligation afin d'obtenir une couverture assurantielle privée (assurance supplétive).

En 2005, on comptait environ 290 caisses d'assurance maladie autonomes, à but non lucratif, privées mais régulées par le gouvernement (Cohu *et al.*, 2005)⁴. Elles sont financées essentiellement par les cotisations obligatoires, dont elles fixent librement les taux, représentant en moyenne 14,2 % de la rémunération brute plafonnée à 3 900 euros en 2006, presque également partagées par les employés et les employeurs (les salariés devant verser une cotisation supplémentaire de 0,9 %) ⁵. Ces caisses couvrent environ 88 % de la population, dont 38 % par obligation, compte tenu du seuil ⁶. L'assurance maladie privée supplétive fournit une assurance sur la base de primes volontaires individuelles, concernant environ 10 % de la population. Près de 20 % de la population détient une assurance complémentaire partielle. Notons qu'il n'existe pas de système de couverture universelle en Allemagne pour la population défavorisée (chômeurs non indemnisés, propriétaires de petites entreprises) et que l'on estime de 80 000 à 300 000 le nombre de personnes dépourvues de couverture maladie (Bode, 2006).

L'offre de soins

Concernant les médecins, les généralistes n'assument pas de rôle formel de *gatekeeper*. Toutefois, depuis 1994, un modèle de médecin traitant doit être proposé par les caisses d'assurance maladie. Les médecins ambulatoires sont rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte encadré par une enveloppe globale négociée entre les caisses et les associations régionales de médecin, les consultations étant gratuites pour les patients. Les hôpitaux sont en majeure partie à but non lucratif, publics et privés. Les médecins y sont salariés (bien que les médecins confirmés puissent également traiter des patients assurés par le secteur privé sur la base d'un paiement à l'acte). Le paiement à la pathologie a été introduit en 2004 (les niveaux de paiement étant négociés avec les hôpitaux au niveau régional).

L'assurance privée

4. Le modèle de la « gouvernance solidaire » a été introduit en 1992 (Bode, 2006). Le gouvernement allemand délègue la régulation aux corps professionnels autonomes des caisses d'assurance maladie et des associations d'offres médicaux. Cependant, étant donné le manque d'efficacité de ces dispositifs, le gouvernement est progressivement amené à remplacer le système autonome et à déléguer davantage de pouvoir d'achat aux caisses d'assurance maladie en concurrence. Le gouvernement impose des budgets sectoriels pour les services hospitaliers et médicaux. Des plafonds de budget pour les prescriptions pharmaceutiques ont été supprimés en 2001, conduisant à une augmentation sans précédent des dépenses de médicaments.

5. Il y a cependant une source fiscale de financement de l'assurance maladie, par le biais de versements des régimes d'assurance vieillesse et chômage financés sur la base d'une assiette fiscale et des taxes sur le tabac.

6. Chiffres de l'Office fédéral de la statistique allemand pour 2003.

L'assurance volontaire en Allemagne comporte donc deux volets : l'un couvre une partie de la population (assurance supplétive), l'autre propose une assurance complémentaire pour les personnes socialement assurées (voir *infra*). En 2002, 9,3 % de la population était couverte par l'assurance privée supplétive, soit en raison du niveau de revenu des assurés, soit en raison du statut (travailleurs indépendants, fonctionnaires). Le panier de soins est identique à celui de l'assurance sociale, voire plus important que celui-ci, mais plusieurs contrats sont disponibles ⁷.

3.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN ALLEMAGNE

Depuis les années quatre-vingt, le partage du coût, prenant la forme d'un reste à charge pour les patients, a été renforcé dans les secteurs hospitaliers, les équipements des soins de moyenne durée et les transports en ambulance. Les mesures adoptées cherchaient à faire supporter la dépense davantage aux patients qu'à l'assurance maladie sociale et non à réduire la dépense globale (motif de responsabilité collective et de panier de soins). Dans la loi sur la réforme des soins de santé de 1989, le partage du coût était voué à atteindre deux objectifs : limiter la prise en charge collective (en réduisant la dépense pour les soins dentaires, la physiothérapie et les transports et en rendant les patients responsables des frais pharmaceutiques au-dessus de prix de référence) et récompenser le comportement responsable et les bonnes pratiques de prévention (traitement dentaire) avec des copaiements plus bas. Ces régulations de partage du coût constituaient une part d'une restructuration complète des copaiements, débouchant en général sur un partage du coût plus élevé. Les dentiers et couronnes ont été exclus du panier pour toute personne née après 1978. De même, le traitement prothétique n'a plus été directement remboursé, mais les patients devaient obtenir un traitement privé et recevoir un remboursement fixe de l'assurance sociale. À travers cette régulation, le traitement par prothèse dentaire devint le premier domaine de l'assurance sociale allemande à utiliser des contrats entre patients et fournisseurs. Tandis que la loi a établi des limites pour la facturation privée jusqu'en 1999, le ministère a estimé qu'au moins un tiers des dentistes surfacturaient. En conséquence, la régulation fut supprimée en 1998 en faveur de l'ancienne régulation de coassurance.

Depuis 2004, afin que le volume des économies espérées à travers la loi de modernisation du système de santé (4 % des dépenses courantes) soit atteint, les paiements à charge des

7. Pour plus d'information, cf. Gericke *et al.* (2004).

patients ont encore augmenté de manière substantielle pour les assurés sociaux, par transferts des coûts aux utilisateurs *via* des copaiements accrus ou des exclusions du panier (par exemple, les verres de lunettes, les transports en ambulance et les médicaments sans ordonnance).

3.2.1 - Gestion du panier de soins pris en charge

C'est le Comité fédéral commun qui joue un rôle crucial dans la négociation entre les caisses d'assurance maladie et les organisations de médecins pour définir les objectifs du panier de soins, puisque ses directives s'imposent légalement à l'ensemble des acteurs du système de santé⁸. Globalement, le problème de la définition fine du panier de soins remboursables a pris une nouvelle importance en Allemagne, avec pour résultat la création d'un nouvel « Institut pour la qualité et l'efficacité » (Busse *et al.*, 2005). Cet institut a pour vocation de soutenir le Comité fédéral commun, en pilotant des études d'évaluation économique relatives aux décisions de couverture du panier de soins, de sorte à rendre les arbitrages plus clairs et les catalogues plus explicites⁹.

La loi de modernisation du système de santé (2004) a transféré certains services sous la seule responsabilité financière des assurés. Il s'agit :

- de l'indemnité décès, de l'indemnité naissance et des services liés à la stérilisation, qui ne sont pas considérés comme relevant de raisons médicales ;
- de la fourniture de paires de lunettes, limitée aux enfants et aux adolescents d'âge inférieur à 18 ans ainsi qu'aux assurés gravement atteints de troubles visuels ;
- de l'insémination artificielle, limitée à un niveau « raisonnable », soit trois tentatives de traitement. L'âge a été fixé entre 25 et 40 ans pour les femmes et

8. Le Comité et les partenaires contractuels (caisses d'assurance maladie et offreurs) définissent les listes de biens et services remboursables par l'assurance sociale dans le cadre du Code social (livre V). Ces directives concernent avant tout la couverture du panier de soins et doivent assurer que les services de santé sont adéquats, appropriés et efficaces.

9. Des informations complémentaires sur le processus de prise de décision concernant le partage du coût sont disponibles dans Gericke *et al.* (2004). Dans les comités joints de payeurs (associations de caisse d'assurance maladie) et offreurs (associations de médecins et/ou de dentistes et/ou la fédération hospitalière), des acteurs légalement investis définissent les paniers de soins remboursables par les assurances maladie. Ces dernières doivent donc prendre en charge les dépenses remboursées de leurs assurés sans approbation préalable, excepté pour les traitements préventifs thermaux, les soins de rééducation et les soins infirmiers à domicile de court terme (Busse *et al.*, 2005). En cas de doute, la caisse doit obtenir un avis d'expert sur la nécessité médicale du traitement.

jusqu'à 50 ans pour les hommes. Les assurés paient désormais la moitié des frais ;

- des médicaments en vente libre, qui ne sont plus remboursables par l'assurance maladie légale que de façon très restreinte (y compris les médicaments pour le traitement des allergies) ;
- des frais de transport pour les traitements ambulatoires en taxi et voiture de location, qui ne peuvent être désormais remboursés que dans des cas exceptionnels, sur la base des directives du Comité fédéral commun, après approbation de l'assurance maladie sociale.

3.2.2 – Les dispositifs de partage du coût

On distingue quatre principaux instruments de partage du coût utilisés dans le système de santé allemand (MISSOC, 2006) :

- des franchises liées à un critère de temps ou une limite de temps (par exemple, pour le forfait de cabinet ou le paiement supplémentaire pour les hôpitaux) ;
- des règles de coassurance associée à des copaiements forfaitaires, autrement dit des limites inférieure et supérieure (par exemple, pour les médicaments) ;
- des règles de coassurance classique (par exemple, les traitements d'orthodontie) ;
- des prises en charge de frais résiduels de traitements standard, non subventionnés (par exemple, les prothèses dentaires).

Les soins ambulatoires

Les assurés ont droit à une prise en charge des soins de prévention ou de dépistage et des traitements des maladies. Ces droits incluent les services complémentaires des auxiliaires médicaux, à condition qu'ils aient été prescrits par un médecin. Il est notable que si un

copaiement était prévu dès 1930 pour les soins ambulatoires, il a complètement disparu du système allemand en 1945 pour ne réapparaître qu'en 2004 ¹⁰.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, tout assuré a l'obligation de payer un « forfait de cabinet » (*practice fee*) de 10 euros par trimestre lors du premier contact avec un offreur de soins médecin ou dentiste, à condition que cette consultation ait eu lieu sans référence durant le même trimestre ¹¹. Afin d'inciter les patients à consulter un médecin généraliste avant de consulter un spécialiste, le forfait n'est pas dû lorsque le patient est adressé par son médecin traitant. De même, des exonérations sont prévues pour le traitement d'un enfant ou d'un adolescent, les consultations pour examens de prévention secondaire et de grossesse. Pour les consultations prescrites, les assurés sont soumis à une coassurance de 15 %.

Les soins hospitaliers

Pour les hospitalisations (soins de courte et de moyenne durée), il est prévu qu'un forfait journalier d'environ 10 euros soit versé par le patient, ce forfait étant limité à 28 jours par année civile ¹². La fourniture des services hospitaliers (en hospitalisation complète) comprend le traitement médical, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments, les soins de suite et les appareils thérapeutiques, l'hébergement et l'administration ¹³.

Les biens médicaux : médicaments et pansements

Les assurés paient 10 % du prix de vente des médicaments et pansements prescrits. Ces paiements représentent au moins 5 euros et au plus 10 euros par article, mais ne dépassent

10. Cf. Gericke *et al.*, 2004.

11. Cf. MISSOC, 2006.

12. Le premier forfait hospitalier a été introduit en 1983.

13. Les services éventuellement exclus du remboursement doivent être mentionnés expressément par une directive du Comité commun fédéral. Le système de paiement à la pathologie constitue en soi le catalogue de services couverts par le système de santé pour les soins hospitaliers et, pour les services hospitaliers éventuellement non inclus dans la classification (telles les nouvelles méthodes de traitement), des accords sont conclus avec les hôpitaux concernés durant le délai d'inclusion de ces services dans le panier de soins. Concernant l'hospitalisation de jour, les critères d'inclusion dans le panier de soins sont relativement différents : le service fourni doit impérativement remplir les critères de « opportunité, nécessité et coût-efficacité » pour être inscrit dans le catalogue du panier de soins (en d'autres termes, il s'agit d'une preuve positive qui doit être apportée, tandis qu'en hospitalisation complète, il convient de démontrer que l'un des critères n'a pas été rempli ; on peut donc tout à fait voir des services hospitaliers pris en charge en hospitalisation complète qui ne le sont pas en hospitalisation de jour). Pour plus d'informations, cf. Busse *et al.*, 2005.

jamais le coût de l'article. Ils sont supprimés dès lors que les prescriptions concernent des enfants et adolescents de moins de 18 ans ¹⁴.

Les biens médicaux : prothèses dentaires et traitements d'orthodontie

Concernant les soins dentaires, les assurés ont droit aux soins de prévention, de dépistage et de traitement des maladies des dents, de la bouche et de la mâchoire. Ainsi, seuls les services de traitement prophylactique, les soins dentaires de base et les prothèses dentaires sont couverts par les caisses. Pour une prothèse dentaire, les assurés reçoivent une « subvention » définie en pourcentage d'un traitement « standard » par une directive du Comité fédéral commun (au regard de 52 cas possibles), la proportion étant de 50 %. La prise en charge augmente de 10 % si l'état de sa denture impose des soins réguliers et si le patient a consulté au moins une fois par an pour un examen dentaire durant les cinq années précédant le début du traitement après l'âge de 18 ans. Elle augmente encore de 5 % si l'assuré a régulièrement pris soin de ses dents et a suivi les examens préventifs prescrits durant les dix années précédant le début du traitement ¹⁵.

Concernant les traitements d'orthodontie, les assurés paient 20 % des coûts. Pour les enfants assurés comme ayants droit, un copaiement de 10 % est supporté par enfant à partir du deuxième enfant en traitement. Notons qu'une prise en charge plus élevée, voire une couverture complète du traitement standard, peut être fournie aux personnes à très bas revenu.

Les autres remèdes, appareils thérapeutiques, divers

Concernant les appareils thérapeutiques, le copaiement s'élève à 10 %, avec un minimum de 5 euros et un maximum de 10 euros. Un régime particulier est réservé pour l'utilisation de certains appareils thérapeutiques jetables : le copaiement est de 10 % par paquet, limité à

14. C'est depuis 1923 que le partage du coût a été introduit pour les médicaments en Allemagne et il a rapidement pris la forme d'un paiement forfaitaire par boîte de médicament ; ce paiement s'élevait à 1 DM en 1977 puis a augmenté régulièrement jusqu'à l'introduction des prix de référence en 1989. Entre 1989 et 1992, le paiement du prix de référence ne se traduisait pas par le paiement supplémentaire d'un forfait, mais celui-ci a été réintroduit en 1993, en fonction du prix du bien vendu. Pour les médicaments, les prix de référence ont été introduits en 1989 et depuis 1993 des taux forfaitaires doivent être acquittés au-dessus du différentiel entre les prix pratiqués et les prix de référence. Il est remarquable que, du fait de la concurrence à l'intérieur des groupes de prix de référence et l'obligation légale des médecins d'informer les patients exposés à la différence de prix, très rares sont les médicaments dont le prix est actuellement supérieur au prix de référence. En 1993, le montant de copaiement était lié au prix du médicament vendu – une idée réintroduite en 2004. De 1994 à 2003, c'était lié à la taille de l'emballage de sorte à inciter les patients à demander les conditionnements les plus grands. Le schéma de paiement était destiné à inciter les médecins à prescrire des tailles de conditionnement plus grandes avec des coûts par dose moyens plus bas susceptibles de permettre des économies globales de coût par patient traité.

15. Bien entendu, les patients peuvent choisir librement un traitement non standard, ou des services supplémentaires, la différence étant à leur charge.

10 euros pour les besoins mensuels par indication (ce traitement préférentiel s'applique entre autres aux patients de stomatologie).

Pour ce qui concerne les remèdes et soins à domicile, le copaiement est de 10 % des coûts en plus d'un montant de 10 euros par prescription, ce copaiement pour soins à domicile étant limité aux 28 premiers jours d'utilisation du service par année civile.

Les transports

C'est une coassurance de 10 % par service qui s'applique en cas de transport mais avec une participation plancher de 5 euros et plafond de 10 euros, et dans tous les cas ne pouvant dépasser le coût de transport facturé.

3.2.3 – Réassurabilité du reste à charge

Depuis 2005, l'assurance sociale n'est plus tenue de couvrir obligatoirement les prothèses dentaires, les lunettes et les indemnités journalières maladie ou maternité, qui peuvent être désormais couvertes par une assurance séparée publique ou privée.

Le marché de l'assurance privée complémentaire concerne notamment la prise en charge des chambres particulières d'hôpital, le traitement par un chef de service ou la couverture des services à haut reste à charge tels que couronnes et prothèses dentaires. En 2002, elle concernait 7,6 millions d'Allemands. Finalement, l'assurance maladie complémentaire n'est pas, contrairement à ce que l'on observe en France, un instrument usuel pour se protéger des copaiements et de la coassurance, mais plutôt une option de luxe pour les personnes socialement assurées afin d'être bénéficiaires de soins médicaux privés. Toutefois, il s'agit d'un marché qui tend à se développer à travers l'offre de contrats spéciaux (Gericke, 2004).

3.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge

Les exonérations des copaiements existent depuis longtemps en Allemagne et étaient traditionnellement prévues jusqu'en 2004 pour des sous-groupes de population : enfants, femmes enceintes, bénéficiaires des minima sociaux ou ménages à bas revenus.

Depuis 2004, l'exonération générale selon le critère de pauvreté ou pour d'autres raisons a été supprimée, et les régulations sur la base d'une exonération partielle ont été durcies. Selon la nouvelle définition, toute personne assurée sociale est éligible pour l'exonération du reste à charge dès lors que plus de 2 % du revenu brut du ménage annuel a été dépensé en copaiements¹⁶ ; 1 % pour une personne souffrant d'une maladie chronique sérieuse, définie comme celle qui a été traitée au moins une fois par trimestre pendant au moins un an et associée à au moins l'une des caractéristiques suivantes : un besoin de soins de long terme de grade II ou III, une invalidité ou une incapacité à travailler de 60 %, ou un certificat du médecin traitant stipulant que l'omission de soins de santé continus (c'est-à-dire au moins un contact avec un médecin par trimestre pour la même maladie) pourrait causer une aggravation mettant en danger la vie du patient, une réduction de l'espérance de vie ou une réduction à long terme de la qualité de vie. L'exonération est appliquée tant que la maladie persiste, mais ne prend pas en compte dans le calcul le reste à charge supporté par les autres membres de la famille.

La définition de maladie chronique a été approuvée par le ministère de la Santé en mars 2004, après qu'une première ébauche du Comité fédéral commun avait été refusée, car trop restrictive (elle supposait au moins deux séjours hospitaliers au cours des deux dernières années, ou huit visites de médecins par an, ou une invalidité ou une incapacité à travailler de 70 %)¹⁷.

Les règles d'exonération ne s'appliquent pas aux soins non couverts par le panier socialisé ou aux différentiels de prix pour les médicaments à prix de référence. À côté du mécanisme d'exonération, un dégrèvement de l'impôt sur le revenu est accordé pour une dépense de soins de santé (reste à charge) supérieure à 600 euros par an et représentant un certain pourcentage du revenu du ménage annuel.

3.3 – DONNÉES STATISTIQUES

16. C'est le revenu du ménage qui est pris en compte dans ce calcul. Le revenu du ménage comprend tous les revenus financiers de l'assuré et des membres de la famille vivant sous le même toit. Si plus d'une personne est dépendante du revenu, le plafond est abaissé de 4284 euros pour une deuxième personne et de 2856 euros pour tout membre supplémentaire (Gericke, 2004). Dans tous les cas, l'assuré est autorisé à demander un remboursement à la caisse d'assurance maladie.

17. Notons que des programmes de gestion thérapeutique pour certaines maladies chroniques ont été introduits, les assurés s'inscrivant librement dans ces programmes, ce qui a des conséquences sur les modalités de péréquation du risque dans le système d'assurance maladie.

En 2003, la dépense totale de santé représente, en Allemagne, 2 852 euros par habitant, soit 10,9 % du PIB (Éco-Santé OCDE, 2006). La dépense publique s'élève à 2 231 euros par habitant (8,5 % du PIB). Les versements nets des ménages correspondent la même année à 10,4 % des dépenses totales de santé et 48,2 % des dépenses privées (lesquelles équivalent à 21,8 % des dépenses totales de santé)¹⁸.

3.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

Selon l'Office fédéral de la statistique allemand (2007), le ménage moyen paie un montant mensuel de 84 euros en 2003, soit 3,9 % du budget des ménages. Cette proportion a eu tendance à croître depuis 1998, où elle s'élevait à 3,6 % du budget. On peut observer une large variation entre anciens et nouveaux Länder : dans les Länder de l'ex-Allemagne de l'Ouest, la dépense privée de santé s'élève à 4,1 % (92 euros), contre 2,7 % (50 euros) pour les ménages de l'ex-Allemagne de l'Est.

3.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection / Importance des mécanismes d'exemption

Selon différentes études (Busse, Riesberg, 2004), le nombre de personnes entièrement exonérées de copaiements a triplé entre 1993 et 2000, passant de 10 % de la population à environ 30 % (14 % environ sans les enfants). En 2001, 47 % des prescriptions étaient exonérées de copaiements.

Le nombre de personnes susceptibles d'être concernées par les nouvelles règles d'exonération adoptées en 2004 est relativement difficile à estimer. Il y a probablement un chevauchement entre les différents groupes : environ 1,5 million d'assurés ont reçu des soins à long terme de grade II ou III et environ 3 millions (sur un total de 6,7 millions) avaient un niveau d'invalidité sévère de 60 % en 2001. En pratique, depuis septembre 2004, on estime que 3,1 millions d'assurés ont été exonérés du copaiement à ce titre.

18. Même si les instruments de partage du coût ont été institués dès la mise en place du système de santé allemand, les soins sont restés quasi gratuits jusqu'à la fin des Trente Glorieuses (seules les prescriptions donnaient lieu au paiement d'une petite franchise). Cet avantage a pris fin avec la crise des années soixante-dix et la rapide expansion des dépenses de santé. On considère que l'année 1977 est celle du coup d'envoi d'une longue série de mesures visant à contrôler les coûts du système de santé allemand, au rang desquelles le reste à charge des patients. Ainsi, de 1980 à 1998, les dépenses privées – composées du reste à charge et de l'assurance privée volontaire – ont constitué une source croissante du financement des dépenses de santé, passant de 15,5 % à 18,7 % de celui-ci. Cette croissance de la part des dépenses privées dans le financement est essentiellement due au reste à charge, qui a augmenté de 36 % durant cette période (contre 4 % pour l'assurance privée).

Durant les années quatre-vingt-dix, il est apparu empiriquement que les copaiements pour les produits pharmaceutiques augmentaient avec l'âge. Or, pour les personnes âgées, le reste à charge introduit une charge financière liée au risque qui est incompatible, selon Gericke *et al.* (2004), avec l'objectif de solidarité de l'assurance sociale, alors même qu'une partie d'entre eux sont exonérés de paiement. Toutefois, on peut compter sur les nouveaux mécanismes d'exonération pour limiter cet effet observable avant la réforme de 2004.

TABLEAU 3.2 : COPAIEMENTS CROISSANTS POUR LES MÉDICAMENTS SELON LES TRANCHES D'ÂGE, 1996-2002 – ALLEMAGNE

Âge	Moins de 20 ans		de 21 à 40 ans		de 41 à 60 ans		Plus de 60 ans		Moyenne
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
1997 (euros)	1,7	1,4	11,3	17,7	27,8	39,7	75,9	80,8	31,8
2002 (euros)	0,45	1,11	10,5	16,8	24,3	34,0	50,4	55,6	24,1

Source: GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO), in Gericke *et al.* (2004)

3.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Les dispositifs liés aux cotisations

À travers la loi sur la modernisation de l'assurance maladie sociale, les caisses d'assurance maladie ont eu la possibilité de stipuler dans leur charte que les membres volontaires, qui prennent en charge le remboursement des coûts, pourraient payer une fraction des coûts supportés par l'assurance maladie pour un an. Le montant de la contribution due par le membre de la caisse est réduit d'autant. Les caisses d'assurance maladie sont depuis lors en mesure de stipuler également dans leur charte un reversement aux membres volontaires, si ces derniers et d'autres membres de leur famille ayants droit n'ont pas utilisé les services de l'assurance santé pendant une année (système de bonus). La charte détermine également le montant de la somme à reverser.

De plus, les caisses disposent de la possibilité d'accorder à leurs assurés des rabais (Bode, 2006), pour ceux qui acceptent de participer à des programmes thérapeutiques spéciaux (axés

sur la prévention et le bien-être) et ceux qui acceptent de choisir un médecin traitant (*gatekeeper*)¹⁹.

Il n'y a pas d'évidence empirique très précise sur l'effet à long terme du reste à charge en Allemagne, principalement pour les raisons suivantes²⁰ :

- le reste à charge est relativement marginal dans de nombreux secteurs de la santé ;
- la législation concernant le reste à charge change rapidement, ce qui rend toute évaluation des changements chez la demande difficile ;
- cette législation intervient simultanément avec d'autres réformes.

En revanche, de courts effets sont nettement visibles, comme celle de l'annonce en 1988 d'un changement de prise en charge des soins dentaires, qui a débouché sur une consommation très importante avant que la loi ne prenne effet (appelé « l'effet Blüm-Belly »).

Effets en termes d'efficacité

La règle du prix de référence pour les médicaments semble avoir prouvé qu'elle était une mesure efficace pour le contrôle des coûts. Les patients ont clairement cherché à éviter le copaiement en demandant les produits à prix inférieur au plafond, ce qui a conduit à une concurrence accrue dans l'industrie pharmaceutique. Un double avantage est donc notable pour les caisses d'assurance maladie : des économies substantielles, sans accroître le copaiement des patients (cette économie se chiffrant à 1,2 milliard d'euros en 1996 et à 2,1 milliards d'euros en 2002). Toutefois, le gain d'efficacité n'est pas visible sur les produits courants exclus purement de la couverture maladie (déremboursements) en raison d'un effet de substitution de nouveaux produits plus onéreux. On n'a observé ni une augmentation de la consommation des produits déremboursés, ni une baisse des prescriptions.

Par ailleurs, il n'est pas certain que les franchises aient débouché sur des économies de coûts en raison des frais administratifs de gestion qu'elles génèrent. En effet, les mécanismes d'exonération sont complexes à administrer en général, et il conviendrait d'estimer le coût de mise en œuvre et de gestion de ces nouvelles règles, particulièrement délicates en Allemagne.

19. En juillet 2006, après plusieurs mois de discussion, il a été évoqué d'introduire un financement par l'impôt dans un système traditionnellement financé depuis cent vingt ans sur la base de cotisations sociales, afin de supporter l'augmentation continue des dépenses de santé. Cette option est motivée par le fait que l'Allemagne est considérée comme le pays d'Europe ayant les coûts salariaux les plus élevés. À partir de 2007, le déficit des caisses d'assurances maladie devrait en partie être comblé par une hausse d'environ 0,5 point des cotisations, tant des employeurs que des salariés soumis au système obligatoire, soit 90 % environ des assurés. Il a toutefois été décidé que les enfants bénéficieront, à partir de 2008, d'une couverture maladie gratuite qui sera progressivement financée par l'impôt.

20. Voir notamment Gericke *et al.* (2004) pour une revue précise de la littérature sur cette question.

En introduisant le forfait de cabinet, la loi de modernisation du système de santé (2004) a tenté de rendre les patients plus responsables dans leur utilisation des services médicaux faisant l'objet d'un financement socialisé. Elle a débouché sur une hausse significative de la participation des ménages.

Le forfait de cabinet semble produire les effets escomptés (MISSOC, 2006). Selon les dernières estimations de l'Association fédérale des médecins, une diminution de 8,7 % du nombre de cas traités a été enregistrée pour l'ensemble de l'année 2004. On observe notamment des pourcentages de baisse à deux chiffres pour les opticiens, chirurgiens, gynécologues, ORL, dermatologues, orthopédistes et urologues. Toutefois, la réduction concernant les médecins généralistes est moindre, avec une diminution moyenne de 6,7 % en 2004.

Ce phénomène serait d'une part attribuable au nombre excessif de contacts médecin-patient au regard de ce qui est médicalement nécessaire [en comparaison de dix autres pays, l'Allemagne occupe la troisième place avec 9,1 contacts annuels avec un médecin, le Japon étant premier (11,2) et la Suède dernière (2,9)].

D'autre part, la diminution supérieure à la moyenne pour les médecins spécialistes et inférieure à la moyenne pour les médecins généralistes montre que les assurés se rendent en premier lieu chez leur généraliste et qu'un contact inutile avec un médecin spécialiste est ainsi évité.

Impact en termes d'équité

Selon Bode (2006), si l'on peut observer une baisse de 9 % des consultations médicales en 2005, les travaux de la fondation Bertelsmann ont montré que plus de 30 % de la baisse constatée entre 2003 et 2004 a concerné des assurés en mauvaise santé, ayant renoncé à consulter ²¹.

Les implications en termes d'équité des mécanismes d'exonération du reste à charge constituent un autre problème, dans la mesure où il apparaît empiriquement que de nombreux patients qui seraient éligibles ne demandent pas cette exonération : selon une étude portant sur 18 000 assurés en 2002, 28 % des assurés ne connaissent pas les mécanismes d'exonération et 62 % ne connaissent pas la possibilité d'une exonération partielle. Par ailleurs, parmi ceux ayant eu connaissance de l'existence d'exonérations, la plupart pensaient avoir des revenus

21. Selon l'auteur citant cette étude, « 37 % des personnes défavorisées interrogées ont déclaré renoncer à consulter et se soigner elles-mêmes, contre 28 % de l'ensemble des personnes interrogées ».

trop élevés pour pouvoir en bénéficier. Cela traduit une insuffisance d'information de la part des caisses envers leurs assurés et la complexité du mécanisme d'exonération.

Les discussions concernant le partage du coût

Le partage du coût est l'enjeu important d'une controverse politique. Depuis les années soixante, le processus politique s'est souvent opposé aux propositions de réformes visant à accroître le reste à charge²², et c'est l'un des enjeux principaux des élections, même si l'attitude des médecins vis-à-vis du reste à charge est globalement favorable.

En mars 2003, le chancelier Schröder déclare que la réforme du système de santé est l'aspect le plus important du renouvellement politique. Il annonce officiellement des « coupes » dans le panier de soins et une augmentation du reste à charge afin de soutenir des soins de santé de haute qualité accessibles à tous, indépendants de l'âge ou du revenu. Afin d'éviter un blocage politique, la réforme a été élaborée avec la participation de tous les partis politiques. C'est ainsi qu'est né l'acte de modernisation du système de santé et que s'expliquent la croissance du partage du coût et autres mécanismes de concurrence introduits. Le principal objectif de la réforme est d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins de santé, en particulier pour les maladies chroniques fréquentes, et de stabiliser les taux de prélèvements obligatoires afin d'éviter les effets désincitatifs sur la disposition des employeurs à investir dans les activités créatrices d'emplois.

Selon les estimations, il était alors prévu de réaliser des économies passant de 9,8 milliards en 2004 à 23 milliards d'euros en 2007 grâce à l'ensemble des mesures adoptées :

- déremboursements (2,5 milliards) ;
- augmentation des copaiements (3,2 milliards) ;
- assurance distincte pour les soins dentaires (3,5 milliards), dégressive grâce à la prime forfaitaire ;
- financement de certains soins pris en charge à travers des augmentations des taxes sur le tabac (1 milliard en 2004 ; 4,2 milliards en 2007) ;
- élargissement de l'assiette des revenus soumis aux prélèvements obligatoires de l'assurance maladie (1,6 milliard) ;
- une contribution spéciale des assurés de l'assurance sociale pour 5 milliards (mais pas des assureurs, d'où l'abandon de la parité).

Selon les observateurs allemands, il n'est pas vraiment attendu de ces nouvelles mesures un changement majeur des comportements des patients, mais le reste à charge constitue plutôt un

22. L'histoire détaillée de ces échecs est accessible dans l'étude de Gricke et al. (2004).

moyen de prélever des ressources supplémentaires « sans entrer en conflit avec les groupes de pression puissants représentant les offreurs de soins de santé et l'industrie » (Gericke *et al.*, 2004).

Selon l'étude du MISSOC (2005), le gouvernement fédéral n'envisage pas actuellement de nouvelles mesures susceptibles d'accroître le RAC des patients ou leur participation financière.

3.5 - RÉFÉRENCES

Statistisches Bundesamt Deutschland 2007. <<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>> .

Bode I. Financement solidaire et gouvernance concurrentielle - le modèle allemand d'organisation de la santé en débat. *Rev Fr Aff Soc* 2006;20(2-3):191-215.

Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition. Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Busse R, Stargardt T, Schreyogg J. Determining the "Health Benefit Basket" of the Statutory Health Insurance scheme in Germany: methodologies and criteria. *Eur J Health Econ* 2005;6(Suppl):S30-6.

Cohu S, Lequet-Slama D, Volovitch P. Réforme des système de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence. *Etudes et Résultats* 2005;445.

Gericke C, Wismar M, Busse R. Cost-sharing in the german health care system 2003. <<http://www.wu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>> .

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Allemagne. MISSOC Info 02/2005 2005. <http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_de_fr.pdf> .

ANNEXE 4

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN SUISSE

4.1 – LE CONTEXTE

Le contexte démographique

En 2004, la Suisse compte environ 7,39 millions d'habitants²³. Elle comprend 16,1 % de personnes âgées de plus de 65 ans. En termes d'espérance de vie, la Suisse se classe en première position des pays de l'OCDE Europe, avec une espérance de vie moyenne de 81,2 ans, soit de 78,6 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes.

Le contexte politique

La Confédération suisse est composée de 26 cantons, chacun d'eux ayant sa propre Constitution. Le Conseil fédéral est composé de sept ministres élus pour quatre ans par le Parlement, dont l'un est élu chaque année président de la confédération. La souveraineté cantonale s'exerce dans plusieurs domaines, dont notamment l'éducation et la gestion des hôpitaux.

Le contexte économique

Le PIB par habitant s'élève à 35 149 \$ en 2004, ce qui classe la Suisse en troisième position des pays de l'OCDE Europe (après le Luxembourg et la Norvège). Le taux de chômage en Suisse est particulièrement faible (de l'ordre de 3 % en 2006) et le niveau de vie élevé malgré plusieurs années de stagnation économique au début des années deux mille. Il s'agit d'un pays ayant particulièrement développé l'économie des services (notamment les services bancaires et assurantiels).

Le système de santé

Le système de santé suisse présente une performance globalement satisfaisante, selon les dernières études menées par l'OCDE (2006) : les indicateurs de santé et les résultats sanitaires

23. Données issues de Éco-Santé OCDE, 2006.

sont relativement satisfaisants, le système est réactif, offrant à la fois une liberté de choix des prestataires et une couverture maladie universelle depuis 1996. Toutefois, en termes d'efficacité productive, le bilan est plus mitigé, car le système de santé apparaît dispendieux malgré l'introduction de la concurrence sur le marché de l'assurance. Par ailleurs, le système demeure relativement opaque en termes de qualité des soins, peu d'indicateurs ayant été conçus et adoptés pour en fournir une mesure. L'une des principales critiques formulées sur le fonctionnement du système de santé suisse concerne notamment sa grande fragmentation, du fait d'une régionalisation sur la base de 26 cantons ayant une large autonomie et en l'absence d'un cadre fédéral global concernant la politique de santé.

Pour l'année 2005, les principales données relatives aux dépenses de santé en Suisse sont présentées dans le tableau suivant :

TABLEAU 4.1 : COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE EN 2005 – CHIFFRES PROVISOIRES

Indicateurs des coûts de la santé	
Coûts de la santé en % du PIB	11,6 %
Coûts selon les principaux fournisseurs de biens et services	En % du total
Hôpitaux	34,9 %
Services ambulatoires	30,6 %
Établissements non hospitaliers	18,0 %
Coûts selon les principales catégories de prestations	
Soins intra-muros	46,3 %
Soins ambulatoires	30,7 %
Vente de biens de santé	12,6 %
Coûts selon les principaux agents payeurs	
Assurances sociales	42,5 %
Ménages privés	30,5 %
État	17,2 %

Source : Office fédéral de la statistique suisse, 2007.

Tous les assurés (hormis ceux admis à bénéficier d'une exonération) participent au financement du coût des soins par le biais d'un système de franchise, de coassurance et d'une contribution aux coûts du séjour hospitalier (ces exigences de participation variant selon les formes d'assurance).

L'assurance maladie sociale

Les dispositions générales de l'assurance maladie sociale sont prévues par la LAMal (loi fédérale sur l'assurance maladie suisse) du 18 mars 1994 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. L'assurance maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour toute la

population résidente, qui alloue des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité, et une assurance facultative d'indemnités journalières. L'AOS est financée par des primes indépendantes du revenu et prend en charge un tiers des dépenses totales de santé (un autre tiers étant pris en charge directement par les assurés eux-mêmes)²⁴. L'AOS est offerte par des assurances maladie à but non lucratif, autorisées à offrir également des assurances complémentaires. L'éventail des prestations couvertes par l'AOS est le même pour tous les assurés. La prime est individuelle et ne dépend pas du revenu. Les enfants, les adolescents (jusqu'à 18 ans révolus) et les jeunes adultes (de 19 à 25 ans révolus) bénéficient de primes moins élevées. Les primes peuvent varier d'un assureur à l'autre, d'un canton à l'autre, et si les ressources d'un assuré sont modestes la Confédération et les cantons prennent en charge une partie ou l'intégralité de la prime d'assurance obligatoire, dans le but d'atténuer les effets régressifs de primes non liées au revenu²⁵.

L'offre de soins

Le système d'offre de soins est très décentralisé, puisque ce sont les cantons qui en ont la responsabilité. Dans les hôpitaux, les médecins sont salariés, tandis qu'en ambulatoire ils pratiquent avec un statut libéral. Les établissements de soins sont essentiellement rémunérés sur la base d'un système de tarification à la pathologie. L'infrastructure de l'offre de soins est relativement importante en Suisse en comparaison des autres pays de l'OCDE. Bien que l'accès aux soins soit globalement libre pour les patients, il existe des organisations de soins de santé intégrés.

4.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN SUISSE

En 2003, le reste à charge moyen est de l'ordre de 32 % (au regard des dépenses globales de santé) en Suisse, proportion qui la classe en quatrième position de la zone OCDE, derrière le Mexique (51 %), la Grèce (46 %) et la Corée (45 %). Les paiements directs ont cependant

24. Le solde est financé par l'État, les autres régimes d'assurance sociale et l'assurance maladie volontaire. Pour des éléments plus précis concernant le fonctionnement de l'assurance maladie en Suisse, cf. OCDE (2006) (ou Examens de l'OCDE...)p. 31 et suiv.

25. Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaires, une assurance dans laquelle ils proposent à leurs assurés adultes une franchise plus élevée ou prélèvent une franchise pour les enfants en contrepartie d'une réduction de primes : il s'agit dans ce cas d'une « assurance avec franchise à option ». Les franchises proposées sont de 500, 1 000, 1 500, 2 000 ou 2 500 CHF par année civile pour les adultes et de 100, 200, 300, 400, 500 ou 600 CHF par année civile pour les enfants. Cf. tableau 1.5 p. 35 (Éco-Santé OCDE, 2006) (ou Examens de l'OCDE...).

tendance à se réduire légèrement depuis 1990 (ils représentaient alors plus de 35 % du financement de la santé).

Il est également notable que le financement par l'assurance maladie volontaire privée (10 %) représente l'une des principales parts de la zone OCDE (derrière les États-Unis, les Pays-Bas, le France et le Canada).

4.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge

Les prestations prises en charge par l'assurance maladie sont définies par la LAMal (articles 25 à 31). Il s'agit de prestations générales en cas de maladie (soins ambulatoires, hospitaliers, biens médicaux et analyses prescrites), de mesures de prévention effectuées ou prescrites par un médecin, et aussi de prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accident, de maternité... Pour ce qui concerne les soins dentaires, l'assurance maladie les prend en charge s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou une autre maladie grave et ses séquelles. L'introduction en 1996 de la LAMal a permis de pourvoir à d'importantes lacunes en matière de prestations par rapport au système antérieur (loi fédérale de 1911). Par ailleurs, le catalogue des prestations a été complété ces dernières années.

En ce qui concerne les prestations médicales, elles doivent satisfaire aux conditions légales « d'efficacité, d'adéquation et d'économicité » et ne font pas, à ce titre, l'objet d'une liste exhaustive des prestations obligatoirement remboursées par les caisses. En revanche, il existe une liste de prestations pour la prise en charge des mesures préventives, des traitements dentaires et des prestations en cas de maternité. En cas de contestation d'un remboursement pour une certaine prestation, une commission d'experts (la Commission fédérale des prestations générales, CFPG) examine la prestation en question et émet un avis sur sa prise en charge. Les décisions définitives de prise en charge sont adoptées par le département fédéral de l'Intérieur (DFI) et alors reportées sur une liste (Annexe I de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS). Certaines prestations peuvent également être prises en charge par l'assurance sociale pour une durée limitée, jusqu'à ce que les études scientifiques soient achevées et que la décision définitive de remboursement ait été prise (cf. encadré 4.1).

Encadré 4.1 : La prise en charge des prestations générales

Les prestations générales prises en charge par l'assurance sociale concernent :

- les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical ; les prestations fournies par des chiropraticiens ou des personnes donnant des soins sur prescription médicale qui satisfont aux conditions d'admission de l'ordonnance sur l'assurance maladie (LAMal, articles 38 à 52) (physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers ambulatoires, diététique, conseils aux patients diabétiques, logopédie, prestations pharmaceutiques) ne sont remboursées que dans les limites fixées par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ;
- les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans certaines limites, par un chiropraticien¹. Les médicaments prescrits figurant sur la « liste des spécialités » sont remboursés. Cette liste évolutive comprend environ 2 500 préparations originales et génériques. Le pharmacien a le droit de remplacer les préparations originales par des génériques, à moins que le médecin ne prescrive explicitement une préparation originale ;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin. L'assurance verse une participation aux frais de 10 CHF par jour et ce au maximum pendant 21 jours par année civile ;
- une contribution au financement de verres de lunettes et de lentilles de contact à raison de 180 CHF (112 euros environ) par an pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans révolu, sur ordonnance médicale. Dès la 19^e année, une contribution de 180 CHF est allouée tous les cinq ans, et une ordonnance médicale est exigée uniquement pour la première prescription, les adaptations ultérieures pouvant être effectuées par un opticien. Une contribution plus élevée est allouée dans des cas particuliers : difficultés visuelles graves ou lors de certaines maladies, ceci indépendamment de l'âge de l'assuré(e). Le remboursement de verres de lunettes et de lentilles de contact est soumis à la participation aux coûts, comme toute autre prestation ;
- des mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
- le séjour en « division commune » d'un hôpital (autrement dit dans un service public hospitalier) ;
- le séjour à domicile ou dans une institution médico-sociale ; dans ce cas, l'assurance obligatoire prend en charge les soins fournis ou prescrits par le médecin (piqûres, pansements, etc.). Cependant, l'assurance obligatoire ne couvre pas l'aide ménagère (préparer les repas, faire le ménage et les courses), ni le logement et l'entretien dans un établissement médico-social, ces frais étant à la charge de l'assuré(e) ;
- une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. Lorsqu'un moyen de transport spécial (une ambulance par exemple) est utilisé pour un transport médicalement indiqué ou parce que l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé pour se rendre à l'endroit où les soins lui seront prodigués, l'assurance prend en charge la moitié des frais jusqu'à concurrence de 500 CHF par an ;
- les prestations des pharmaciens (conseils) lors de la remise de médicaments prescrits.

La prise en charge des mesures de prévention : l'AOS prend en charge les coûts de certains examens de prévention primaire (vaccinations) et secondaire (dépistages) ainsi que des mesures préventives en faveur de catégories d'assurés particulièrement exposés ou défavorisés. Ces examens ou mesures préventives doivent être effectués ou prescrits par un médecin.

La prise en charge des prestations spécifiques de maternité

Ces prestations comprennent :

- les examens de contrôle effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin pendant et après la grossesse ;
- une participation au financement des cours de préparation à l'accouchement ;
- l'accouchement (à domicile ou dans une institution hospitalière) ;
- les conseils en cas d'allaitement ;
- les soins accordés à l'hôpital au nouveau-né en bonne santé et son séjour.

La prise en charge des soins dentaires

L'AOS ne prend en charge les coûts des soins dentaires que dans les 3 cas suivants :

- s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ;

- s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles ;
- s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Les soins dentaires en cas d'accident ne sont remboursés que si aucune autre assurance ne les couvre. En revanche, les coûts des plombages habituels en cas de carie ou les frais d'orthodontie ne sont pas remboursés. Les articles 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) contiennent la liste exhaustive des prestations remboursées à ce titre.

Comme indiqué précédemment, la LAMal stipule que les conditions de prise en charge des coûts sont subordonnées au caractère efficace (et démontré scientifiquement), approprié et économique des prestations, ces qualités étant réexaminées périodiquement. Les dispositions sont prises par le Conseil fédéral, qui nomme les commissions susceptibles de le conseiller dans ce domaine. Les assurances maladie n'ont pas le droit de prendre en charge d'autres éléments du coût que ceux précisés par la loi au titre de l'AOS. Seuls les soins pris partiellement en charge ou non couverts par l'AOS peuvent faire l'objet d'une assurance complémentaire.

4.2.2 – Les dispositifs de partage du coût

C'est la LAMal qui précise les modalités de participation aux coûts des assurés (article 64). Elle dispose que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient, et que cette participation comprend :

- **Un montant fixe par année, appelé franchise**, fixé par le Conseil fédéral, d'un minimum de 187 euros²⁶ ; les enfants en sont exemptés jusqu'à l'âge de 18 ans. Il est possible de choisir une franchise plus élevée avec, en contrepartie, une réduction de la prime qui peut atteindre un rabais maximum de 80 % du risque supplémentaire pris en charge. Le montant correspondant (en euros) est indiqué dans le tableau suivant.

TABLEAU 4.2 : MONTANT DE LA FRANCHISE ANNUELLE ET IMPACT SUR LA PRIME D'ASSURANCE – SUISSE

Montant de la franchise (euros)	309	617	926	1234	1543
Réduction maximale de la prime	99	346	592	839	1086

Source : Office fédéral pour la santé publique.

- **Une coassurance, appelée « quote-part »**, de 10 % des coûts qui dépassent la franchise, dont le montant maximum est également fixé par le Conseil fédéral, actuellement égal à 700 CHF (soit environ 436 euros) par année civile (et 350 CHF pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans). Cette quote-part s'élève à 20 % si elle concerne la prise en charge d'un médicament princeps alors qu'existe des génériques.
- **Un forfait journalier** en cas d'hospitalisation pour les personnes célibataires, de 10 CHF (soit environ 6,2 euros) par jour, sans plafond de durée, cette participation n'étant pas due en cas de maternité.

27. Taux de conversion du 3/3/2007.

Ainsi, le montant maximum de la participation financière d'un assuré adulte varie, en fonction du montant de la franchise annuelle, de 600 euros à 2 000 euros par année civile, auxquels peut s'ajouter toutefois le forfait journalier.

4.2.3 – Réassurabilité du reste à charge

L'article 64-8 de la LAMal précise bien que la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse d'assurance maladie ni par une institution d'assurance privée (ni d'ailleurs par des associations, des fondations ou autres institutions qui prévoiraient la prise en charge de ces coûts).

4.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge

La LAMal prévoit des règles spécifiques de participation.

Aucune franchise n'est exigée pour les enfants, pour lesquels le montant de la quote-part est diminué de moitié. De plus, un plafond de dépenses est fixé pour les enfants : plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte (soit au maximum 1 000 CHF par année civile).

Par ailleurs, aucune participation n'est exigée si elles sont liées à la maternité. Aucune participation n'est perçue pour les prestations en cas de maternité si la grossesse se déroule normalement (les complications sont considérées comme un cas de maladie et donc soumises à la participation).

Certaines mesures de prévention spécialement désignées sont aussi prises en charge intégralement. Il s'agit de mesures de prévention, exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal, qui concernent actuellement six programmes cantonaux de dépistage du cancer du sein par mammographie.

Toujours selon la loi, le Conseil fédéral a la possibilité de :

- prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations ;
- réduire ou de supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves ;

- supprimer la participation aux coûts lorsque l'assuré a choisi une assurance qui a passé des accords avec un nombre limité de prestataires moins coûteux, lorsque cette participation se révèle inappropriée ;
- supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés aux niveaux national et cantonal.

Par ailleurs, les bénéficiaires de pensions complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (prestations non contributives soumises à conditions de revenu) peuvent demander le remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts des soins de santé. Le remboursement maximum est de 1 000 CHF par an, même si la personne a opté pour une franchise plus élevée.

Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations en contrepartie d'une réduction de primes. Dans ce cas, l'assureur peut renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.

4.3 – DONNÉES STATISTIQUES

En 2003, la dépense totale de santé représente, en Suisse, 4 234 euros par habitant, soit 11,5 % du PIB (Éco-Santé OCDE, 2006), ce qui place la Confédération au deuxième rang des pays de l'OCDE derrière les États-Unis. La dépense publique de santé s'élève à 2 476 euros par habitant (6,7 % du PIB). Les versements nets des ménages correspondent la même année à 31,6 % des dépenses totales de santé et 76 % des dépenses privées de santé (lesquelles financent 41,5 % des dépenses totales de santé).

4.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

En 2004, les dépenses de santé représentaient en Suisse 4,4 % du budget des ménages. Cette proportion varie de 3,7 % pour les couples sans enfant à 3 % pour les couples ayant deux enfants et plus. De même, elle varie de 4,8 % pour le deuxième quintile de revenu à 3,5 % pour le dernier quintile.

4.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection / Importance des mécanismes d'exemption

Le système de santé suisse est caractérisé par une proportion atypique du partage du coût, en comparaison des autres pays consacrant une part importante de leur PIB à la santé ou des pays ayant une couverture universelle. Le partage du coût représente 6,2 % de la consommation des ménages (cette proportion classant la Suisse en deuxième position des pays de l'OCDE derrière la Grèce).

Du point de vue de l'équité verticale, le financement de la santé est nettement régressif compte tenu du système des primes. Cependant, des mécanismes de protection sociale atténuent cet effet (effet variable selon les cantons et les groupes de population qui prennent généralement la forme de subventions pour la réduction des primes en faveur des personnes à faible revenu). Il existe deux types de dispositifs pour atténuer le caractère régressif du financement : d'une part, des aides à la souscription d'une assurance maladie (concernant un tiers de la population suisse, soit 41 % des ménages en 2003), qui réduisent de plus de la moitié le montant de la prime ; d'autre part, des dispositifs d'exonération pour les familles nombreuses, les femmes enceintes, les bénéficiaires de l'aide sociale et les titulaires des prestations complémentaires de vieillesse et d'invalidité.

En 1991, le Conseil fédéral avait suggéré que le montant des primes acquittés par les ménages, sans les aides reçues, ne devait pas excéder 8 % du revenu imposable (soit environ 6 % du revenu disponible). Cette norme indicative est toutefois largement dépassée. En 2004 le montant des primes représentait 7,8 % du revenu disponible, ce qui laisse à penser que les aides semblent inappropriées pour atteindre le seuil indicatif : ce problème touche principalement les retraités, les familles à revenus intermédiaires, les familles nombreuses et les familles monoparentales²⁷.

4.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (1996), les dépenses de l'AOS ont augmenté continûment, notamment dans le secteur des biens médicaux (médicaments), des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations à domicile.

29. Pour plus d'informations, cf. OCDE (2006) p. 102 et suiv.

Étant donné le mode de financement, l'augmentation des dépenses a un impact direct sur le niveau des primes. En revanche, la participation financière des assurés n'a pas connu d'évolution notable depuis 1996, si ce n'est une augmentation de la franchise et du plafond de la quote-part. En 1998, la franchise est passée de 150 à 230 CHF par année civile et en 2004, la franchise et le maximum de la quote-part ont été augmentés, passant respectivement de 230 à 300 CHF et de 600 à 700 CHF par année civile.

Selon l'OCDE (2006), le système de santé suisse est satisfaisant du point de vue de deux dimensions clés en termes de couverture : la couverture maladie est obligatoire pour l'ensemble de la population résidente, et le champ des services de santé couverts est vaste comparé à d'autres pays de l'OCDE. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le marché de l'assurance maladie complémentaire s'est significativement rétréci.

Effets en termes d'efficacité

Lorsque le gouvernement a présenté son projet de nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie en 1991, il observait déjà que « les assurés ont tendance à vouloir profiter, une fois leur prime payée, d'une contre-valeur sous forme d'une prestation d'assurance et que justement la participation aux coûts est un instrument éprouvé pour contrecarrer cette tendance » (MISSOC, 2006).

Malgré une participation financière élevée, on considère en Suisse que la demande n'est guère limitée et qu'il conviendrait de reconsidérer le schéma actuel de participation aux coûts. Dès lors que les assurés se rapprochent du montant de la franchise ou le dépassent, il n'y aurait plus d'incitation à se comporter en consommateur avisé. Toutefois, ce qui est critiqué est plutôt la structure uniforme de la participation aux coûts plutôt que son niveau (déjà élevé en comparaison des autres pays), alors même que l'élasticité-prix des services, le rapport coût-efficacité et les besoins cliniques sont différents. En conséquence, on attend actuellement des politiques de participation qu'elles orientent la consommation vers les soins les plus appropriés (par exemple, les services de prévention à efficacité clinique prouvée) et qu'elles découragent les consommations moins souhaitables et plus onéreuses (par exemple, le recours aux princeps quand il existe des génériques).

Impact en termes d'équité

Selon l'OCDE (2006), l'espérance de vie en Suisse est relativement élevée et les différences entre groupes socio-économiques concernant l'état de santé sont plus faibles que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. En termes d'état de santé, des différences importantes peuvent toutefois subsister selon la classe sociale (ex : taux de mortalité par cancer du sein). Par ailleurs, les riches n'ont pas davantage accès aux soins hospitaliers et aux généralistes que les pauvres (à l'inverse des soins dentaires et des spécialistes) : « le système de santé semble donc fournir les traitements sur la base des besoins individuels plutôt que sur la base de la capacité à payer, du moins pour ce qui est des soins hospitaliers et des soins primaires »²⁸.

Les discussions concernant le partage du coût

Une partie des discussions porte sur les services à inclure dans le panier de biens et services, car, en dépit des principes affichés d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, la plupart des procédures et des services médicaux n'ont pas été formellement évalués (et certaines exclusions pourraient se justifier). En tout état de cause, la simple prescription médicale suffit souvent à justifier le remboursement, ce qui conduit à s'interroger sur la pertinence des procédures d'inclusion dans un contexte encore opaque et manquant de hiérarchisation explicite²⁹.

4.5 – RÉFÉRENCES

Organisation de coopération et de développement économiques, Organisation mondiale de la santé. Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Genève: OCDE; 2006.

Office fédéral de la statistique. Le portail Statistique suisse
<<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>> .

Assemblée fédérale de la Confédération suisse. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994. <<http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf>> .

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Suisse. MISSOC Info 02/2005 2005.
<http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_ch_fr.pdf> .

30. Cf. OCDE 2006 p. 108.

31. Selon OCDE 2006 « il n'y a pas en Suisse d'application cohérente des analyses coût-efficacité. Dans le contexte actuel, la mise en œuvre d'un processus d'évaluation systématique des nouvelles procédures pourrait représenter un enjeu majeur, car les autorités fédérales qui définissent les services devant être couverts par la LAMal ne disposent que de moyens limités[...] ». Pour plus d'informations sur ce sujet, cf. p. 98.

ANNEXE 5

LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EN BELGIQUE

5.1 – LE CONTEXTE

Le contexte démographique

En 2004, la population belge s'élève à 10,421 millions d'habitants³⁰, dont une proportion relativement importante de personnes âgées, puisqu'on compte 17,1 % de plus de 65 ans. En termes d'espérance de vie, la Belgique se classe en 2003 en sixième position des pays de l'Europe des Quinze, avec une espérance de vie moyenne de 78,8 ans, soit de 78,6 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes.

Le contexte politique

La Belgique est un État fédéral (composé de trois communautés, fondées sur un principe de langue et de culture, et de trois régions ayant une certaine autonomie économique) avec une monarchie constitutionnelle et parlementaire reposant sur le principe de la démocratie indirecte. Les compétences de l'État fédéral s'exercent notamment dans le domaine de la sécurité sociale.

Le contexte économique

Le PIB par habitant s'élève à 27 645 euros en 2004, ce qui classe la Belgique en neuvième position des pays de l'OCDE Europe. Le taux de chômage en Belgique est assez élevé (de l'ordre de 8,4 % en 2005). Il s'agit d'un pays ayant particulièrement développé l'économie industrielle (métallurgie, automobile, chimie, textile...).

Le système de santé

Le système de santé belge est organisé sur la base d'un modèle plutôt bismarckien, avec un financement principalement assuré par des cotisations et une offre de soins essentiellement

32. Données issues de Éco-Santé OCDE 2006.

privée. L'organisation générale du système de santé est régulée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

L'assurance sociale

L'assurance maladie est obligatoire et couvre 99 % de la population. Le remboursement par les différentes caisses maladie (appelées mutuelles, auprès desquelles le patient doit s'inscrire) dépend de la nature du service, du statut du prestataire et de la situation de l'assuré. Il existe une distinction entre les personnes remboursées au tarif normal et celles bénéficiant d'un remboursement majoré (appartenant aux groupes sociaux vulnérables). Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, un système de remboursement préférentiel et d'exonérations sociales et fiscales a été mis en place. Toutefois, l'exonération sociale ne s'appliquait qu'à certaines catégories sociales et l'exonération fiscale permettait uniquement d'être remboursé après un délai moyen de deux ans, d'où le lancement du système du « maximum à facturer » (MAF, voir *infra*). Ce système vise à améliorer l'accessibilité aux soins en limitant les soins de santé d'un ménage à un montant maximal déterminé, variant soit en fonction des revenus du ménage, soit en fonction de la catégorie sociale à laquelle appartient le bénéficiaire.

L'offre de soins

L'offre de soins est essentiellement privée ; les offreurs de soins ambulatoires sont généralement rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte et les établissements de soins sur la base d'une combinaison de paiement prospectif et de paiement à l'acte. En 2002, le nombre moyen de consultations par personne était relativement élevé (7,3 contre 6,2 pour la moyenne des quinze pays composant l'Union européenne en 2004).

L'assurance privée

Pour l'essentiel, l'assurance privée concerne l'assurance complémentaire et, de manière marginale, un segment d'assurance substitutive couvrant l'intégralité des dépenses de santé (en dehors des éléments de coassurance).

Cette assurance substitutive ne concerne que les travailleurs indépendants qui ne bénéficient des prestations de santé au titre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire que pour les « gros risques » (soins médicaux et obstétricaux en cas d'accouchement, hospitalisation, soins palliatifs...). En conséquence, le travailleur indépendant souhaitant être couvert pour les petits risques doit souscrire une « assurance libre » contre le paiement de cotisations. Cette forme d'assurance est vouée à disparaître totalement en 2008, où tous les indépendants seront

couverts contre les petits risques. La Belgique est le seul pays d'Europe où la distinction entre gros et petits risques en soins de santé existe toujours.

5.2 – PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU RESTE À CHARGE EN BELGIQUE

5.2.1 – Gestion du panier de soins pris en charge

Les nomenclatures des prestations de santé et des spécialités pharmaceutiques sont régulièrement soumises à modification. C'est l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) qui fixe de manière concertée avec différents acteurs (organismes assureurs, représentants des professionnels de santé...) les montants des prestations remboursables, qui donnent alors lieu à publication d'un arrêté royal ou ministériel après consultation du Comité de l'assurance et de certains autres organes de l'Inami, regroupant les prestataires concernés et les organismes assureurs. La fixation du prix des prestations fait l'objet d'une négociation entre assurances maladie et professionnels de la santé et donne lieu à des commissions de conventions ou d'accords.

5.2.2 – Les dispositifs de partage du coût

Le système belge est relativement analogue au système de santé français du point de vue des modalités de prise en charge des patients :

- c'est un système qui repose sur le principe de l'avance de frais, où le remboursement du patient s'effectue *a posteriori* à partir d'une feuille de soins pour les prestations concernant le petit risque ;
- c'est un système qui repose sur le tiers payant, notamment pour les interventions liées aux hospitalisations ou certains médicaments (avec un reste à charge possible pour le patient).

La nomenclature des prestations de santé définit la valeur relative des soins et les règles applicables au reste à charge selon la nature de la prestation, qui varient en fonction du statut du bénéficiaire ; c'est une liste qui indique non seulement la valeur relative des soins, mais également des règles d'application spécifiques, des critères de compétence des dispensateurs de soins, etc. Une telle liste existe également pour les spécialités pharmaceutiques remboursables.

L'ensemble des prestations en ville est soumis à une coassurance pour les prestations suivantes :

- pour les soins dispensés par un médecin généraliste, la participation normale est de 30 %, [environ 10 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée), ou ancien « régime VIPO » (jusqu'en 2005) – cf. *infra*]. Comme en France, la consultation chez un médecin non conventionné se solde par le paiement intégral du dépassement de tarif. En cas de visite à domicile, la coassurance est de 35 % ;
- les consultations chez un spécialiste conventionné donnent lieu au paiement d'une coassurance de 40 % du tarif conventionnel (environ 10 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel) ;
- pour les soins infirmiers à domicile, le patient paye 25 % du tarif conventionnel (0 à 5 % maximum pour les bénéficiaires du régime préférentiel) ;
- les médicaments en ambulatoire remboursés par l'assurance maladie sont répartis en cinq catégories (A, B, C, Cs, Cx) qui donnent le niveau de participation de l'assuré (coassurance variant de 0 à 80 % du prix, associée à un système de plafond) ;
- concernant les soins dentaires, le patient participe à hauteur de 25 % pour les consultations, de 10 à 25 % pour les traitements préventifs, et de 5 à 25 % pour les soins conservatoires. Pour l'orthodontie, la participation est de 25 % (la couverture est totale pour les bénéficiaires du régime préférentiel). Néanmoins, un grand nombre d'orthodontistes pratique des dépassements d'honoraires entièrement à la charge de l'assuré. Le principe est le même pour les prothèses dentaires.

En ce qui concerne l'hospitalisation, trois règles de participation s'appliquent :

- un forfait d'admission de l'ordre de 28 euros indépendamment de la dispensation éventuelle de prestations techniques médicales (les bénéficiaires du régime BIM en étant exonérés) ;
- un forfait journalier de 13 euros à la charge exclusive de l'assuré dès le deuxième jour d'hospitalisation (les bénéficiaires du régime BIM ayant à leur charge un tiers environ de ce forfait) ;

- chaque patient paie un montant forfaitaire de 0,62 euro par jour pour les médicaments remboursables.

Tous les suppléments liés au recours à un médecin non conventionné ou à une chambre particulière sont facturés directement au patient et non pris en charge.

Selon le MISSOC (2006), en moyenne, la part des copaiements légaux dans les dépenses en matière de prestations assurées s'élève à environ 8,3 %. Elle serait ramenée dans la réalité à 7,3 % par l'effet du maximum à facturer. En tenant compte des prestations non remboursées et du copaiement, les dépenses privées correspondent approximativement à 25 % des dépenses totales en matière de soins de santé.

Au cours des dernières années, de nouvelles mesures de responsabilisation ont été adoptées dans un contexte de croissance des dépenses de santé. En 2002 par exemple, il a été décidé de limiter à 18 le nombre annuel maximal de séances de kinésithérapie au lieu de 60, pour les prestations liées à des pathologies simples. Au-delà du seuil des 18 séances, le remboursement diminue donc. Concernant les pathologies fonctionnelles, le nombre annuel de séances est limité à 60 pour une prise en charge classique, tandis qu'il n'existe pas de limite relative aux pathologies lourdes. Pour les différents types de séances, notons que des durées minimales de séances sont indiquées plutôt que des durées moyennes (en minutes). De même, pour les médicaments, les grands conditionnements de catégorie B ont fait l'objet d'un relèvement de 50 % du copaiement.

5.2.3 – Réassurabilité du reste à charge

Le marché de la couverture complémentaire est relativement restreint en Belgique étant donnée une couverture socialisée large. Les assurances maladie complémentaires laissent par ailleurs une part de la dépense de soins à la charge du patient. Elles concernent essentiellement la couverture des frais d'hospitalisation.

5.2.4 – Règles d'exonération du reste à charge

Il n'existe pas d'exonération du reste à charge pour certains patients, mais des ajustements permettant d'améliorer l'accessibilité de certaines personnes, soit par un système de majoration

des remboursements, soit par un système de plafond de dépenses, soit par des forfaits compensateurs :

- Le régime préférentiel BIM, anciennement VIPO – veufs, invalides, pensionnés, orphelins, dont le revenu annuel brut ne dépasse pas un certain seuil – est étendu à de nouvelles catégories de personnes en juillet 1997, sous l'appellation « intervention majorée » : cela concerne les « minimexés » (équivalents des bénéficiaires du RMI français), les bénéficiaires d'un revenu garanti aux personnes âgées, d'une allocation pour handicapés, des allocations familiales majorées (enfant handicapé avec une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %) et enfin les chômeurs de longue durée (plus d'un an) âgés de 50 ans ou plus (uniquement en cas d'hospitalisation), ainsi que les personnes à charge de ces personnes. L'intervention majorée accorde à ces catégories de patients un remboursement majoré de l'assurance, les prestations pour soins courants étant remboursées à concurrence de 90 %, à l'exclusion des consultations des médecins spécialistes (85 %) et des prestations de kinésithérapie (80 %).
- Le remboursement préférentiel sous l'appellation OMNIO peut être accordé à la condition que le montant annuel des revenus bruts imposables du ménage n'excède pas 12 238,25 euros, augmentés de 2 265,63 euros par personne à charge (montants au 1^{er} janvier 2002) : le régime préférentiel donne droit à un meilleur remboursement pour les médicaments et les soins de santé (consultations, visites, hospitalisations, soins infirmiers, etc.). Au 1^{er} avril 2007, le plafond est de 13 512,8 euros pour les revenus bruts de l'ensemble du ménage (le plafond étant augmenté de 2 501,47 euros par personne supplémentaire dans le foyer).

Exemples chiffrés (Demotte, 2006) :

Visite chez le médecin généraliste : coût 20,44 €

Ticket modérateur payé par le patient « normal » : 5,34 € ; statut OMNIO : 1,34 €

Visite du médecin généraliste chez le patient : coût 30,68 €

Ticket modérateur payé par le patient « normal » : 10,73 € ; statut OMNIO : 2,44 €

Visite chez le pédiatre : coût 31,28 €

Ticket modérateur payé par le patient « normal » : 11,7 € ; statut OMNIO : 2,47 €

Médicaments : pour les assurés ordinaires, les médicaments en catégorie B sont remboursés à 75 % et le ticket modérateur ne peut dépasser 10,40 € ; pour les patients OMNIO, les médicaments catégorie B sont remboursés à 85 % et le ticket modérateur ne peut dépasser 7 €

- Le maximum à facturer (Maf) « social » consiste à exonérer de toute intervention personnelle les mêmes catégories de personnes que celles bénéficiant de l'intervention majorée, dont le montant annuel total des interventions personnelles, dans le coût des prestations de santé remboursables, atteint un plafond annuel de 450 euros. Cependant, le ticket modérateur pour certains médicaments (catégories A et B) et les interventions forfaitaires en cas de séjour dans des maisons de repos ne sont pas pris en compte pour le calcul du plafond.
- Le Maf « revenus modestes » assure qu'un plafond de dépenses à la charge d'une famille ne sera pas dépassé ; au-delà du plafond déterminé par les pouvoirs publics, toutes les dépenses de soins sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie ou l'administration fiscale. Le plafond varie en fonction des revenus du ménage (cf. tableau 5.1). Le mécanisme de plafonnement des dépenses personnelles prend la forme d'une « franchise fiscale » (on parle alors de « Maf fiscal »), pour les ménages dont les revenus annuels sont supérieurs à 22 253,85 euros, qui est reversée aux ménages dans les deux ans suivant l'exercice pour lequel le plafond a été dépassé. Les ménages plus modestes (Maf revenus modestes) bénéficient d'un remboursement de leurs dépenses au-delà du plafond (450 € ou 650 €) au cours de la même année.

TABLEAU 5.1 : LES DIFFÉRENTS PLAFONDS APPLICABLES AU MAXIMUM À FACTURER AU 1/1/2006 – BELGIQUE

	Plafond maximum des tickets modérateurs
MAF social (plafond familial ou individuel)	450 €
<i>Déterminé suivant la catégorie sociale (BIM)</i>	
MAF revenus modeste (plafond familial)	
<i>Déterminé suivant les revenus des personnes habitant à la même adresse au 1/1/2006</i>	
Revenus nets imposables annuels du ménage (année Maf – 3 ans)	
De 0 € à 15 144,56 €	450 €
De 15 144,57 € à 23 281,93 €	650 €
De 23 281,94 € à 31 419,32 €	1 000 €
De 31 419,33 € à 39 217,63 €	1 400 €
À partir de 39 217,64 €	1 800 €
Enfants (plafond individuel)	
Attribué sans vérification des revenus du ménage	
Enfants de moins de 19 ans	650 €
Si bénéficiaires d'allocations familiales majorées	450 €

Pour les enfants (jusqu'à 19 ans), le plafond du reste à charge est de 650 euros ; il est indépendant des revenus du ménage dans lequel ils vivent.

- Les forfaits maladies chroniques permettent à leurs bénéficiaires de disposer d'une allocation forfaitaire compensant partiellement leurs dépenses de soins. Un budget de plus de 25 millions d'euros est alloué chaque année pour les malades chroniques depuis 1998 (arrêté royal du 2 juin). Il conduit pour l'essentiel à reverser une indemnité de 253,61 euros par an et par malade pour les frais liés à une maladie chronique. Pour cela, le patient doit satisfaire à deux conditions : d'une part, avoir atteint un certain plafond de participation financière (365 euros pour les BIM et 450 euros pour les autres) ; d'autre part, être dans l'une des situations suivantes :
 - o Avoir obtenu l'accord du médecin-conseil pour des soins infirmiers (forfait B ou C) pour une période de trois mois minimum
 - o Avoir obtenu l'accord du médecin-conseil pour des soins de kinésithérapie ou de physiothérapie (pathologie lourde) pour une période de six mois minimum
 - o Être bénéficiaire d'une allocation familiale majorée
 - o Être bénéficiaire d'une allocation d'intégration (catégorie III ou IV)
 - o Être bénéficiaire d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées (catégorie II, III ou IV)
 - o Être bénéficiaire d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne (titulaire avec charge de famille)
 - o Être bénéficiaire d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité, accordée au titulaire considéré comme ayant une personne à charge, en raison de la nécessité de l'aide d'une tierce personne (indemnité payée par votre mutualité)
 - o Avoir séjourné dans un hôpital pendant une durée totale d'au moins 120 jours ou avoir été admis au moins 6 fois dans un hôpital durant l'année concernée et l'année précédente

Par ailleurs, il existe des incitations financières à recourir à un médecin *gatekeeper* : le patient confiant la gestion de son dossier médical global (historique des consultations, rapports de spécialistes et des hospitalisations...) à un médecin généraliste librement choisi bénéficie d'une réduction de la consultation de ce médecin de 30 %. Les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer en raison d'une maladie chronique peuvent également bénéficier de cette réduction pour les visites à domicile.

Le dossier médical global coûte au patient pour son ouverture 22 euros (en 2006), qui sont intégralement remboursés par la caisse.

5.3 – DONNÉES STATISTIQUES

En 2003, la dépense totale de santé représente, en Belgique, 2 678 euros par habitant, soit 10,1 % du PIB (Éco-Santé OCDE, 2006). La dépense publique de santé s'élève à 1 905 euros par habitant (7,2 % du PIB). Les versements nets des ménages (prestations non remboursées et ticket modérateur) correspondent la même année à 23,5 % des dépenses totales de santé et 83,5 % des dépenses privées de santé (lesquelles financent 28,2 % des dépenses totales de santé).

5.3.1 – Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

Les dépenses de santé représentent en 2004 4,7 % du budget des ménages belges.

Selon la synthèse de Thomson *et al.* (2003) sur le cas de la Belgique, les données belges de 2001 établissent que, si la variation du reste à charge entre jeunes ménages et ménages âgés est de l'ordre de 300 %, en l'espace d'une vingtaine d'années, le reste à charge a augmenté et est devenu davantage régressif.

5.3.2 – Effectivité des mécanismes de protection / Importance des mécanismes d'exemption

En Belgique, les instruments de responsabilisation financière ont eu tendance à croître jusqu'à présent, ce qui alourdirait considérablement la charge des malades atteints de pathologies chroniques, notamment en matière d'hospitalisation, si les dispositifs de franchise fiscale récemment introduits n'existaient pas.

5.4 – RÉFORMES EN COURS ET ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

La maîtrise des coûts et l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé sont les deux principaux objectifs du gouvernement belge depuis les années quatre-vingt.

Effets en termes d'efficacité

Il semblerait que les récentes mesures aient permis de freiner la consommation de certaines prestations de santé telles que les dépenses dans le secteur de la kinésithérapie.

Impact en termes d'équité

Les hôpitaux et les médecins ayant une assez grande liberté pour fixer leurs prix, cette situation aurait débouché selon le KCE (2007) sur une augmentation du reste à charge de 21 % entre 2002 et 2004 (et sur une forte variabilité des tarifs entre les régions, assez opaque pour les patients). Selon cette étude, en 2003, environ 40 % de la population a supporté un reste à charge pour un montant moyen de 60 euros. Cette moyenne masque cependant des différences notables entre les patients : environ 300 000 patients paient plus de 500 euros de reste à charge et 140 000 patients doivent même payer plus de 1 000 euros. Si les groupes socio-économiques sont en principe protégés contre un reste à charge important, la protection resterait discutable pour ceux qui sont hospitalisés plus longtemps ou plus fréquemment. Par ailleurs, en matière de soins ambulatoires, si le reste à charge est moins élevé, il se concentre sur les mêmes patients.

Les discussions concernant le partage du coût

En 2005, des nouvelles mesures ont été envisagées pour promouvoir la responsabilisation des patients. D'une part, il est prévu d'appliquer des modulations de coassurance pour l'accès aux urgences hospitalières, un patient adressé par un médecin généraliste ou présentant des critères objectifs de réelle urgence payant un copaiement moins élevé qu'un autre. D'autre part, les conditions de remboursement de certaines spécialités thérapeutiques telles que les antibiotiques doivent se durcir, avec toutefois une responsabilisation en amont par le biais de campagnes d'information des assurés et des prescripteurs.

Selon le KCE (2007), il conviendrait que la protection contre les reste à charge élevés ne soit pas seulement fonction de critères socio-économiques mais tienne également compte de la durée des hospitalisations et des maladies chroniques, c'est-à-dire des personnes qui doivent faire face à des suppléments répétés (ce qui s'est traduit par l'adoption de nouvelles mesures en 2007).

5.5 – RÉFÉRENCES

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) <<http://kce.fgov.be>> .

Corens D. Health system review: Belgium. Health Systems in Transition 2007;9(2):1-172.

Demotte R. Le Budget 2007 de l'Assurance maladie, un budget pour diminuer la facture du patient. Conférence de presse du 16 octobre 2006.
<http://www.rudydemotte.be/communiqués_esp/budget07ssfr.doc> .

Direction de la Sécurité Sociale. L'assurance maladie complémentaire: comparaisons internationales. Paris: DSS; 2003.

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Belgique. MISSOC Info 02/2005 2005.
<http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_be_fr.pdf> .

INDEX DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1.1 : REVENU ET DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES (€), 2005 – SUÈDE	8
GRAPHIQUE 1.2 : DÉPENSES DE SANTÉ « PRIVÉE » DES INDIVIDUS EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE – SUÈDE.....	9
GRAPHIQUE 2.1 : REVENU ET DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES (€), 2004 – PAYS-BAS	16
GRAPHIQUE 2.2 : POIDS DES DÉPENSES DE SANTÉ « PRIVÉE » DES MÉNAGES EN FONCTION DE L'ÂGE – PAYS-BAS.....	17
TABLEAU 2.1 : FRANCHISE RÉELLEMENT PAYÉE PAR LES ASSURÉS – PAYS-BAS	18
TABLEAU 3.1 : DÉPENSE DE SANTÉ PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN MILLIONS D'EUROS – ALLEMAGNE.....	21
TABLEAU 3.2 : COPAIEMENTS CROISSANTS POUR LES MÉDICAMENTS SELON LES TRANCHES D'ÂGE, 1996-2002 – ALLEMAGNE	31
TABLEAU 4.1 : COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE EN 2005 – CHIFFRES PROVISOIRES	37
TABLEAU 4.2 : MONTANT DE LA FRANCHISE ANNUELLE ET IMPACT SUR LA PRIME D'ASSURANCE – SUISSE.....	41
TABLEAU 5.1 : LES DIFFÉRENTS PLAFONDS APPLICABLES AU MAXIMUM À FACTURER AU 1/1/2006 – BELGIQUE.....	53