AIM
Association Internationale de la Mutualité

Jean Hermesse,
Président
Groupe sur la réforme des systèmes de santé

Protection santé aujourd'hui

Structures et tendances dans 13 pays

Dresden, 21 novembre 2008

Publié par

Association Internationale de la Mutualité

Secrétariat

50 rue d'Arlon ● B-1000 Bruxelles
T: +32 2 2345700 ● F: +32 2 2345708
aim.secretariat@aim-mutual.org

www.aim-mutual.org

Editeur: Dr. Philippe Swennen

Copyright © 2008 ● AIM ● Association Internationale de la Mutualité

Disponible également en anglais et en allemand

L'utilisation non commerciale du contenu de la présente publication est autorisée lorsque la source est indiquée dans son intégralité.

Les opinions exprimées dans le présent document le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs et ne lient en aucune manière l'AIM ou ses organisations membres.

Table des matières

Préambule 4

Partie 1 : Les tendances 2005-2008 dans les systèmes de santé 6

Partie 2: Le secteur des soins de santé et l'Union Européenne 38

Partie 3 : Rapport des pays 54

- Allemagne 57
- Belgique 91
- France 135
- Grèce 181
- Irlande 197
- Israël 225
- Italie 256
- Luxembourg 278
- Pays-Bas 301
- République Slovaque 315
- République tchèque 338
- Royaume-Uni 351
- Suisse 381

Coût à charge des patients (comparaison) 405

Préambule

Nous avons le plaisir de vous présenter le rapport 2008 du groupe sur la réforme des systèmes de santé.

La période écoulée de 2006 à 2008, a été riche d'enseignements pour mettre à jour la description des systèmes de santé dans les pays où des mutuelles membres de l'AIM sont actives en Europe. L'évolution démographique globale et celle des professionnels de santé, le poids croissant des maladies chroniques et l'accroissement des nouvelles technologies coûteuses, sur fond de récession économique et de crise financière généralisée constituent des défis majeurs auxquels tous les pays doivent faire face dans l'organisation et la gestion de leur système de santé. Ces facteurs pèsent davantage encore sur la nécessité de procéder à des ajustements et des réformes pour s'adapter à ce nouveau contexte. L'enjeu est de taille : il s'agit de consolider, de moderniser et d'optimaliser le modèle social européen, caractérisé par une protection sociale universelle basée sur la solidarité. Il s'inscrit parmi les préoccupations des Conseils des Ministres des Affaires Sociales Européens, qui à diverses reprises soulignent la place centrale que doit occuper la solidarité en tant que valeur européenne commune et partie intégrante de tous les systèmes européens. En conséquence, il convient d'envisager des adaptations nécessaires pour assurer un accès à tout un chacun à des soins de qualité à des conditions abordables en terme de proximité et de coûts.

L'objectif du groupe AIM sur la réforme des systèmes de santé qui s'est penché sur ces questions essentielles, vise à susciter des échanges et des réflexions sur l'évolution et les tendances des systèmes de santé. Ce rapport témoigne des travaux de ce groupe qui a pu, par ailleurs, organiser des rencontres de terrain dans différents pays pour comprendre plus finement les préoccupations et les positions et projets des acteurs nationaux compte tenu de leur environnement national particulier qui doit être pris en compte dans les analyses. En effet, chaque pays a un système de santé spécifique, héritage de sa culture et de son histoire. Il doit en conséquence rechercher des solutions adaptées à ses particularismes. Cette diversité s'exprime au sein de l'AIM qui rassemble des membres offrant une couverture sociale contre la maladie et d'autres risques sociaux à plus de 160 millions de personnes en Europe, en participant à la gestion de l'assurance maladie obligatoire et/ou en proposant une couverture volontaire. En outre certaines mutualités fournissent des prestations par le biais de leurs propres établissements de soins de santé et d'aide sociale. Cette pluralité d'initiatives montrent l'intérêt d'apprendre et d'échanger entre les membres de l'AIM sur les réponses les plus adaptées à construire pour répondre aux besoins de santé des populations en s'inspirant parfois des projets ou réalisations des uns et des autres.

Le rapport se divise en trois parties. La première partie fait la synthèse des tendances observées dans les treize pays décrits. Elle est suivie de conclusions et du rôle futur des mutuelles dans ce contexte. La deuxième partie traite de l'Union européenne dans le secteur des soins de santé. Elle résume l'impact du processus d'intégration européenne dans ce domaine ainsi que les récents dossiers « brûlants ». Enfin, la troisième partie rassemble les monographies des différents systèmes de santé.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport 2008 et tout particulièrement les correspondants nationaux qui travaillent pour les organisations membres de l'AIM dans les différents pays et qui ont bien voulu consacrer du temps et de l'énergie pour nous apporter leur précieuse contribution et leur témoignage national à nos travaux.

Nous tenons également à remercier spécialement Henri Lewalle et Olivier Gillis de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes en Belgique, et le Dr. Philippe Swennen du Secrétariat de l'AIM, pour la conception de ce rapport, l'analyse des monographies nationales et la rédaction des synthèses reprises dans les parties 1 et 2 du présent rapport.

Belgique	Olivier Gillis Henri Lewalle	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
Suisse	Nello Castelli	Santésuisse
République tchèque	Pavel Vepřek	Všeobecná zdravotní pojišt'ovna (VZP ČR)
France	Emelyne Couppey (rédaction) Cornélia Federkeil-Giroux Kulmie Samantar (révision)	Mutualité française
Allemagne	Dirk Ruiss Dr. Gerhilt Dietrich	IKK Bundesverband
Grèce	Alexandros Mavropoulos	O.A.T.Y.E.
Irlande	Joe May	Vhi Healthcare
Israël	Rachelle Kaye	Maccabi Healthcare services
Italie	Luciano Pinna	Coordinamento delle Società di Mutuo Soccorso della Sardegna
Luxembourg	Michel Schmitz Thierry Ries	Conseil Supérieur de la Mutualité
Pays-Bas	Jan Veerkamp	Zorgverzekeraars Nederland
Slovaquie	Eva Andrejcakova, Ing.	Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP SK)
Royaume-Uni	Helen Vaughan-Jones	BUPA
Coordination	Dr. Philippe Swennen	AIM

Dr Philippe Swennen
Directeur de projets AIM

Jean Hermesse
Président du groupe AIM sur la réforme des soins de santé

Partie 1 :
Les tendances 2006-2008 dans les systèmes de santé

CONTENU

1. Introduction 7

2. Tendances caractéristiques 8

2.1. Augmentation de la responsabilité du patient 8

2.2. Phénomènes de privatisation et de marchandisation 11

2.3. Réorganisation des soins et de leur financement en vue d'un meilleur rapport coût-efficacité 15

2.4. Concentration des caisses-maladie / mutuelles 20

2.5. Développement des réseaux d'échange d'informations électroniques 21

2.6. Maîtrise des dépenses dans le secteur des médicaments 22

2.7. Démographie des professionnels de santé en baisse 25

3. Conclusions 28

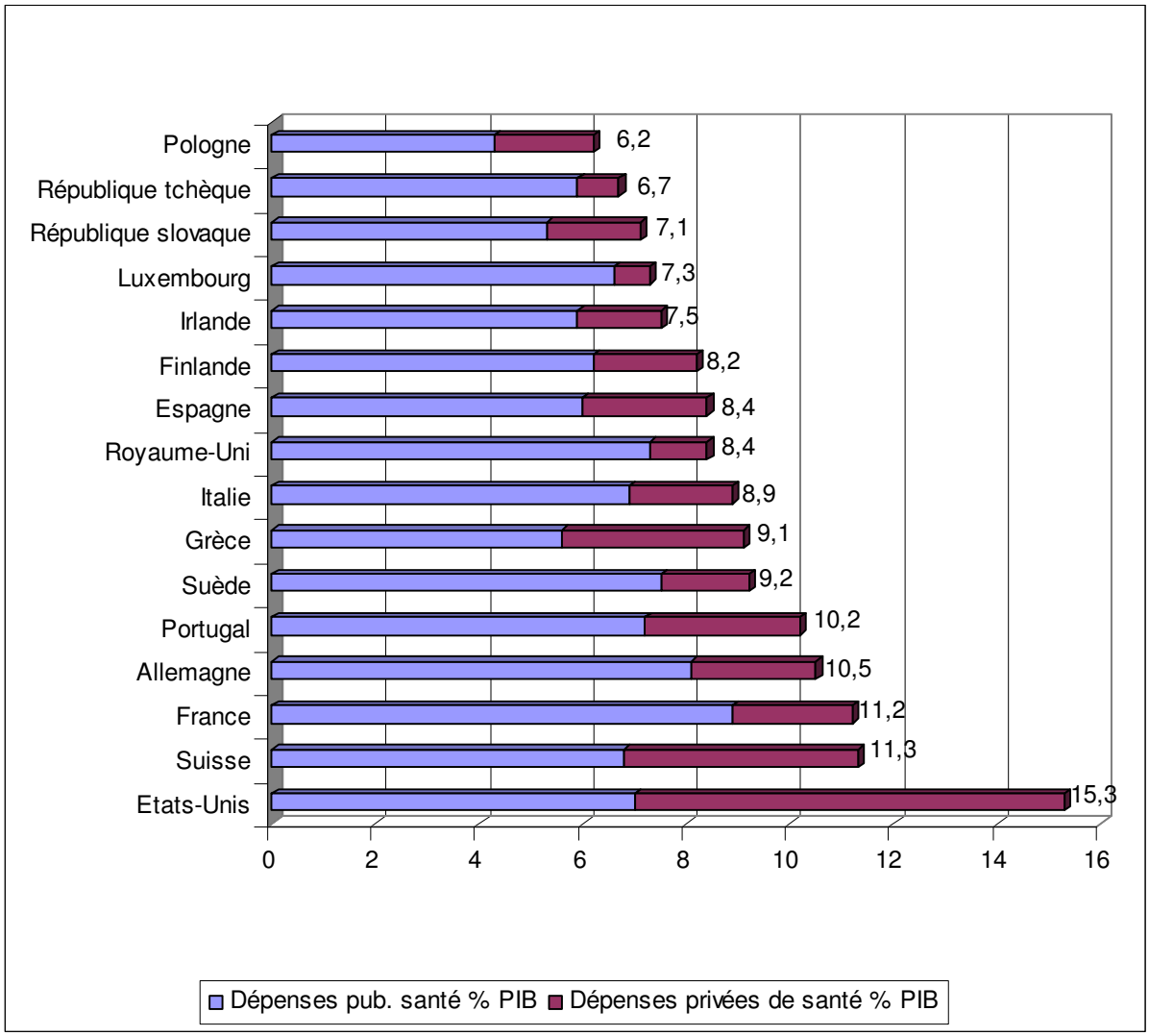
3.1. Enjeux pour le futur 28

3.2. Quel rôle pour les mutualités dans le futur? 35

1. INTRODUCTION

Depuis le dernier rapport sur les systèmes de santé de 2005, les dépenses de santé ont encore cru, bien que leur rythme se soit ralenti, passant de 6,2% entre 2000 et 2003 à 3,6% par an depuis 2003 (données OCDE). Cette croissance persistante des dépenses de soins de santé, couplée au ralentissement économique actuel, continue à être un souci majeur pour les pouvoirs publics.

Dépenses totales de santé en % PIB, 2006



Source : ECO-SANTÉ OCDE 2008

Le financement public représente la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des Etats-Unis. Cela témoigne de l'engagement des états, avec une baisse dans certains pays, comme en Allemagne, au Portugal, en République Tchèque ou en Slovaquie, et une augmentation dans d'autres pays à l'exemple du Royaume-Uni, de l'Irlande, de la France, de la Suisse ou de l'Italie.

Dépenses publiques santé en % dépenses totales de santé (1990-2006)

	1990	1995	2000	2006
Allemagne	76,2	81,6	79,7	76,9
Espagne	78,7	72,2	71,6	71,2
Etats-Unis	39,4	45,3	43,7	45,8
Finlande	80,9	74,1 b	73,4	76
France	76,6	78,6 b	78,3	79,7
Grèce	53,7	52	60,9 b	61,6
Irlande	71,7 b	71,9	73,5	78,3
Italie	79,5	70,8	72,5	77,2
Luxembourg	93,1	92,4 b	89,3	90,9 e
Pologne	91,7	72,9	70	69,9
Portugal	65,5	62,6 b	72,5 b	70,6
Royaume-Uni	83,6	83,9	80,9	87,3 d
République slovaque	-	91,7 ²	89,4	74,4´¹
République tchèque	97,4	90,9	90,3 b	87,9
Suisse	52,4	53,8	55,6	60,3
Suède	89,9	86,6	84,9	81,7

-: Données non disponibles ; ´1, ´2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; b : rupture de série ; e : estimation
Source : ECO-SANTÉ OCDE 2008

Le taux de croissance des dépenses de santé dépassant celui du produit intérieur brut, l'accentuation des déficits a incité les gouvernements à prendre des mesures draconiennes.

Différents éléments contribuent à l'augmentation de ces dépenses : les nouvelles technologies et médicaments, les ressources humaines (importantes dans le secteur de la santé) et les revalorisations salariales qui leurs sont liées, la tendance à médicaliser de nombreux problèmes de la vie quotidienne, le vieillissement de la population, etc.

Face à ces facteurs, les pays européens mettent en place différents types de mesures afin de réduire les coûts en soins de santé et de rendre leur système plus efficient. Les mesures suivantes en sont de bons exemples : l'augmentation de la responsabilité du patient, la privatisation et la marchandisation, la meilleure articulation entre les différents acteurs du système de santé, la concentration des caisses d'assurance, le développement de réseaux d'échange d'informations électroniques et la démographie des professionnels de santé en baisse. Ces différentes tendances sont développées ci-dessous.

2. TENDANCES CARACTERISTIQUES

2.1. Augmentation de la responsabilité du patient

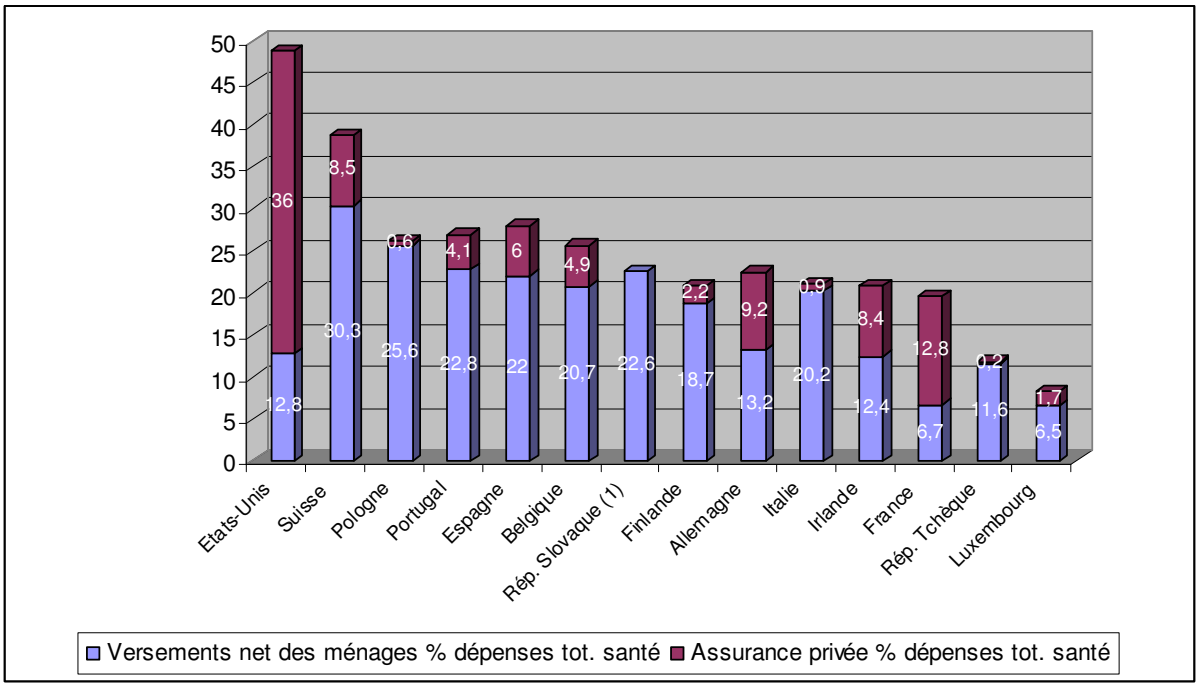
De manière générale, le patient est, dans beaucoup de pays européens, de plus en plus responsabilisé à l'utilisation adéquate des structures et procédures de soins, et aux coûts engendrés par celles-ci. Cette plus grande responsabilisation passe notamment par l'augmentation de sa participation aux frais. Dans la mesure où

tous les patients n'ont pas les mêmes moyens (financiers mais également d'accès à l'information) pour faire face à cette augmentation des coûts à leur charge, on peut penser que cette tendance va à l'encontre des principes d'équité et de solidarité, et ainsi renforce les inégalités.

2.1.1. Participation plus importante des patients aux frais

L'augmentation de la part à charge du patient peut prendre différentes formes : le développement du système de ticket modérateur, la majoration des cotisations sociales, l'introduction de forfaits, etc. La dernière réforme de l'assurance maladie en Allemagne (2007) a pris des mesures allant dans ce sens. A partir du 1er janvier 2009, entrera en vigueur un Fonds pour la santé qui centralisera les cotisations sociales et les redistribuera aux mutualités. Toutefois, si les ressources versées par le Fonds sont insuffisantes, la mutualité devra réclamer à ses affiliés une cotisation complémentaire sous forme de pourcentage ou de forfait. Cette cotisation ne pourra être supérieure à 1 % du revenu soumis à cotisations et les revenus ne seront pas contrôlés tant que ces cotisations ne dépassent pas 8 euros. Outre cette mesure, la réforme de 2007 voit les cotisations sociales majorées de 0,5 %, pour atteindre un taux moyen de 14,5 % (mise en œuvre au 1er janvier 2009).

Versement net des ménages et assurance privée santé en % des dépenses totales de santé (2006)



1: données sur assurance privée non connues
Source : ECO-SANTÉ OCDE 2008

Les dernières grandes réformes aux Pays-Bas et en France ont également vu la part à charge du patient augmenter. Outre le payement de primes et de cotisations sociales, les assurés néerlandais doivent, depuis le 1er janvier 2007, s'acquitter du payement d'un ticket modérateur de 150 € par an. En France, la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a introduit une participation forfaitaire de 1 € par consultation chez le médecin généraliste ou spécialiste (non remboursable par une mutuelle complémentaire).

D'autres pays encore, comme la République Tchèque et le Luxembourg, ont vu respectivement l'introduction du système de ticket modérateur au 1er janvier 2008, et la participation des assurés pour les consultations et visites médicales passer de 5% à 10% (décidée fin 2005).

2.1.2. Recours aux franchises

Outre l'augmentation de la part à charge du patient, la responsabilité du patient peut être renforcée par l'introduction de systèmes de franchise, dont le montant dépend de toute une série de facteurs. Les systèmes de franchise vont souvent de pair avec davantage de choix de la part de l'assuré quant aux différents types d'assurance et de couverture.

Après la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne ont également introduit des mécanismes de franchise. Les Pays-Bas ont, avec leur réforme de 2004 (entrée en vigueur au 1er janvier 2006), introduit un système de franchise, dont le niveau peut varier entre 100 € et 500 € (laissé au choix de l'assuré), avec à la clé, une ristourne sur le montant de la prime à payer. Le montant à charge du patient peut également varier selon le type d'assurance choisie (en nature, contre remboursement ou mixte). C'est également le cas de l'Allemagne : depuis le 1er avril 2007, les mutualités peuvent accorder des ristournes aux assurés selon que ceux-ci acceptent de payer une franchise (jusqu'à un certain niveau), selon qu'ils ne réclament pas d'avantages pendant une période déterminée ou encore selon le niveau de remboursement choisi.

2.1.3. Echelonnement des soins et sanctions financières

L'échelonnement des soins implique l'introduction d'un accès au système de soins de santé, structuré par niveau. Il permet un meilleur suivi des patients, et de réaliser des économies grâce à une réduction des prescriptions. Pour encourager le patient à respecter cet échelonnement, la majoration de certains tickets modérateurs est prévue en cas du non respect de certaines procédures de consommation de soins. Parmi celles-ci, on peut penser à l'obligation de choisir un médecin traitant ou encore d'avoir un dossier médical. Le patient est ainsi responsabilisé par rapport à la bonne utilisation des procédures de soins.

La dernière réforme de l'assurance maladie en France (2004) en est une bonne illustration. Depuis le 1er janvier 2005, tout assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant. Les assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant, ou consultant directement un autre médecin voient, depuis le 1er janvier 2006, leur participation financière majorée (40 % du tarif conventionné au lieu de 30 %). La réforme de 2004 prévoit également d'introduire un dossier médical personnel (DMP), qui entre dans le projet d'élaboration d'un parcours de soins coordonnés. Il sera constitué et mis à jour par le médecin traitant, et contiendra des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours, etc.).

2.1.4. Mesures au profit des plus vulnérables

Face à cette augmentation de la part à charge du patient, toute une série de mesures sont mises en place afin de protéger les personnes ayant des coûts à charge importants. L'Allemagne et la Belgique, par exemple, ont mis en place un système de plafond de coût à charge du patient au-delà duquel celui-ci est remboursé de manière intégrale (et ne doit dès lors plus payer de tickets modérateurs). En Allemagne, le plafond est fixé à 1 % du revenu brut pour les

malades chroniques, et à 2 % pour les autres assurés. En Belgique, ce système de plafond est appelé « maximum à facturer » (MAF). Le plafond augmente par tranche de revenus.

Une autre manière de protéger le patient est la mise en place de régimes d'assurance universels. C'est le cas notamment de la France, de l'Allemagne et d'Israël qui ont complété, ces dernières années, un système d'assurance maladie dont le droit dépend traditionnellement de la catégorie socioprofessionnelle, avec un système davantage universel, où tous les résidents bénéficient d'une couverture maladie. Il s'agit en France de la couverture maladie universelle (CMU). Celle-ci offre une assurance soins de santé à toutes les personnes résidant de façon régulière en France et n'étant pas déjà affiliées à un régime sur la base de leur statut socioprofessionnel. Les bénéficiaires de la CMU ayant un revenu inférieur à un plafond déterminé ne doivent payer aucune cotisation.

2.1.5. Synthèse

Outre les économies en termes de moyens qu'elle permet, la plus grande responsabilisation financière de la part du patient induit également une plus grande liberté de choix. Un exemple parmi d'autre est le recours aux mécanismes de franchise, qui implique aux Pays-Bas par exemple, une réduction de prime dont le montant varie selon le niveau de franchise choisi.

Le risque que peut engendrer ce genre de mesures est de renforcer les inégalités entre patients, qui ne sont pas tous égaux face aux coûts des soins de santé, mais également face à l'information quant à ces soins. La plus grande responsabilisation financière du patient peut également être vue comme un élément soutenant une logique de marchandisation du secteur des soins de santé. En effet, le patient est de plus en plus considéré comme étant un consommateur averti et responsable quant aux choix de ses soins et des coûts qu'ils peuvent engendrer. On peut se demander dans quelle mesure cette plus grande liberté de choix apparente n'est pas juste un transfert de charge, car en définitive ce sont les prestataires de soins qui opèrent les choix pour le patient.

2.2. Phénomènes de privatisation et de marchandisation

De nombreux pays européens affichent une tendance relative vers davantage de marchandisation dans les soins de santé. La marchandisation est utilisée ici dans le sens de faire jouer la libre concurrence dans l'organisation de l'assurance maladie et de l'offre de soins (càd la libéralisation des prix, la planification et l'autorisation d'organisations à but lucratif dans le secteur des soins)[1].

2.2.1. Une logique de marché de plus en plus présente au sein des systèmes de soins de santé

Par leur réforme de 2004 (entrée en vigueur le 1er janvier 2006), les Pays-Bas sont, d'un point de vue européen, les pionniers en matière de concurrence « régulée » de leur système de soins de santé. Ils sont en effet les premiers à avoir introduit « officiellement » des mécanismes de marché dans leur système de soins : une

[1] Derieuw S. (2007). La marchandisation des soins : quelques observations critiques. MC-Information. Vol. 229. 8.

concurrence directe entre organismes assureurs et une grande liberté de choix de l'assuré. Ceci devrait induire, indirectement, davantage de concurrence entre les prestataires de soins (qui doivent passer des contrats au meilleur rapport qualité/prix avec les assureurs). Les Pays-Bas espèrent ainsi rendre leur système plus efficace : assurances au meilleur prix, augmentation des ressources globales consacrées à la santé et diminution des listes d'attente.

Même s'ils sont les pionniers en la matière, dans la mesure où leur système de soins de santé a pris la forme la plus aboutie d'un marché, les Pays-Bas ne sont pas les seuls à orienter leur politique de santé vers davantage de marché. Les pays européens appliquent de plus en plus des principes de marché à leur système de soins de santé.

1) Organismes assureurs : uniformisation et concurrence

Par la réforme de son système d'assurance maladie en 2007, l'Allemagne introduit davantage de concurrence entre les mutualités et les assureurs privés. A noter qu'en Allemagne, les personnes gagnant en dessous d'un certain revenu doivent s'inscrire auprès d'une mutualité. Les personnes dont le revenu dépasse ce seuil, peuvent s'inscrire auprès d'un assureur privé. Concernant les mutualités, l'uniformisation du taux de cotisations et la cotisation forfaitaire supplémentaire doivent intensifier la concurrence entre elles. Quant aux assureurs privés (qui couvrent plus de 8 millions de personnes), ils ne pourront désormais plus refuser les assurés remplissant les conditions de libre assurance. A partir du 1er janvier 2009, ils devront proposer plusieurs niveaux de primes, dont une prime de base comparable à celle du système obligatoire. Ces nouvelles obligations visent à prévenir les pratiques de sélection des risques en fonction de la santé ou du revenu.

La concurrence accrue et la logique de marchandisation peuvent également prendre la forme de la privatisation des organismes d'assurance maladie, en ce sens où ils peuvent opter pour un statut lucratif. C'est le cas aux Pays-Bas, où les organismes assureurs, ont, depuis le 1er janvier 2006, tous ont été mis sur le même pied d'égalité (ce dans un cadre de l'article 54 sur l'intérêt général).

C'est également le cas, dans une moindre mesure, dans d'autres pays comme la République Slovaque et la République Tchèque. La nouvelle législation entrée en vigueur en 2005 en République Slovaque permet aux sociétés d'assurance par actions à but lucratif de proposer le système d'assurance maladie obligatoire. Le gouvernement garantit des opportunités et des obligations identiques pour les compagnies d'assurance maladie aussi bien dans le système obligatoire que volontaire. A noter qu'un amendement à cette loi a été apporté en novembre 2007 imposant une nouvelle obligation aux organismes assureurs : utiliser tous les bénéfices pour les soins de santé uniquement (ils ne peuvent dès lors être redistribués aux actionnaires).

En République Tchèque, sept nouvelles lois vont affecter l'évolution du système de santé à partir de 2009. Dans ce cadre, est notamment prévue la transformation des sociétés d'assurance maladie en sociétés de capitaux avec utilisation réglementée des bénéfices (à l'exception de la VZP qui reste aux mains de l'Etat).

2) Les prestataires de soins en concurrence

La tendance vers davantage de concurrence dans les systèmes de santé est également visible au niveau des prestataires de soins (principalement les médecins et les hôpitaux). Les objectifs poursuivis par les réformes allant dans ce sens sont principalement d'améliorer le rapport qualité/prix. Il s'agit également de renforcer les rapports entre prestataires de soins et mutualités, dans le but par exemple de soutenir le développement des trajets de soins et des soins intégrés. C'est le cas de l'Allemagne qui, de par sa dernière réforme de 2007, permet aux mutualités de conclure des conventions directement avec les prestataires et leurs groupements (par ex. des réseaux de médecins), les hôpitaux et les centres de santé, sans devoir nécessairement impliquer les associations de médecins conventionnés.

La Suisse a, au 1er janvier 1996, introduit davantage de concurrence entre les prestataires de soins et les organismes assureurs. Outre les conventions collectives, ceux-ci ont la possibilité de conclure des conventions spéciales avec les médecins. Dans les cinq années à venir, la concurrence entre prestataires de soins et organismes assureurs devrait encore être renforcée, avec la suppression de l'obligation de passer des conventions avec les médecins.

Un autre indicateur de cette concurrence accrue entre les prestataires de soins est le rôle croissant que joue le secteur privé lucratif. Ces dernières années, dans beaucoup de pays européens, le rapport public/privé pour les prestataires a significativement diminué. C'est le cas par exemple de l'Allemagne et de la République Tchèque, où la part des établissements hospitaliers publics à diminué au profit des hôpitaux privés lucratifs. Dans d'autres pays, comme la République Slovaque et la Belgique, le secteur privé à but lucratif reste marginal, mais peut toucher les prestataires de soins indirectement : via l'externalisation de certaines activités comme l'entretien, le stationnement, la restauration, etc. mais également via l'externalisation de certaines activités médicales.

3) Les patients de plus en plus consommateurs

Beaucoup de pays européens adoptent des mesures donnant davantage de liberté et de responsabilité au patient (notamment en matière de choix de l'organisme assureur, de la couverture et des prestataires de soins). Celui-ci est de plus en plus considéré comme étant un consommateur averti, responsable de ses choix en matière de soins et des coûts qu'ils peuvent engendrer. Dans la mesure où ce sont les prestataires de soins qui posent le choix final, on peut se demander si cette plus grande liberté de choix ne serait pas dans le fond qu'un moyen de transférer des coûts vers le patient.

Les exemples les plus clairs en la matière son ceux des Pays-Bas et de l'Allemagne. Aux Pays-Bas, le patient doit chaque année faire le choix de son organisme assureur. Ce choix se fera selon la qualité des soins offerts, mais également selon le montant de la prime qu'il devra payer pour son assurance standard. Un fois l'assureur choisi, l'assuré doit encore poser toute une série de choix, qui auront un impact sur les montants à débourser, notamment : le type d'assurance (en nature, contre remboursement ou mixte), le niveau de franchise, etc.

La réforme de 2007 en Allemagne va également dans le sens de davantage de liberté de choix pour l'assuré. Depuis le 1er avril 2007, les assurés peuvent bénéficier de ristournes selon que ceux-ci acceptent de payer une franchise (jusqu'à un certain niveau), ne réclament pas d'avantages pendant une période déterminée ou encore selon le niveau de remboursement choisi.

Outre les choix en matière de couverture de soins, un autre élément peut nous faire penser que le patient est de plus en plus vu comme un consommateur de soins : la mise en ligne d'informations sur la qualité et performances et parfois même les tarifs, concernant différents prestataires et structures de soins, ainsi que la possibilité, dans certains cas, de choisir et réserver les prestataires de soins.

Un bon exemple de cette logique consommatrice est le projet « Choose and Book » au Royaume-Uni. Celui-ci occupe une place centrale dans le nouveau système informatique et dans la politique gouvernementale de renforcement du choix des patients. Ce service de réservation en ligne forme le pilier de la politique gouvernementale et donne aux patients la possibilité de choisir le lieu et la date de leurs consultations hospitalières. Pour aider les patients à faire les bons choix en matière de soins, le gouvernement à mis sur pied un site web, *NHS Choices* (www.nhs.uk), qui fournit des informations sur les services proposés. Ce site contient des informations non seulement sur la qualité des soins médicaux dans les différents hôpitaux, mais aussi sur la propreté des établissements, la qualité de la restauration et les facilités de parking.

2.2.2. Synthèse

Les conséquences d'une concurrence accrue dans le système de soins de santé sont multiples. Elles sont principalement liées au fait que tous les patients ne sont pas égaux face à la maladie : en effet, les personnes issues de milieux moins favorisés sont en moyenne en moins bonne santé que les personnes issues de milieux davantage favorisés, les personnes âgées et handicapées ont davantage de besoins, etc. En outre, ils ne sont pas tous égaux face à l'accès à information. Le risque majeur est de voir les organismes assureurs, dans le but d'être le plus performant, opérer une sélection des risques.

Conscients de cette dérive possible, les différents pays européens, en même temps qu'ils introduisent davantage de concurrence dans leur système de soins de santé, mettent également en place différents mécanismes correctifs afin de pallier aux risques liés à la marchandisation. Le système le plus répandu est le **système de péréquation des risques**. L'objectif de ce système est de pallier la distribution non homogène des mauvais risques, et d'ainsi permettre d'éviter de pénaliser les assureurs qui ont davantage de personnes à risques.

En Allemagne, la structure de compensation financière des risques (Risikostrukturausgleich – Risk Structure Compensation) permet, dans une certaine mesure, de rendre plus équitables les différences entre mutualités en termes de dépenses et de recettes. Les critères retenus pour cette compensation ont été l'âge, le sexe, les revenus soumis à cotisation, le nombre de personnes à charge de l'assuré et la proportion de bénéficiaires d'allocations d'incapacité de travail. Ce système a été complété par le création, en 2001, d'un **pool de risques** (lorsque les coûts d'une mutualité dépassent un certain plafond, ceux-ci sont pris en charge à 60 % par ce pool de risques) et par des compensations financières plus importantes pour les mutualités comptant parmi leurs assurés un nombre de malades chroniques supérieur à la moyenne. Cette dernière politique encourage le développement de programmes de traitements standardisés (DMP – Disease Management Program) qui ont pour objectif, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, d'améliorer le traitement des maladies chroniques. En 2007, un système de compensation des risques basé sur la morbidité est entré en vigueur. Les besoins en soins médicaux sont évalués en termes réels pour certains groupes de diagnostics et catégories de coûts, ce qui a une incidence en termes de répartition du budget.

On peut cependant se poser la question de savoir si ce système de péréquation de risques pallie totalement au problème. En effet, dans la mesure où la sélection des risques est possible au niveau des assurances complémentaires, le danger est que celle-ci soit utilisée pour faire de la sélection des risques dans le cadre de l'assurance de base. Ce n'est pas le cas de l'Irlande, qui a mis en place en 2001 un système de péréquation des risques dans son système d'assurance complémentaire. Des procédures juridiques ayant été lancées contre ce système de péréquation, celui-ci n'a pas encore été effectivement appliqué.

Enfin, la mise à disposition d'un nombre important d'informations sur les prestataires et structures part de l'idée de rendre le patient plus responsable de sa santé et en lui donnant la possibilité d'opérer des choix en meilleure connaissance de cause. Mais il faut cependant relativiser cette capacité. En effet, les malades sont relativement démunis pour effectuer des choix judicieux, car ils ne disposent pas au départ de la formation requise et doivent se familiariser avec des domaines scientifiques et techniques évoluant au sein de systèmes de santé particulièrement complexes

2.3. Réorganisation des soins et de leur financement en vue d'un meilleur rapport coût-efficacité

Dans le but de faire face à la croissance des dépenses en matière de soins de santé, mais également de rendre le système plus efficace, beaucoup de pays européens mettent en place des mesures de réorganisation et de rationalisation de l'offre de soins. Deux types de mesures ressortent plus particulièrement : le mode de financement des hôpitaux, et la réorganisation de l'articulation entre les secteurs hospitalier et ambulatoire.

2.3.1. Financement des hôpitaux sur base de la pathologie

Une des réformes les plus importantes dans le secteur des hôpitaux concerne leur financement. Beaucoup de pays européens sont passés d'un système rétrospectif à un système prospectif, considéré comme un moyen de maîtrise des dépenses plus efficace. Dans le cadre du financement rétrospectif, les prestataires sont remboursés une fois les services prestés, par exemple sur base du nombre de lits d'hôpitaux et de la durée de séjour moyenne des patients. A contrario, dans le cadre du financement prospectif, le budget est établi avant que les services soient prestés. Le financement repose sur un système de rémunération forfaitaire des prestations par groupes homogènes de pathologies (*Diagnosis Related Groups* - DRG). La principale caractéristique du système DRG est de regrouper les patients présentant les mêmes caractéristiques cliniques (diagnostics) et des frais de traitement semblables (système de tarification forfaitaire par groupes homogènes de pathologies). Autrement dit, toutes les prestations effectuées par l'hôpital en utilisant des ressources humaines et matérielles similaires sont regroupées dans un forfait par pathologie. Ce forfait par pathologie est le plus souvent différencié pour établir une distinction entre un traitement sans complications/comorbidités (ou minimales) et un traitement avec complications/comorbidités (nombreuses ou importantes). A noter que le système du DRG est défini et appliqué différemment selon le pays considéré.

Cette réforme a pour objectif principal d'inciter les hôpitaux à accroître leur efficacité, à réduire leurs coûts et la durée de séjour des patients. En effet, étant donné que les hôpitaux reçoivent un montant fixe par patient, ils ont intérêt à les

soigner de la manière la plus efficace possible. Cette réforme permet également davantage de transparence dans la mesure où il s'agit d'un système de financement uniformisé[2].

Certains pays comme la France, l'Italie, le Royaume-Uni et la Belgique ont adopté le système depuis un moment déjà, et continue de l'affiner. D'autres pays comme l'Allemagne, la Suisse (SwissDRG), les Pays-Bas et la République Tchèque ne l'ont adopté que très récemment.

2.3.2. « Gatekeeping »

L'introduction de systèmes de « Gatekeeping » dans les différents pays européens implique que les prestataires de soins de première ligne ont davantage de pouvoir et de contrôle quant à l'accès aux autres niveaux de soins. Cela permet entre autre aux professionnels des soins de première ligne de rediriger le patient vers la structure la plus adaptée à ses besoins (hôpital, spécialistes, maison de repos et de soins, etc.). Les prestataires de première ligne deviennent ainsi, en quelque sorte, la plaque tournante centrale du système de soins[3].

Dans beaucoup de pays européens, c'est le généraliste qui joue le rôle de « gatekeeper ». Cela implique l'obligation, pour le patient, de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, et de passer par ce dernier avant de se diriger vers d'autres structures de soins. Le non respect du système de « Gatekeeping » peut, dans certains cas, entraîner un supplément de tickets modérateurs à payer.

C'est le cas notamment en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. La France a récemment introduit un système de « Gatekeeping ». « Depuis la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004, tout assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, dont la mission est de favoriser la coordination des soins. Les assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant, ou consultant directement un autre médecin (sauf en cas d'urgence ou d'éloignement géographique), verront leur participation financière majorée »[4]. Ainsi, fin 2006, près de 80 % de la population a un médecin de référence, qui, dans 99,4 % des cas, est un médecin généraliste[5].

D'autre pays, comme la Belgique et l'Allemagne, n'ont pas de systèmes de « Gatekeeping » à proprement dit, en ce sens où les patients ont un accès direct au système hospitalier. Ils ont cependant mis en place certaines mesures afin d'encourager le patient à passer par un médecin généraliste avant de se diriger vers d'autres structures de soins. En Belgique, le patient n'est pas obligé de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, mais dois alors dans ce cas payer un ticket modérateur plus important quand il va chez un généraliste. En Allemagne non plus l'inscription auprès d'un médecin généraliste n'est pas obligatoire, mais les organismes assureurs sont obligés d'offrir des systèmes de « Gatekeeping » à leurs membres[6].

---

[2] Van Kemenade Y. (2007). Healthcare in Europe 2007. The finance and reimbursement systems of 11 European countries. Maarssen : Elsevier gezondheidszorg. 192.
[3] Van Kemenade Y. (2007). *Opus citatus*. 200.
[4] Kania P., Lalisse F. (2005). France. In : Hermesse J. et al. *Protection santé aujourd'hui – Structures et tendances dans 12 pays*. Bruxelles : Association Internationale de la Mutualité. 103-121.
[5] http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/chiffres_reperes_2006.pdf
[6] Van Kemenade Y. (2007). *Opus citatus*. 201.

2.3.3. Réorganisation de l'articulation entre le secteur hospitalier et ambulatoire

La plupart des pays européens ont, ces dernières années, entrepris différents types de réformes dans le cadre de l'organisation des soins, afin de mieux articuler les différents secteurs entre eux, et plus précisément le secteur hospitalier et ambulatoire. L'objectif de telles réformes est double : il s'agit, d'un côté, d'améliorer la qualité des soins. Une meilleure articulation et communication entre les différents acteurs du système permet en effet au patient d'être mieux suivi, mieux orienté, ainsi que de bénéficier des soins adaptés. D'un autre côté, la réorganisation des différents secteurs de soins permet une économie financière. Elle permet entre autre, par exemple grâce au dossier médical, d'éviter qu'un patient ne fasse deux fois le même examen.

Plusieurs éléments, communs dans une certaine mesure aux différents pays européens, ont participé à la réorganisation de l'articulation entre le secteur hospitalier et ambulatoire. Nous allons, dans ce qui suit, en présenter quelques uns.

1) Le dossier médical électronique partagé

« Le dossier médical {électronique} peut être défini comme un ensemble de données relatives à l'état de santé d'un patient, collectées par un médecin dans le cadre de sa relation avec ce patient. »[7]. L'intérêt du dossier médical électronique est le partage des informations entre les différents prestataires et la transmission électronique des résultats d'examens divers effectués en milieu spécialisé. Ce dossier est accessible au médecin généraliste et aux spécialistes, en respectant les règles de confidentialité établie par la loi. Le dossier médical électronique confirme le rôle central du médecin de référence dans l'organisation des soins de santé et fait de lui, le seul médecin qui peut traiter le patient de manière intégrale. Par celui-ci, le médecin de référence est stimulé à intervenir en tant que coordinateur non seulement dans le secteur médical et paramédical, mais également dans le domaine des soins à domicile[8]. Beaucoup de pays européens ont, ces dernières années, développé cet outil de coordination des soins (pour plus de détails, voir point V).

2) Redéfinition de l'activité hospitalière

Depuis le début des années 1980, de nombreux pays ont réduit leur offre hospitalière au profit de structures de soins alternatives. Le nombre de lits aigus a significativement diminué, malgré le nombre d'admission toujours croissant. Ceci s'explique par le fait que la durée moyenne de séjour en hôpital a diminué, et le taux moyen d'occupation des lits augmenté.

[7] http://www.absym.be/chambre-qr-20-9-04.html
[8] Devos D. (2004). Le dossier médical global. MC-Informations. Fiche-Info. Mutualité Chrétienne. N. 214. 2.

Lits aigus d'hôpital / 1000 habitants (2006)

	1985	1990	1995	2000	2006
Suède	4,6	4,1	3,0	2,4	2,2
Royaume-Uni	-	-	4,1	2,4	2,2
Espagne	3,7	3,6	3,5	2,8	2,5
Etats-Unis	4,2	3,7	3,4	2,9	2,7
Irlande	4,1	3,2	3,1	2,8	2,8
Pays-Bas		3,8	3,4	3,1	3,0
Portugal	3,5	3,4	3,3	3,2	3,0
Finlande	4,8	4,3	4,0	3,4	3,1
Italie	7,0	6,2	5,6	4,1	3,3
Suisse	6,8	6,5	5,5	4,1	3,5
France	5,7	5,2	4,6	4,1	3,7
Grèce	4,3		3,9	3,8	3,9
Belgique	-	5,2	5,0	4,7	4,3
Luxembourg	-	-	-	-	4,6
Pologne	5,7	6,3	5,8	5,2	4,7
Rep. Slovaque	-	-	-	5,8	4,9
Rep. Tchèque	8,3	8,2	7,0	5,9	5,4
Allemagne	-	-	-	6,8	6,2
Japon	-	-	12,0	9,6	8,2

Source : ECO-SANTÉ OCDE 2008

Une véritable redéfinition de l'activité hospitalière s'est opérée. Les soins non aigus ont de plus en plus été externalisés. Cette externalisation d'activités qui jusqu'alors étaient prise en charge par l'hôpital a nécessité la création de nouvelles structures de soins, mais également davantage de collaboration entre l'hôpital est les structures existantes. Cette réorganisation de l'offre a notamment permis de mieux coordonner les différentes étapes par lesquelles un patient doit passer pour une pathologie déterminée, ce qu'on appelle le trajet de soins, et ainsi d'optimiser le rapport efficacité/qualité[9].

D'autres structures plus adaptées aux soins de revalidation, comme les centres de convalescence et de réhabilitation, prennent le relais des hôpitaux aigus. On peut constater un déplacement des soins spécialisés, pour le cancer et d'autres maladies chroniques vers l'ambulatoire. L'hospitalisation à domicile est en pleine croissance, à l'exemple de la France.

Enfin, le développement de l'hospitalisation de jour est aussi un bon indicateur de cette externalisation. « Il s'agit de l'hospitalisation programmée d'un patient, visant à réaliser une procédure chirurgicale ou un ensemble de prestations diagnostiques ou thérapeutiques qui s'effectuaient traditionnellement dans le cadre d'une hospitalisation classique, mais qui peuvent être accomplies avec une égale sécurité, au cours d'une seule journée ; ceci dans une unité hospitalière intégrée dans l'hôpital général disposant d'un plateau médico-technique spécialisé approprié »[10].

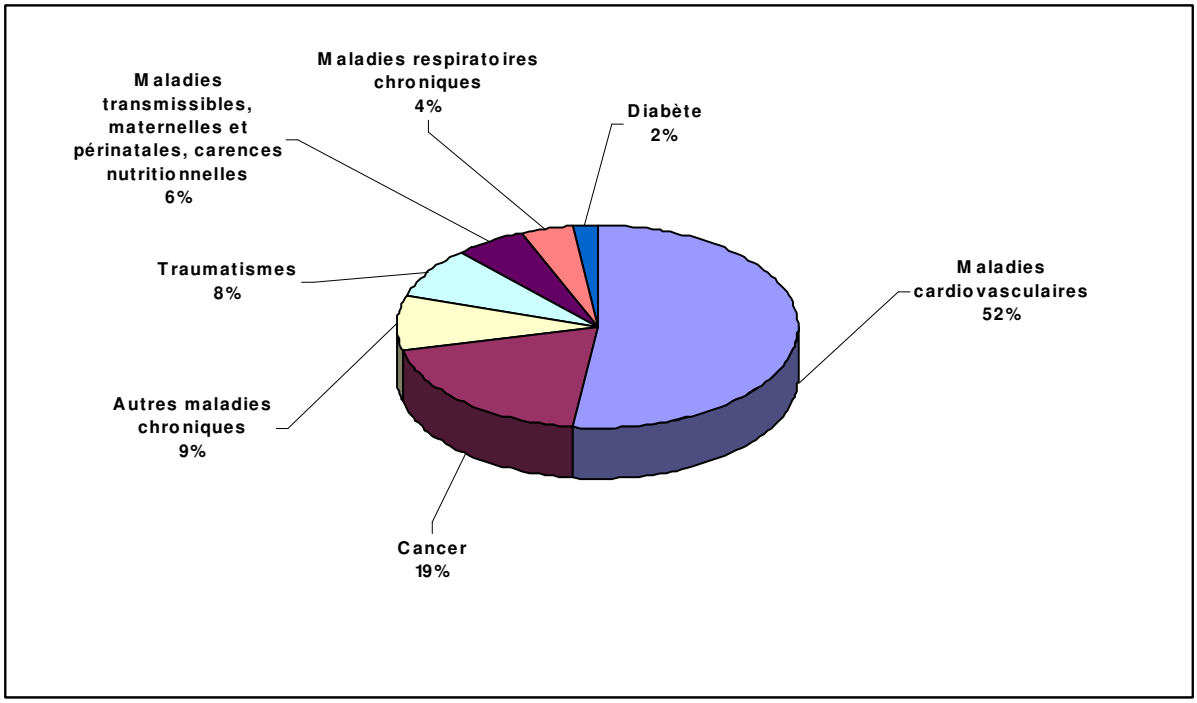
[9] Van Kemenade Y. (2007). *Opus citatus*. 203-204.
[10] Massart A-C. (2000). L'hospitalisation de jour. Dossier Thématique des MC. Mutualité Chrétienne. N. 4. 6.

En République Slovaque, on peut constater le développement de la chirurgie de jour dans les hôpitaux, ainsi qu'en dehors des hôpitaux – dans des institutions spécialisées – visant à réduire la durée des admissions hospitalières et à favoriser les soins à domicile.

3) Soins « intégrés et continus »

La demande de soins spécifiques liée à différentes maladies chroniques, comme le diabète, le cancer, l'asthme et les maladies cardiaques, augmente significativement. Cette demande croissante, en partie liée au vieillissement de la population, est un enjeu de taille pour la plupart des pays européens. Beaucoup ont, ces dernières années, mis en place des réseaux de soins intégrés (ou trajets de soins). La mise en place de ces réseaux exige davantage de collaboration entre les différentes structures de soins : verticale (entre prestataires de soins de première, deuxième et troisième ligne – par exemple par des accords de collaboration entre un hôpital et une maison de repos et de soins) et horizontale (au sein même de la première, deuxième ou troisième ligne – par exemple par des accords de collaboration entre deux hôpitaux)[11]. Cette évolution permet d'assurer une réelle continuité dans les soins, améliorant ainsi la qualité de la prise en charge du patient.

Projection des décès par cause, tous âges, région OMS pour l'Europe, 2005



Source : OMS Europe, 2005

Un exemple d'intégration des soins est le développement de programmes de gestion de maladie (disease management programme – DMP). Ceux-ci couvrent tous les aspects et étapes nécessaires au traitement d'une maladie bien spécifique, de la prévention à la rééducation. La Suisse et l'Allemagne font partie des pays européens qui ont développé de tels programmes.

[11] Van Kemenade Y. (2007). *Opus citatus*. 207.

Dans le cadre de l'actuelle révision de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie en Suisse), le Conseil fédéral propose de définir et d'inscrire dans la loi de nouveaux modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés. Dans ces modèles, les organismes assureurs conviennent avec des prestataires de soins regroupés dans un réseau de soins intégrés que le traitement des assurés sera exclusivement effectué par ce réseau. Les prestataires assument la responsabilité financière, dans la mesure convenue par voie contractuelle, pour l'ensemble du processus thérapeutique des assurés du réseau (responsabilité budgétaire). Le réseau de soins intégrés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire et coordonne le processus thérapeutique des assurés tout au long de la chaîne thérapeutique.

En Allemagne, différentes mesures ont été prises afin de faciliter la mise en place de DMP. Depuis le 1er janvier 2002, les mutualités dont les assurés participent avec succès à des DMP obtiennent des compensations plus élevées. A partir de 2009, ces compensations financières seront remplacées par un montant forfaitaire par assuré inscrit. A noter qu'actuellement, les bases juridiques de DMP existent pour le diabète de type 1 et de type 2, les troubles coronariens, le cancer du sein, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (COPD).

2.4. Concentration des caisses-maladie / mutuelles

Toujours dans le but de rationaliser et de rendre le système de soins plus efficient, les organismes assureurs (caisses ou mutuelles) ont vu leur organisation logistique se modifier. L'importance grandissante que prend l'informatique en tant qu'outil de gestion incite les organismes assureurs à davantage se concentrer afin d'opérer des économies d'échelles.

Le phénomène de concentration des caisses et mutuelles est à l'œuvre dans beaucoup de pays européens. En Suisse par exemple, on observe un recul fulgurant du nombre d'assureurs-maladie, qui est passé de 1000 dans les années soixante à 250 au début des années nonante, pour s'établir à 87 en 2007. En Allemagne, le nombre de mutuelles est passé de 1232 en 1991, à 483 en 1998, et à 219 en 2008. Aux Pays-Bas, la réforme du système de santé en application depuis 2006 a favorisé la fusion entre assureurs-maladie, leur nombre passant de 71 en 2001 à 16 en 2008. L'élément explicatif le plus significatif de ce phénomène de concentration est le développement de l'outil informatique et de la demande d'investissement grandissante qui y est liée, ainsi que l'encouragement par les gouvernements au développement de la concurrence entre caisses et mutuelles.

L'informatique est devenue un outil essentiel dans la gestion de l'assurance maladie. L'investissement dans cet outil est cependant très coûteux. Sa mise en place et son développement ont dès lors nécessité et continue d'exiger des moyens non négligeables, que ne peuvent se permettre de petites entités. De plus, les exigences de bonne gestion de l'assurance maladie impose souvent des procédures uniformes. La suppression du niveau local résulte de l'obligation de constituer des organismes ou des structures de taille importante pour répondre aux impératifs de gestion et réaliser des économies d'échelle. Cette évolution s'inscrit dans le long cheminement du passage d'une gestion manuelle à une gestion électronique. Elle a nécessité la création d'entités relativement grandes pour pouvoir développer l'outil informatique de manière suffisamment performante dans toutes les entités.

Parallèlement à l'impact du développement des outils informatiques sur le phénomène de concentration des caisses, celui-ci a permis une meilleure organisation et des économies d'échelles dans d'autres services comme la gestion des ressources humaines, le service aux membres, etc. Cette concentration permet des regroupements de personnels autorisant la constitution de services plus étoffés et donc plus spécialisés pour gérer par exemple la maîtrise des dépenses, développer des services et actions complémentaires, ou encore des département de gestion interne comme le personnel.

2.5. Développement des réseaux d'échange d'informations électroniques

Le dossier médical électronique est le principal outil de réseau d'échange d'informations électroniques de plus en plus développé dans de nombreux pays européens. Il vise les échanges de données pour un patient par support informatique (transfert d'images, transmission de résultats d'examens biologiques, etc.). L'introduction du dossier médical électronique devrait permettre d'avoir une meilleure information ainsi qu'un meilleur partage des données médicales pour le patient et les prestataires. Il devrait également permettre d'améliorer la coordination et la qualité des soins, ainsi que l'efficience du système de soins.

Israël est un des premier pays à avoir mis en pratique l'outil qu'est le dossier médical électronique. En place depuis 15 ans, toutes les caisses d'assurance maladie israéliennes ont adopté le système du dossier électronique de santé, du moins au niveau du médecin. Le développement du dossier médical électronique a été un des facteurs déterminant de l'amélioration de la qualité des soins de santé. Cette évolution a permis le développement et la mise en œuvre de directives cliniques informatisées qui alertent le médecin sur les problèmes potentiels révélés notamment par les résultats de test. Le système permet également aux caisses d'assurance maladie d'influencer et d'améliorer les habitudes de prescription des médecins. La tendance actuelle est de s'orienter vers des dossiers médicaux complets centralisés, reprenant toutes les activités médicales : examens diagnostiques et résultats, prescriptions de médicaments, consultations, prestations délivrées par tous les professionnels de santé.

L'idée du dossier médical électronique s'est, ces dernières années, développée dans d'autres pays européens. En France, par exemple, la réforme de 2004 prévoit d'introduire un Dossier Médical Personnel (DMP) sous forme électronique sécurisée. Il est divisé en six rubriques : identification, données générales, de soins, de prévention, d'imagerie médicale et un espace de libre expression pour le patient. Initialement prévue en 2007, sa mise en place n'est pour l'instant pas prévue avant 2011 ou 2012. D'autres pays encore comme le Royaume Uni, le Luxembourg, la Suisse et la Belgique sont également occupés à développer l'outil qu'est le dossier médical électronique.

Un autre outil électronique développé ces dernières années est la carte de santé. En Allemagne, cette carte devrait notamment améliorer la communication entre tous les acteurs du secteur de la santé, qu'il s'agisse de la communication purement administrative ou de la communication de données médicales. De manière générale, elle devrait permettre de réduire la charge administrative, éviter la duplication des examens et optimiser les soins médicaux. Le projet est encore en phase de test, et le système devrait être étendu à tout le territoire national courant 2008. Le système de carte de santé électronique est également en développement

en France sous le nom de carte Sésam-Vitale (V2). Celle-ci doit notamment servir d'accès au DMP. Elle est testée depuis 2007 pour être diffusée en 2011.

L'amélioration de la communication, administrative et de données médicales, entre tous les acteurs de la santé se fait, en Belgique, par le biais d'un autre outil : My CareNet, intégré au projet Be.Health. L'outil My CareNet vise, entre autres, une modernisation, une organisation plus efficace et une simplification des relations financières et administratives et des flux d'information entre les différents acteurs dans l'assurance maladie-invalidité, en ce compris les prestataires de soins ambulatoires.

Le développement des réseaux d'échanges d'informations électroniques ne va pas sans poser la question des droits des patients, notamment en matière de confidentialité. En Suisse et en Allemagne, par exemple, le système sera notamment conçu de telle sorte que les patients auront la possibilité de décider, au cas par cas, s'ils souhaitent rendre leurs données accessibles et, si tel est le cas, lesquelles.

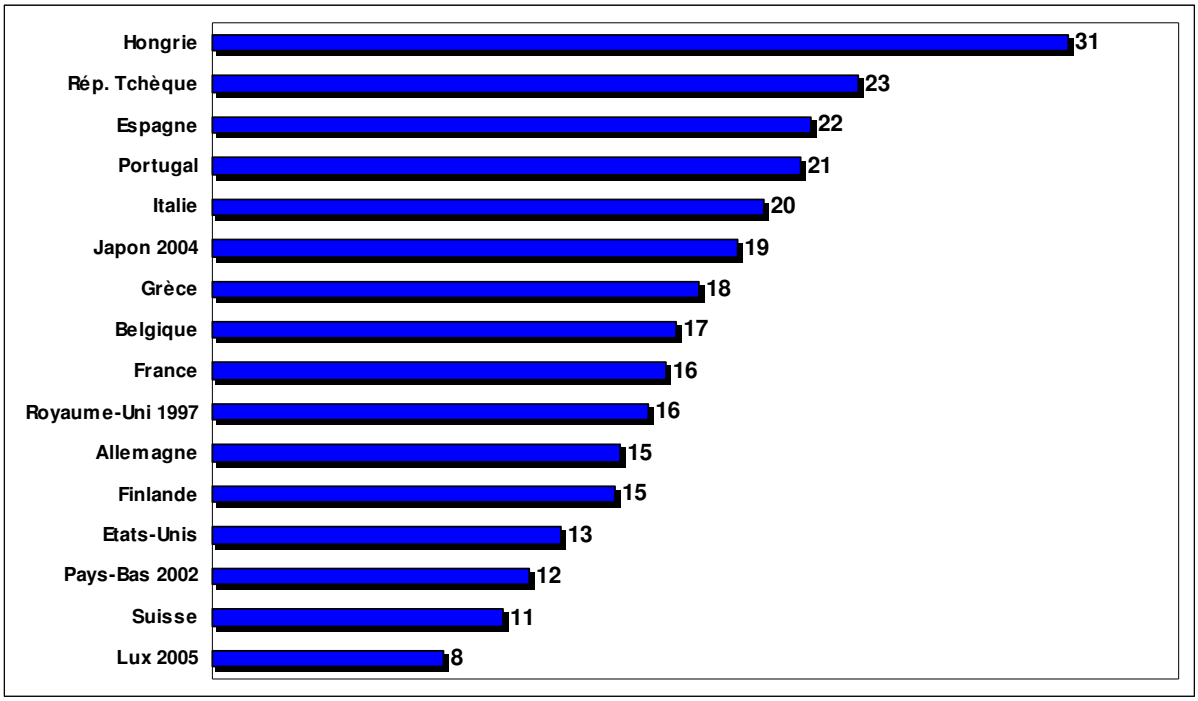
Le développement et l'extension du dossier médical électronique au niveau d'un pays entier a pris du retard dans la plupart des pays, vu sa complexité et l'investissement financier gigantesque nécessaire. En Angleterre, un rapport d'auditeur a estimé que le déploiement du dossier médical électronique pour le NHS serait retardé de 4 ans par rapport à la date initiale, soit vers 2014.

Pendant ce temps, vu le potentiel de ce marché, l'industrie du secteur privé met progressivement sur le marché des solutions de stockage d'informations médicales, comme ''HealthVault'' (Microsoft) et ''Google Health'', qui sont également des sites de dossiers médicaux contrôlés par le patient déjà disponibles pour certains patients aux États-Unis. Les sites de réseautage social comme ''Facebook'' et ''MySpace'' offrent quant à eux d'autres solutions de stockage et de partage d'informations personnelles, dont des données médicales.

2.6. Maîtrise des dépenses dans le secteur des médicaments

Dans la plupart des pays européens, les dépenses pharmaceutiques constituent une part importante des dépenses en soins de santé, et ne cessent d'augmenter, même si l'on observe ces dernières années une décélération des dépenses pharmaceutiques, selon l'OCDE. En Allemagne, par exemple, la hausse des dépenses pharmaceutiques a, de 1994 à 2005, été largement supérieure à la hausse du dépenses de santé (+ 68 % par assuré contre + 23 %). En Belgique, où les dépenses pharmaceutiques constituent le troisième poste de dépenses dans le budget soins de santé, le secteur du médicament connaît une croissance continue depuis de nombreuses années (7,5 % d'augmentation annuelle moyenne sur la période 1995-2005), qui est supérieure à la norme de croissance des soins de santé (4,5 %).

Dépenses en médicaments et matériel médical durable en % des dépenses totales de santé (2006, OCDE)



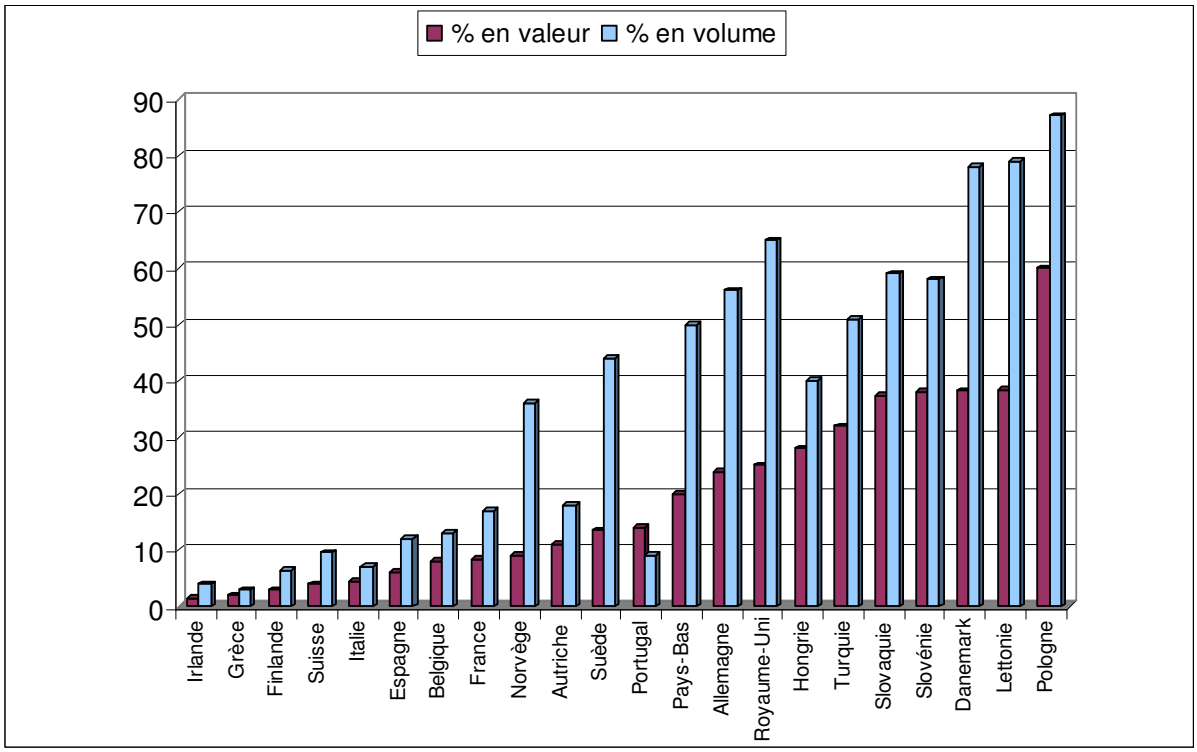
Source : Ecosanté OCDE 2008

Différents éléments explicatifs de cette croissance dans le secteur des médicaments peuvent être avancés : le coût des nouveaux médicaments (notamment lié aux coûts de plus en plus élevés de la recherche scientifique, et aux difficultés liées à l'évaluation de la structure des prix des nouveaux produits conduisant à la fixation de prix parfois disproportionnés par rapport à leur valeur thérapeutique), l'augmentation du nombre de prescriptions de médicaments (notamment lié à la problématique de la médicalisation des problèmes sociaux, mais également à l'influence des firmes pharmaceutiques sur les prescripteurs), etc.

Face à cette croissance, les pays européens ont mis en place différentes mesures visant à limiter les dépenses dans le secteur des médicaments, qui ont permis un ralentissement de la croissance de ces dépenses, comme le montre l'OCDE. Un premier type de mesure concerne les médicaments moins chers et génériques. En Belgique, par exemple, l'introduction et le renforcement du système de référence, la baisse des prix des anciens médicaments, et la prescription en DCI (Dénomination commune internationale), ont permis de renforcer la consommations des médicaments moins chers. En effet, nous pouvons constater que « (…) la part des médicaments moins chers (génériques et de référence sans supplément), mesurée en DDD (Defined Daily Dose), est passée de 11 % au premier trimestre de 2002 à 40 % au premier trimestre de 2007 »[12].

[12] Cornelis K. (2007). L'influence des mesures prises dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ambulatoires remboursables, sur l'évolution des dépenses et des volumes. MC-Informations.9.

Part du marché de générique en Europe, 2006



Source: EGA, Associations Nationales, 2007

D'autres mécanismes sont utilisés dans certains pays pour baisser les dépenses en médicaments. Par exemple, aux Pays Bas, depuis juillet 2008, les assureurs-maladie remboursent uniquement le médicament de la firme qui offre le prix le plus avantageux parmi les 36 catégories de médicaments concernés. Les conséquences de ce système préférentiel sont surprenantes: les prix ont baissé de 90% et le gain pour l'assurance-maladie néerlandaise est déjà estimé à 650 millions d'euros par an.

Un autre type de mesure de réduction des dépenses pharmaceutiques se centre sur la procédure de mise sur le marché et de remboursement des médicaments. De plus en plus, les instances gouvernementales en charge du médicament utilisent les critères de valeur thérapeutique ajoutée et des critères pharmaco-économiques dans leur évaluation. Elles se basent sur les avis des agences de qualité et d'évaluation des différents pays (NICE en Angleterre, IQWIG en Allemagne, HAS en France, KCE en Belgique…). De manière générale, ces procédures ont été renforcée, afin notamment d'éviter l'inscription et le remboursement de médicaments injustifiés. En France, les autorités ont lancé des vagues de déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant ou modérés. Concernant la fixation des prix, en Suisse, par exemple, les prix des médicaments protégés par un brevet qui ont été inscrits sur la liste des spécialités entre 1993 et 2002 sont, à partir de l'automne 2007, comparés avec ceux pratiqués à l'étranger. Cette mesure devrait instaurer un meilleur contrôle des prix, et ainsi entraîner des économies de l'ordre de dizaine de millions de francs. Toujours concernant la fixation des prix des médicaments, la réforme de l'assurance maladie de 2007 a instauré un mécanisme de contrôle des coûts des nouveaux médicaments (non visés par le système de forfaits). Désormais, les fédérations des mutualités peuvent fixer un montant

maximal pour ces médicaments, en tenant compte de leurs coûts de développement.

Enfin, une préoccupation majeure est le coût exorbitant des nouveaux médicaments surtout biotechnologiques qui sont mis sur le marché et qui ne concernent que quelques maladies ciblées.

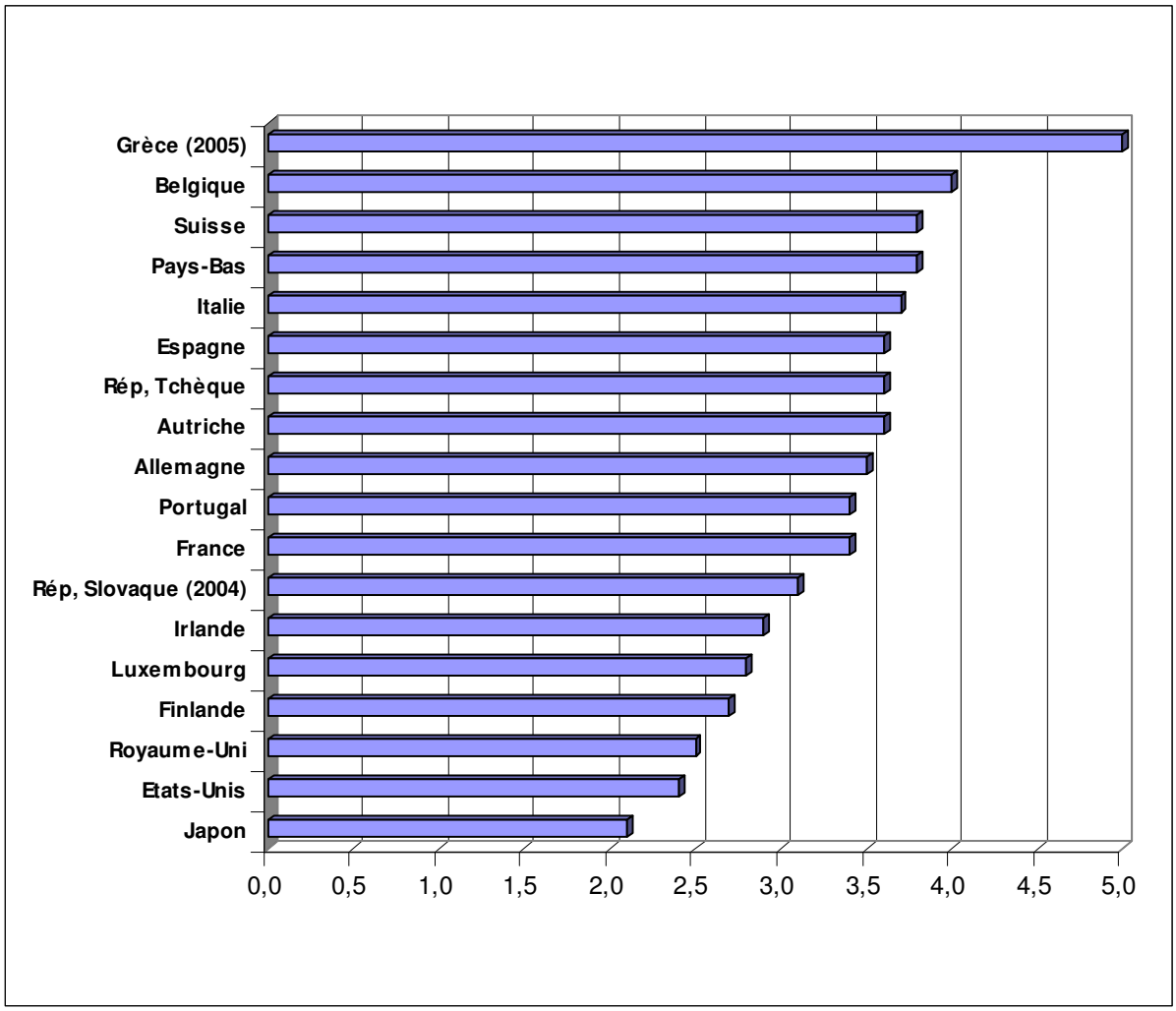
2.7. Démographie des professionnels de santé en baisse

La plupart des pays sont confrontés à une pénurie grandissante en matière de professionnels de santé. En France, plusieurs estimations ont été faites pour 2020 : la densité médicale générale va diminuer de 20 %. Les éléments explicatifs principaux des cette pénurie annoncée sont le vieillissement de la population (dont l'augmentation des besoins en soins liés aux maladies chroniques nécessite davantage de personnel de santé ou social), les départs à la retraite de la génération issue du baby boom et la féminisation du corps médical. Un autre facteur de pénurie médicale est la problématique de la mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire. Géographiquement, les médecins et autres professions sanitaires sont plutôt attirés vers les grands centres urbains et les forts bassins de population.

Il faut également mentionner que de nombreux pays européens se sont lancés cette dernière décennie, dans des politiques de réduction de l'offre médicale afin de contenir la croissance des dépenses de santé. L'outil privilégié utilisé est le numerus clausus, qui limite l'accès à la profession médicale, et permet ainsi de mieux planifier le nombre de médecins. C'est notamment le cas de la Belgique, qui a introduit un numérus clausus en 1997 : des quotas sont établis chaque année sur proposition de la Commission de la Planification de l'offre médicale, et appliqués (différemment) par les Communautés flamande et française.

Pour lutter contre cette pénurie annoncée, différentes mesures sont ainsi prises, notamment la revalorisation financière des professions de santé, ainsi que l'incitation financière pour attirer les prestataires de santé dans les zones mal desservies. Par exemple, en Allemagne, les associations de médecins conventionnés, chargées d'assurer une offre médicale équilibrée dans le pays, s'efforcent d'inciter des médecins à s'établir dans les régions mal desservies afin de contrer ce risque de pénurie géographique. La loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire de 2003, la loi pour le renforcement de l'efficience dans l'assurance maladie obligatoire ainsi que la loi modificative du droit des contrats (*Vertragsrechtsänderungsgesetz –VändG*) de 2007 contiennent également des mesures visant à contrer cette tendance : possibilité de suppléments d'honoraire dans les régions mal desservies, facilitation de la création de centres de soins médicaux, libéralisation de l'activité médicale conventionnée, rémunérations différenciées selon la situation de l'offre médicale à partir de 2010, etc.

Médecins en exercice, densité par 1000 habitants



Source : Ecosanté OCDE 2008

En Angleterre, une nouvelle convention pour les médecins généralistes a été négociée en 2003 et est entrée en vigueur en avril 2004, afin de susciter un plus grand nombre de vocations et de freiner les abandons du métier. Dans le cadre de cette nouvelle convention, les PCT (Primary Care Trusts) s'engagent à fournir des prestations en dehors des heures de consultation, le soir et les week-ends. Lorsque les médecins généralistes n'optent pas pour un service 24h/24, les PCT sont obligés de faire appel à d'autres médecins. Cette nouvelle convention implique qu'une proportion de la rémunération des généralistes est liée à la qualité des prestations fournies. Les généralistes peuvent choisir de ne pas assurer certaines prestations et d'opter pour une offre de prestations plus spécialisées. Cette convention a pour effet que la plupart des généralistes cesse d'assurer les prestations d'urgence et celles en dehors des heures de consultation. En février 2008, le gouvernement a invité tous les généralistes à prolonger leur temps de travail afin de garantir aux patients un meilleur accès aux prestations. Les négociations entre le gouvernement et les médecins généralistes sont toujours en cours.

Le gouvernement anglais a également mis parmi ses priorités l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et la planification des professionnels de santé. En

avril 2007, il a lancé un plan d'action visant à accroître les opportunités d'emploi pour les professionnels de la santé fraîchement diplômés.

La pénurie médicale est également contenue par la réorganisation des tâches. Depuis quelques années, les médecins sont de plus en plus soutenus par d'autres catégories de professions (et notamment les infirmières). Celles-ci sont censées décharger les médecins en accomplissant des tâches qui relèvent du domaine médical sans être spécifiquement réservées aux médecins.

En Allemagne, la profession de documentaliste médical s'est développée dans les hôpitaux. Sa mission est de coder et de vérifier les diagnostics et interventions concernant les patients qui seront nécessaires pour la détermination des forfaits. De plus en plus, des spécialistes en appareils médicaux sont également recrutés comme technologues médicaux. Les hôpitaux recourent également de plus en plus à des OP-Manager, chargés d'établir et de veiller au respect d'un planning d'utilisation des salles d'opération afin de garantir leur exploitation optimale.

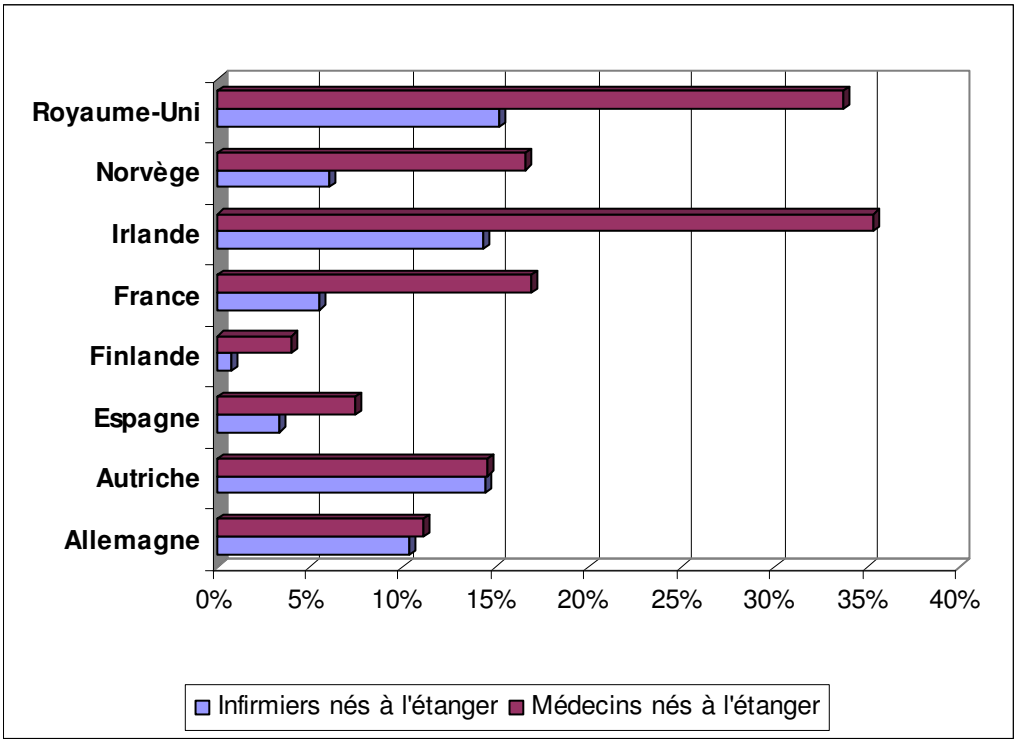
Cette délégation des tâches touche également le personnel infirmier. Au Royaume Uni, les infirmiers ont endossé des responsabilités nouvelles et plus importantes. En septembre 2006, le gouvernement a publié un document intitulé «*Modernising Nursing Careers*», qui définit des stratégies visant à rendre les équipes d'infirmiers plus autonomes et professionnellement responsables et qui introduit des changements permettant aux infirmiers de guider, coordonner et commander des soins et de les délivrer. L'objectif est de développer les soins infirmiers dans et en dehors de l'hôpital, de donner la possibilité au personnel infirmier de travailler dans ces deux contextes selon les besoins et de permettre aux infirmiers de débuter leur carrière en offrant des soins dans la communauté locale.

Enfin pour faire face à la pénurie de personnel de santé, de nombreux pays recourent à du personnel étranger. Au Royaume-Uni, entre mai 2004 et décembre 2006, 530 médecins hospitaliers, 340 dentistes, 950 infirmiers (dont 300 assistants dentaires) et 410 aides-soignants et auxiliaires de vie ont été enregistrés au Worker Registration Scheme comme venant des nouveaux États membres de l'UE[13].

Cette migration du personnel pose certains problèmes en termes d'accréditation, mais surtout le phénomène de « drainage des cerveaux » est préoccupant et pose des questions éthiques. En effet, cette mobilité aggrave la pénurie de soignants dans les « pays exportateurs » et par conséquent l'accès aux soins et leur qualité.

[13] Managing the migration of health professionals in the WHO European Region, OMS/Europe, Juin 2008

Estimation du nombre de professionnels de santé en exercice nés à l'étranger, en %, vers 2000



Source : OMS Europe, 2008

3. CONCLUSIONS

3.1. Enjeux pour le futur

Tous les pays doivent faire face à l'augmentation inéluctable des dépenses de santé et de soins de dépendance et davantage encore au cours des prochaines décennies[14]. Cependant, la situation varie considérablement d'un pays à l'autre et on assiste à un ralentissement du rythme de la croissance des dépenses de santé, comme l'indique l'édition 2008 d'Eco-Santé OCDE[15] . En effet, lorsqu'on observe la situation récente de la croissance des dépenses de santé, on constate que celle-ci a augmenté « seulement » de 3,6% par an depuis 2003, contre 6,2% par an de 2000 à 2003. La baisse des dépenses pharmaceutiques dans de nombreux pays a favorisé cette évolution, selon l'OCDE. Cette tendance doit faire l'objet d'une attention particulière pour évaluer si c'est un développement de longue durée ou seulement une évolution passagère. Néanmoins, l'environnement économique actuel est défavorable à une gestion paisible des systèmes de santé et risque de peser sur leur développement.

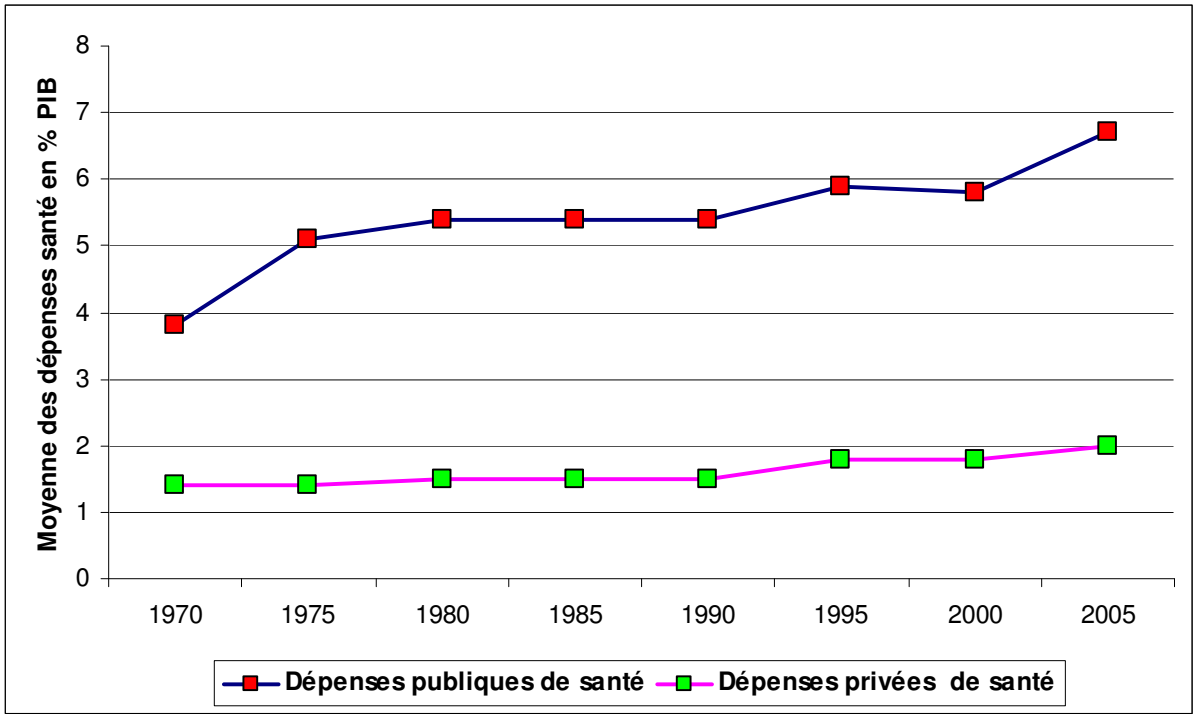
[14] OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 477, OECD Publishing. doi:10.1787/736341548748

[15] Eco-Santé OCDE 2008 : www.ecosante.org/ocde.htm

Depuis la fin du siècle passé, les gouvernements mettent en place toute une série de mesures pour tenter de maîtriser ces dépenses de santé. Quelques tendances de mesures communes aux différents pays européens ont été décrites dans ce chapitre de synthèse. Pour la plupart, elles vont dans le même sens: rendre les systèmes de soins de santé moins coûteux en les rendant plus efficaces, mais également en responsabilisant plus le patient et en reportant certaines charges sur lui.

Mais leur efficacité est toute relative, comme le montre le graphique des dépenses de santé depuis 1970.

Moyenne des dépenses de santé 1970-2005, UE 19



Source ECO-SANTÉ OCDE 2008

En effet, les principaux déterminants de cette augmentation sont l'inflation et l'effet prix, dus essentiellement aux progrès des technologies médicales et au développement rapide des services de santé. Les réformes entreprises ont permis de peser sur certains facteurs, mais elles sont restées impuissantes à l'égard de l'inflation notamment.

Le défi majeur reste aujourd'hui la pérennité du financement des systèmes de santé et leur gouvernance, dans un contexte de mondialisation accrue et de crise économique (forte augmentation du prix du pétrole, des matières premières et des aliments). Les approches pour assurer un financement pérenne sont diverses et multiples dans chaque pays, mais une tendance générale fait apparaître la recherche de diversification des sources de financement comme première piste de recette.

Si de nombreux pays recherchent des sources de financement supplémentaires, plusieurs n'hésitent pas à transférer de plus en plus de charges vers le patient Par ailleurs, on observe que la part de la fiscalité augmente dans le financement de l'assurance maladie, c'est le cas en Belgique, en France et récemment en Allemagne. L'ensemble des revenus est donc pris en compte, sans doute pour ne

pas répercuter intégralement la charge de la croissance des dépenses sur les seuls coûts du travail.

Mais les gouvernements doivent aussi relever les défis que nous relevons ci-dessous, pour garantir un accès à tous à des soins de qualité et abordables.

3.1.1. Améliorer la transparence du système de santé et l'information

Devant un système de santé de plus en plus complexe et où les acteurs sont nombreux, l'amélioration de la transparence du système et son information est vitale pour permettre de mieux répondre aux attentes du citoyen et patient et pour améliorer la qualité et la performance du système de santé.

Cette transparence passe par une meilleure information pour l'usager et le patient. Il doit pouvoir être informé sur la santé et les interventions de santé, comme les comportements de vie saine, les maladies et leurs traitements. Cette information doit être fournie de façon indépendante et certifiée quant à sa qualité par un organisme neutre. L'objectif est que le citoyen puisse faire un choix plus éclairé et responsable dans ses comportements de vie saine, ainsi que le patient dans la conduite de son traitement. Les programmes de « gestion des maladies » pour les malades chroniques sont un exemple révélateur de cette responsabilisation du patient dans la gestion de sa maladie. De plus, pour faciliter les choix du patient, une information précise sur les prestataires de soins et sur les hôpitaux et autres institutions de soins, y compris sur leurs tarifs, doit être accessible. Enfin, le citoyen ou assuré doit pouvoir avoir des informations claires sur les organismes de protection santé et ses droits en terme de couverture maladie dans son pays et quand il voyage. Particulièrement pour l'assurance-maladie volontaire, une information comparative simple et claire doit être fournie, à propos des coûts et prestations offertes.

Le respect des droits des patients s'est traduit dans de nombreux pays, par des textes spécifiques et des chartes.

La transparence peut aussi s'exercer dans la participation du citoyen à la gouvernance du système et l'amélioration des services. Une méthode est de faire entendre la voix du citoyen et du patient à travers des enquêtes générales de satisfaction ou sur la formulation de politiques, l'établissement des priorités, et la prestation de programmes. Par exemple, en Angleterre, chaque Autorité santé (Health Authorities) consulte la population sur le plan stratégique 2010-2011 pour améliorer les soins dans la région. Les groupes de patients font aussi de plus en plus entendre leurs voix, mais dans leur cas, la question de leur réelle indépendance par rapport à leurs financeurs, qui sont souvent les fournisseurs de biens et services médicaux est posée. Enfin, certains pays associent les citoyens à la prise de décision, à travers leur représentation dans des conseils locaux, régionaux ou nationaux ou dans les hôpitaux. Néanmoins, la littérature montre peu d'évidence par rapport à l'efficacité réelle de la participation de l'usager dans la gouvernance du système et l'amélioration des services[16] et aussi la difficulté de l'évaluer[17].

---

[16] Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study, Nina Fulge & all, BMJ, 2008, 336 :313-317

[17] Involving users in developing health services, **Gillian M Craig**, BMJ, 2008;336:286-287

Du côté des acteurs du système de santé, l'établissement de comparaison systématique sur la performance des prestataires de soins et les hôpitaux en termes de qualité, ainsi que sur les tarifs pratiqués le cas échéant, s'intensifie. Ces comparaisons devraient pouvoir être disponibles aisément à travers divers canaux, pour les prestataires et pour les citoyens, en restant conscient des limites de cette mise à disposition d'informations, étant donné l'inégalité des patients devant l'information et la complexité du système.

3.1.2. Renforcer la qualité des soins

La qualité des soins doit rester au centre de l'attention de toute réforme des systèmes de soins. En effet, l'hétérogénéité des pratiques de santé observée au sein des pays et à l'intérieur des pays, que ce soit en terme de fréquence des actes, de traitement, de consommation de médicaments ou d'infections nosocomiales, est un révélateur de la variabilité de la qualité entre prestataires et services de santé.

Les conclusions de la conférence organisée par la Présidence Slovène de l'Union Européenne[18] en collaboration avec la Commission et le Bureau Europe de l'OMS en juin 2008, intitulée « Prêts pour le futur : définir les soins de santé européens à travers l'innovation et la qualité », a rappelé que l'intégration des soins est un aspect capital de l'amélioration de la qualité.

Cette approche intégrée des systèmes de santé est multiple. Par exemple, le niveau organisationnel du système doit être amélioré. La coordination des différents niveaux de soins est un défi majeur, comme une meilleure articulation entre l'hôpital et les soins ambulatoires et de premier niveau. En outre, avec, la montée en puissance des soins liés à la dépendance, il est crucial de mieux coordonner et intégrer les soins de santé et les services sociaux. La revitalisation des soins de santé de première ligne et du rôle du généraliste est mise en exergue dans la plupart des pays. Le recours à un certain échelonnement du système qui doit être adapté au contexte, en est un des aspects, comme le passage obligé par le généraliste pour entrer dans le système de soins. On assiste aussi de plus en plus au développement progressif de « trajets de soins », pour assurer les meilleurs soins en cas de dépistage d'un cancer ou de maladie chroniques. Etant donné l'aspect multidimensionnel des patients et des traitements, le recours plus systématique à la multidisciplinarité dans la prise en charge des patients, particulièrement dans les pathologies lourdes ou chroniques, est nécessaire.

Le développement de la gestion des maladies chroniques (disease management) qui est en plein essor à l'image notamment de l'Allemagne et du Royaume-Uni, a montré des résultats positifs en terme de qualité des soins et de qualité de vie pour le patient.

La mise en pratique aux différents niveaux de soins, de lignes directrices basées sur la médecine factuelle (Evidence Base Medicine) et développées par les pairs et les agences de qualité et d'évaluation des différents pays (NICE, IQWIG, HAS, KCE…), permet d'atténuer l'hétérogénéité des soins et favorise un niveau de qualité identique pour tous les patients.

Le développement de l'accréditation systématique des prestataires et des institutions de soins permet de veiller à garantir leur qualité. De même, la

[18] "Ready for the future - Defining European healthcare through innovation and quality", EU Slovenian Presidency and ESQH, June 2008

formation continue des prestataires, à tous les échelons du système, doit faire partie intégrante d'un management continu de la qualité. Les mesures pour motiver les prestataires à suivre cette formation, sont variables et peuvent être accompagnée d'incitants ou de sanctions financières avec une éventuelle re-certification. De plus, la formation continue devrait être faite de façon indépendante ou tout au moins être validée par un organe indépendant ou public.

Enfin, la formation à la qualité et le développement d'une culture de la qualité des futurs prestataires doivent être renforcée dans les écoles et universités.

3.1.3. Améliorer le coût efficacité et la performance du système de santé

La comparaison des résultats de différents pays en termes d'indicateurs de santé et même la comparaison des résultats obtenus par rapport aux dépenses de santé, indiquent que les systèmes de santé peuvent être plus performants et peuvent améliorer leur coût efficacité. Ce besoin est d'autant plus nécessaire, que le système s'est complexifié à travers une multiplicité d'intervenants et de sous-systèmes de santé.

A côté du besoin d'indicateurs de comparaison, la nécessaire mutation organisationnelle et le besoin de plus de coordination entre les différents niveaux du système, comme vu ci-dessus, impliquent de repenser la répartition des tâches entre prestataires de façon plus adéquate, comme par exemple le suivi de malades chroniques par les infirmières avec capacité de prescription.

L'utilisation plus systématique et surtout la réelle prise en compte dans la politique de santé, des résultats de l'évaluation des nouvelles technologies et des médicaments, comme le font les agences de qualité et d'évaluation (NICE, IQWIG, HAS, KCE…), doit être une préoccupation majeure. Il est vrai que dans un souci de meilleure utilisation des ressources limitées, il faudrait renforcer les échanges et la mise en réseau des différentes agences nationales d'évaluation des nouvelles technologies, rôle dont est chargé l'agence European network on HTA (EUnetHTA) à Stockholm.

La fixation d'objectifs sanctionnée par des incitants financiers ou autres, pour les institutions sanitaires et les prestataires de soins, est une technique de plus en plus mise en pratique et étudiée (pay for performance - P4P)[19]. L'objectif désiré par ce système de P4P est d'améliorer la qualité, la performance et l'efficience des prestataires.

Finalement, ces changements nécessitent d'évaluer systématiquement les réformes, les innovations et les acteurs du système que sont les prestataires, les institutions et les organismes de protection santé. Pour cela, il est impératif qu'une véritable culture de l'évaluation existe dans toute politique de santé et chez tous les acteurs du système et qu'elle fasse partie de la formation de base dans les universités et écoles de formation.

3.1.4. Développer rationnellement les technologies de l'information

Pour développer tous les éléments cités plus haut, il faut continuer à investir dans les technologies de l'information (TI) et développer la santé électronique (ehealth).

---

[19] «Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia», OMS Europe, Alan Maynard, York University

Les bases de données financières, administratives et médicales, le dossier médical électronique, sont des outils utiles et nécessaires pour améliorer la qualité et gérer le système de santé de façon plus efficiente. De même, le développement de la télémédecine peut améliorer la qualité des soins et le qualité de vie du patient, pour les malades chroniques et dans les régions éloignées.

Pour autant, il faut désormais que la maîtrise du développement des TI soit aux mains des décideurs et des acteurs du système, pour mettre en place des systèmes TI qui répondent aux objectifs de qualité et d'efficience souhaité.

Parallèlement, il faut développer une évaluation des technologies médicales qui soit plus appropriée aux technologies e-santé et à la télémédecine. Les impératifs d'interopérabilité et les problèmes de confidentialité doivent rester présents devant tout développement de TI, de même qu'il faut régler les différents autres problèmes légaux qui émergent avec ces technologies.

3.1.5. Valoriser les ressources humaines

Face à la pénurie attendue des ressources humaines en santé vu le besoin croissant en services de santé, notamment à cause de l'explosion des maladies chroniques et le besoin en soins de longue durée, le personnel de santé restera un des centres de préoccupation pour l'avenir.

Une bonne gestion du personnel de santé est évidemment essentielle et difficile. Planifier le besoin en personnel de santé n'est pas une chose facile, mais reste un exercice capital pour prévoir et estimer les forces nécessaires. D'autant plus, qu'étant donné la longueur de la formation des médecins, il n'est pas aisé d'assurer la formation du nombre adéquat de médecins. Enfin, trouver les mesures adaptées pour améliorer la répartition géographique du personnel, est un travail essentiel, mais sensible.

A cela, s'ajoute la gestion de la migration du personnel de santé. En effet, une étude récente de l'OMS[20] indique que les médecins nés à l'étranger représentent actuellement 18 % du total dans les pays appartenant à l'OCDE, avec 11 % pour les infirmières. La croissance annuelle moyenne du nombre de médecins et d'infirmières formés à l'étranger peut atteindre jusqu'à 30 % dans certains pays de la Région européenne de l'OMS, ce qui crée des pénuries dans des pays qui manquent déjà de personnel. Les pays européens doivent avoir une attitude éthique par rapport à leurs besoins en travailleurs, pour diminuer les effets négatifs de la migration sur les systèmes de santé des pays en développement.

Enfin, l'adaptation et la réorganisation des tâches et postes (délégation) en santé permettront aussi de pouvoir mieux utiliser les ressources humaines dans un contexte en mutation. Pour assurer la motivation du personnel et donc assurer la qualité, il faudra valoriser et rendre attractif les postes pour les tâches paramédicales et le travail d'aide-soignante.

3.1.6. Investir rationnellement dans la prévention

Selon l'OMS, les maladies chroniques, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, sont la principale cause de mortalité dans le monde (60%), elles représentent la majorité des dépenses de santé et elles sont des maladies

[20] Managing the migration of health professionals in the WHO European Region, OMS/Europe, Juin 2008

largement évitables. En effet, les facteurs de risque courants et modifiables qui sont à l'origine des principales maladies chroniques, sont une alimentation malsaine, la sédentarité et le tabagisme.

De même, selon le Centre International de Recherche sur la Cancer (IARC), l'Europe fait face à une augmentation majeure du fardeau du cancer, principalement en raison du vieillissement de la population. En outre, les habitudes de vie, comme l'absence d'exercice physique, une alimentation déséquilibrée, l'alcool et en tout premier lieu le tabagisme, jouent un rôle important en tant que facteurs de risque de certains cancers. On estime que 25 à 30% de tous les cancers diagnostiqués serait dû au tabagisme.

Enfin, la pollution et les substances chimiques jouent un rôle non négligeable dans l'apparition de maladies pulmonaires, de cancer et maladies cardiovasculaires.

Tous ces éléments incitent les gouvernements à investir dans la prévention de façon plus active, sachant que les pays de l'OCDE consacrent en moyenne moins de 3 % des dépenses de santé à la prévention.

L'objectif de la prévention est d'éviter ou de retarder des infirmités et des maladies. A côté des vaccinations, les interventions privilégiées favorisent un style de vie sain. En effet, une activité physique, l'abstinence de tabac et un poids sain avec une alimentation saine se sont avérés exercer des effets médicaux et économiques positifs sur de nombreuses maladies chroniques, telles que le diabète de type 2 et les maladies cardio-vasculaires. Ensuite, d'autres interventions peuvent viser à baisser l'impact des causes environnementales (pollution, substance chimiques nocives). Enfin, l'accent est mis aussi sur la prévention secondaire, comme les campagnes de dépistage précoce de maladies, qui devraient être basées sur l'évidence, tout en évitant les abus.

La logique de prévention semble inattaquable[21] et semble la solution « magique » capable de maîtriser l'augmentation permanente des dépenses de santé: en dépensant plus pour la prévention, on dépensera moins globalement. Les gens sont plus sains et le système de santé épargne de l'argent. Mais l'évidence ne soutient pas cette idée: même si certaines interventions de prévention permettent de faire des économies, la plupart ne le font pas, selon la littérature[22], même si elles améliorent la santé.

Le choix des interventions de prévention doit donc être fait sur base d'analyse de coût efficacité, en prenant en compte cette limite de la prévention dans les économies potentielles. L'évidence de l'efficacité économique des mesures préventives doit être fournie – par rapport aux autres services de santé et il faut investir dans la recherche sur ce sujet, étant donné qu'il y a peu d'études sur le coût efficacité des mesures de prévention non médicales.

[21] Prevention's potential to for slowing the growth of medical spending, Louise B. Russell, 2007 National Coalition on Health Care
[22] Does Preventive Care Save Money?, Joshua T. Cohen, NEJM 2008; 358:661-663

3.2. Quel rôle pour les mutualités dans le futur?

3.2.1. Un environnement en mutation

Les mutualités se sont profilées depuis toujours comme une voie alternative entre le « tout état » et le « tout privé », en terme de protection santé. Mais encore plus maintenant avec la logique de marché comme pensée dominante et la menace qui pèse sur le principe de solidarité que d'aucuns écornerait volontiers au nom de la compétitivité, les mutualités représentent une alternative, qui a montré sa crédibilité par sa bonne gestion et son efficacité.

Cependant, les systèmes de santé sont confrontés à différentes tendances développées au chapitre 1.

De plus, l'Europe exerce une pression importante sur les mutualités comme le montre la partie 2, avec les différents exemples de mise en demeure les concernant.

3.2.2. Un rôle évolutif des mutualités

Face à cette constante mutation des systèmes de santé, les mutualités doivent évoluer pour rester en phase avec ces changements et y répondre de façon adéquate.

Placées au coeur du système de santé, les mutualités doivent encore plus renforcer le rôle de plaidoyer auprès des décideurs politiques, qu'elles ont toujours joué, en:

- étant les garants de la solidarité et avec la légitimité que leur donne leur rôle de représentants des patients et des membres

- faisant la veille sur l'évolution du système de santé

- étant force de proposition pour les réformes auprès des décideurs politiques et leur faire part de leurs évaluations des réformes en tant qu'acteur indépendant.

Ensuite, en tant que représentant des patients, leur rôle de défense de leurs membres est d'autant plus important que le droit des patients évolue fortement dans les différents pays et que le système est devenu complexe. Les mutualités peuvent et doivent aider leurs membres à revendiquer leurs droits et à les faire appliquer.

Enfin, à côté du rôle classique des mutualités qui est évidemment le remboursement, les facteurs de mutation des systèmes de santé les poussent à élargir leur rôle, d'autant plus que l'informatisation croissante des flux financiers et administratifs permet de libérer du personnel pour d'autres fonctions et tâches. De façon naturelle pour répondre à ce besoin de changement, les mutualités développent et offrent de plus en plus des services en faveur de leurs membres, qui les placent dans un rôle « d'acteur » du système, au-delà de leur rôle de simple « payeur » :

- Information et conseil aux membres sur les maladies et leurs traitements, le choix des prestataires et établissements, à travers sites-web, call centers, autres canaux de communication).

Les mutualités proposent sur leur site web des informations sur la santé et parfois des services de conseils. Par exemple, VHI Healthcare en Irlande met à la disposition de ses membres un site web avec une gamme de services d'information tels que des informations sur les maladies et leur traitement de A à Z, sur la vie saine (diététique et nutrition, exercice et fitness, style de vie et bien-être, santé en voyage, santé au travail, arrêter de fumer), un accès à une infirmière 24h/24 et 7j/7 par téléphone ou par email pour des conseils santé ou pour organiser un rendez-vous pour recevoir une 'seconde opinion' quand nécessaire, ou accès à une sage-femme, à un diététicien, à un gestionnaire de stress ou un 'coach de vie', une alerte SMS pour la prise d'un traitement. Certaines mutualités belges (Mutualité Chrétienne ou socialiste) permettent d'évaluer et comparer les coûts à charge des patients hospitalisés au moyen d'un module permettant à toute personne de comparer les pratiques tarifaires des hôpitaux.

- Prévention et éducation santé pour les membres

  Les journaux et surtout les sites web des mutuelles proposent aussi des conseils sur la vie saine et la prévention, comme diététique et nutrition, exercice et fitness, style de vie et bien-être, santé en voyage, santé au travail, arrêt de la cigarette. De plus, certaines mutualités permettent un accès personnalisé à des conseils via internet. Par exemple, VHI Healthcare donne accès sur son site web à un diététicien, à un gestionnaire de stress ou un 'coach de vie'. De même, à travers les programmes de Disease Management, les Krankenkassen allemandes donnent des conseils de prévention et de vie saine personnalisés en fonction de la maladie chronique du patient. La Mutualité Sociale Agricole française propose des « Ateliers du Bien Vieillir » qui s'adressent à toutes les personnes de plus de 55 ans avec comme objectif de mieux les responsabiliser vis à vis de leur capital santé.

- Participation au développement des innovations en terme d'organisation des soins (coordination entre niveaux primaires et secondaire et entre soins de santé et de longue durée et sociaux, disease management, répartition des rôles entre prestataires, e-health et télémédecine..)

  La Mutualité Sociale Agricole française a lancé des « maisons de santé rurales » pluridisciplinaires (MSR). Ces MSR regroupent un large panel de professionnels de la santé (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, voire pharmaciens, ambulanciers, pédicures, psychologues, sages-femmes, dentistes…) qui favorisent une meilleure coordination des soins et permettent d'assurer la continuité et la permanence des soins, ainsi que d'être le vecteur d'actions de santé publique.

  La mutualité française a développé un « parcours de soins coordonnés » pour améliorer le trajet de soins du patient lors d'une maladie grave ou chronique.

  Les Krankenkassen en Allemagne se sont lancés depuis les années 2000 dans des programmes de « disease management » pour leurs malades chroniques. Ces programmes sont mis en œuvre par les caisses régionales elles-mêmes ou dans certains cas, l'encadrement de ses patients chroniques a été confié à un prestataire privé comme le fait la Caisse-Maladie des Employés (DAK) dans une phase pilote de son service « DAK Mieux Vivre » (Besser Leben). Ces activités sont perçues comme un outil de concurrence entre caisses-maladie.

Au niveau international, à travers le partenariat des différentes mutualités et à travers l'Association Internationale de la Mutualité, qui regroupe des fédérations de mutuelles dans presque chaque continent, le mouvement mutualiste doit :

- rassembler les forces mutualistes de et sur tous les continents,

- assurer la veille des évolutions en matière de protection sociale et de santé auprès des institutions internationales et européennes,

- développer les échanges sur les innovations et les bonnes pratiques proposées par ses membres et d'autres organisations,

- assurer le plaidoyer sur le droit fondamental qu'est la protection sociale et santé et sur les valeurs fondamentales de solidarité et de non lucrativité, autonomie auprès des instances internationales et européennes,

- assurer la promotion des systèmes de protection solidaires dans les pays en voie de développement et en transition, en privilégiant l'articulation entre système obligatoire et volontaire pour le secteur formel et informel,

- développer des partenariats avec les organismes internationaux ou régionaux qui partagent les mêmes valeurs, pour mettre en œuvre les activités ci-dessus.

Partie 2:
Le secteur des soins de santé et l'Union Européenne

CONTENU

Introduction....39

1. Base légale pour une politique de santé dans l'Union européenne....39

2. Base légale pour une politique de protection sociale européenne....39

3. La compétence des Etats membres d'organiser leur système de soins....40

4. La mobilité des patients....41

4.1. L'incidence de la jurisprudence de la CJCE....42

4.2. Les initiatives de la Commission européenne....43

4.2.1. Le « Groupe de haut niveau sur la mobilité »....43

4.2.2. Deux Communications de la Commission pour définir une stratégie d'action....44

4.2.3. La proposition de directive services....44

4.2.4. La proposition de directive « droits des patients »....46

5. Les autres domaines du champ de la santé et l'application des principes communautaires....46

6. Les services sociaux d'intérêt général (SSIG)....48

6.1. La notion de Service Social d'Intérêt Général (SSIG)....48

6.2. Les Services Sociaux d'Intérêt Général et les règles du Traité....49

7. Et le projet de Traité simplifié ou Traité de Lisbonne?....52

8. Conclusion....53

INTRODUCTION

La santé est une matière qui ne figurait pas dans le Traité de Rome signé en 1957. Mais, progressivement, l'UE va s'immiscer dans ce champ. Au cours des dernières années, de multiples interrogations et inquiétudes se sont faites jour sur les rôles respectifs des différents niveaux de pouvoir européens et nationaux en ce domaine. Nonobstant, la compétence dévolue aux États membres d'organiser leur système de santé et d'accès aux soins ne s'est guère amenuisée[23].

1. BASE LEGALE POUR UNE POLITIQUE DE SANTE DANS L'UNION EUROPEENNE

Le Traité de Maastricht (1993) a créé la base légale (ancien art 129) qui permet à l'UE de déployer des actions communautaires dans le domaine de la santé. L'ancien article 129 du Traité attribuait à la Communauté le rôle de promoteur de la coopération entre États dans le domaine de la prévention. Il a permis le développement de programmes d'actions axés sur les grands fléaux - le cancer, le sida, la toxicomanie, etc.- dont plusieurs préexistaient déjà avant la réforme du Traité de Maastricht.

Avec la crise de la « vache folle » les compétences communautaires ont été étendue en matière de santé publique. Le Traité d'Amsterdam (1997) a réformé le contenu de l'ancien article 129, qui est devenu l'article 152 actuel. Celui-ci attribue à l'UE un rôle complémentaire à celui des Etats membres dans la perspective « d''améliorer la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine » (art. 152, § 1, al. 2).

2. BASE LEGALE POUR UNE POLITIQUE DE PROTECTION SOCIALE EUROPEENNE

Le Traité CE contient les jalons d'une politique communautaire en matière de protection sociale. Mais, la procédure d'adoption à l'unanimité de tout texte législatif, dans ce domaine, paralyse les initiatives. De plus, les États membres soulignent l'application du principe de subsidiarité, pour maintenir leur compétence quasi souveraine.

L'action communautaire en matière de protection sociale s'est limitée, jusqu'à présent, à soutenir et à coordonner les politiques des États membres. Elle s'exprime à travers des communications ou des recommandations, des missions de coordination ou de promotion de coopération entre États membres. La Recommandation du Conseil européen concernant la convergence des objectifs et des politiques de la protection sociale24 en constitue un bon exemple. Elle invite les États membres dans le domaine de la santé à « a) assurer aux personnes, qui résident légalement sur le territoire de l'État membre, l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies; b) veiller au maintien et, si nécessaire, au développement d'un système de soins de qualité, adapté à l'évolution des besoins de la population, et notamment à ceux qui découlent de la dépendance des personnes âgées, à l'évolution des pathologies et

[23] Cette synthèse a été rédigée en s'inspirant très largement de l'article de LEWALLE (H) *La compétence et l'action de la Communauté européenne dans le domaine de la santé publique*, in NIHOUL (G) et SIMON (A-C), *L'Europe et les soins de la santé*, Larcier, Bruxelles 2005.
[24] Recommandation 92/442/CEE du Conseil relative à la convergence des objectifs et des politiques de protection sociale, du 27 juillet 1992, *J.O.C.E.* L 245, 1992, p. 49.

des thérapeutiques et à la nécessaire intensification de la prévention; c) organiser, si nécessaire, la réadaptation des personnes convalescentes, notamment après une maladie grave ou un accident, et leur réinsertion professionnelle ultérieure ».

La Commission a cherché à impulser une dynamique de modernisation de la protection sociale dans la Communication « *Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'UE* »25 (1997) pour que les systèmes de sécurité sociale continuent à jouer un rôle essentiel dans le renforcement de la cohésion sociale et l'intensification de la prévention contre l'exclusion. Pour susciter l'engagement des États dans cette perspective, la Commission a ensuite publié une deuxième Communication intitulée « *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale* »26 (1999). Dans ce texte, elle tente d'impulser une coopération renforcée entre États membres. Celle-ci repose sur quatre objectifs parmi lesquels figure celui de « garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé »27.

Adoptée par le Conseil européen à Helsinki en décembre 199928, cette stratégie a été entérinée par le Conseil de Lisbonne en mars 2000. Dans la foulée, celui-ci a généralisé la méthode de coopération renforcée, notamment pour lutter contre l'exclusion sociale par l'échange de bonnes pratiques et la convergence des politiques menées par les États membres.

3. LA COMPETENCE DES ETATS MEMBRES D'ORGANISER LEUR SYSTEME DE SOINS

Malgré le renforcement du rôle communautaire dans le domaine de la santé, un des principaux volets de la politique de santé semble à première vue avoir été écarté : celui de l'organisation des systèmes de soins. En effet, au paragraphe 5 de l'article 152 du Traité, il est clairement stipulé que « l'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique *respecte pleinement* les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. En particulier, les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales »29.

Cette disposition n'est pas unanimement interprétée comme une relégation totale du niveau communautaire hors du champ des soins de santé, mais plutôt comme une clarification de son rôle complémentaire. C'est, sans doute, selon cette optique, qu'il convient de recadrer la nouvelle stratégie communautaire définie par la Commission dans sa Communication publiée en 200030. Dans ce texte, les systèmes de soins de santé font l'objet d'une attention particulière. Leur

---

[25] Communication de la Commission, *Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'Union européenne*, Bruxelles, le 12 mars 1997, COM(1997) 102 final.
[26] Communication de la Commission, *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale*, Bruxelles, le 14 juillet 1999, COM(1999) 347 final.
[27] La Commission propose à cet égard d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé, de garantir l'accès de tous à des services de qualité et de réduire les inégalités en matière de soins, de soutenir davantage les soins de longue durée aux personnes âgées fragiles et de privilégier la prévention des maladies et la protection de la santé.
[28] Conclusions du Conseil du 17 décembre 1999 relatives au renforcement de la coopération en vue de moderniser et d'améliorer la protection sociale, *J.O.C.E.* C 8, 2000, pp. 7-8.
[29] C'est nous qui soulignons.
[30] Communication de la Commission sur la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé. Proposition d'un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001 à 2006), Bruxelles, le 16 mai 2000, COM(2000) 285 final.

développement est considéré comme un facteur déterminant de l'état de santé des populations. En conséquence, la Commission propose de mettre en place un système d'information sur les systèmes de santé, leur financement, la méthode d'allocation des ressources, le rôle des assurances publiques et privées, etc. L'accent est donc mis sur l'amélioration des pratiques à travers l'échange et la promotion des activités dans le domaine de l'« *evidence-based medicine* », de la qualité des soins, du « *managed care* » et de l'évaluation des technologies médicales. D'après la Commission, le citoyen pourra bénéficier d'une comparaison critique entre les systèmes de soins des États membres et d'une plus grande transparence au niveau de l'accès aux soins.

L'article 152, § 1, accentue encore la fonction essentielle que doit remplir la politique de santé à l'intérieur de l'Union européenne : « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Il contraint l'Union, lors de l'élaboration d'autres politiques, à tenir compte de leurs impacts sur la santé publique. Cette reconnaissance de la transversalité de la santé publique est d'autant plus importante que l'incidence indirecte de la politique communautaire sur le secteur de la santé (notamment par l'accentuation de la mobilité et la réalisation du marché intérieur) dépasse l'influence directe de la politique sociale et de santé européenne, en édification.

Depuis les arrêts rendus par la Cour de Justice des Communautés européennes (« la Cour »), en avril 1998, dans les affaires *Kohll* et *Decker,* les secteurs des soins de santé et de la protection sociale n'échappent pas à l'emprise du processus d'intégration européenne. Celui-ci est essentiellement fondé sur la réalisation du marché intérieur par la mise en application du quadruple principe de libre circulation (des personnes, marchandises, services et capitaux), défini dans le Traité. La « nouvelle » politique communautaire mise en oeuvre dans ces domaines depuis la réforme du Traité d'Amsterdam et l'impact de la jurisprudence européenne forcent chaque État membre à prendre en compte ces divers aspects et à adapter sa législation en conséquence.

Si l'influence directe du droit européen sur les systèmes nationaux de protection sociale et de soins de santé est limitée, la réalisation du marché intérieur européen a graduellement érodé les compétences nationales dans ces domaines. Dans les conclusions déposées par l'avocat général Tesauro, dans les affaires *Kohll*[31] et *Decker*[32], « le secteur de la sécurité sociale ne constitue pas un îlot imperméable à l'influence du droit communautaire[33] ». En d'autres termes, s'il est vrai que les États membres sont libres d'organiser leur système de sécurité sociale, ils ne peuvent, ce faisant, enfreindre le droit communautaire.

4. LA MOBILITE DES PATIENTS

C'est principalement dans le champ de la mobilité des patients que l'intromission du processus d'intégration européenne va être le plus incisif et que le domaine des soins de santé sera le plus interpellé quant aux règles et mécanismes en vigueur dans les Etats membres.

---

[31] C.J.C.E., 28 avril 1998, *Kohll*, aff. C-158/96, *Rec.*, I, p. 1931.
[32] C.J.C.E., 28 avril 1998, *Decker*, aff. C-120/95, *Rec.*, I, p. 1831.
[33] Selon l'expression de l'avocat général Tesauro dans ses Conclusions présentées le 16 septembre 1997, dans l'aff. C-120/95, *Decker*, et dans l'aff. C-158/96, *Kohll*, pt. 17.

4.1. L'incidence de la jurisprudence de la CJCE

Dans son arrêt *Kohll et Decker*, la Cour a tiré les conséquences de l'application des principes de la libre prestation des services au domaine de la santé, afin de favoriser la circulation des patients dans l'Union européenne. Auparavant, une personne couverte par le régime d'assurance maladie d'un État membre ne pouvait obtenir de son organisme d'affiliation la prise en charge du coût d'un traitement reçu dans un autre État membre que dans le cadre strict tracé par l'article 22 du règlement n° 1408/71[34]. Ce règlement prévoit la prise en charge de tels soins lorsqu'ils sont nécessités par l'état de santé du patient au cours d'un séjour temporaire dans un autre État (article 22, § 1, a) ou lorsque l'institution d'assurance maladie a spécifiquement autorisé son affilié à se rendre à l'étranger pour y recevoir un traitement médical approprié à son état (article 22, § 1, c).

L'arrêt *Kohll et Decker* ouvre désormais une seconde voie au patient qui souhaite obtenir le remboursement de soins médicaux reçus dans un autre État membre. Cette nouvelle voie découle directement de l'application des règles du Traité sur la libre prestation des services (articles 49 et 50 TCE) au secteur des soins de santé. Dans la mesure où *les soins de santé sont des services au sens du Traité*, la Cour en déduit qu'ils doivent pouvoir être prestés dans toute l'Europe sans entraves. Les législations nationales qui subordonnent le remboursement des soins de santé reçus à l'étranger à la délivrance d'une autorisation préalable (en application de l'article 22 du règlement n° 1408/71) exercent un effet restrictif sur la libre prestation des services. Ces restrictions doivent être supprimées, à moins d'être justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général. Dans l'affaire *Kohll*, la Cour a considéré, s'agissant d'un traitement dentaire obtenu à l'étranger, que l'exigence d'une autorisation préalable n'était pas justifiée, dans la mesure où des charges identiques pèseraient sur le budget de la sécurité sociale, que les soins soient délivrés sur le territoire national ou à l'étranger[35]. Dans les arrêts *Geraets-Smits et Peerbooms*[36] et *Müller-Fauré et van Riet*37, la Cour a précisé que pour des soins hospitaliers, à la différence des soins ambulatoires, l'exigence d'une autorisation préalable était justifiée, afin de maîtriser le coût des dépenses de santé et de maintenir une accessibilité suffisante à une gamme équilibrée de soins de qualité[38].

Il ressort de la jurisprudence de la CJCE que le règlement n° 1408/71 n'a pas pour objet de régir toutes les formes d'accès aux soins à l'étranger[39]. Les procédures classiques de ce règlement qui reposent sur la mobilité des travailleurs (article 42 du Traité) n'en excluent pas d'autres. La CJCE a d'ailleurs crée une procédure spécifique : celle du remboursement des soins délivrés sans autorisation préalable sur base du tarif applicable dans le pays d'affiliation en respect du principe de la libre prestation des services (articles 49 et 50).

La coexistence de deux voies d'accès aux soins à l'étranger est source d'insécurité juridique pour le patient. Cette situation de relative confusion est accentuée par le

---

[34] Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version coordonnée par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996, *J.O.C.E.*, L 28, 1997, p. 1, depuis lors plusieurs fois modifié.
[35] Arrêt *Kohll*, pt. 42.
[36] C.J.C.E., 12 juillet 2001, *Geraets-Smits et Peerbooms*, aff. C-157/99, *Rec.*, I, p. 5473.
[37] C.J.C.E., 13 mai 2003, *Müller-Fauré et van Riet*, aff. C-385/99, *Rec.*, I, p. 4509.
[38] Arrêt *Geraets*, pts. 76 et s.
[39] Pour un exposé détaillé de ces voies d'accès aux soins à l'étranger, voy. A.-C. Simon, « La mobilité des patients en droit européen », *L'Europe et les soins de santé*, Bruxelles, Larcier, 2005.

fait que la jurisprudence de la CJCE, développée en réponse à des questions préjudicielles, est nécessairement fragmentaire. Dans la mesure où elle ne se prononce que sur les cas qui lui sont soumis, des incertitudes subsistent. Néanmoins, les arrêts *Muller Fauré* et *Watts*40 établissent clairement la position de la CJCE en matière de mobilité des patients dans l'UE. Elle peut se synthétiser de la sorte :

- le secteur de la santé rentre dans le champ des services ;
- en conséquence, la libre prestation des services s'applique ;
- l'autorisation médicale préalable définie dans le règlement 1408 à l'article 22 constitue une entrave à la libre prestation de service ;
- cette entrave est justifiée dans le cadre des soins hospitaliers pour des raisons d'intérêt général mais n'est pas justifiée dans le cadre des soins ambulatoires (Kholl et Decker) ;
- les services nationaux de santé sont concernés par ces règles, comme les services d'assurance maladie qu'il soit ou non à remboursement.

Force est de constater que deux procédures de remboursements des soins à l'étranger n'améliorent que marginalement l'accès aux soins. Elles alourdissent et compliquent la gestion administrative en ce domaine. Une intervention du législateur européen était donc attendue pour simplifier cette situation.

4.2. Les initiatives de la Commission européenne

La jurisprudence de la Cour de justice ne pouvait laisser la Commission, qui détient le monopole de l'initiative législative, sans réaction, car divers États membres arguaient qu'ils n'étaient pas concernés et ne voulaient dès lors pas la prendre en compte dans leur législation et leurs pratiques administratives.

4.2.1. Le « Groupe de haut niveau sur la mobilité »

Sous la Présidence belge de l'Union européenne, pendant le second semestre 2001, la Commission s'est engagée à constituer un Groupe de haut niveau sur la mobilité à l'intérieur des systèmes de santé. Celui-ci, composé de ministres, de hauts fonctionnaires de l'assurance maladie de chaque État membre et d'organisations représentatives des principaux acteurs de la santé (CPM, industrie pharmaceutiques, AIM) a déposé un rapport le 8 décembre 2003 dans lequel il formule une série de recommandations[41]:

- une coopération sanitaire européenne pour une meilleure utilisation des ressources ;
- l'information des patients, des professionnels de santé et des responsables de l'élaboration des politiques ;
- l'accès aux soins et leur qualité ;
- la conciliation des politiques de santé nationales avec les obligations européennes.

---

[40] C.J.C.E., 16 mai 2006, *Watts* aff. C-372/04, J.O.C.E., C 165, 15-07-2006, p 6.
[41] Commission, Direction Générale Santé et Protection des consommateurs, Processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, 9 décembre 2003, HLPR/2003/16 ; voy. <http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_fr.pdf>.

4.2.2. Deux Communications de la Commission pour définir une stratégie d'action

Le rapport du « Groupe de haut niveau sur la mobilité » a servi de base à la Commission pour rédiger deux Communications en 2004 ayant pour objectif de définir une stratégie pour une politique de santé.

- La Communication de la Commission sur le suivi du processus de réflexion sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne[42] traite des domaines sur lesquels le Groupe de haut niveau s'est penché ainsi que sur :

  - la contribution européenne aux objectifs en matière de santé ;

  - l'investissement dans la santé et les infrastructures sanitaires pour faire face à l'élargissement.

  Pour lancer le processus de coopération européenne dans le secteur de la santé, la Commission a créé en 2004, un nouveau « Groupe de haut niveau sur les services de santé », composé, uniquement, de représentants des États membres.

- La Communication de la Commission sur la modernisation de la protection sociale[43], pour le développement des soins de santé et des soins de longue durée de qualité, accessibles et durables, lance un plan d'action en matière de télésanté[44] et applique au secteur de la santé la « méthode ouverte de coordination ». Celle-ci a pour objectif de soutenir les efforts nationaux de réforme et de développement des soins de santé ainsi que des soins de longue durée pris en charge par la sécurité sociale.

  Dans cette Communication, la Commission prévoit de parvenir à un accord sur des objectifs communs en 2004. Au printemps 2005, les États membres ont été invités à présenter des « rapports préliminaires » qui analysent les défis auxquels leurs systèmes sont confrontés, les réformes en cours et les orientations politiques de moyen terme. Ces rapports intègrent des données statistiques et, le cas échéant, des objectifs chiffrés

4.2.3. La proposition de directive services

La proposition initiale de directive[45] sur les services dans le marché intérieur déposée par la Commission début 2004 aurait dû avoir un impact important sur les systèmes de santé, si elle avait été adoptée sans modification[46].

Cette proposition s'inscrivait dans le processus de réformes économiques lancé par le Conseil européen de Lisbonne pour faire de l'Union européenne, à l'horizon 2010,

---

[42] Commission, *Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne*, Bruxelles, le 20 avril 2004, COM(2004) 301 final.
[43] Commission, *Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables: un appui aux stratégies nationales par "la méthode ouverte de coordination"*, Bruxelles, le 20 avril 2004, COM(2004) 304 final.
[44] Ce plan vise à tirer le meilleur parti des nouvelles technologies de l'information et de la communication et mieux intégrer une série d'activités de télésanté, à réaliser l'interopérabilité des systèmes d'information sur les soins de santé et à établir de nouveaux services tels que la téléconsultation, la prescription en ligne…
[45] Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, Bruxelles, le 13 janvier 2004, COM(2004) 2 final.
[46] Sur cette proposition de directive, voy. également R. Baeten, « The potential impact of the services directive on health care services », dans le présent ouvrage.

l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde. Pour la Commission, la réalisation de cet objectif rend indispensable la réalisation d'un marché intérieur des services dont le potentiel de croissance et de création d'emplois n'a pas pu être réalisé en raison des nombreux obstacles[47] qui entravent leur développement.

L'objectif de la proposition de directive était d'établir un cadre juridique qui supprime les obstacles à la liberté d'établissement des prestataires de services et à la libre circulation des services entre les États membres en garantissant aux prestataires, ainsi qu'aux destinataires des services, la sécurité juridique nécessaire à l'exercice effectif de ces deux libertés fondamentales. La proposition couvrait une large variété d'activités économiques de services dont le secteur de la santé.

Afin de supprimer les obstacles à **la liberté d'établissement** la proposition prévoyait :

- des mesures de simplification administrative, en particulier, la mise en place de guichets uniques auprès desquels un prestataire peut accomplir les procédures administratives relatives à son activité et l'obligation de rendre possible l'accomplissement de ces procédures par voie électronique ;
- certains principes que doivent respecter les régimes d'autorisation applicables aux activités de services, en particulier les conditions et les procédures d'octroi d'autorisation ;
- l'interdiction de certaines exigences juridiques particulièrement restrictives qui peuvent encore exister dans les législations de certains États membres ;
- l'obligation d'évaluer la compatibilité d'un certain nombre d'autres exigences juridiques avec les conditions fixées dans la directive, en particulier leur proportionnalité.

Afin de supprimer les obstacles à **la libre circulation des services** la proposition prévoyait :

- la mise en œuvre du **principe du pays d'origine** (art. 15), selon lequel le prestataire de services est soumis uniquement à la loi du pays dans lequel il a son siège statutaire et les États membres ne doivent pas restreindre les services fournis par un prestataire établi dans un autre État membre ;
- le droit des destinataires d'utiliser des services d'autres États membres sans en être empêchés par des mesures restrictives de la part de leur pays ou par des comportements discriminatoires d'autorités publiques ou d'opérateurs privés. Pour les patients, la proposition clarifie les cas dans lesquels un État membre peut soumettre à autorisation le remboursement des soins de santé fournis dans un autre État membre;
- un mécanisme d'assistance au destinataire qui utilise un service fourni par un prestataire établi dans un autre État membre;
- en cas de détachement des travailleurs pour prester un service, la répartition des tâches entre l'État membre d'origine et l'État membre de destination et les modalités des procédures de contrôle.

Cette proposition a soulevé de vives oppositions de la part de nombreux États membres et parmi les acteurs de la santé. Le texte final adopté en novembre 2006[48] tente d'établir un équilibre entre concurrence et protection sociale. Les

[47] Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, *Une stratégie pour le marché intérieur des services*, le 29 décembre 2000, COM (2000) 888 final.
[48] Texte final de la Directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur

soins de santé (publics et privés) et les services sociaux, tels que le logement social, les services à la petite enfance et à la famille ont été exclus du champ de la directive. Cette importante directive doit être transposée par les Etats membres pour la fin de l'année 2009.

4.2.4. La proposition de directive « droits des patients »

Après l'échec du législateur européen d'intégrer les soins de santé dans la directive services, les questions relatives à la mobilité des patients, traitées partiellement par la Cour de Justice, et, l'insécurité juridique née de la coexistence de deux voies d'accès aux soins à l'étranger (voir 4.1.), nécessitaient une intervention législative. C'est ainsi qu'après plusieurs copies déposées à partir de novembre 2007 au sein du Collège des Commissaires, une proposition intitulée « proposition de directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers[49] » vient d'être déposée en juillet 2008. Hélas, elle maintient la double procédure d'accès aux soins à l'étranger. Si cette proposition est adoptée telle qu'elle a été élaborée par la Commission, le patient qui introduit une autorisation préalable pourra être pris en charge dans le cadre du règlement 1408/71 tandis que celui qui n'introduit pas d'autorisation préalable pour obtenir des soins ambulatoires devra faire l'avance des frais et sera remboursé a posteriori sur base du tarif du pays compétent. Pour les soins hospitaliers, la proposition de directive ne touche évidemment pas à la procédure du règlement 1408/71 mais envisage la possibilité d'appliquer la procédure développée par la jurisprudence de la CJCE pour les soins ambulatoires. Les Etats membres pourront encore maintenir une procédure d'autorisation préalable mais celle-ci devra se justifier selon les critères définis par la CJCE (intérêt général, santé publique). En attendant l'adoption de la directive dont il n'est à ce jour nullement certain qu'elle le soit, les règles en vigueur restent d'application.

De cette synthèse, on retiendra qu'en dix ans (depuis 1998) la conception de la prise en charge des soins programmés à l'étranger dans l'UE a fortement évolué sous la pression de la jurisprudence de la CJCE relayée par la Commission. D'une part celle-ci n'a pas hésité à mettre en demeure les Etats qui n'appliquaient pas cette jurisprudence et d'autre part elle a tenté de légiférer une première fois avec la proposition de directive services (dite Bolkestein) qui a été recalée sur les soins de santé et avec cette seconde proposition de directive sur les droits des patients.

5. LES AUTRES DOMAINES DU CHAMP DE LA SANTE ET L'APPLICATION DES PRINCIPES COMMUNAUTAIRES

Si le procès d'intégration européenne, s'est particulièrement inscrit dans le secteur de la mobilité des patients sous l'impulsion de la Cour de Justice européenne, il s'est aussi imposé par la mise en œuvre des principes de libre circulation des biens et services dans le champ du médicament et des matériels médicaux. Par ailleurs, il a aussi pénétré la sphère de l'organisation des systèmes de soins à travers des procédures d'infraction concernant les chaises roulantes, les laboratoires, l'implantation des pharmacies, la limitation des petscans ou encore l'activité complémentaire solidaire et non lucrative des mutualités belges.

[49] Proposition de directive du 2 juillet 2008, Com 2008 414 final

- En ce qui concerne l'affaire des chaises roulantes, la Belgique a été condamnée par la CJCE[50] suite à une procédure d'infraction lancée par la Commission sur plainte d'un fabriquant hollandais qui considérait que le mode de remboursement par l'assurance maladie belge privilégiait les entreprises belges. La Cour a jugé qu'effectivement, en définissant les critères techniques auxquels les chaises roulantes doivent répondre pour être remboursées par la sécurité sociale belge, la Belgique a manqué à ses obligations en matière de libre circulation des biens (article 28 du Traité).

- La France, quant à elle, a été condamnée par la CJCE[51] parce qu'elle imposait aux laboratoires d'analyses de biologie médicale établis dans d'autres États membres d'avoir leur siège d'exploitation sur le territoire français afin d'obtenir l'autorisation de fonctionnement nécessaire et les excluait, si ce n'était le cas de tout remboursement des frais. La CJCE a considéré que la France manquait à ses obligations en matière de liberté d'établissement et de libre prestation de services (art. 43 et 49 du Traité).

- Plusieurs Etats membres ont reçu des lettres de mise en demeure en 2006 parce qu'ils avaient édictés des règles dans leur législation limitant l'implantation du nombre d'officines pharmaceutiques sur leur territoire.

C'est par l'aboutissement de procédures d'infractions devant la CJCE que la Commission tente d'étendre au secteur des soins de santé les principes du Traité. En levant les mécanismes jugés protectionnistes mis en œuvre tantôt par des mesures de financement au sein de la protection sociale tantôt par des règles de régulation des activités, la Commission s'appuyant sur le pouvoir juridictionnel de la CJCE a créé une certaine insécurité juridique dans le champ de la santé et soulevé la question de la compétence des niveaux de pourvoir communautaires et nationaux.

Cette attitude de la Commission a particulièrement choqué dans la procédure entamée par la DG entreprise contre l'Etat belge a propos de la législation limitant l'implantation des petscans. La Belgique compte sur son territoire le plus haut taux de petscan par rapport à une population donnée. Elle a voulu contingenter le développement de cet appareil d'imagerie médicale et la Commission l'a mis en demeure. La Belgique s'est défendue en rappelant la compétence dévolue aux Etats membres (article 152 du Traité et par la jurisprudence dans les arrêts Kohll et suivants) d'organiser et donc de planifier et d'agréer les activités de leur système de santé. Cette affaire qui n'a pas été poursuivie par la Commission devant la CJCE soulève la question de l'avenir de la stratégie que poursuivra la Commission dans le secteur de la santé qui manque manifestement de repères pour clarifier le rôle et les pouvoirs des autorités et des gestionnaires des politiques de santé et d'accès aux soins.

Dans le même ordre de réflexion, il convient de s'interroger sur la définition du champ de la protection sociale au travers de la procédure entamée par la Commission fin 2006 à l'encontre de la loi sur les mutualités belges. Il lui est fait grief de ne pas intégrer les dispositifs des directives assurances non vie, concernant la couverture complémentaire mutualiste. La Belgique s'est défendue en avançant que cette matière relève de sa compétence (art. 152 : organiser son système de

[50] C.J.C.E., 13 janvier 2005, *Commission des Communautés européennes contre Royaume de Belgique*, aff. C- 38/03, J.O.C.E., C 57, du 05-05-2005, p.6
[51] C.J.C.E., 11 mars 2004, *Commission des Communautés européennes contre République Française*, aff. C- 496/01

soins) et en arguant que les services des mutualités s'intègrent à la couverture de l'assurance maladie obligatoire pour offrir une protection sociale étendue aux assurés sociaux belges.

Ces nombreux conflits montrent à suffisance l'insécurité juridique qui prévaut aujourd'hui dans ce secteur et l'absence de règles claires de régulation.

6. LES SERVICES SOCIAUX D'INTERET GENERAL (SSIG)

Pour tenter d'apporter des réponses aux questions que le secteur des soins de santé doit affronter aujourd'hui, notamment en matière d'application des règles communautaires, il n'existe guère d'autre approche intéressante à envisager que celle développée dans le cadre des « services sociaux d'intérêt général ».

6.1. La notion de Service Social d'Intérêt Général (SSIG)

La notion de « service d'intérêt général » ne se trouve pas dans le Traité. Elle découle de l'expression « service d'intérêt économique général » qui figure aux articles 16 et 86, paragraphe 2 du Traité. La notion de services d'intérêt économique général couvre plus particulièrement certains services fournis par les grandes industries de réseau comme le transport, les services postaux, l'énergie et les communications. Toutefois, l'expression s'étend également aux autres activités économiques soumises elles aussi à des obligations de service public. Dans la pratique communautaire[52], la notion de « service d'intérêt général » se réfère aux services de nature économique que les États membres ou la Communauté soumettent à des obligations spécifiques de service public en vertu d'un critère d'intérêt général. Elle englobe les services marchands et non marchands.

Dans le livre blanc consacré aux services d'intérêt général[53], la Commission rappelle qu'il appartient essentiellement aux autorités compétentes sur le plan national, régional et local de définir, organiser, financer et contrôler les services d'intérêt général. Cette responsabilité partagée est le principe qui sous-tend l'article 16 du Traité CE, lequel confie à la Communauté et aux États membres la responsabilité de veiller, dans les limites de leurs compétences respectives, à ce que leurs politiques permettent aux opérateurs de services d'intérêt économique général de remplir leurs missions. Le droit des États membres d'imposer des obligations de service public spécifiques aux opérateurs économiques et de veiller au respect de ces obligations est également reconnu de manière implicite dans l'article 86, paragraphe 2, du Traité CE[54].

Pour définir les règles en vigueur dans le cadre des services d'intérêt général, la Commission a rédigé une première Communication en 1996 qui a été mise à jour le 20 septembre 2000[55] à la demande du Conseil européen de Lisbonne. Celle-ci stipule en son article 30 que la catégorie de services d'intérêt général « dont les fonctions sont essentiellement sociales, qui ne réalisent pas de profits et n'ont pas

[52] Livre vert sur le service d'intérêt général, Bruxelles, le 21 mai 2003, COM (2003) 270 final.
[53] Livre blanc sur les services d'intérêt général, Bruxelles, le 12 mai 2004, COM(2004) 374.
[54] *Idem.*
[55] Communication de la Commission, *Les services d'intérêt général en Europe*, Bruxelles, le 20 septembre 2000, COM(2000) 580 final.

pour objectif de pratiquer une activité industrielle ou commerciale » est normalement exclue de l'application des règles de concurrence.

Sur base de ce texte, le CESE[56] a déposé, en 2001, un avis d'initiative sur « les services sociaux privés à buts non lucratifs dans le contexte des services d'intérêt général en Europe ». Pour le CESE, les services sociaux ne sont qu'une partie de l'ensemble des services d'intérêt général « dont l'action intègre des éléments caractéristiques majeurs du "modèle social européen". Sont visés des organismes tels que les syndicats, les partis politiques, les églises et associations religieuses, les associations de consommateurs, les sociétés savantes, les organisations caritatives ou humanitaires ». « Les services sociaux d'intérêt général[57] se composent d'une catégorie d'organismes privés à but non lucratif, à statuts variables selon les États, - associations; fondations - dont la vocation est d'agir dans le champ de la santé et de l'action sociale sans s'interdire d'accomplir, le cas échéant, des actions économiques subordonnées à leurs fins sociales essentielles. Le terme "non lucratif" signifie ici que lorsque des bénéfices sont réalisés, ils ne sont pas distribués, mais réinvestis dans le développement des missions sociales d'intérêt général de ces organismes. Il signifie aussi, bien entendu, que la maximisation du bénéfice n'est pas le but premier de ces organismes. »

Dans son avis sur les services d'intérêt général[58] de 2002, le CESE estime qu' « ils constituent un concept dynamique et évolutif qui englobe des services revêtant une importance pour la vie quotidienne des personnes, à savoir notamment les transports, les services de courrier, les télécommunications, la radiodiffusion, la culture et la conservation du patrimoine, l'éducation, les hôpitaux, les services sociaux, la collecte des déchets, ainsi que la fourniture d'eau potable et d'énergie – surtout électrique et de gaz en réseau ».

Les services sociaux d'intérêt général ont un rôle particulier à jouer. En vertu du principe de solidarité, les services sociaux et de santé d'intérêt général sont centrés sur la personne. Ils assurent aux citoyens la possibilité de bénéficier de leurs droits fondamentaux et d'un niveau élevé de protection sociale, tout en renforçant la cohésion sociale et territoriale.

6.2. Les Services Sociaux d'Intérêt Général et les règles du Traité

Si la définition des missions et des objectifs des services sociaux et de santé relève, en principe, de la compétence des États membres, les règles communautaires peuvent avoir une incidence sur les instruments de mise en œuvre et de financement de ces services[59]. Une reconnaissance claire de la distinction entre les missions et les instruments est indispensable dans un contexte marqué par l'évolution des besoins des usagers, pour préserver la spécificité de ces services soumis à des exigences particulières, notamment en matière de solidarité, de

[56] Avis du Comité économique et social sur « Les services sociaux privés à buts non lucratifs dans le contexte des services d'intérêt général en Europe » (Avis d'initiative), Bruxelles, le 12 septembre 2001.
[57] Il importe de rappeler que dans certains pays membres de l'Union (Italie et Suède notamment) les actions sociales de solidarité sont souvent accomplies par des organismes de statut coopératif.
[58] Avis du Comité économique et social sur « Les services d'intérêt général », Bruxelles, le 17 juillet 2002.
[59] Cfr. l'affaire des voiturettes en Belgique (C.J.C.E., 13 janvier 2005, *Commission/Belgique*, C-38/03, non encore publié) ; l'affaire des laboratoires français (C.J.C.E., 11 mars 2004, *Commission/France*, C-496/01, non encore publié) ; C.J.C.E., 16 mars 2004, *AOK*, C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C355/01, non encore publié.

collaboration bénévole et d'insertion de groupes de personnes vulnérables. Cette clarification aidera les États membres qui utilisent le secteur non marchand pour la fourniture de services sociaux et de santé à mesurer les effets que pourraient avoir sur ceux-ci le droit de la concurrence de l'Union européenne.

La Commission[60] « estime qu'il est utile de développer une approche systématique afin d'identifier et de reconnaître les particularités des services sociaux et de santé d'intérêt général et de clarifier le cadre dans lequel ils fonctionnent et peuvent être modernisés ». Cette approche défendue par la Commission devait être présentée dans une communication sur les services sociaux d'intérêt général intégrant les services de santé. Annoncée dans le courant de l'année 2005, cette communication n'a été diffusée qu'en avril 2006[61]. Mais elle a particulièrement déçu tous ceux qui sont concernés par le champ de la santé, puisqu'à la page quatre du document on peut lire que « … les services de santé proprement dits ne sont pas couverts par cette communication … » Cette communication concerne tout le secteur médico-social (personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, etc.) ainsi que les services de santé salariés. Alors que tout le monde attendait des clarifications de la Commission à travers cet instrument, la communication a amplifié les difficultés de comprendre ce qu'il y a lieu de considérer comme opérant dans le champ de la santé.

La communication sur les SSIG de 2006 rappelle les principes en vigueur dans le cadre des services d'intérêt général que sont l'universalité, la transparence, l'accessibilité, la continuité, etc., mais met en exergue la spécificité des SSIG « …contribution à plusieurs objectifs et valeurs essentiels de la Communauté, tels qu'un haut niveau d'emploi et de protection sociale, un niveau élevé de protection de la santé humaine, l'égalité entre hommes et femmes, et la cohésion économique, sociale et territoriale. Mais cette spécificité tient aussi au caractère vital des besoins qu'ils sont destinés à satisfaire, garantissant ainsi l'application de droits fondamentaux tels que la dignité et l'intégrité de la personne. Il s'est avéré lors de la consultation avec les États membres et les organisations de la société civile, qu'en raison de cette spécificité, dans l'accomplissement de leur mission d'intérêt général, les services sociaux présentent de facto souvent une ou plusieurs des caractéristiques d'organisation suivantes, appelées faisceaux d'indices:

- un fonctionnement sur la base du principe de solidarité requis notamment par la non sélection des risques ou l'absence d'équivalence à titre individuel entre cotisations et prestations,
- un caractère polyvalent et personnalisé intégrant les réponses aux divers besoins nécessaires pour garantir les droits humains fondamentaux et protéger les personnes les plus vulnérables,
- l'absence de but lucratif, notamment pour aborder les situations les plus difficiles et s'expliquant souvent par des raisons historiques,
- la participation de volontaires et de bénévoles, expression d'une capacité citoyenne,
- un ancrage marqué dans une tradition culturelle (locale). Ceci trouve notamment son expression dans la proximité entre le fournisseur du service et le bénéficiaire permettant de prendre en compte les besoins spécifiques de ce dernier,

[60] Livre vert sur les services d'intérêt général, Bruxelles, le 21 mai 2003, COM (2003) 270 final.
[61] Communication de la Commission, *Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne*, Bruxelles, le 26 avril 2006, COM(2006) 177 final.

- une relation asymétrique entre prestataires et bénéficiaires ne pouvant être assimilée à une relation « normale » de type fournisseur-consommateur requérant ainsi la participation d'un tiers payant. »

Par ailleurs, la communication rappelle l'application du droit communautaire et souligne le rôle des Etats membres dans ce domaine «… D'une façon générale, la jurisprudence de la Cour de justice (la Cour) précise que le traité CE reconnaît aux États membres, la liberté de définir des missions d'intérêt général et d'établir les principes d'organisation qui en découlent pour les services destinés à les accomplir. Toutefois, cette liberté doit s'exercer dans la transparence et sans abuser de la notion d'intérêt général. Dans l'exercice de cette liberté, les États membres doivent tenir compte du droit communautaire lorsqu'ils déterminent les modalités de mise en œuvre des objectifs et des principes qu'ils ont fixés. Ainsi, par exemple, sont-ils tenus de respecter le principe de non discrimination et le droit communautaire des marchés publics et des concessions lorsqu'ils organisent un service public. En outre, lorsqu'il s'agit de services de nature économique, la compatibilité de leurs modalités d'organisation avec d'autres domaines du droit communautaire (notamment la libre prestation de services et la liberté d'établissement, et le droit de la concurrence) doit également être assurée. Dans le domaine du droit de la concurrence, la Cour a établi que doit être considérée comme une activité économique : « toute activité consistant à offrir des biens ou des services sur un marché donné par une entreprise, indépendamment du statut de cette dernière et de son mode de financement » En ce qui concerne la libre prestation de services et la liberté d'établissement, la Cour a établi que doivent être considérées comme activités économiques au sens du traité, les prestations fournies normalement contre rémunération. Le traité n'exige pas, néanmoins, que le service soit payé directement par ceux qui en bénéficient. Il s'ensuit que la quasi-totalité des services prestés dans le domaine social peuvent être considérés comme des «activités économiques» au sens des articles 43 et 49 du traité CE.

En conséquence, le droit communautaire s'applique dans la mesure où il ne nuit pas aux missions d'intérêt général des services et il incombe aux Etats membres de veiller à sa bonne application.

La communication confie une mission d'évaluation au Comité de Protection Sociale (CPS) et n'exclut pas de légiférer.

Les méthodes ouvertes de coordination qui existent dans le domaine de l'inclusion sociale et de la protection sociale pourraient être utilisées pour évaluer les pratiques dans les différents États membres. La Commission a d'ailleurs déjà fait adopter depuis le 1er janvier 2005 cette méthode dans le domaine de la coordination des soins de santé et de longue durée.

Finalement…

Aujourd'hui, « les services sociaux d'intérêt général », les systèmes de santé, les organismes d'assurance maladie etc. sont placés en situation d'insécurité juridique non seulement dans l'exercice éventuel d'activités transnationales mais surtout dans le cadre de leurs activités nationales sous l'effet de la jurisprudence européenne. Nombre d'acteurs ont défendu l'idée d'une directive cadre. Celle-ci a été rejetée jusqu'à présent par la Commission, soutenant que sa communication et le Traité de Lisbonne (voir ci-dessous) apportent suffisamment de clarification. Cette réponse est clairement insuffisante et ne rassure en rien les acteurs évoluant dans la santé et les services sociaux d'intérêt général. Ceux-ci restent d'ailleurs déterminés à poursuivre leur réflexion et maintenir la pression sur les institutions

communautaires pour que leurs secteurs obtiennent des dispositifs adaptés afin que « solidarité et concurrence » cheminent de manière équilibrée au sein de l'UE.

7. ET LE PROJET DE TRAITE SIMPLIFIE OU TRAITE DE LISBONNE[62]?

Le Traité de Lisbonne signé à Lisbonne en décembre 2007 par les chefs d'État et de gouvernement des 27 États membres et en cours de ratification par ceux-ci, ne modifie pas les rôles et pouvoirs dévolus à l'Union et aux États membres dans le domaine des politiques de santé et d'accès aux soins.

Parmi les articles du Traité de Lisbonne où ces matières sont évoquées, il convient de citer à :

- l'article 2 parmi les objectifs de l'Union la promotion de la protection sociale,
- l'article 3ter le respect du principe de subsidiarité pour les compétences qui ne relèvent pas de la compétence exclusive de l'Union
- l'article 6 la reconnaissance des droits définis par la Charte des Droits Fondamentaux de l'UE du 7 décembre 2000.

La politique sociale devient une compétence partagée avec les enjeux de sécurité en matière de santé publique (art 2 C).

Avec la reconnaissance des droits fondamentaux, qui constitue sans doute la plus grande avancée sociale du nouveau Traité comme celui d'ailleurs du projet avorté de Constitution, l'Union reconnaît et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux assurant une protection dans des cas tels que la maternité, la maladie, les accidents du travail.

L'article 152 du Traité actuel est quelque peu modifié mais confirme le principe de subsidiarité et le rôle essentiel des États dans l'organisation de leur système de soins. Il innove en apportant son soutien aux complémentarités frontalières en matière de santé.

Par ailleurs le protocole annexé au traité de Lisbonne conforte le principe de subsidiarité en matière de services d'intérêt économique général dans le droit primaire. Il réaffirme « le rôle essentiel et le large pouvoir discrétionnaire des autorités nationales, régionales et locales pour fournir, faire exécuter et organiser les services d'intérêt économique général d'une manière qui réponde autant que possible aux besoins des utilisateurs ».

En outre, le Traité consacre une base juridique nouvelle en introduisant de légiférer en co-décision Conseil et Parlement Européen sur les SIEG.

Si le projet de Traité de Lisbonne soulève un intérêt certain dans le chef des acteurs de la santé et de l'accès aux soins, l'incertitude quant à sa mise en œuvre est élevée suite au référendum irlandais qui l'a rejeté largement.

[62] Versions consolidées du traité sur l'Union européenne et du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (JO C115 du 9.05.2008)

8. CONCLUSION

Le processus d'unification européenne repose sur la création d'un espace économique de libre échange sous-tendu par le principe de libre circulation des biens, des services, des capitaux et des personnes.

La santé et la protection sociale demeurent à ce jour des matières relevant de la compétence des États membres.

La mise en œuvre du principe de subsidiarité, d'une part, et la jurisprudence européenne, d'autre part, ont entraîné un mouvement de prise en compte des politiques de santé et d'accès aux soins au plan communautaire. Le plaidoyer pour une convergence des politiques nationales, relayé par le discours sur la nécessaire modernisation des systèmes de sécurité sociale, a conduit l'Union à tenter de définir une stratégie à mettre en œuvre et à lancer une dynamique de réflexion au départ d'une représentation des États et des principaux acteurs dans des Groupes de haut niveau. De plus, une méthodologie a été adoptée, il y a peu avec la « méthode ouverte de coordination » en vue d'évaluer les systèmes, leurs objectifs et les mesures prises pour les atteindre. Nonobstant ces impulsions récentes, la santé reste un domaine de préoccupation secondaire au niveau communautaire.

Les initiatives les plus marquantes d'une volonté communautaire de s'immiscer dans le destin de ces politiques sont récentes et aiguillées par la jurisprudence européenne dans diverses affaires d'accès aux soins à l'étranger, de médicaments, de matériels médicaux et/ou paramédicaux, de laboratoires et de fonction des organismes d'assurance maladie.

En ce qui concerne l'accès aux soins à l'étranger, la coexistence de deux procédures constitue une source d'insécurité juridique pour le patients. Par ailleurs, ce double système de prise en charge alourdit la gestion administrative du remboursement des soins transfrontaliers.

La Commission a montré récemment qu'elle voulait légiférer en domaine en déposant une proposition de directive sur les droits des patients après l'échec de la proposition de directive sur les services, mais cette proposition maintient la double voie d'accès aux soins transfrontaliers. En revanche, elle reste fort frileuse pour légiférer dans le domaine des Service Sociaux d'Intérêt Général.

L'impact de l'Union européenne restera incontestablement mineur dans les prochaines années, permettant aux logiques du marché de se déployer davantage dans le secteur de la santé.

Partie 3 : Rapport des pays

TABLE DES MATIERES

Glossaire 55
Allemagne 57
Belgique 91
France 135
Grèce 181
Irlande 197
Israël 225
Italie 256
Luxembourg 278
Pays-Bas 301
République Slovaque 315
République tchèque 338
Royaume-Uni 351
Suisse 381
Coût à charge des patients (comparaison) 405

Glossaire

Pour une bonne compréhension des termes utilisés dans le présent document, les types de protections volontaires et de tickets modérateurs ont été dénommés et définis comme suit:

A. TYPOLOGIE PROTECTION VOLONTAIRE

Couverture complémentaire:	couverture privée des compléments à charge des patients pour prestations couvertes partiellement et/ou non couvertes
Couverture alternative:	couverture privée de prestations par des prestataires privés qui ne sont pas intégrés dans l'organisation de la protection obligatoire
Couverture de substitution:	protection privée parallèle à la protection obligatoire pour personnes non couvertes par la protection obligatoire

B. TYPOLOGIE TICKETS MODÉRATEURS

Paiements à charge des patients:	Terme général pour les payements supportés directement par le patient sans intervention d'une assurance
Participation au coût (patient):	Disposition d'un régime d'assurance maladie en vertu de laquelle l'individu couvert doit supporter une partie du coût des soins médicaux qu'il reçoit
Ticket modérateur proportionnel:	Participation au coût proportionnel (%) par rapport au prix ou tarif
Ticket modérateur forfaitaire:	Participation au coût sous la forme d'un montant fixe à acquitter en contrepartie d'un service
Franchise:	Participation aux dépenses sous forme d'un montant fixe qui doit être payé en contrepartie de services avant que toute prestation puisse être versée

Complément du coût:	Montant payé par le patient pour compléter le coût global au cas où l'assurance maladie ne fournit qu'une couverture partielle (limitée) non liée au prix
Surcoût (suppléments, dépassement tarifaire):	Frais supplémentaires que le prestataire fait supporter au patient en sus des tarifs d'assurance convenus ou des tarifs contractuels (y compris la participation au coût) en raison d'exigences ou de préférences spécifiques
Prise en charge intégrale du coût par le patient (prise en charge patient):	Prise en charge du coût total par le patient au cas où l'assurance maladie ne fournit aucune protection

DE

Allemagne

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	61024	63254	81678	82160	82466	82368´1
Espérance de vie - Femmes à la naissance - Années	78.1	78.4	79.7	81.2	82.0	82.4´1
Espérance de vie - Hommes à la naissance - Années	71.5	72.0	73.3	75.1	76.7	77.2´1
Dépenses totales de santé – millions d'euros – PPA	84842	110538	185904	219420	268136	277646´1
Dépenses totales de santé - % PIB	8.8	8.3	10.1	10.3	10.7	10.6´1
Dépenses publiques santé - % dépenses totales de santé	77.4	76.2	80.5	79.7	77.0	76.9´1

´1, ´2 Données des 1 ou 2 années précédentes *OCDE Écosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE[63]

INTRODUCTION

L'instauration d'un régime d'assurance maladie en Allemagne remonte à 1883. À l'origine conçu pour les ouvriers industriels, il s'est ensuite étendu à d'autres catégories socioprofessionnelles. Les fondements de cette législation sociale sont toujours appliqués aujourd'hui. Le système d'assurance maladie a connu plusieurs réformes importantes au fil des ans (notamment en 1988,1992, 2000, 2003 et 2007) et certaines des dernières modifications entreront seulement prochainement en vigueur.

[63] Situation selon disponibilité des informations.

1. ORGANISATION

1.1. Historique

L'assurance maladie obligatoire a été introduite en Allemagne en 1883 par le chancelier du Reich Otto von Bismarck. Les artisans étaient obligatoirement assurés auprès des caisses d'assurance maladie corporatives, de même que les travailleurs de l'industrie minière l'étaient auprès de la caisse d'assurance maladie des mineurs et les travailleurs des grandes entreprises auprès des caisses d'assurance maladie d'entreprise. Quant aux employés commerciaux, ils pouvaient s'assurer volontairement, sur demande, auprès des caisses de secours aux commerçants (les futures caisses d'assurance maladie libres agréées). Les travailleurs soumis à l'assurance obligatoire qui n'entraient dans aucune des catégories professionnelles précitées étaient assurés auprès de caisses locales d'assurance maladie spécialement créées à cet effet.

À l'origine, deux tiers des cotisations étaient pris en charge par les assurés et seulement un tiers par les employeurs. La même proportion était appliquée pour la répartition des sièges au sein des organes d'autogestion.

Avant l'entrée en vigueur, le 01.12.1884, du droit matériel en matière d'assurance, l'assurance maladie ne couvrait généralement que la perte de salaire. Il existait néanmoins des formes combinées d'assurance accordant, sous forme de prestations en nature, des soins médicaux ambulatoires, des médicaments et des soins hospitaliers.

Les principes structurels fondamentaux de l'assurance maladie obligatoire en Allemagne, à savoir, la solidarité universelle, le financement paritaire selon les capacités de chacun par des cotisations salariales et patronales, l'offre d'une gamme complète de soins répondant aux besoins, le principe de la prestation en nature, le devoir de rentabilité et l'autogestion - n'ont cessé d'être développés au fil du temps, confirmant ainsi leur bien-fondé.

1.2. Fondement juridique de la protection obligatoire

Aujourd'hui, les principales dispositions légales régissant l'assurance maladie obligatoire sont rassemblées dans le livre V du Code social (l'assurance maladie obligatoire). Quelques dispositions particulières à l'assurance maladie figurent aussi dans d'autres livres du Code social, notamment dans le premier (généralités), dans le quatrième (dispositions communes en matière d'assurance sociale) et dans le dixième (procédures administratives, protection des données sociales, collaboration entre les différents prestataires et relations des prestataires avec les tiers). Le livre XI du Code social contient le fondement juridique de l'assurance-dépendance, tandis que les dispositions légales relatives à la réadaptation et la participation des personnes handicapées sont inscrites dans le livre IX du Code social. Enfin, diverses règles sont énoncées dans des législations spécifiques.

1.3. Ministères compétents

Les mutualités sont contrôlées selon le cas par les ministères compétents des Länder, par le ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* - BMGS) ou par l'Office fédéral des assurances sociales (*Bundesversicherungsamt* - BVA).

1.4. Organes de direction et d'administration

Les caisses de maladie (mutualités) sont des organismes de droit public. Les mutualités régionales sont regroupées en fédérations régionales par Land, lesquelles relèvent à leur tour de leurs fédérations nationales respectives. Les mutualités libres nationales sont quant à elles regroupées au niveau fédéral au sein de la *Verband der Angestellten-Krankenkassen* (Association des caisses d'assurance maladie des employés) et de la *Arbeiter-Ersatzkassenverband* (Association des caisses d'assurance maladie des ouvriers) (VdAK/AEV). À compter du 1er juillet 2008, le *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* (Fédération nationale des mutualités) assurera les missions légales jusqu'alors à charge des fédérations individuelles et de la VdAK/AEV. Celles-ci perdront leur statut d'entreprise de droit de public le 31 décembre 2008 pour devenir des associations de droit civil à partir du 1er janvier 2009.

Les organes directeurs des mutualités locales, d'entreprise, corporatives et libres agréées ainsi que ceux de leurs organisations faîtières sont le conseil d'administration, composé de non-professionnels et le directoire, composé de professionnels. Le conseil d'administration compte au maximum 30 membres élus. Cet organe réunit, en nombre paritaire, des représentants des assurés et des représentants des employeurs, sauf en ce qui concerne les mutualités libres agréées où le conseil d'administration se compose exclusivement de représentants des assurés.

Les domaines de compétence du conseil d'administration des mutualités incluent notamment:

- les décisions concernant les statuts et autres questions d'ordre juridique autonome;
- la surveillance du directoire;
- les décisions sur les questions d'importance fondamentale pour la mutualité;
- l'établissement du budget;
- la décharge du directoire pour les comptes annuels;
- la représentation de la mutualité auprès du directoire et de ses membres;
- les décisions d'acquisition;
- la cession et l'hypothèque de biens fonciers ainsi que la construction de bâtiments;
- les décisions concernant la dissolution de la mutualité ou son association volontaire avec d'autres mutualités.

Enfin, le conseil d'administration a un rôle d'interlocuteur politique, même si cette fonction n'est pas expressément prévue par la loi.

Le directoire assume quant à lui la gestion journalière de la mutualité et la représente en toute matière judiciaire et extrajudiciaire. Il est tenu de faire rapport

au conseil d'administration sur l'exécution des décisions d'importance fondamentale ainsi que sur la situation financière et les perspectives.

Les organes des autres organismes d'assurance maladie obligatoire (la caisse fédérale de prévoyance des mineurs et les caisses d'assurance maladie agricoles) sont l'assemblée des représentants, composée de non-professionnels, le directoire, composé de non-professionnels, et le comité de gestion, composé de professionnels. La gestion ordinaire de ces organismes assureurs est assumée par un administrateur-délégué, également membre du directoire avec voix consultative.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement général

2.1.1. Budget et cadre budgétaire

En 2005, le volume des dépenses globales de l'assurance maladie obligatoire s'est élevé à € 143,5 milliards. Les mutualités ont l'obligation de présenter un bilan équilibré. Cet équilibre est maintenu en modifiant à la hausse ou à la baisse les taux de cotisation.

Le budget est établi par le directoire de la mutualité, puis approuvé par le conseil d'administration. Ce budget détermine les ressources estimées nécessaires pour l'exécution des tâches des organismes assureurs durant l'exercice budgétaire. Il est à la base de la gestion budgétaire et économique et garantit notamment une exécution dans les délais des dépenses prévues. Aucune créance ou dette ne peut être constituée ou levée par le budget.

2.1.2. Sources de financement

Le financement de l'assurance maladie obligatoire est essentiellement de type contributif. Les cotisations sont généralement déterminées en fonction du revenu professionnel des affiliés et supportées à charge égale par les employeurs et les travailleurs[64]. Les recettes de chaque mutualité correspondent aux revenus soumis à cotisation multipliés par le taux individuel de cotisation de cette mutualité (recettes issues des cotisations).

Le calcul des cotisations varie donc selon les revenus de l'assuré mais uniquement jusqu'à un plafond déterminé. Ce système instaure donc une limite maximale des revenus soumis à cotisation. En 2008, ce plafond, indexé chaque année, était fixé à 43 200 euros.

Depuis 1983, une cotisation est portée à charge des pensionnés et régulièrement majorée. Les organismes d'assurance-pension subventionnent 50% du taux de cotisation général appliqué aux pensionnés. Les cotisations des pensionnés correspondent en principe à un pourcentage de leurs revenus soumis à cotisation,

[64] Les caisses d'assurance maladie agricoles et la caisse fédérale de prévoyance des mineurs reçoivent en outre des subventions de l'État.

c'est-à-dire, principalement, du montant brut de l'assurance-pension légale. D'autres réglementations spécifiques s'appliquent à certaines catégories de personnes.

Depuis la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire, les mutualités reçoivent également des subventions de l'État pour les prestations hors assurance. Pour 2007 et 2008, cette subvention s'élève respectivement à 2,5 milliards d'euros. Pour 2009, une enveloppe de 4 milliards d'euros est prévue. Ensuite, il y aura une augmentation annuelle de 1,5 milliard d'euros jusqu'à l'atteinte d'un montant global annuel de 14 milliards d'euros.

2.1.3. Taux de cotisation

Actuellement, les mutualités prélèvent leurs cotisations sur la base de taux individuels (par mutualité) de cotisation, lesquels sont déterminés essentiellement en fonction du profil de risque et du revenu moyen des assurés. Début 2007, le taux moyen de cotisation pour l'ensemble des mutualités était de 13,98 pour cent dans les anciens Länder, de 13,59 pour cent dans les nouveaux Länder et de 13,92 pour cent pour l'ensemble du pays. Le taux de cotisation le plus faible était de 11,30 pour cent, tandis que le taux le plus élevé se situait à 15,80 pour cent.

2.1.4. Le Fonds pour la santé (Gesundheitsfonds)

Le Fonds pour la santé sera opérationnel à partir du 1er janvier 2009. Ce fonds centralisera les cotisations des salariés et des employeurs. Les mutualités recevront de ce fonds un montant forfaitaire pour chaque assuré et bénéficieront de ristournes ou de compléments en fonction de l'âge, du sexe et de la morbidité de leurs assurés (enveloppe financière basée sur la morbidité). L'introduction du Fonds pour la santé entraînera un taux unique de cotisation, fixé par le ministère de la santé, pour tous les cotisants à l'assurance maladie obligatoire. Ce fonds récoltera également les subventions versées par l'État pour le financement des prestations hors assurance. Si les ressources versées par le Fonds sont insuffisantes, la mutualité devra réclamer à ses adhérents une cotisation complémentaire sous forme de pourcentage ou de forfait. Cette cotisation ne pourra être supérieure à un pour cent du revenu soumis à cotisations et les revenus ne seront pas contrôlés tant que ces cotisations ne dépassent pas huit euros. À l'inverse, si les ressources financières versées par le Fonds sont excédentaires, les mutualités — à condition d'être libres de toute dette et d'avoir reconstitué les réserves légales — devront verser ces excédents aux adhérents sous forme de prime.

2.2. Procédure de répartition du budget général

Afin de compenser les disparités importantes entre les différents types de mutualité sur le plan de la structure des assurés - une situation susceptible d'engendrer des distorsions de taux de cotisation -, un système de compensation des risques a été introduit en 1994/1995. Dans un premier temps, les critères retenus pour cette compensation ont été l'âge, le sexe, les revenus soumis à cotisation, le nombre de personnes à charge de l'assuré et la proportion de bénéficiaires d'allocations d'incapacité de travail.

Parallèlement à ce système, un pool de risques a été créé en 2002 au sein de l'assurance maladie obligatoire. En vertu de ce système, la couverture par une mutualité des prestations plus chères que la moyenne est plafonnée à 20 450 € par

an, le reste étant financé à 60 pour cent par le pool regroupant les divers types de mutualité. Avec la loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire et dans le cadre de la réforme du financement, l'actuel système de compensation des risques va évoluer vers un système basé sur le critère de morbidité. Ce système sera ensuite intégré dans la procédure de répartition des ressources du Fonds pour la santé aux mutualités. Ce nouveau système entraînera la disparition de l'actuel pool de risques puisqu'à partir de 2009, les différences de morbidité entre assurés devraient être compensées de manière précise par des compléments financiers alloués pour une sélection de 50 à 60 maladies graves et coûteuses.

Afin de compenser d'éventuelles charges financières exceptionnelles supportées par une mutualité, les statuts des fédérations régionales des mutualités et des fédérations des mutualités libres agréées peuvent prévoir des péréquations financières au sein d'un même type de mutualité.

3. POPULATION COUVERTE

Actuellement, environ 85 pour cent de la population sont couverts par le régime de l'assurance maladie obligatoire et 10 pour cent par le régime d'assurance maladie privée. Le reste de la population est assuré dans le cadre de systèmes d'assurance particuliers (armée, police, etc.) ou de régimes d'aide sociale. Un faible pourcentage de la population ne bénéficie d'aucune protection (environ 1 pour cent). Depuis avril 2007, l'affiliation à l'assurance maladie est obligatoire pour toutes les personnes qui relèvent en principe du régime légal d'assurance maladie. À partir du 1er janvier 2009, la souscription à l'assurance maladie (légale ou privée) sera obligatoire pour tous les résidents. En cas de maladie, les personnes qui ne sont pas assurées peuvent, depuis le 1er avril 2007, se réaffilier auprès de leur ancienne assurance. Fin 2007, quelque 69 000 anciens membres (environ 100 000 en comptant les personnes à charge de l'assuré) ont fait usage de ce droit.

En principe, tous les salariés, jusqu'à un certain plafond de revenus légal indexé (plafond d'affiliation), sont obligatoirement inscrits à l'assurance maladie légale. Ce plafond est indexé et était fixé pour 2007 à € 47 700. Comme pour les cotisations, la loi sur l'harmonisation des législations en matière d'assurance maladie obligatoire a instauré, depuis le 01.01.2001, un plafond d'affiliation unique pour l'ensemble du pays.

Les travailleurs salariés dont les revenus dépassent durant 3 ans le plafond d'affiliation peuvent opter pour le maintien d'une adhésion volontaire à l'assurance maladie légale, pour une adhésion à celle-ci lors du premier emploi ou pour une affiliation auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée. En cas de conclusion d'un contrat d'assurance auprès d'une compagnie d'assurance maladie privée, le retour au régime de l'assurance maladie obligatoire n'est possible que dans certains cas exceptionnels (durée d'affiliation préalable à l'assurance maladie obligatoire, diminution du revenu de l'activité salariale sous le plafond d'affiliation). En principe, l'affiliation n'est plus possible pour les personnes âgées de plus de 55 ans et n'ayant pas été couvertes par l'assurance maladie obligatoire au cours des cinq dernières années.

La majeure partie des affiliés à l'assurance maladie obligatoire sont des assurés obligatoires. L'assuré bénéficie d'une protection intégrale dès le premier jour de son affiliation. Les membres de la famille du titulaire de l'assurance maladie obligatoire qui ne disposent pas de revenus personnels (conjoint et personnes à charge) sont

également couverts par cette assurance sans versement de cotisations. En règle générale, les assurés passant sous statut de chômeur ou de pensionné conservent leur affiliation à leur mutualité.

Tous les assurés obligatoires, y compris les pensionnés ainsi que les affiliés volontaires peuvent, en principe, choisir entre la mutualité locale de leur région, une mutualité libre agréée ou la mutualité de leur conjoint. Les mutualités d'entreprise et corporatives peuvent accueillir des assurés (obligatoires ou volontaires) ne faisant pas partie de l'entreprise ou de la corporation concernée, à condition d'avoir prévu dans leurs dispositions statutaires une règle d'accès universel. Cette liberté de choix de la mutualité n'existe pas pour les travailleurs des secteurs de l'agriculture, qui sont tenus de s'affilier à leur mutualité spécifique.

1) Les caisses locales d'assurance maladie (AOK - *Allgemeine Ortskrankenkassen*)

Les AOK ont une compétence régionale et sont en principe ouvertes à tous les assurés obligatoires et ayants droit à l'assurance. Les assurés ont le choix entre l'AOK de leur lieu de résidence ou de leur lieu de travail. Le gouvernement du Land peut circonscrire par décret les régions de compétence de l'AOK. En règle générale, la zone de compétence d'une AOK correspond au territoire d'un Land.

Fin 2007, 16 caisses locales d'assurance maladie assuraient environ 34,6 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire.

2) Les caisses d'assurance maladie d'entreprise (BKK - *Betriebskrankenkassen*)

Les BKK peuvent être instituées sur l'initiative de l'employeur et avec l'accord de la majorité des employés de l'entreprise, lorsque celle-ci occupe régulièrement au moins 1000 personnes soumises à l'assurance maladie obligatoire. La rentabilité de la BKK doit être garantie à long terme.

Fin 2007, 185 BKK assuraient environ 20,9 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire.

3) Les caisses d'assurance maladie corporatives (IKK - *Innungskrankenkassen*)

Les IKK peuvent être fondées par une ou plusieurs corporations artisanales, avec l'autorisation de la majorité de l'assemblée corporative et des travailleurs de l'entreprise corporative, pour autant que les entreprises artisanales membres de la corporation emploient régulièrement au moins 1 000 assurés obligatoires et que la rentabilité de l'IKK soit garantie à long terme.

Fin 2007, 16 IKK assuraient environ 8,5 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire.

4) Les mutualités libres agréées des employés et des ouvriers (*Ersatzkassen*)

En principe, les mutualités libres agréées sont ouvertes à tous les assurés obligatoires et ayants droit à l'assurance obligatoire[65].

Fin 2007, on dénombrait en Allemagne sept mutualités libres agréées pour les employés et trois mutualités libres agréées pour les ouvriers. À cette date, les premières rassemblaient environ 31 pour cent et les secondes, 2,5 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire.

5) La mutualité des gens de mer (*See-Krankenkasse*)

Jusque fin 2007, la mutualité des gens de mer s'adressait aux fonctionnaires de la navigation maritime. À cette date, elle regroupait 0,1 pour cent de la population couverte par le régime d'assurance maladie obligatoire. Depuis le 1er janvier 2008, la mutualité des gens de mer et la caisse fédérale de prévoyance des mineurs (Bundesknappschaft) ont fusionné pour former une seule mutualité (*Knappschaft*).

6) La caisse fédérale de prévoyance des mineurs (Bkn - *Bundesknappschaft*)

Jusqu'au 31 mars 2007, cette mutualité assurait les travailleurs de l'industrie minière. Depuis le 1er avril 2007, elle est ouverte à tous les assurés obligatoires. Fin 2007, elle regroupait 2,1 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire. Le 1er janvier 2008, la Bkn et la mutualité des gens de mer ont fusionné pour former une seule mutualité (*Knappschaft*).

7) Les mutualités agricoles (*Landwirtschaftliche Krankenkassen*)

Ces mutualités assurent les travailleurs du secteur de l'agriculture. Fin 2007, 9 mutualités agricoles réunissaient 1,3 pour cent de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. Etendue de la couverture

En principe, les assurés bénéficient d'une couverture pour les prestations suivantes:

- les prestations liées au traitement d'une maladie (y compris les prestations d'assistance à la procréation et à la conception ainsi que les prestations liées au contrôle des naissances jusqu'à l'âge de 20 ans);
- le dépistage de maladies;
- les prestations liées à la prévention des maladies;
- les prestations de rééducation et
- le traitement de maladies en établissement hospitalier.

[65] La distinction entre les mutualités libres agréées des employés et des ouvriers trouve son origine dans l'évolution historique de ces mutualités et n'a plus de signification pratique à l'heure actuelle.

Ces prestations doivent être suffisantes, utiles, économiques et limitées au nécessaire. La couverture n'est pas limitée dans le temps et le droit aux prestations n'est lié à aucun délai de carence.

4.1.1. Prestations ambulatoires

En principe, les assurés choisissent librement leur médecin généraliste/spécialiste pour autant que celui-ci soit agréé par l'assurance maladie obligatoire (médecin conventionné). Les prestations médicales sont généralement délivrées sous la forme de prestations en nature.

Les assurés ayant 18 ans accomplis versent, lors de la première consultation d'un médecin au cours d'un même trimestre une taxe de cabinet médical de 10 euros. Cette taxe n'est pas due s'il s'agit d'examens de dépistage de maladies, de soins dentaires prophylactiques, de vaccinations et de soins préventifs de maternité.

4.1.2. Soins hospitaliers

Tout traitement dans un hôpital agréé doit avoir été recommandé au préalable par un médecin généraliste/spécialiste.

Les traitements délivrés dans les hôpitaux peuvent être résidentiels, semi-résidentiels, préparatoires et de convalescence. Les assurés ont droit à un traitement résidentiel dans un hôpital agréé lorsque l'hospitalisation est jugée nécessaire pour atteindre l'objectif du traitement et que ni des soins semi-résidentiels, préparatoires et de convalescence, ni des soins ambulatoires – y compris des soins infirmiers à domicile – ne permettent d'atteindre cet objectif. Le traitement hospitalier englobe, dans le cadre de la mission d'assistance de l'hôpital, toutes les prestations nécessaires - en fonction du type et de la gravité de la maladie - à l'assistance médicale des assurés au sein de l'hôpital. Ces prestations incluent en particulier les traitements médicaux, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments, de soins paramédicaux et d'appareillages médicaux, l'hébergement et la nourriture.

Les assurés ayant 18 ans accomplis versent à l'hôpital un ticket modérateur de 10 € par jour pour un traitement hospitalier de maximum 28 jours par an.

4.1.3. Soins dentaires

En principe, les assurés choisissent librement leur dentiste pour autant que celui-ci soit agréé par l'assurance maladie obligatoire (dentiste conventionné). Les soins dentaires sont délivrés sous la forme de prestations en nature. Les assurés ayant 18 ans accomplis versent, lors de la première consultation au cours d'un même trimestre (sauf pour les soins prophylactiques) une taxe de cabinet médical de 10 euros.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de consolidation de la solidarité en matière d'assurance maladie obligatoire, le 1 janvier 1999, les prestations de dentisterie liées au placement de prothèses sont à nouveau des prestations en nature. L'intervention proportionnelle des mutualités aux frais de placement de prothèses dentaires est remplacée, depuis le 1er janvier 2005, par des forfaits par diagnostic. Le montant de ces forfaits correspond à 50 pour cent des prestations nécessaires pour un traitement standard. Dans le cas de prothèses dentaires placées par nécessité médicale, la participation de l'assuré s'élève en principe à 50 pour cent

des coûts. L'intervention de l'assurance est majorée de 10 pour cent en cas de prophylaxie et de visites régulières chez un dentiste durant une période de cinq ans et de 5 pour cent supplémentaires si cette période est de dix ans. La contribution personnelle des patients est donc diminuée lorsqu'ils ont régulièrement subi des contrôles et des soins dentaires. Les traitements orthodontiques sont également délivrés sous la forme de prestations en nature. La contribution personnelle du patient est remboursée si le traitement s'inscrit dans un plan global spécifiant les soins orthodontiques nécessaires.

4.1.4. Médicaments et pansements

Les assurés ont droit au remboursement des médicaments et pansements dans la mesure où ceux-ci ont été prescrits et où ils ne se trouvent pas sur la liste des produits exclus du remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance ne peuvent être prescrits à charge de la mutualité que sous certaines conditions. Le *Gemeinsame Bundesausschuss* détermine les médicaments non soumis à prescription considérés comme thérapie standard pour le traitement de maladies graves et pouvant, à titre exceptionnel, être prescrits avec justification du médecin conventionné.

La mutualité rembourse la totalité des coûts - déduction faite du ticket modérateur à charge du patient - ou, le cas échéant, le montant forfaitaire fixé.

Tout assuré ayant 18 ans accomplis paie un ticket modérateur à la pharmacie qui délivre des médicaments ou pansements prescrits et couverts par une mutuelle. Ce ticket modérateur correspond à 10 pour cent du prix du conditionnement (minimum € 5 et maximum € 10 par conditionnement). Cette quote-part de l'assuré ne peut toutefois jamais être supérieure au prix du produit.

Depuis juillet 2006, le ticket modérateur n'est plus réclamé aux patients pour certains médicaments soumis à prescription lorsque les fabricants respectent un prix plafond déterminé. Le prix d'achat en pharmacie du médicament doit être inférieur d'au moins 30 pour cent au montant forfaitaire remboursé par la mutualité. Dans ce cas, les fédérations des mutualités peuvent décider, ensemble et uniformément, d'exonérer ces médicaments de ticket modérateur. Les mutualités peuvent également décider, individuellement, d'exonérer de ticket modérateur certains médicaments. Il incombe à la mutualité d'informer les pharmacies, médecins et assurés sur la liste des médicaments concernés par cette mesure.

4.1.5. Appareillages médicaux

Les assurés ont droit au remboursement des appareils auditifs, des prothèses, des aides orthopédiques et autres appareillages nécessaires dans certains cas pour garantir le succès d’un traitement ou compenser un handicap, dans la mesure où ces appareillages ne sont pas considérés comme des objets d’usage courant et ne sont pas exclus du remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

En principe, la mutualité prend en charge l'intégralité des coûts (en tenant compte de l'application éventuelle de tickets modérateurs). En règle générale, des conventions tarifaires ont été conclues avec le prestataire. Dans le cas d'appareillages médicaux pour lesquels un forfait a été fixé, la mutualité ne rembourse le patient qu'à concurrence de ce forfait.

Les assurés de moins de 18 ans accomplis ont droit au remboursement des lunettes. Ceux qui ont 18 ans accomplis ont droit au remboursement des lunettes lorsqu'ils souffrent d'une grave déficience visuelle (min. degré 1 selon le barème OMS) ou lorsque des motifs thérapeutiques le justifient (blessures oculaires ou traitement de maladies oculaires) .

Pour les appareillages, les assurés ayant 18 ans accomplis, doivent payer au fournisseur une quote-part de 10 pour cent (minimum 5 € et maximum 10 € par ordonnance et par mois) du montant pris en charge par la mutualité.

4.1.6. Soins paramédicaux

Les assurés ont droit à des soins paramédicaux (bains, massages, kinésithérapie) dans la mesure où ces prestations sont nécessaires et ne sont pas exclues de remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Les assurés ayant 18 ans accomplis paient au prestataire une contribution personnelle correspondant à 10 pour cent du prix total des soins paramédicaux, plus 10 € par ordonnance.

La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire a flexibilisé le système de conventionnement. Les modalités relatives aux soins, prix, règlement des honoraires et obligations de formation continue sont à présent fixées dans le cadre de conventions conclues entre les mutualités et les prestataires. Les prix convenus sont des prix maximaux.

4.1.7. Autres prestations

D'autres prestations entrent également dans la couverture offerte par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment des soins à domicile, de l'assistance ménagère, des examens de dépistage et des traitements médicaux de rééducation. L'assurance maladie obligatoire couvre également les prestations liées aux soins préventifs dans le cadre de la maternité ainsi que celles liées au dépistage de cancers (pour les femmes à partir de 20 ans et les hommes à partir de 45 ans), d'affections cardio-vasculaires, circulatoires, rénales et diabétiques (à partir de 35 ans accomplis). Pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus, l'assurance maladie obligatoire rembourse neuf examens de dépistage. Les jeunes de 12 à 14 ans ont droit au remboursement d'un examen de dépistage supplémentaire. Tout assuré a également droit au remboursement des soins dentaires prophylactiques.

4.1.8. Soins délivrés aux personnes dépendantes résidant dans des homes

Pour la couverture sociale des soins délivrés aux personnes dépendantes, il existe, depuis 1995, une assurance-dépendance qui forme une branche séparée de l'assurance sociale. Cette assurance couvre, de manière progressive, les soins à domicile ainsi que les soins résidentiels. Son rôle est de fournir une assistance aux personnes nécessitant des soins et dont la dépendance est telle qu'elle requiert une solidarité. L'assurance-dépendance n'offre pas une couverture intégrale, mais octroie aux assurés un subside dont le montant dépend de la catégorie d'assistance et de la forme de soins (ambulatoires ou résidentiels).

Afin d'améliorer la situation des personnes nécessitant des soins et ayant une capacité d'autonomie très réduite (personnes atteintes de démence), la loi complémentaire sur la prestation dépendance entrée en vigueur le 1er avril 2002 a

intégré des prestations supplémentaires dans le domaine ambulatoire. Jusqu'alors, le besoin de surveillance générale et d'encadrement n'était pas pris en considération lors de l'évaluation de l'état de dépendance selon les dispositions du livre XI du Code social. Les personnes concernées et leurs familles jugeaient cette situation insatisfaisante en raison de la lourde charge physique et psychologique que représentent ces personnes dépendantes. En effet, les personnes atteintes de démence avancée souffrent d'une importante perte d'autonomie qui nécessite une surveillance générale et un encadrement considérables.

Le taux unique de cotisation est actuellement de 1,7 pour cent et est payé pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'assuré. Le 1er janvier 2005, un complément de 0,25 points du taux de cotisation a été introduit pour les assurés sans enfant âgés de 23 ans révolus.

Début 2007, 1,38 million de personnes avaient été bénéficiaires de prestations ambulatoires et 0,70 million de personnes de soins résidentiels dans le cadre de l'assurance-dépendance. Les fonds de l'assurance-dépendance se composent de cotisations dont le montant varie en fonction des revenus soumis à cotisation. Le taux de cotisation est fixé par la loi et est actuellement de 1,7 pour cent (1,95 pour cent pour les assurés sans enfant). Il devrait passer à 1,95 pour cent (2,20 pour cent) au 1er juillet 2008.

4.1.9. Tickets modérateurs

L'assurance maladie obligatoire offre une protection de la santé complète. L'étendue de la couverture est identique pour tous les assurés. Une participation personnelle (ticket modérateur) est due par tous les assurés et payable intégralement, sauf dans certains cas spéciaux. Le régime de l'assurance maladie obligatoire ne permet pas de "réassurance des tickets modérateurs". Avec l'adoption, en 2003, de la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire (*GKV-Modernisierungsgesetz* - GMG), le législateur a augmenté la charge de l'assuré en matière de tickets modérateurs.

En vertu de la loi sur la rentabilité de l'approvisionnement en médicaments (*Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG*), les fédérations des mutualités peuvent exonérer de ticket modérateur les médicaments dont le prix est inférieur d'au moins 30 au tarif de référence. En vertu de la loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire, une mutualité peut réduire de moitié ou supprimer le ticket modérateur d'un médicament lorsqu'une convention de rabais a été conclue pour ce médicament avec une entreprise pharmaceutique et que des économies sont attendues de cette mesure.

En 2006, la participation moyenne par assuré à l'assurance maladie obligatoire (ticket modérateur) était de 106 €.

L'instauration de seuils d'exemption du paiement du ticket modérateur vise à ne pas créer une charge financière excessive pour les assurés. Le seuil d'exemption est fixé à 2 pour cent du revenu brut annuel de subsistance. Lorsqu'un assuré bénéficie de cette exemption, la mutualité prend en charge la part dépassant le plafond annuel fixé. La charge des assurés peut également être abaissée davantage par l'application de réductions familiales. Le montant annuel des tickets modérateurs légaux versés par les personnes atteintes de lourdes maladies chroniques est plafonné à 1 pour cent du revenu annuel brut.

À l'exception de la clause d'exemption (*Überforderungsklausel*) applicable aux malades chroniques, les exemptions ne sont généralement pas fondées sur des indications médicales mais sur la capacité économique des assurés. Fin 2004, quelque 3,1 millions d'assurés obligatoires étaient exemptés, après introduction d'une demande dans ce sens, de l'obligation légale de paiement du ticket modérateur. Jusqu'à 18 ans, les enfants sans activité professionnelle sont généralement exempts du paiement des tickets modérateurs (sauf pour les prothèses dentaires).

La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie a imposé des conditions supplémentaires pour l'application d'un seuil d'exemption réduit à un pour cent du revenu. Sont concernés par ces nouvelles dispositions, les assurés qui sont nés après certaines dates fixées par la loi et qui, au 1er janvier 2008, n'ont pas subi régulièrement les examens de santé et de dépistage du cancer — pour autant que ce dépistage existe pour le cancer dont ils sont atteints — avant l'apparition de leur maladie chronique.

4.2. Problèmes d'accès aux prestations médicales

En raison de la relative suroffre de prestations médicales, l'Allemagne, par rapport à d'autres pays, ne connaît pas de graves problèmes d'accès aux prestations médicales. Les délais d'attente sont relativement courts, tant pour les interventions chirurgicales planifiables que pour les traitements hospitaliers d'urgence.

En ce qui concerne l'accès aux prestations médicales ambulatoires, une partie des assurés se plaint toutefois de délais d'attente trop longs: un quart des assurés obligatoires (25,3 pour cent) a dû attendre au moins deux semaines pour obtenir un rendez-vous chez un médecin. Dans ce domaine, les assurés obligatoires sont défavorisés par rapport aux assurés privés (voir également la section IV. 7).

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Types de prestataires et compétences

5.1.1. La problématique de la relève

Par rapport au reste du monde, l'Allemagne présente une densité élevée de médecins. Néanmoins, des signes annonciateurs d'une pénurie de médecins commencent à se faire sentir dans les régions rurales et structurellement faibles. Cette tendance concerne particulièrement les médecins généralistes. La relève est difficile à trouver pour de nombreux généralistes, mais aussi pour certains spécialistes. Dans les nouveaux Länder, plus de 40 pour cent des médecins sont âgés de 55 ans et plus, ce qui signifie que de nombreux postes vont se libérer dans les prochaines années et qu'une partie de ces postes ne seront sans doute pas repris.

Les associations de médecins conventionnés, chargées d'assurer une offre médicale équilibrée dans le pays, s'efforcent d'inciter des médecins à s'établir dans les régions mal desservies afin de contrer ce risque de pénurie. La loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire de 2003, la loi pour le renforcement de

l'efficience dans l'assurance maladie obligatoire ainsi que la loi modificative du droit des contrats (*Vertragsrechtsänderungsgesetz –VändG*) de 2007 contiennent également des mesures visant à contrer cette tendance (possibilité de suppléments d'honoraire dans les régions mal desservies, facilitation de la création de centres de soins médicaux, libéralisation de l'activité médicale conventionnée, rémunérations différenciées selon la situation de l'offre médicale à partir de 2010).

5.1.2. Soins médicaux et dentaires ambulatoires

Les soins médicaux et dentaires sont délivrés par des médecins et dentistes conventionnés qui exercent leur profession sous le statut d'indépendant. Ces médecins/dentistes sont regroupés respectivement au sein d'associations régionales de médecins/dentistes conventionnés. Celles-ci sont à leur tour regroupées respectivement au sein de l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung* - KBV) et de l'Association fédérale des dentistes conventionnés (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung* - KZBV).

Les médecins doivent avoir obtenu l'agrément de ces associations pour délivrer des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire. L'association professionnelle compétente examine si le candidat satisfait aux conditions professionnelles requises. Le médecin est ensuite officiellement agréé par une commission d'admission comprenant des représentants des mutualités.

En principe, les médecins ne peuvent effectuer et porter à charge de l'assurance maladie obligatoire que les prestations ambulatoires spécifiques à leur discipline. Dans le secteur des soins ambulatoires, on dénombrait, en 2006, 132 895 médecins conventionnés pratiquant dans les disciplines suivantes:

TYPES DE MEDECIN	MEDECINS CONVENTIONNES
Total des médecins	132.895
Médecine générale	43.084
Médecine interne	21.644
Gynécologie	11.094
Pédiatrie	6.897
Chirurgie	5.764
Orthopédie	5.633
Neurologie, Psychiatrie	5.556
Ophtalmologie	5.498
Psychothérapie	4.484
Oto-rhino-laryngologie	4.219
Anesthésie	3.779
Radiologie, radiologie diagnostique	3.595
Dermatologie	3.569
Urologie	2.941
Chirurgie maxillo-faciale	1.012
Médecine de laboratoire	806
Pathologie médicale	725
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	690

Médecine nucléaire	595
Autres	584
Neurochirurgie	491
Pneumologie	235

5.1.3. Soins hospitaliers résidentiels

Les soins hospitaliers sont délivrés par des médecins hospitaliers ainsi que par un personnel médical ou autre travaillant sous contrat d'emploi dans des établissements agréés. L'hôpital ou le gestionnaire de l'hôpital est responsable du recrutement du personnel.

5.1.4. Autres types de soins

Les autres professionnels de la santé (masseurs, kinésithérapeutes, balnéothérapeutes, logopèdes, podologues, etc.) pratiquent le plus souvent leur activité sous statut d'indépendant dans leur propre cabinet ou en tant qu'employé dans un cabinet pour autant qu'ils ne soient pas employés dans un établissement hospitalier. Tous sont agréés par des commissions ad hoc relevant des mutualités.

5.2. Honoraires médicaux

5.2.1. Rémunération globale des soins médicaux et dentaires ambulatoires

Conformément à la convention collective conclue en la matière, les mutualités paient aux associations des médecins et dentistes conventionnés, avec effet libératoire, un montant global pour l'ensemble des soins médicaux et dentaires ambulatoires. Les modalités de cette rémunération globale sont négociées dans une convention cadre conclue entre les fédérations des mutualités et les associations des médecins/dentistes conventionnés. Ces associations procèdent ensuite à l'affectation de cette enveloppe selon une clé de répartition liée à la nature et au nombre des prestations.

En ce qui concerne les soins médicaux ambulatoires, la rémunération globale peut être versée sous forme de forfait ou calculée - en appliquant divers critères d'évaluation – par acte médical (attribution de points à chaque acte), selon un montant forfaitaire capitatif ou selon un système combinant ces différents modes de calcul ou intégrant d'autres formules. La nomenclature des prestations utilisée pour le calcul des honoraires est identique pour toutes les mutualités.

5.2.2. Méthode de rémunération des soins médicaux et dentaires ambulatoires

Les soins médicaux et dentaires ambulatoires sont en principe rémunérés à l'acte. Chaque prestation est évaluée selon un système de points, sur la base d'une nomenclature valable pour toutes les mutualités de l'assurance maladie obligatoire (structure tarifaire unique pour les médecins/dentistes). La somme des points multipliée par leur valeur correspondante donne la rémunération de la prestation. Une réforme complète de la structure tarifaire unique (EBM 2000plus) a eu lieu en janvier 2005. Une nouvelle réforme de la structure tarifaire unique est entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Cette réforme accentue encore le système de rémunération du forfait par pathologie. Les médecins généralistes, par exemple,

reçoivent pour chaque patient un forfait qui couvre une partie des traitements standard.

Le règlement des prestations est effectué via les associations des médecins/dentistes conventionnés. Les mutualités et les associations des médecins/dentistes conventionnés conviennent contractuellement du montant global des honoraires (rémunération globale) pour tous les médecins et dentistes pour une période déterminée. Les associations des médecins/dentistes conventionnés répartissent ensuite ce montant global entre les médecins/dentistes conventionnés selon une clé de répartition des honoraires convenue avec les mutualités.

En moyenne annuelle pour l'année 2003[4], les honoraires versés pour l'activité médicale conventionnée se sont élevés par médecin (en milliers d'euros):

Spécialisation (cabinets individuels uniquement)	**Revenus par titulaire de cabinet en milliers d'euros**	**Rendement net en milliers d'euros €**
Radiologie	673	209
Orthopédie	382	160
Urologie	313	141
Chirurgie	350	137
Médecine interne	287	126
Ophtalmologie	212	124
ORL	267	124
Gynécologie	264	119
Dermatologie	269	119
Pédiatrie	241	115
Médecine générale /Omnipraticiens	219	104
Neurologie / Psychothérapie	208	104

5.2.3. Différences entre les médecins et les autres prestataires

Le système de rémunération globale ne s'applique qu'aux médecins et dentistes. Les autres prestataires perçoivent une rémunération fixe par prestation fournie.

5.2.4. Différences entre les prestations résidentielles et ambulatoires

Les médecins/dentistes pratiquant des soins résidentiels sont généralement employés par l'établissement hospitalier et perçoivent une rémunération fixée par convention collective (salaire). En outre, des conventions spéciales sont conclues pour les médecins chefs, les directeurs de clinique et le personnel spécialisé en médecine et dentisterie. Leurs honoraires sont négociés individuellement et le système de rémunération à l'acte pratiqué habituellement en médecine ambulatoire ne s'applique pas.

5.2.5. Mesures d'incitation et de sanction

Depuis 2006, la répartition de la rémunération globale entre les médecins conventionnés est basée sur des volumes de prestations réglementaires (*Regelleistungsvolumina*). En cas de dépassement de ces volumes, la valeur des points facturés pour ces prestations supplémentaires diminue.

Les mutualités peuvent également réclamer un remboursement aux médecins lorsque le montant total de leurs prescriptions de médicaments, soins paramédicaux et pansements dépasse les budgets prévus.

Par ailleurs, au-delà d'un certain plafond (total de points), la rémunération des soins dentaires est également automatiquement diminuée.

5.2.6. Règlement des litiges

En cas de désaccord sur le montant des honoraires, la loi prévoit un arbitrage par l'office d'arbitrage ou l'autorité de contrôle fédérale ou régionale compétente.

5.2.7. Soins hospitaliers résidentiels

Chaque Land est tenu de garantir à la population la fourniture de soins adaptés aux besoins et délivrés par des hôpitaux performants et gérés de manière responsable. À cet effet, il est procédé à une planification des hôpitaux nécessaires, de leurs spécialités médicales, du nombre de lits ainsi que d'autres dispositions.

Les hôpitaux sont financés, d'une part, par la subvention des coûts d'investissement octroyée par l'État, les Länder et les communes. D'autre part, conformément au principe de financement dual des hôpitaux, la majorité des frais d'exploitation courante sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le principe du financement dual n'est cependant plus appliqué aujourd'hui puisque la prise en charge forfaitaire par les mutualités des coûts de maintenance est d'environ 1 pour cent.

Les honoraires appliqués pour les soins hospitaliers résidentiels et semi-résidentiels sont fixés dans le cadre de négociations budgétaires organisées chaque année entre les mutualités ou leurs fédérations et les établissements hospitaliers. Depuis le 1er janvier 2004, la rémunération des hôpitaux repose sur un système de rémunération forfaitaire des prestations par groupes homogènes de pathologies (*Diagnosis Related Groups* - DRG). La principale caractéristique du système DRG est de regrouper les patients présentant les mêmes caractéristiques cliniques (diagnostics) et des frais de traitement semblables (système de tarification forfaitaire par groupes homogènes de pathologies). Autrement dit, toutes les prestations effectuées par l'hôpital en utilisant des ressources humaines et matérielles similaires sont regroupées dans un forfait par pathologie. Ce forfait par pathologie est le plus souvent différencié pour établir une distinction entre un traitement sans complications/comorbidités (ou minimales) et un traitement avec complications/comorbidités (nombreuses ou importantes).

Les valeurs de base attribuées à chaque pathologie et permettant de déterminer les forfaits sont établies au niveau régional depuis 2005 et le seront prochainement au niveau national. Grâce à cette méthode, une même prestation donnera lieu à une rémunération uniforme dans tous les hôpitaux.

5.3. Qualité des prestations

5.3.1. Critères de qualité et d'économicité

Les mesures d'assurance-qualité pour les soins ambulatoires, résidentiels et de rééducation, introduites en 1988 par la loi sur la réforme du secteur de la santé,

ont été élargies dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire en 2000, de la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire en 2003 et de la loi pour le renforcement de la rentabilité dans l'assurance maladie obligatoire en 2007.

Les exigences de qualité imposées aux prestataires et à leurs prestations sont multiples et régulièrement contrôlées. Les prestataires doivent par exemple satisfaire des critères de qualité personnels et d'aménagement pour être agréés par l'assurance maladie obligatoire. Les médecins conventionnés, les centres de soins médicaux et les prestataires de soins préventifs et de rééducation doivent mettre en place un système de gestion de la qualité et participer à des mesures d'assurance-qualité applicables à l'ensemble de l'organisation.

En matière de soins médicaux, l'assurance-qualité englobe la qualité des structures, des processus et des résultats. La qualité des structures comprend la formation ainsi que la dotation en personnel et les équipements matériels des établissements médicaux. La qualité des processus concerne l'indication médicale, le diagnostic, la thérapie et leur coordination. La qualité des résultats englobe la réussite du traitement et la prévention de complications.

5.3.2. Le Gemeinsame Bundesausschuss et l'Institut pour la qualité et la rentabilité des prestations médicales (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Les prestations à charge de l'assurance maladie obligatoire doivent être suffisantes, appropriées, rentables et limitées au nécessaire. Le *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) est l'organe décisionnel du système de santé allemand dont la mission est de définir les prestations ambulatoires ou résidentielles pouvant être qualifiées de suffisantes, appropriées et rentables. Les directives adoptées par cette instance ont le caractère de normes subordonnées à la loi. Parmi les missions du G-BA figure notamment la création de l'Institut pour la qualité et l'économicité des prestions médicales (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* - IQWiG).

La loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire a conduit à la fondation, le 1er janvier 2004, du *Gemeinsame Bundesausschuss*, une nouvelle instance d'autogestion commune. Le G-BA remplace les cinq organes décisionnels qui existaient auparavant et se compose de représentants de l'Association fédérale des médecins conventionnés, de la Société des hôpitaux allemands (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*), ainsi que des fédérations nationales des mutualités (Le Spitzenverband Bund à partir du 1er juillet 2008). . Depuis le 1er janvier 2004, les patients ont des droits de concertation au sein de cette instance et depuis le 1er janvier 2007, ils peuvent également être présents aux prises de décisions.

Les tâches du *Gemeinsame Bundesausschuss* comportent également des tâches centrées sur l'assurance-qualité. Le *Gemeinsame Bundesausschuss* a également le pouvoir général d'exclure ou de limiter des prestations lorsque, sur la base des connaissances médicales générales en matière d'utilité diagnostique ou thérapeutique, la nécessité médicale ou la rentabilité desdites prestations n'est pas démontrée. Les autres tâches du G-BA consistent notamment à:

- adopter des directives concrétisant les prestations pour les médecins conventionnés, les hôpitaux, les assurés et les mutualités, par exemple, en matière de traitements médicaux et dentaires, de dépistage, de planification des besoins, de soins infirmiers à domicile et de médicaments;

- statuer sur l'acceptation dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de nouvelles méthodes d'examen et de traitement;
- définir les groupes de médicaments pour lesquels des forfaits peuvent être fixés.

Le G-BA formule également des recommandations pour promouvoir l'assurance-qualité dans le secteur de la médecine, définit dans des directives ad hoc la liste des médicaments prescriptibles et des médicaments ne nécessitant pas une ordonnance et détermine les maladies chroniques pouvant bénéficier du plafonnement de la participation personnelle de 1% dans le cadre de la clause d'exemption.

L'Institut pour la qualité et l'économicité des prestations médicales, créé en 2004 par la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire, assume un rôle central dans le domaine de l'assurance-qualité. Parmi les tâches de cet organisme figurent:

- la recherche, la présentation et l'évaluation de l'état des connaissances médicales actuelles par rapport aux procédures diagnostiques et thérapeutiques concernant certaines maladies;
- l'élaboration de documents scientifiques, rapports d'expertise et positions sur la qualité et l'économicité des prestations fournies dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire;
- l'évaluation des lignes directrices basées sur des références médicales opposables concernant les maladies épidémiologiquement importantes;
- la formulation de recommandations sur les programmes de traitements standardisés;
- l'évaluation du rapport coût/utilité de médicaments;
- la préparation d'informations générales compréhensibles par tous les citoyens sur la qualité et l'efficacité des soins de santé.

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

En tant qu'organismes de droit public fonctionnant en autogestion, les mutualités sont chargées de l'exécution de l'assurance maladie obligatoire. Les dispositions légales régissant l'assurance maladie obligatoire sont rassemblées dans le livre V du Code social (SGB). Les mutualités peuvent également offrir une protection aux personnes qui désirent s'affilier volontairement (dans ce cas, elles sont en concurrence avec les assureurs privés). Depuis l'entrée en vigueur début 2004 de la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire, les mutualités peuvent également proposer des assurances complémentaires. Les gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire sont placés sous la supervision de l'État et plus précisément du ministère fédéral de la santé.

En 2006, les frais administratifs des mutualités se sont élevés à 7,095 milliards d'euros, soit 5,46 pour cent du total de leurs dépenses. Depuis l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire, les frais administratifs des mutualités sont liés à l'évolution des salaires en Allemagne, ce qui signifie que les frais administratifs ne peuvent augmenter dans une proportion plus forte que les salaires.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

7.1. Réforme du financement des hôpitaux

Depuis la loi sur le financement des hôpitaux de 1972, les Länder et les mutualités se partagent le financement des hôpitaux comme suit: les coûts d'investissement sont assumés par les Länder par le biais des subventions publiques et les mutualités financent les coûts d'exploitation courante dans le cadre de la rémunération des hôpitaux (système dual de financement). Conformément à la loi sur le financement des hôpitaux (*Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG*), les établissements hospitaliers ont droit à une aide publique pour les investissements à condition de figurer dans le plan hospitalier du Land dont ils relèvent. Des alternatives au modèle dual sont actuellement à l'examen. Un retour à un système moniste de financement par les mutualités, assorti d'une période transitoire de dix à quinze ans, est envisagé.

En juin 2007, le ministère fédéral de la santé a présenté les grands axes du cadre réglementaire pour le financement des hôpitaux à partir de 2009. Un système moniste de financement et un rattrapage de l'arriéré en matière d'investissement sont prévus sur une période de transition de dix à quinze ans. Le plan hospitalier, en tant qu'élément intégré de la planification des soins, reste sous la souveraineté des Länder. Les mutualités devraient obtenir la possibilité de conclure avec les établissements hospitaliers des conventions individuelles portant sur des prestations planifiables et hautement standardisées. Le catalogue de ces prestations devra être préalablement défini au niveau fédéral par les institutions partenaires d'autogestion. Pour toutes les prestations ne figurant pas dans ce catalogue, les mutualités continueront de négocier en commun et de manière uniforme.

7.2. Réforme de l'assurance-dépendance

Depuis plusieurs années, les dépenses de l'assurance-dépendance dépassent largement ses rentrées. Par ailleurs, le vieillissement de la population résultant des changements démographiques constitue un défi de plus en plus lourd pour l'assurance-dépendance. La hausse prévisible du nombre de bénéficiaires va entraîner un dépassement de l'actuel cadre budgétaire de l'assurance-dépendance. Par ailleurs, en termes de prestations, les besoins en soins et en encadrement de certains groupes de bénéficiaires ne sont pas suffisamment pris en compte.

Une vaste réforme de l'assurance-dépendance est actuellement en phase de procédure législative et devrait être adoptée en mars 2008. L'objectif est de mieux adapter cette assurance aux besoins et souhaits des personnes qui nécessitent des soins et aux attentes de leurs familles. L'assurance-dépendance va donc connaître des modifications structurelles qui tiendront davantage compte du principe de la priorité des soins ambulatoires sur les soins hospitaliers. Parmi les nouveautés notables figurent le relèvement des prestations, en particulier dans le domaine des soins à domicile, ainsi que l'introduction d'un droit à des conseils en gestion des soins (case management) et la création de cellules d'appui. En outre, il est prévu, dans un avenir proche, d'indexer les prestations inchangées depuis l'introduction de l'assurance-dépendance. Le taux de cotisation de l'assurance-dépendance est passé

de 1,7 pour cent (1,95 pour cent pour les assurés sans enfant) à 1,95 pour cent (2,20 pour cent) du revenu soumis à cotisation.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

L'assurance maladie privée accueille en majorité des fonctionnaires, des indépendants, des travailleurs dont les revenus dépassent le plafond d'affiliation à l'assurance obligatoire, les membres de leur famille ainsi qu'une partie des personnes non actives. Environ 10 pour cent de la population de la République fédérale d'Allemagne sont assurés auprès des compagnies d'assurance maladie privées.

L'assurance maladie privée est une alternative pour les ouvriers et les employés dont les revenus dépassent le plafond d'affiliation à l'assurance obligatoire. Vis-à-vis de ces personnes, les mutualités entrent en concurrence directe avec les assureurs privés, celles-ci ayant le libre choix entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie privée. Le nombre d'assurés volontaires auprès de l'assurance maladie obligatoire s'élève à environ 6,6 millions de personnes. Ces personnes n'ont pas utilisé la possibilité d'opter pour l'assurance maladie privée.

Quelque 8,5 millions de personnes bénéficient d'une couverture complète auprès d'assureurs privés. Outre la protection complète destinée aux travailleurs non visés par le régime de l'assurance maladie obligatoire, les compagnies d'assurance privées offrent également des protections complémentaires accessibles en principe à tous les citoyens. Quelque 18,4 millions de personnes ont souscrit une assurance complémentaire auprès d'une compagnie privée.

Quelque 120 compagnies privées constituées en sociétés anonymes ou en sociétés d'assurance mutuelle, se partagent le marché allemand. Fin 2006, l'Association des assureurs privés comptait environ 48 compagnies membres.

Une partie de ces compagnies offrent uniquement une protection complémentaire à l'assurance maladie obligatoire. D'autres offrent non seulement une protection complémentaire mais aussi une couverture alternative.

Les contrats d'assurance maladie privée offrent par exemple une couverture complète du risque dans les domaines suivants:

- soins ambulatoires;
- soins dentaires;
- soins hospitaliers résidentiels;
- frais d'hospitalisation journaliers;
- indemnité journalière en cas d'incapacité de travail.

Les différences entre les mutualités légales et les compagnies d'assurance privées sont multiples du point de vue des cotisations, de la gamme et de la fourniture des prestations:

- Chez les assureurs privés, les cotisations ne sont pas établies proportionnellement au revenu avec fixation d'un plafond, mais sont déterminées suivant le principe de l'équivalence sur la base du risque maladie individuel.
- Les membres de la famille de l'assuré ne sont pas couverts par l'assurance privée.
- Des surprimes de risque et des exclusions de prestations peuvent être convenues lors de la signature du contrat d'assurance.
- Les primes d'assurance varient selon l'âge et le sexe de l'assuré.
- Les compagnies privées peuvent, moyennant supplément, couvrir des demandes spéciales de l'assuré telles que l'hospitalisation en chambre particulière, la prestation des soins par le médecin-chef, etc.
- Le montant des contributions personnelles peut également varier. Le régime de l'assurance maladie privée - y compris lorsqu'il s'agit d'une couverture complémentaire à l'assurance maladie obligatoire - comporte différentes formules allant de la participation proportionnelle à la prise en charge totale des dépenses. Chaque compagnie d'assurance organise librement son système.
- Les assurés ne participent pas systématiquement aux décisions relatives aux cotisations, aux prestations et à la gestion. Quelques maigres possibilités d'influence existent lorsqu'il s'agit de compagnies constituées en sociétés d'assurance mutuelle ou en sociétés anonymes.

2. ASSURANCES PRIVEES PAR LA MUTUALITE

2.1. Rôle des mutualités

Les mutualités ne proposent pas elles-mêmes des contrats d'assurance complémentaire privés. Par contre, depuis l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire (1.01.2004), elles peuvent, en coopération avec des compagnies d'assurance privées, servir de médiateur pour proposer des contrats d'assurance complémentaire privés, c'est-à-dire, négociés individuellement. Les assurés ont ainsi la possibilité de bénéficier d'un tarif de groupe avantageux via leur assurance maladie. Ces assurances complémentaires peuvent par exemple couvrir des prestations complémentaires dans le cadre de traitements hospitaliers (prestations des soins par le médecin-chef), des prestations d'assurance santé voyage, les soins paramédicaux, les frais de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses dentaires. Certaines mutualités proposent également des paquets d'assurance couvrant plusieurs domaines. En 2005, quelque 11,7 millions d'assurés obligatoires étaient également couverts par une ou plusieurs assurances complémentaires, ce qui correspond à 14,2 pour cent de la populati

3. MODELES D'ASSURANCE "MANAGED CARE"

Les modèles "Managed Care" trouvent principalement une application dans le domaine des soins intégrés et des programmes de gestion des maladies (Disease Management Programme).

3.1. Soins intégrés

L'objectif des programmes de soins intégrés (SI) proposés par les mutualités est de mettre en place une offre de soins interdisciplinaires axés sur le patient et couvrant tous les domaines de la santé grâce à une coopération étroite entre tous les prestataires (médecins traitants, spécialistes, prestataires de soins médicaux et paramédicaux, hôpitaux, centres de santé, centres de prévention et de rééducation et réseaux de médecins. Le but est d'intégrer les domaines de la médecine qui, actuellement, opèrent le plus souvent sans concertation, notamment en ce qui concerne les soins ambulatoires et les soins résidentiels. Un autre objectif des programmes de soins intégrés est d'instaurer un système de traitement des patients en fonction d'un tableau clinique global.

La réforme du secteur de la santé a posé les premières bases légales pour introduire les soins intégrés dans les soins de santé standard. Toutefois, cette introduction a été ralentie par le fait que les dispositions imposaient la conclusion de conventions cadres entre les associations faîtières des mutualités et les associations fédérales des médecins conventionnés, ainsi que par les dispositions régissant le système de rémunération. La loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire a partiellement levé ces obstacles. Ainsi, les mutualités peuvent désormais conclure des conventions directes avec les prestataires et leurs groupements (par ex. des réseaux de médecins), les hôpitaux et les centres de santé, sans devoir nécessairement impliquer les associations des médecins conventionnés. Pour soutenir le financement initial des programmes de soins intégrés, chaque mutualité est tenue, entre 2004 et 2008, de retenir à cet effet jusqu'à un pour cent de la rémunération globale et de la rémunération des hôpitaux.

La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire renforce le principe des soins intégrés comme instrument d'amélioration des interactions entre les différents domaines de prestations en y intégrant le système des prestations de l'assurance-dépendance. Elle précise que les conventions de soins intégrés doivent porter sur l'ensemble des soins médicaux requis par une population, par exemple, en instaurant des modèles de soins permettant le «réseautage» du traitement d'une maladie répandue pour une région plus vaste. Dans le cadre du développement des soins intégrés, les hôpitaux s'ouvriront davantage aux soins ambulatoires grâce à la possibilité de conclure avec les mutualités des conventions pour la fourniture de prestations ambulatoires hautement spécialisées, centrées sur le traitement de maladies rares ainsi que sur des maladies à évolution particulière.

3.2. Programmes de gestion des maladies (Disease Management)

L'objectifs des programmes de gestion des maladies (DMP - Disease Management Programme) dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire est d'améliorer le traitement des maladies chroniques. Grâce à un suivi médical coordonné et continu, les malades chroniques peuvent acquérir une meilleure qualité de vie et l'évolution de leur maladie peut être mieux maîtrisée.

À long terme, les DMP devraient également entraîner une diminution des coûts résultant du traitement des pathologies associées à l'évolution des maladies chroniques. Un des principes de base essentiels des DMP est la mise en place de programmes d'éducation structurés, évalués et ciblés, dans le but d'apprendre aux

patients à gérer eux-mêmes leur maladie et à se conformer davantage aux recommandations médicales (compliance). Dans les programmes de traitements standardisés, le diagnostic et la thérapie sont effectués selon les critères de la médecine factuelle (evidence-based-medicine). La tenue d'un dossier détaillé (avec respect du principe de la protection des données) sur le traitement du patient apporte en outre les éléments nécessaires d'assurance-qualité. La participation des patients et des médecins à un DMP est volontaire, mais réclame néanmoins une participation active du patient.

Un rapport publié par le Conseil d'experts pour une action concertée dans le secteur de la santé afin de résoudre les problèmes de surmédicalisation, de sous-médicalisation et de médicalisation inadéquate est notamment à l'origine de l'introduction des DMP dans l'assurance maladie obligatoire. Dans ce rapport, les experts appelaient à des améliorations considérables en ce qui concerne l'approche médicale de huit maladies (dont le diabète, l'AVC, l'asthme, les affections pulmonaires chroniques et les troubles coronariens) où un manque important de coordination était constaté.

Le législateur a réagi dans un premier temps par une réforme du système de péréquation financière des risques, entrée en vigueur le 1er janvier 2002: les mutualités dont les assurés participent avec succès à des DMP obtiennent désormais des compensations plus élevées. Le couplage du système de compensation financière des risques et des programmes de programmes de traitements standardisés vise à parvenir à une répartition plus juste des coûts de traitement élevés des malades chroniques entre les différents organismes assureurs et à inciter ceux-ci à proposer des DMP à un maximum d'assurés. Parallèlement, le législateur a chargé la Commission fédérale des médecins et des mutualités (*Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen*) de l'époque de définir les exigences scientifiques associées aux DMP dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. L'Institut pour la qualité et l'économicité des prestations médicales (IQWiG) a été chargé par le *Gemeinsamen Bundesausschuss* (GBA) de formuler ces exigences scientifiques. Le législateur a conçu les DMP comme un système évolutif: le GBA doit régulièrement réviser les exigences des programmes et formuler des recommandations de mise à jour en fonction des nouvelles connaissances scientifiques. Aux fins de mise en œuvre des DMP, les mutualités concluent avec les associations des médecins conventionnés des conventions qui requièrent l'approbation de l'Office fédéral des assurances sociales.

Actuellement les bases juridiques de DMP existent pour le diabète de type 1 et de type 2, les troubles coronariens, le cancer du sein, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire a pour effet de réduire la charge bureaucratique dans le cadre des DMP et de favoriser la participation des assurés. Les mutuelles sont tenues d'offrir à leurs assurés des tarifs différents en cas d'inscription dans un DMP. En s'inscrivant dans un DMP, les assurés peuvent réduire leur seuil d'exemption du paiement de tickets modérateurs à 1 pour cent (contre 2 pour cent). Toutefois, à partir de 2009, les mutualités verront disparaître une des incitations financières à inscrire leurs assurés dans des DMP puisqu'ils n'obtiendront plus de compensations supérieures pour la participation de leurs assurés à un DMP. En lieu et place, les mutualités recevront du Fonds pour la santé, pour chaque assuré inscrit, un montant forfaitaire afin de couvrir les dépenses médicalement nécessaires à la mise en œuvre du programme, par exemple, les prestations de documentation et de coordination (forfait DMP).

C. FIXATION DES PRIX ET TARIFS DANS L'ASSURANCE-MALADIE

1. HONORAIRES DES MEDECINS

1.1. Principes directeurs

Voir les chapitres A. 5.2 et A. 5.3

1.2. Méthode de fixation des tarifs et des prix

Voir les chapitres A. 5.2 et A. 5.3

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANTS)

2.1. Principes directeurs

Les implants et prothèses sont des produits médicaux, mais sont soumis à des réglementations différentes du droit de l'assurance maladie obligatoire.

Les implants sont placés dans le cadre d'un traitement médical ou de soins hospitaliers et, en tant que matériel nécessaire à un traitement, leur coût est intégré dans les rémunérations dues pour le traitement médical ou les soins hospitaliers.

Les prothèses sont des appareillages au sens défini par l'assurance maladie obligatoire. Ils sont donc soumis aux dispositions légales relatives aux appareillages médicaux contenues dans le livre V du Code social. Les appareillages médicaux sont des moyens matériels ou techniques destinés à garantir le succès du traitement d'une maladie, à éviter ou à compenser un handicap. Outre les prothèses, ils englobent également, entre autres, les appareils auditifs, les déambulateurs, les fauteuils roulants, les chaussures orthopédiques, les bas de compression, les tensiomètres, etc. Les appareillages médicaux sont des produits qui sont utilisés dans la vie quotidienne ou en environnement privé. Les produits nécessaires ou utilisés dans un hôpital ou un cabinet médical ne sont pas considérés comme des appareillages médicaux. Les fédérations des mutualités et, depuis le 1er juillet 2008, le *Spitzenverband Bund*, dresse et actualise régulièrement un catalogue des appareillages médicaux précisant ceux qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire.
Ce catalogue répertorie les appareillages médicaux couverts par l'assurance maladie obligatoire et constitue une mesure importante de transparence et d'assurance-qualité. Les produits doivent satisfaire certaines exigences minimales pour être repris dans le catalogue. Ces normes servent en principe également de base pour les conventions conclues entre les mutualités et les prestataires. La loi pour le renforcement de la concurrence entrée en vigueur le 1er avril 2007 a introduit des changements radicaux dans le domaine des appareillages médicaux, surtout au niveau du conventionnement. Le droit aux prestations dans ce domaine n'a pas été limité, de sorte que l'accès aux prestations médicales de qualité nécessaires reste garanti aux assurés. L'objectif des

nouvelles réglementations est de renforcer les éléments et structures de concurrence tout en préservant une haute qualité de fourniture d'appareillages médicaux.

Sauf caractère inapproprié, la procédure d'appel d'offres public est prioritaire pour la conclusion de conventions de fourniture d'appareillages médicaux. L'agréation des prestataires par les mutualités est remplacée par des dispositions contractuelles et des délais de transition ont été instaurés pour les prestataires agréés selon l'ancien système. Conformément aux nouvelles dispositions légales, les appareillages médicaux sont désormais exclusivement octroyés sur la base de conventions. En principe, les assurés ayant besoin d'un appareillage médical doivent désormais s'adresser uniquement à un prestataire partenaire de sa mutualité. Une possibilité de choix ne leur est offerte qu'en cas d'intérêt légitime et moyennant un supplément. Les mutualités sont tenues d'assurer sur tout le territoire national, par le biais de conventions conclues avec des prestataires, une offre de qualité comprenant l'assistance des assurés et autres services nécessaires. En vertu de la loi, pour être partenaire des mutualités, les prestataires doivent présenter une offre suffisante, appropriée et fonctionnelle en termes de fabrication, de vente et d'adaptation d'appareillages médicaux. Sur la base de la nouvelle réglementation, les fédérations des mutualités ont formulé des recommandations communes pour une application uniforme de ces exigences, conformément à l'article 126, paragraphe 1, 1er alinéa, du livre V du Code social. Ces recommandations précisent également les critères professionnels et juridiques ainsi que les exigences minimales d'aménagement et d'équipement à satisfaire par les prestataires.

En tant que matériel utilisé dans le cadre d'un traitement médical ou de soins hospitaliers, les implants sont visés par les règles de rémunération applicables aux traitements médicaux ou aux soins hospitaliers.

Les mutualités doivent, par le biais de conventions conclues avec des prestataires, assurer une offre d'appareillages médicaux, et donc également de prothèses, sur tout le territoire national. La qualité des appareillages médicaux ainsi que l'assistance des assurés et autres services nécessaires doivent être précisés dans les conventions. Les exigences de qualité imposées pour les appareillages médicaux doivent également être respectées.

En vertu de la systématique légale, la procédure d'appel d'offres public est prioritaire pour la conclusion de conventions avec les prestataires et est soumise au droit des marchés publics. Lorsque cette procédure s'avère inappropriée, les mutualités peuvent conclure des conventions avec les prestataires sans appel d'offres préalable. S'il n'existe pas de conventions ou si la fourniture d'un appareillage médical par un prestataire partenaire de la mutualité n'est pas acceptable pour l'assuré, la mutualité peut négocier un accord spécifique avec un prestataire.

2.2. Procédure de fixation des prix

Des forfaits, applicables sur tout le territoire national, sont fixés pour certains appareillages médicaux. Le montant de ces forfaits est déterminé par les fédérations des mutualités (par le *Spitzenverband Bund* à partir du 1er juillet 2008). La mutuelle rembourse au maximum le montant forfaitaire fixé pour ces appareillages médicaux. Lorsque le prix demandé par un prestataire est supérieur au montant forfaitaire, le surcoût est à charge de l'assuré. Les conventions collectives et individuelles prévoient également l'offre d'appareillages médicaux dont le prix maximal ne peut dépasser le montant forfaitaire remboursé par l'assurance maladie obligatoire. En décembre 2004, les fédérations des mutualités ont commencé à fixer des montants forfaitaires, applicables dans tout le pays, pour les semelles orthopédiques, appareils auditifs,

protections pour l'incontinence, orthèses de contention, lunettes et articles de stomatologie. Ce travail est poursuivi en fonction des besoins.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[66] DES SERVICES DE SANTE

Dans le domaine des soins hospitaliers résidentiels, le nombre d'hôpitaux gérés par le secteur privé est en accroissement. Le nombre d'hôpitaux confessionnels reste stable et celui des hôpitaux communaux est en baisse. Entre 1991 et 2004, la proportion d'hôpitaux privés en Allemagne est passée de 14,8 pour cent à 25,4 pour cent. À l'inverse, la proportion d'hôpitaux publics est passée de 46 pour cent à 36 pour cent. Ces dernières années, plusieurs grandes cliniques prestigieuses ont été reprises par le secteur privé, dont les hôpitaux de la ville d'Hambourg (représentant un total de 5 688 lits) et la clinique universitaire de Marburg-Gießen. Il y a lieu de supposer que cette vague de privatisation en Allemagne va se poursuivre à l'avenir.

Dans le domaine des soins ambulatoires, les médecins ont désormais la possibilité de proposer des prestations médicales individuelles. Parmi ces prestations figurent des méthodes de diagnostic et de traitement qui ne sont pas reprises dans la nomenclature des prestations de l'assurance maladie et qui ne peuvent donc être portées à charge des mutualités par les médecins conventionnés. Toutes les prestations médicales individuelles sont par conséquent à charge de l'assuré. Les fédérations des mutualités rejettent ces prestations, qu'elles considèrent comme médicalement non nécessaires.

2. CONCENTRATION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES

En Allemagne, les mutuelles sont en processus de concentration continu. À la suite de regroupements, le nombre de mutuelles est passé de 1 232 en 1991 à 483 en 1998. Depuis lors, le processus de concentration s'est poursuivi et il ne subsiste en 2008 que 219 mutuelles.

Ce processus devrait se poursuivre dans les prochaines années. Le gouvernement fédéral estime qu'un nombre de 50 mutuelles est suffisant et tente de forcer cette évolution en instaurant un cadre juridique approprié. Ce fut notamment le cas avec la loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire qui, depuis 2007, permet également la fusion entre des types différents de mutualités.

[66] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

3. REORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Les programmes de soins intégrés visent à améliorer la coordination entre les différents domaines des soins de santé et, partant, une meilleure articulation des soins hospitaliers résidentiels et ambulatoires. (voir le chapitre B.3.1: Soins intégrés)

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGE D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

Dans un but d'amélioration de la rentabilité, de la qualité et de la transparence, la loi de modernisation de l'assurance maladie obligatoire impose aux mutualités de transformer l'actuelle carte d'assurance maladie en carte de santé électronique. Cette carte devrait notamment améliorer la communication entre tous les acteurs du secteur de la santé, qu'il s'agisse de la communication purement administrative ou de la communication de données médicales. L'introduction de la carte de santé électronique devrait réduire la charge administrative, éviter la duplication des examens et optimiser les soins médicaux, ce qui devrait se traduire dans les mutualités par une baisse annuelle des coûts de l'ordre d'un milliard d'euros.

La législation prévoit que la carte de santé électronique doit contenir un volet administratif obligatoire et un volet médical utilisé sur une base volontaire. En raison du nombre élevé d'acteurs concernés et des innovations techniques, la mise en œuvre du projet est extrêmement complexe. Quelque 123 000 médecins, 65 000 dentistes, 2 200 hôpitaux, 21 000 pharmacies, les mutualités, les compagnies privées d'assurance maladie et environ 80 millions d'assurés sont en effet concernés. L'introduction de la carte de santé électronique se fait donc progressivement. Dans sa première phase, elle assurera les fonctions administratives de l'actuelle carte d'assurance maladie. Parmi ses nouvelles fonctions figurent les possibilités d'actualisation en ligne des données de l'assuré et d'établissement d'ordonnances électroniques. À cet effet, et contrairement à l'actuelle carte d'assurance maladie, il ne s'agit donc pas d'une carte mémoire mais d'une carte processeur. Autrement dit, elle contient un ordinateur (microprocesseur).

Dans une deuxième phase, des fonctions médicales utilisées sur une base volontaire, telles que la documentation sur les prises de médicaments et les données médicales utiles en cas d'urgence, seront introduites. À terme, la carte devrait également permettre d'établir une quittance électronique, le dossier médical du patient et le courrier médical. La carte doit en outre pouvoir intégrer les données de la carte européenne d'assurance maladie (EHIC). Le projet de la carte de santé électronique soulève également des critiques concernant la protection des données ainsi que des doutes quant à l'objectif d'économie prévu pour les mutualités.

4.1. Organisation

En janvier 2005, les associations de l'autonomie administrative du régime légal d'assurance maladie ont créé la *Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) GmbH*, chargée de l'introduction, du suivi et du perfectionnement de la carte de santé électronique. Les représentants des prestataires au sein de cette société sont la *Bundesärztekammer* (Ordre fédéral des médecins), la *Bundeszahnärztekammer* (Ordre fédéral des dentistes), l'Association fédérale des médecins et dentistes conventionnés, la *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (Fédération des hôpitaux allemands) et le *Deutsche Apothekerverband* (Association allemande des pharmaciens). Du côté des financeurs, sont représentés les fédérations des mutualités

(à partir du 1er juillet 2008, le *Spitzenverband Bund*) ainsi que l'Association des assureurs privés (*PKV-Verband*). Un comité d'experts, composé de prestataires et de financeurs du secteur de la santé, et un comité consultatif assistent la société Gematik dans sa mission. Au comité consultatif siègent, entre autres, des représentants des Länder ainsi que des milieux scientifiques et des fédérations industrielles. Y siègent également des représentants des patients, le mandataire du gouvernement fédéral chargé de la protection des données et l'Office fédéral pour la sécurité des techniques de l'information (BSI). Le capital de la société est partagé à égalité entre les financeurs et les prestataires.

4.2. Perspectives et investissements prévus

Le projet de la carte de santé électronique est encore en phase de test. L'extension du système à tout le territoire national est prévue en 2008. Initialement, l'introduction de la carte de santé électronique était prévue pour le 1er janvier 2006. Les estimations du coût de l'introduction de la carte de santé électronique divergent. Alors que le ministère fédéral de la santé évalue ce coût à 1,4 milliard d'euros, un rapport d'experts estime ce coût à environ 5,2 milliards d'euros pour les investissements et l'exploitation durant les cinq premières années. La première édition de la carte de santé électronique représenterait donc un coût supplémentaire de 585 millions d'euros. Selon d'autres sources, le total des coûts d'investissement et d'exploitation pour l'infrastructure télématique et les applications y afférentes s'élèverait à 13,6 milliards d'euros. La carte de santé électronique ne deviendrait financièrement intéressante que dans une perspective à dix ans, lorsque d'autres applications utilisées sur une base volontaire telles que le courrier médical électronique ou le dossier électronique du patient auront été ajoutées. Le bénéfice financier pourrait alors atteindre au moins à 14,1 milliards d'euros.

4.3. Droits du patient

Toutes les données enregistrée sur ou au moyen de la carte de santé électronique sont des données personnelles de l'assuré. Le patient autorise l'accès à ces données à l'aide de sa carte de santé électronique. Les prestataires (médecins, pharmaciens, etc.) doivent s'identifier avec leur carte électronique de professionnel de la santé pour pouvoir accéder à la carte de santé électronique du patient. La nécessaire protection des données de la carte de santé électronique devrait être garantie par le respect des principes suivants:

1) Les patients conservent la maîtrise sur leurs données personnelles.
2) Le caractère non obligatoire de l'enregistrement de données relatives à l'état de santé du patient.
3) Les patients sont les seuls à décider quelles données seront enregistrées et effacées et quels prestataires auront accès à ces données.

Les patients ont un droit d'accès aux données enregistrées qui les concernent.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS, VACCINS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

5.1. Tendance générale

Malgré toutes les mesures légales prises pour contrer la hausse des coûts, les dépenses pharmaceutiques ne cessent d'augmenter. En 2007, ces dépenses ont atteint 25,6 milliards d'euros, soit 17,5 pour cent des dépenses totales, et occupent ainsi la deuxième place, juste derrière les dépenses consacrées aux soins médicaux hospitaliers et devant les dépenses pour les soins médicaux ambulatoires. De 1994 à 2005, la hausse des dépenses pharmaceutiques (+ 68 pour cent par assuré) a été largement supérieure à la hausse du coût global (+ 23 pour cent).

En 2006, la loi sur la rentabilité de l'approvisionnement en médicaments a permis une limitation passagère de la croissance annuelle des coûts à 2 pour cent. Cette tendance ne s'est cependant pas poursuivie en 2007: de janvier à novembre 2007, les dépenses des mutualités pour les médicaments et les vaccins ont augmenté de 8,5 pour cent par rapport à l'exercice précédent. Cette hausse est imputable non seulement à la hausse de la TVA, mais aussi aux prescriptions de nouveaux médicaments (plus coûteux), à l'élargissement de la couverture vaccinale, à l'apparition de nouveaux vaccins et à l'augmentation du nombre de prescriptions de médicaments.

5.2. Mécanismes de mise sur le marché des médicaments, vaccins et dispositifs médicaux

5.2.1. Médicaments

Dès que la mise sur marché de nouveaux médicaments a été autorisée par l'Institut fédéral des médicaments et produits médicaux (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM*), ils sont en principe prescriptibles. Sur demande du G-BA, l'IQWIG procède aux évaluations de l'utilité des médicaments. Sur la base des résultats de ces études, le G-BA peut décider de limiter les possibilités de prescription. La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire habilite également l'IQWIG à procéder à des évaluations du rapport coût/utilité de médicaments. L'Institut est en train d'élaborer une méthodologie pour ces évaluations. (voir le chapitre I. 5.3.2).

5.2.2. Vaccins

Jusqu'à présent, les vaccins figuraient parmi les prestations facultatives des mutualités. Depuis l'adoption de la loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie obligatoire, les vaccins recommandés par le *Gemeinsame Bundesausschuss* sur la base de l'avis de la commission permanente aux vaccinations de l'Institut Robert Koch sont des prestations obligatoires. Cette mesure, ainsi que l'arrivée sur le marché d'une série de nouveaux vaccins (dont Boostrix, Gardasil, Cervarix et Repevax), ont des répercussions considérables sur les coûts.

5.3. Mécanismes de financement du coût croissant des nouveaux médicaments, vaccins et dispositifs médicaux

Au cours des deux dernières décennies, le législateur a pris une série de mesures d'action sur le prix, la quantité et la qualité de l'approvisionnement en médicaments dans le but de freiner l'évolution à la hausse et de préserver les capacités de financer cet approvisionnement.

Depuis 1989, l'assurance maladie obligatoire fixe des prix maximaux pour certains médicaments: en cas de dépassement de ce prix plafond, le supplément de coût est entièrement à charge de l'assuré. Ces montants forfaitaires sont fixés dans le cadre d'une procédure en deux étapes. Le *Gemeinsame Bundesausschuss* détermine d'abord dans des directives les groupes de médicaments pour lesquels des prix maximaux peuvent être fixés. Ces prix sont actuellement fixés par les fédérations des mutualités et le seront par le *Spitzenverband Bund* à partir du 1er juillet 2008. Étant donné que les nouveaux médicaments ne sont pas visés par le système de forfait, ils doivent être remboursés par l'assurance maladie légale, sans aucune régulation des prix, dès leur autorisation de mise sur le marché. Afin de contourner le système de fixation de prix maximaux, l'industrie pharmaceutique met également sur le marché de "fausses innovations", c'est-à-dire des médicaments qui présentent seulement de légères modifications par rapport au médicament déjà existant, mais pour lesquels les mutualités doivent payer un prix élevé en raison de la protection des brevets.

La loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie adoptée en 2007 a également instauré un mécanisme pour contrôler les coûts des nouveaux médicaments non visés par le système de forfaits: désormais, les fédérations des mutualités peuvent fixer un montant maximal pour ces médicaments, en tenant compte de leurs coûts de développement. Ces prix sont en principe déterminés par les fédérations des mutualités (à partir du 1er juillet 2008 par le *Spitzenverband Bund*) sur la base d'une évaluation du rapport coût-utilité effectuée par *l'Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*.

La réglementation, en vigueur depuis juillet 2006, qui exonère les patients du paiement du ticket modérateur pour certains médicaments soumis à prescription lorsque les fabricants respectent un prix plafond déterminé, a également eu un impact considérable. Le prix d'achat en pharmacie du médicament doit être inférieur d'au moins 30 pour cent au tarif remboursé par la mutualité. La liste des médicaments concernés est dressée par les mutualités.

5.4. Controverses

Malgré de multiples mesures de contrôle des dépenses, l'Allemagne n'est pas parvenue à introduire un «quatrième obstacle» consistant à lier la remboursabilité par l'assurance maladie obligatoire à des prix préalablement négociés. Contrairement à ce qui se fait dans pratiquement tous les autres pays de l'UE, les fabricants demeurent libres de fixer le prix des nouveaux médicaments protégés par un brevet et le système de forfait ne leur est toujours pas applicable.

C'est ainsi que, par exemple, le prix du nouveau médicament Avastin utilisé pour le traitement de la dégénérescence maculaire humide est 60 fois supérieur au prix du médicament Lucentis utilisé jusqu'à présent. Le médicament Lucentis est cependant utilisé hors indication thérapeutique approuvée (utilisation «off-label») pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) étant donné qu'à ce

jour, le fabricant n'a pas introduit de demande d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication. Selon la jurisprudence allemande, une telle utilisation «off-label» n'est plus permise lorsqu'il existe un médicament autorisé. Le ministère de la santé et les mutualités reprochent à la société Roche, fabricante de l'Avastin, d'avoir volontairement omis de demander une autorisation pour le traitement de la DMLA pour permettre à Novartis de commercialiser son médicament similaire Lucentis comme préparation spécifique pour le traitement de la DMLA.

Autre exemple, le médicament Trastuzumab (Herceptin) était initialement uniquement destiné au traitement de certaines formes de cancers du sein métastasants. Le médicament ne possédait pas d'autorisation pour le traitement du cancer du sein en phase précoce (avant l'apparition de métastases) et a par conséquent été partiellement utilisé hors indication. Dans certains cas, des patientes ont dû aller en justice pour obtenir le remboursement des frais de traitement. Depuis le 24 mai 2006, le médicament Trastuzumab est également autorisé en traitement adjuvant pendant un an contre le cancer du sein.

En 2007, il y a également eu d'intenses débats sur les vaccins contre les types 16 et 18 du papillomavirus humain (HPV). Le 23 mars 2007, la commission permanente aux vaccinations a recommandé la vaccination des jeunes filles de 12 à 17 ans contre le HPV. Suivant une décision adoptée fin juin par le *Gemeinsame Bundesausschuss*, toutes les mutuelles remboursent ce vaccin appliqué dans cette tranche d'âge. Il faut s'attendre à ce qu'une augmentation importante du taux de couverture vaccinale contre le HPV entraîne également une hausse des coûts.

5.5. Perspectives

Les effets et interactions des mesures introduites ces dernières années pour contrôler l'évolution des dépenses pharmaceutiques ne sont pas encore bien établis: d'une part, il y a les mesures uniformes et communes et, d'autre part, l'approche, privilégiée ces derniers temps par les décideurs politiques, qui consiste à donner la possibilité aux mutualités d'influer sur l'évolution des prix par le biais de la concurrence (par exemple, en concluant des conventions de rabais). Il est encore trop tôt pour déterminer les effets produits par la coexistence de ces mesures.

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

Depuis quelques années, les médecins sont de plus en plus soutenus par de nouvelles catégories de professionnels. Celles-ci sont censées décharger les médecins en accomplissant des tâches qui relèvent du domaine médical sans être spécifiquement réservées au médecin.

Ainsi, la profession de documentaliste médical s'est développée dans les hôpitaux. Sa mission est de coder et de vérifier les diagnostics et interventions concernant les patients qui seront nécessaires pour la détermination des forfaits. De plus en plus, des spécialistes en appareils médicaux sont également recrutés comme technologues médicaux. Les hôpitaux recourent également de plus en plus à des OP-Manager, chargés d'établir et de veiller au respect d'un planning d'utilisation des salles d'opération afin de garantir leur exploitation optimale.

Dans un rapport publié en juillet 2007, le Conseil des experts sur les politiques de santé (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - SVR*), qui analyse régulièrement la situation dans le secteur de la santé, s'est prononcé pour une plus large coopération entre les professionnels de la santé. Le rapport demande à cet égard l'établissement de lignes directrices interprofessionnelles afin d'intégrer d'autres catégories professionnelles dans l'activité médicale. Le rapport cite, à titre d'exemple, la prescription d'appareils médicaux et les transferts de certaines catégories de patients. Une telle réorganisation nécessite une modification et/ou une définition précise des conditions légales ainsi que des formations complémentaires requises.

7. APPARITION D'UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

7.1. Situation

En Allemagne, la situation des assurés obligatoires et des assurés privés est très différente sur le plan de la morbidité et de l'utilisation des prestations médicales. Selon une enquête du *Wissenschaftliche Institut* de l'AOK, les assurés obligatoires sont défavorisés par rapport aux assurés privés lorsqu'il s'agit d'obtenir des rendez-vous chez un médecin. Nonobstant le caractère urgent de la consultation, un assuré obligatoire sur quatre (25,3 pour cent) a un délai d'attente d'au moins deux semaines. Par contre, seuls 7,8 pour cent des assurés privés se trouvant dans la même situation ont été confrontés à ce même délai d'attente.

Le fait de privilégier les assurés privés n'est cependant pas toujours synonyme d'une meilleure qualité des soins. Comparés aux assurés obligatoires, les assurés privés subissent davantage d'interventions chirurgicales.

Il arrive que des médecins fournissent des prestations normalement couvertes par la mutualité en tant que prestations privées en invoquant que leur budget est déjà épuisé ou en indiquant (parfois faussement) que la prestation n'est pas couverte par la mutualité. Certains médecins proposent également un délai d'attente plus court à leurs patients s'ils prennent le coût des prestations entièrement à leur charge.

Dans l'assurance maladie obligatoire, les différences de revenus n'ont pas d'incidence sur la fourniture de prestations: quel que soit leurs revenus, tous les assurés ont un même accès aux prestations médicales nécessaires dans le respect du principe de la rentabilité. Une étude effectuée récemment n'a pas confirmé les affirmations selon lesquelles la hausse des tickets modérateurs a eu pour effet que les assurés socialement moins favorisés renoncent à certaines prestations.

7.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Les mutuelles soutiennent leurs assurés lorsqu'un traitement leur est refusé ou qu'une option de prestations leur est dissimulée. Certaines mutuelles ont créé des services spéciaux auprès desquels ces patients peuvent introduire une réclamation. Ces services garantissent l'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste dans un délai de trois à cinq jours. D'autres possibilités de réclamation existent auprès des associations des médecins conventionnés ou de l'Ordre des médecins. En cas

d'infraction avérée, les médecins sont passibles d'une suspension d'autorisation d'exercer ou d'une amende.

8. RÔLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

La mutuelle a l'obligation de conseiller individuellement les patients sur les prestations de l'assurance maladie légale. Les associations de défense des consommateurs et les services indépendants de conseil aux patients offrent également des conseils et informations sur toutes les questions de santé. Les associations de patients et d'entraide, les associations de défense des consommateurs ainsi que les services indépendants de conseil aux patients offrent en outre un soutien en matière d'application et de respect des droits des patients. Par ailleurs, la loi impose aux mutuelles d'apporter un soutien financier aux organismes de conseil aux consommateurs ou aux patients dont l'objectif est de fournir aux assurés des informations, des conseils et des explications dans le domaine de la santé.

Les mutuelles ont aujourd'hui compris que le conseil à la clientèle, donc aux assurés, était également un instrument de concurrence et accordent donc de plus en plus d'importance à ce service. Dans ce domaine, certaines mutuelles misent sur une densité élevée d'agences, d'autres sur des centres d'appel et la possibilité d'obtenir 24/24h des conseils par téléphone. D'autres encore ont opté pour l'internet et y ont développé leur site.

BE

Belgique

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	9858	9967	10137	10251	10479	10548´1
Espérance de vie - Femmes à la naissance Années	78,0	79,4	80,7	81,0	81.9	82,3´1
Espérance de vie - Hommes à la naissance Années	71,1	72,7	73,9	74,6	76,2	76,6´1
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	9436	13362	18555	24367	35845	36791´1
Dépenses totales de santé - % PIB	7,0	7,2	8,2	8,6	10,7	10,4´1
Dépenses publiques santé-% dépenses tot. de santé	-	-	78,5	76,0	72,3	-

-: Données non disponibles ; ´1, ´2 Données des 1 ou 2 années précédentes *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

La sécurité sociale belge regroupe six secteurs[67] : les pensions, l'assurance maladie invalidité, les allocations familiales, l'assurance chômage, les maladies professionnelles et les accidents du travail. Le secteur de l'assurance maladie invalidité est lui-même subdivisé en deux branches :

- La branche maladie ou les soins de santé qui intègrent principalement les soins curatifs. Elle représente environ 80 % des dépenses totales de l'assurance maladie invalidité,
- La branche invalidité ou l'assurance indemnité, qui représente les autres 20 % des dépenses totales de l'assurance maladie invalidité. L'assurance indemnité octroie un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail résultant de la maladie, d'un accident de la vie privée ou d'une maternité.

La Belgique est un Etat fédéral. Le financement de la Sécurité sociale et du secteur maladie-invalidité est une compétence fédérale. En matière de santé publique (offre

[67] Régime Général des travailleurs salariés.

de soins, protection de la santé publique, aide sociale, …), le cadre légal est fixé au niveau fédéral, mais ce sont les communautés qui sont responsables de son application.

Depuis le premier janvier 1998, toute personne résidant en Belgique est couverte pour les soins de santé par un des deux régimes de sécurité sociale coexistant : le régime général (ou régime des travailleurs salariés), regroupant près de 90 % de la population couverte, et le régime des indépendants couvrant les 10 % restant.

Depuis le 1er janvier 2008, les indépendants ont droit aux mêmes remboursements que les travailleurs salariés. L'assurance petits risques est désormais intégrée dans les cotisations sociales payées trimestriellement à leur Caisse d'assurances sociales. Il s'agit d'une réforme majeure du système d'assurance maladie belge. En effet, l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire pour les indépendants implique qu'il n'y a plus de différences avec les salariés quant à la couverture dont ils bénéficient. La seule raison du maintien de deux régimes n'est plus tellement la différence de couverture que le financement, qui lui reste différentié. Cependant, il est fort probable qu'à terme la distinction entre régime général et régime des indépendants disparaîtra.

L'assurance maladie invalidité obligatoire est financée de manière solidaire. Les moyens financiers alloués à la sécurité sociale proviennent principalement des cotisations sociales à charge des employeurs et des travailleurs. Les autres sources de financement proviennent des subsides de l'Etat et d'un financement dit « alternatif » composé d'une partie des recettes de la TVA.

L'exécution de l'assurance maladie invalidité est confiée à cinq Unions Nationales de Mutualités, à un fonds public (la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité) et à une caisse de maladie spéciale au bénéfice du personnel des chemins de fer.

Le système belge de soins de santé a connu ces dernières années un certain nombre d'évolutions :

- Pour pallier l'augmentation graduelle des tickets modérateurs à charge des patients, plusieurs réformes ont été introduites afin d'améliorer la couverture des groupes sociaux fragilisés.
- Une modification de l'organisation de l'assurance soins de santé afin de simplifier la réglementation et d'accroître l'accessibilité à l'assurance soins de santé.
- La mise en place de nouveaux outils permettant un meilleur suivi des dépenses de l'assurance maladie et l'introduction de mesures visant la responsabilisation des acteurs de la santé.
- L'informatisation de la gestion des données relatives à la sécurité sociale par l'instauration d'une carte d'identité sociale.

1. ORGANISATION

En Belgique, l'émergence du mouvement mutualiste remonte au début du 19ème siècle. La première loi sur les organisations mutualistes date du 23 juin 1894. Cette loi a constitué le cadre légal du mutualisme en Belgique pendant près d'un siècle. Elle a été abrogée et remplacée par la loi du 6 août 1990 sur les mutualités et Unions Nationales de Mutualités.

L'assurance maladie obligatoire a été instaurée par la loi du 28 décembre 1944. Actuellement, l'Arrêté Royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi du 9 août 1963 fixe le cadre légal de l'assurance maladie invalidité.

1.1. La direction générale de l'assurance maladie invalidité

Au niveau fédéral, les services publics fédéraux (SPF) suivant sont compétents dans le domaine de l'assurance maladie invalidité :

- Le SPF Sécurité sociale. Ce département gère tous les aspects financiers relatifs à l'assurance maladie invalidité. Il est responsable de la récolte des moyens financiers nécessaires au fonctionnement de la sécurité sociale, ainsi que de la fixation du niveau de l'intervention de l'assurance pour les différentes prestations couvertes.
- Le SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement. Celui-ci est notamment responsable de la politique relative à la protection de la santé publique, à l'offre de soins (programmation, qualité des soins dispensés, …), ainsi qu'à l'aide sociale.

La Belgique étant un pays fédéral, si le SPF santé publique est responsable de la législation relative à la santé publique, ce sont les communautés et les régions qui sont chargées de les appliquer.

L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) assure la gestion administrative et financière, ainsi que le fonctionnement de l'assurance maladie invalidité. L'INAMI dépend directement du SPF Sécurité sociale.

Au niveau supérieur de l'INAMI, on trouve le Comité Général de Gestion, au sein duquel siègent, en nombre égal, des représentants des organisations d'employeurs, de travailleurs et des organismes assureurs. Ce Comité est responsable de la gestion administrative de tous les services de l'Institut.

En matière d'administration de l'assurance maladie invalidité, l'INAMI comporte deux services importants :

- **Le service des soins de santé.** Ce service est géré par le Conseil Général de l'assurance soins de santé qui remplit la fonction de coordination en matière de politique d'équilibre financier et budgétaire pour le secteur des soins de santé. Ce Conseil est composé de représentants, en nombre égal, du gouvernement, des travailleurs, des employeurs et des organismes assureurs, qui ont tous une voix délibérative. Les prestataires de soins sont également représentés, mais ceux-ci disposent uniquement de voix consultatives.

  D'autres organes sont assignés à des tâches particulières :

  - Le Comité de l'Assurance Soins de Santé : organise l'exécution concrète de l'assurance maladie par le biais de conventions, d'accords et de modifications dans la nomenclature des prestations. Le Comité de l'Assurance fixe également les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions et d'accords et émet des avis sur la répartition équilibrée des moyens financiers entre les secteurs des soins de santé. Il est composé en nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins. Les employeurs et travailleurs sont également représentés, mais n'ont que des voix consultatives.
  - La Commission de contrôle budgétaire, composée de représentants des partenaires sociaux, des prestataires, du gouvernement et des organismes assureurs, émet des avis lors de l'élaboration du budget annuel global. Cette Commission émet des avis à propos de toute décision susceptible d'impliquer une modification des dépenses de

l'assurance soins de santé. Elle participe ainsi à l'élaboration du budget annuel global et à la détermination des objectifs budgétaires partiels. En outre, elle suit l'évolution des dépenses afin de vérifier le respect des objectifs budgétaires partiels, c'est-à-dire par secteur de soins. C'est dans ce but que dans un arrêté royal spécifique on retrouve les critères qui permettent de vérifier si un secteur est en situation de risque significatif de dépassement. Dans ce cas, la Commission de Contrôle Budgétaire en avise la commission de convention ou d'accord concernée afin que des mesures d'économie soient prises.

- Enfin, les commissions de conventions et d'accords, qui sont composées en nombre égal, de représentants des organismes assureurs et des représentants des professions médicales, des établissements hospitaliers, des services ou institutions intéressés. Ces différentes commissions prennent les mesures nécessaires en vue de respecter les budgets, se chargent des modifications de la nomenclature des soins de santé et des tarifs de remboursement.

- **Le service des indemnités** qui gère la seconde branche de l'assurance maladie invalidité. Il est géré par un comité de gestion, composé de représentants des partenaires sociaux (organisations de travailleurs et d'employeurs) et des organismes assureurs.

1.2. L'exécution de l'assurance maladie invalidité

Les organismes assureurs sont responsables de l'exécution de l'assurance maladie et de l'assurance invalidité (incapacité de travail). Pour le volet assurance maladie, ils remboursent à leurs assurés les frais des soins dont ils ont bénéficiés en fonction des tarifs fixés par conventions ou accords avec les différents prestataires et repris dans la nomenclature des soins de santé.

Sept organismes assureurs différents coexistent :

- Cinq Unions Nationales de Mutualités,
- La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité. Cet organisme assureur assure par défaut ceux qui ne se sont pas inscrit dans une mutualité relevant de l'une des 5 Unions Nationales,
- Enfin, la caisse des soins de santé pour les employés de la SNCB (Société Nationale des Chemins de fer Belges).

La répartition des affiliés entre les différents organismes assureurs - régime général - régime des indépendants- (au 31 décembre 2006):

Organismes Assureurs	Régime général		Régime des indépendants	
	Assurés	**%**	**Assurés**	**%**
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes	4.003.249	42,12	445.413	44,79%
Union Nationale des Mutualités Neutres	377.288	3,97%	52.030	5,23%
Union Nationale des Mutualités Socialistes	2.859.907	30.09%	147.829	14,87%
Ligue Nationale des Mutualités Libérales	511.337	5,38%	74.013	7,44%
Union Nationale des Mutualités Libres	1.555.790	16.37%	271.843	27,34%
Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité	75.352	079%	3.343	0,34%
Caisse de la SNCB	121.661	1.28%	0	0,0%
Nombre total de bénéficiaires	**9.504.584**	**100%**	**994.471**	**100%**

1.3. Le contrôle de l'assurance maladie invalidité

Le contrôle est réalisé à deux niveaux :

- Tout d'abord l'INAMI qui comporte deux services de contrôle :
  - Le service d'évaluation et de contrôle médical qui est chargé de l'évaluation et du contrôle médical des prestations de l'assurance soins de santé et indemnité.
  - Le service du contrôle administratif assume quant à lui, le contrôle administratif de l'assurance soins de santé et indemnités, en observant le respect des lois et règlements.
- Ensuite, l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités. Cet Office de contrôle a pour mission de contrôler le respect, par les mutualités et Unions Nationales de Mutualités, des dispositions comptables et financières fixées par la loi relative à l'assurance maladie invalidité. L'Office de contrôle formule également des avis et propositions concernant la comptabilité et la gestion financière des mutuelles et Unions Nationales et concernant toutes les matières en rapport avec leur fonctionnement. L'Office de contrôle a été créé par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités.

2. FINANCEMENT

2.1. Le financement global de la sécurité sociale

Depuis le 1er janvier 1995 a été instaurée une gestion financière globale de la sécurité sociale (régime général). Cette gestion financière globale a remplacé la gestion par secteur qui était appliquée avant 1995[68].

L'ONSS (Office National de Sécurité Sociale) récolte les divers moyens financiers nécessaires au fonctionnement de la sécurité sociale. Ces moyens financiers proviennent de différentes sources :

- Les cotisations de sécurité sociale (70,7 % des moyens financiers de la gestion globale en 2007): ces cotisations représentent un pourcentage du salaire brut non plafonné du travailleur assujetti. Pour les employés le montant des cotisations au 1er janvier 2007 s'élève à 37,84 % de leur salaire brut (13,07 % sont à charge du travailleur et 24,77 % sont à charge de l'employeur).
- Les subventions de l'Etat (10,8 % en 2007) : En 1983, cette intervention représentait 38 % du total des recettes, elle n'a cessé de se réduire en part relative depuis cette période.
- Le financement alternatif (16.3 % en 2007) : le financement alternatif a été mis en place afin de compenser la limitation des subventions de l'Etat et de réduire le montant des cotisations sociales versées par les employeurs. Le financement alternatif est constitué d'un pourcentage des recettes de TVA. En 2006, 9,689 milliards d'euros des recettes totales de la TVA ont été affectés à la sécurité sociale des travailleurs salariés et 461.1 millions d'euros à la sécurité sociale des travailleurs indépendants[69].

Ces moyens financiers sont globalisés par l'ONSS qui les répartis ensuite entre les différents secteurs en fonction de leurs besoins. Ces besoins sont déterminés par la différence entre les dépenses du secteur et ses recettes propres. En effet chaque secteur dispose de moyens qui lui sont propres (pour le secteur maladie invalidité, ces recettes propres représentaient 10,4 % des recettes courantes du secteur en 2000).

Pour le régime des indépendants, depuis 1997, une gestion globale du même type que celle en vigueur pour le régime général a été mise en place. L'INASTI (Institut d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants) est responsable de cette gestion globale. Il centralise les différentes recettes :

- Les cotisations (62,8 % des moyens financiers de la gestion globale en 2007) : celles-ci sont trimestrielles et représentent un pourcentage des revenus professionnels réalisés au cours de la troisième année civile précédant l'année à laquelle elles se rapportent. Ce pourcentage varie selon les tranches de revenus et les cotisations sont plafonnées à un montant maximum.

[68] Ainsi avant 1995, chaque secteur de la sécurité sociale avait ses propres sources de financement. A l'époque les cotisations prélevées pour financer l'assurance maladie invalidité représentaient 10,85% du salaire brut (4,7% étaient à charge du travailleur et 6,15 % à charge de l'employeur).
[69] Coeurnelle D. et al. (2007). Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale. Bruxelles : Service public fédéral Sécurité sociale. p. 12.

- Les subventions de l'Etat (25,5 %) : l'Etat verse une subvention unique à l'INASTI destinée au financement des différents secteurs de la sécurité sociale des travailleurs indépendants.
- Le Financement alternatif (15 %) .

2.2. La procédure budgétaire

Les différentes Commissions d'accords et de conventions de l'INAMI déterminent les besoins financiers par secteur de soins de santé et transmettent ces informations au Comité de l'Assurance.

Ensuite, le Comité de l'Assurance, après avoir examiné les estimations de besoins émises par les différentes commissions d'accords et de conventions, formule une proposition budgétaire globale pour le secteur des soins de santé.

Cette proposition budgétaire globale est envoyée au Conseil Général de l'assurance soins de santé, qui, après l'avis de la Commission de Contrôle Budgétaire, fixe l'objectif budgétaire annuel global pour les soins de santé et propose les budgets ou enveloppes destinées aux différents secteurs des soins de santé (médicaments, hôpitaux, biologie clinique, radiologie, …).

Notons qu'une norme de croissance annuelle a été fixée pour le budget global des soins de santé. Ainsi, la croissance réelle de l'objectif budgétaire global ne pouvait dépasser 1,5 % par an en termes réels[70] de 1995 à 1998. Cette norme a été fixée à 2,5 % à partir de 1999, et à 4,5 % à partir de 2005.

Le gouvernement reçoit ensuite ces informations budgétaires, les analyse et les amende éventuellement. Il les retransmet ensuite au Comité de l'Assurance qui peut alors fixer les objectifs budgétaires annuels partiels définitifs qui sont communiqués aux différentes commissions d'accords et de conventions. Ces budgets ne peuvent, théoriquement, être dépassés. Régulièrement, la Commission de Contrôle Budgétaire (CCB) évalue les risques de dépassement budgétaire. Lorsque ce risque est significatif pour un secteur, elle en averti la commission de convention compétente ainsi que les différentes instances de l'INAMI et le SPF Sécurité sociale. La commission de convention dispose alors de 15 jours pour réagir à l'avertissement de la CCB. En absence de réaction positive, le Conseil général de l'INAMI (où siègent le patronat, les syndicats et les mutualités) peut prendre des mesures linéaires de réduction des tarifs à concurrence du dépassement prévu.

Lorsque les différentes commissions disposent de ces budgets, les représentants des organismes assureurs et les représentants des prestataires de soins des différentes commissions négocient des accords et conventions en vue de respecter ces budgets et prévoient des mécanismes de corrections en cas de dépassements budgétaires.

Ces différentes commissions fixent les honoraires des prestataires de soins, les tarifs de remboursement, …

[70] Cette norme de croissance de 1,5 % par an en terme réel s'applique sur la base d'un montant de 395 milliards de francs belges correspondant à l'année 1995. Cette mesure est d'application jusqu'en 2000. Elle n'exclut cependant pas la prise en compte de facteurs exogènes (c'est à dire des dépenses exceptionnelles autorisées par les autorités permettant de satisfaire certains nouveaux besoins).

Enfin, le Conseil Général de l'Assurance, après l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, décide si les accords et conventions garantissent le respect de l'objectif budgétaire fixé.

2.3. La procédure de répartition des moyens financiers entre les organismes assureurs

Depuis 1995, les organismes assureurs sont responsables financièrement de l'exécution de l'assurance maladie[71]. Cette responsabilité financière signifie que les mutualités, après avoir reçu la partie du budget global qui leur revient, sont responsables de la différence entre les recettes et les dépenses de maladie de leurs membres.

Chaque mutualité reçoit une partie de ses recettes (30 %) en fonction du profil de risque de ses affiliés (financement normatif) et le reste (70 %) reste proportionnel à ses dépenses. D'autre part, les mutualités sont rendues responsables de la situation financière lors de la clôture des comptes. En cas de déficit, elles doivent en couvrir 25 %. Cette responsabilité est toutefois plafonnée à 2 % du budget global.

Afin de pouvoir combler les déficits éventuels, les mutualités sont obligées de constituer un fonds de réserve qui doit s'élever à un minimum de 4,46 euro par titulaire.

Si le budget d'une union nationale de mutualités est déficitaire, elle doit couvrir la partie du déficit pour lequel elle est responsable. Pour ce faire, elle peut soit puiser dans son fonds de réserve (dans le cas ou celui-ci est suffisant), soit prélever une cotisation auprès de ses membres ou bien utiliser ses fonds propres, mais dans tous les cas, le fonds de réserve doit s'élever à un montant minimum de 4,46 euro multipliés par le nombre de titulaires.

Lorsque le résultat d'un organisme assureur est en boni, la part qui lui revient est versée automatiquement au fonds de réserve.

Les intérêts générés par le fonds de réserve peuvent être utiliser pour les frais d'administration.

Avant la mise en place de cette mesure de responsabilité financière, les différentes Unions Nationales étaient financées sur base du nombre de leurs affiliés. Avec ce type de répartition du budget, les mutualités ayant une proportion de personnes âgées ou malades supérieure à la moyenne se retrouvaient de manière récurrente en déficit, alors que celles dont les affiliés étaient majoritairement jeunes, se retrouvaient constamment en boni financier.

Le financement normatif consiste à financer les mutualités en fonction des caractéristiques de leurs membres. Ces caractéristiques des membres déterminent les dépenses normatives qui sont censées refléter le niveau théorique de dépenses par membre de chaque organisme assureur.

Ces dépenses normatives sont calculées sur base de facteurs de risques influençant l'état de santé des membres. Ces facteurs de risques, déterminés par la loi, sont :

[71] La responsabilité financière des organismes assureurs a été instaurée par l'A.R. du 12 août 1994.

l'âge, le sexe, le statut de l'assuré (veuf, invalide, pensionné, orphelin), le chômage de longue durée, les revenus, la composition du ménage, l'urbanisation et la mortalité.

3. POPULATION COUVERTE

En Belgique, la population couverte est proche de 100 %. Près de 90 % de la population appartient au régime général, les 10 % restant appartenant au régime des indépendants. Cependant, avec l'intégration des petits risques à l'assurance obligatoire pour les indépendants, cette distinction n'a plus vraiment de sens, étant donné que désormais, tout individu appartenant à l'un des deux régimes bénéficie de la même protection obligatoire.

A noter la catégorie des personnes « *résidant en Belgique* ». Celle-ci regroupe toutes les personnes qui légalement et pour un temps suffisant, séjournent en Belgique, et qui ne font pas partie des exceptions (principalement les personnes qui peuvent faire valoir leurs droits à charge d'un autre régime belge ou étranger). Cette preuve de séjour se fait le plus souvent par l'inscription au registre national ou au registre des étrangers. Concrètement, toute la population séjournant légalement en Belgique (sauf quelques rares exceptions) peut prétendre à une couverture assurance maladie.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. Les conditions d'accès et les grands principes

Afin de bénéficier de la couverture de l'assurance soins de santé et de l'assurance indemnité, il faut s'affilier auprès d'une mutuelle (organisme assureur) (celle-ci étant affiliée à une des cinq unions nationales de mutualité) ou auprès d'une Caisse Auxiliaire d'assurance maladie invalidité. Notons que les membres du personnel de la SNCB sont obligés de s'affilier auprès de la Caisse de soins de santé de la SNCB.

L'inscription auprès d'un organisme assureur confère à la personne inscrite la qualité de titulaire. Cette qualité de titulaire lui assure, ainsi qu'à toutes ses personnes à charge, la couverture soins de santé. L'octroi de cette qualité de titulaire dépend du paiement des cotisations.

Dans certains cas rares, un stage d'attente de six mois peut être requis avant de pouvoir bénéficier de la couverture. Le droit à la couverture soins de santé est défini sur une base annuelle. A moins que le titulaire ne satisfasse plus aux conditions de prolongation de ce droit (non-paiement des cotisations, etc.) le droit à la couverture est reconduit pour une période d'un an.

Un des grands principes du système belge d'assurance maladie est le libre choix du prestataire à tous les niveaux de soins (ambulatoire, hospitalisation, …).

En règle générale, le patient paie la totalité du coût de la prestation dont il a bénéficié. Il se fait ensuite rembourser par l'organisme assureur au sein duquel il est affilié sur base d'un montant fixé par convention (la différence entre le coût de

la prestation et le niveau du remboursement reste à sa charge, il s'agit du ticket modérateur).

Cependant, par dérogation à cette procédure habituelle, il existe le système du tiers payant, principalement pour les hospitalisations et les médicaments délivrés en pharmacie. Dans ce cas, le patient ne paie au prestataire que le ticket modérateur, le reste de la facture étant directement payé par l'organisme assureur au prestataire de soins. Le système du tiers payant peut également être octroyé, avec l'accord du prestataire, à des personnes qui connaissent des situations de précarité sociale et financière particulière.

4.2. Les mesures en faveur de certaines catégories d'assurés

Le niveau de couverture offert aux affiliés (voir point 4.3.) n'est pas le même pour tous. Certaines catégories d'affiliés bénéficient d'une intervention majorée pour l'assurance soins de santé.

Depuis 1993, diverses mesures d'austérité ont été prises afin de réduire les déficits publics et de responsabiliser l'assuré « consommateur » de soins. Le niveau de la couverture collective a été réduit et une part croissante du coût total des soins de santé a été transférée vers le patient[72]. Afin de limiter l'effet de ces mesures sur les groupes sociaux fragilisés, des régimes préférentiels ont été développés. Ceux-ci se déclinent, en Belgique, sous la forme d'interventions majorées et de limite de payement des tickets modérateurs.

Depuis le 1er juillet 1997, le régime VIPO[73]l, nouvellement appelé « intervention majorée » (IM), a été étendu à de nouvelles catégories de personnes. En plus des VIPO, l'intervention majorée concernera également les minimexés et assimilés, les titulaires percevant le revenu garanti pour personnes âgées, les titulaires bénéficiant d'une allocation de handicapé, les titulaires ayant un enfant handicapé donnant droit aux allocations familiales majorées, et enfin, les chômeurs de longue durée (plus de 12 mois de chômage qui ont au moins 50 ans).

La dernière évolution en date est l'introduction du statut OMNIO, entré en vigueur le 1er juillet 2007. Il élargit le principe de l'IM à toutes les personnes et familles qui vivent avec un revenu modeste, et ce indépendamment de leur statut social. Le statut OMNIO est en principe un droit familial. La réglementation concernant les revenus à prendre en compte est la même que celle pour le BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée).

A noter que les deux systèmes (OMNIO et IM) sont considérés comme des statuts distincts. OMNIO ne remplace donc pas encore le système IM. Les personnes qui bénéficiaient déjà de l'IM conservent ce droit.

Concernant la limite de payement des tickets modérateurs, un double mécanisme « d'immunisation sociale des tickets modérateurs » a été instauré en 1994. Il s'agissait :

[72] Trois trains de mesures ont été pris depuis cette date, à chaque fois il s'agissait d'augmenter le ticket modérateur payé par le patient (octobre 1993, janvier 1994 et janvier 1997)
[73] VIPO = Veuf/Veuves-Invalides-Pensionnés-Orphelins dont le revenu annuel brut ne dépasse pas 12.628,39 €. Ce plafond est majoré de 2.337,85 € par personne à charge du titulaire VIPO.

- de **la franchise sociale**, qui s'adressait aux mêmes catégories de personnes que celles bénéficiant de l'intervention majorée, sauf les chômeurs, pour lesquels six mois de chômage suffisaient pour être éligibles. La franchise sociale consistait à couvrir, pour les catégories de personnes susmentionnées, tous les tickets modérateurs lorsque ceux-ci avaient dépassé un plafond annuel fixé à 15.000 BEF.
- de **la franchise fiscale**, qui s'adressait à toutes les catégories de personnes qui ne pouvaient bénéficier de la franchise sociale. Le principe de la franchise fiscale consistait également à couvrir tous les tickets modérateurs lorsque ceux-ci avaient atteint un plafond annuel. Ce plafond était déterminé ici sur base du revenu brut imposable[74].

Depuis le 1er décembre 2001, un nouveau système d'intervention préférentielle a été introduit. Il s'agit de la « facture maximale » ou également « maximum à facturer » (MAF). Ce système a progressivement remplacé les franchises sociale et fiscale et instaure une sélectivité sur base du revenu. En effet, on instaure un plafond pour une certaine partie des dépenses à charge du patient[75] et ce plafond est d'autant plus élevé que le revenu est élevé.

Dans le MAF, on distingue deux systèmes (le MAF fiscal a été intégré dans le MAF revenus):

- le maximum à facturer déterminé en fonction de la catégorie sociale des bénéficiaires, appelé MAF social
- le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire et exécuté par les organismes assureurs, appelé MAF revenus .

Plafonds de dépenses personnelles applicables selon le type de MAF

	Bénéficiaires	**Plafond des interventions personnelles (€)**
MAF social	Dépend de la catégorie sociale de l'assuré	450
MAF revenus[76]	< €15,144.56	450
	15,144.57 à 23,281.93 €	650
	23,281.94 à 31,419.32 €	1000
	31,419.33 à 39,217.63 €	1400
	> 39,217,64 €	1800
	Enfants de moins de 19 ans[77]	650

MAF= maximum à facturer

[74] Notons que tant pour la franchise sociale que pour la franchise fiscale, le calcul du plafond de ticket modérateur inclut tous les tickets modérateurs définis par la nomenclature des prestations, à l'exception des interventions personnelles pour les produits pharmaceutiques, pour les frais d'hôtellerie en cas de séjour dans les établissements de soins psychiatriques, dans les résidences protégées et dans les établissements de soins pour personnes âgées.
[75] En effet, toutes les dépenses ne sont pas prises en compte. Les tickets modérateurs lors d'hospitalisations de longue durée (plus de 365 jours en hôpital psychiatrique), les tickets modérateurs pour les médicaments des catégories autres que A, B et C et enfin toutes les formes de suppléments ne sont pas considérés pour le calcul de la charge du patient limitée par le plafond.
[76] Montants pris en considération au 1.1.2007.
[77] Bénéficiaire du MAF à titre individuel.

Le ménage pris en considération pour le MAF social et le MAF revenus est le ménage répertorié au Registre national.

Les bénéficiaires du MAF ne doivent accomplir aucune démarche particulière. Les mutualités se chargent de répertorier tous les frais de soins de santé pouvant être comptabilisés pour l'octroi éventuel du MAF.

Outre les systèmes d'intervention majorée et de MAF, a été introduit, ces dernières années, toute une série d'interventions forfaitaires pour les malades chroniques dans le cadre de l'assurance obligatoire :

- Le forfait de soins. Il s'agit d'une intervention pour les malades chroniques qui, en raison de leur maladie, sont fortement dépendants des autres et ont des dépenses de santé élevées. Au 1er janvier 2008, il s'élève à 261,97 €.
- Le forfait d'incontinence. Il a été mis en place pour rembourser (un partie) des frais de matériel d'incontinence pour les personnes qui en ont fortement besoins. Au 1er janvier 2008, il s'élève à 430,46 €.
- Le forfait de soins palliatifs. Il s'agit d'une intervention forfaitaire pour les frais de médicaments, de matériel de soins et d'aides techniques nécessaires aux soins des patients « palliatifs » à domicile. Au 1er janvier 2008, il s'élève à 491,22 €.
- Le forfait EVP (état végétatif persistant). Depuis le 1er janvier 2006, un forfait est accordé aux patients EVP qui sont traités à la maison ou dans un centre de soins de jour. Il est destiné à intervenir dans les frais de médicaments, de matériels de soins et d'aides techniques nécessaires pour les soins à domicile des patients EVP. Au 1er janvier 2008, il s'élève à 7.195,39 €.

4.3. Le niveau de couverture par type de prestation

4.3.1. Types de services couverts

Les prestations de santé comprennent tous les soins nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé. Il existe une nomenclature des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Seules les prestations reprises dans cette nomenclature font l'objet d'un remboursement.

Ces différentes prestations apparaissant dans la nomenclature sont classées par catégories. Les principales sont les suivantes :

- Consultations, avis et visites des médecins ;
- Soins courants (prestations techniques médicales comme la biologie clinique, soins dentaires, kinésithérapie, …) ;
- Accouchement ;
- Prestations techniques médicales spéciales (anesthésiologie, réanimation, chirurgie, radiodiagnostic, radiothérapie, physiothérapie, biologie clinique, …) ;
- Lunettes et autres prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses ;
- Anatomo-pathologie et examens génétiques ;
- Implants ;
- Etc.

Chaque prestation au sein de ces différentes catégories dispose d'un numéro d'identification, d'un tarif conventionnel et d'un niveau de couverture par l'assurance maladie.

Les médicaments remboursés sont quant à eux repris dans une liste positive.

L'assurance maladie obligatoire intervient dans le coût du séjour dans un hôpital général (budget des moyens financiers).

Une intervention forfaitaire journalière (calculée en fonction de coefficients de dépendance) est accordée aux institutions pour les personnes qui respectent certains critères et qui sont pris en charge dans des Maisons de Repos et de Soins (MRS) ou dans des Maisons de Repos pour personnes âgées (MR), pour autant que ces établissements soient agréés par l'autorité compétente.

Depuis 2000, il existe un forfait journalier à titre d'intervention dans les frais de soins de santé pour les personnes qui font appel à un centre de soins de jour agréé et qui répondent à certains critères.

Enfin, l'assurance maladie obligatoire prévoit une intervention dans les frais pour les personnes présentant des problèmes psychiques qui sont admis dans une maison de soins psychiatriques ou dans une initiative d'habitation protégée.

4.3.2. Les coûts à charge des patients

(1) L'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, des coûts de différentes natures sont à charge du patient :

- Frais de séjour

  Les montants suivants sont **facturés par journée** d'hospitalisation :

  - Une ***intervention personnelle légale***[78] est réclamée (sauf en cas d'hospitalisation de jour). Elle varie en fonction de la *qualité mutualiste*[79] et de la durée de l'hospitalisation.
  - L'hôpital peut aussi réclamer un **supplément de chambre**. Ce supplément varie selon le type de chambre :
  - Commune : pas de supplément.
  - À deux lits : l'hôpital peut facturer un supplément pour lequel un maximum légal est fixé (20,92 € au 01/01/2008).
  - Particulière : l'hôpital facture un supplément pour lequel aucun maximum légal n'est fixé. De plus, ce montant peut varier en fonction du niveau de confort de la chambre (chambre particulière de luxe par exemple).
  - Un **forfait médicaments de 0.62 €** pour les **médicaments remboursés** par l'assurance maladie est aussi réclamé et ce quelque soit la consommation (même nulle) des médicaments.

- Frais pharmaceutiques

[78] Ce montant est la participation légale dans le financement du coût de l'infrastructure et de l'encadrement infirmier de l'hôpital.
[79] Catégorie sous laquelle le patient est repris auprès de sa mutualité (titulaire avec personne à charge, titulaire sans personne à charge [isolé], enfant, bénéficiaire de l'intervention majorée [BIM = anciennement VIPO], chômeur complet, ….etc).

- Sont visés ici, notamment, les **médicaments qui ne sont pas remboursés** ou qui **le sont partiellement** par l'assurance maladie (antidouleurs communs, somnifères…). Ces derniers seront complètement ou partiellement à charge du patient. Sauf en cas d'hospitalisation en hôpital psychiatrique.
- Les **implants,** matériels et prothèses non remboursables et légalement facturables (prix + marge de délivrance), la marge de délivrance des implants, matériels et prothèses et la différence entre le prix fournisseur et le remboursement INAMI pour les implants, matériels et prothèses remboursables.

- Honoraires (para-)médicaux
  - Pour les prestations médicales que sont les actes techniques, la biologie clinique et l'imagerie médicale, l'hôpital réclame, qu'ils soient réalisés ou non, une seule fois pour l'hospitalisation, des montants uniques appelés «**honoraires forfaitaires par admission**» qui peuvent éventuellement être complétés lors d'examens spécifiques. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont droit à un tarif réduit.
  - Pour toutes les autres prestations médicales, une *intervention personnelle légale* [c'est à dire un ticket modérateur] qui varie en fonction de la *qualité mutualiste* est réclamée. De plus, des suppléments sur ces mêmes prestations médicales, selon le type de de médecin (conventionné ou non) et de chambre (choisi par le patient), peuvent être facturés.
- Autres fournitures et frais divers
  - Les **autres fournitures** (sang, plasma sanguin, lait maternel, bandes plâtrées…) sont prises en charge par l'assurance obligatoire.
  - Les **frais divers** sont des biens et services **non médicaux** (téléphone, boissons, télévision, frigo...) qui sont totalement à charge du patient.

(2) Les soins dispensés par un généraliste

Pour les soins dispensés par un médecin généraliste conventionné, le patient paye la totalité du tarif conventionnel, et se fait ensuite rembourser par son organisme assureur. Le patient paye un ticket proportionnel de l'ordre de 30 % (environ 10 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel).

Le médecin généraliste est payé à l'acte. A noter que les patients palliatifs ne paient pas de ticket modérateur pour la visite du médecin généraliste à domicile ou à l'hôpital.

Les médecins non-conventionnés peuvent fixer le tarif qu'ils souhaitent. La charge supportée par le patient correspond alors au ticket proportionnel basé sur le tarif conventionnel, majorée par le dépassement de tarif.

Le Dossier Médical Global (DMG) a été introduit le 1er janvier 2000. Un DMG contient tous les renseignements sociaux, médicaux et administratifs d'un patient et est géré par le médecin traitant de celui-ci. Ces dernières années, le système a été étendu si bien qu'à l'heure actuelle, l'ensemble de la population peut le solliciter. Une réglementation a été élaborée pour encourager à la fois le médecin et le patient à utiliser ce système. Le médecin traitant peut porter en compte, chaque année, au patient, un supplément d'honoraires de 25,67 € (au 1er janvier 2008) pour la gestion d'un DMG. Ce montant est remboursé intégralement par l'assurance maladie. Les patients possédant un DMG, pour leur part, peuvent compter sur une

réduction du ticket modérateur de 30% pour la consultation chez le médecin généraliste. Pour certains groupes (les plus de 75 ans et certaines maladies chroniques), la réduction du ticket modérateur s'applique aussi lors d'une visite à domicile du médecin généraliste.

(3) Les soins dispensés par un spécialiste

Les médecins spécialistes perçoivent également des honoraires à l'acte. Pour les consultations (prestations intellectuelles) auprès d'un médecin spécialiste conventionné, l'assuré ordinaire paye 40 % du tarif conventionnel (environ 10 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel). Les médecins spécialistes non conventionnés peuvent fixer leurs tarifs librement. Dans ce cas, le patient paye le ticket proportionnel, ainsi que le dépassement de tarif. De plus, pour les hospitalisations, les médecins peuvent exiger des suppléments (dépassements de tarifs) pour les patients ayant opté pour une chambre privée.

Pour les prestations techniques médicales spéciales réalisées par les médecins spécialistes (anesthésie, chirurgie, radiothérapie, réanimation, …), la couverture est généralement de 100 %. Pour les actes techniques plus courants en ambulatoire, les patients s'acquittent dans certains cas de tickets modérateurs proportionnels de l'ordre de 10 à 15 % pour les assurés ordinaires avec des plafonds d'interventions (pas d'intervention personnelle pour les bénéficiaires du régime préférentiel).

(4) Les soins infirmiers à domicile

Pour les soins infirmiers à domicile, l'intervention du patient pour l'acte presté est de 25 % du tarif conventionnel (0 à 5 % maximum pour les bénéficiaires du régime préférentiel). Comme déjà dit, il n'y a pas de ticket modérateur pour les patients palliatifs.

(5) Les médicaments en ambulatoire

Les médicaments en ambulatoires remboursés par l'assurance maladie sont repris dans une liste positive. Pour bénéficier du remboursement et de la délivrance du médicament, l'assuré doit disposer d'une prescription médicale.

Les médicaments remboursés sont répartis dans cinq catégories (montants au 1er janvier 2008) :

- La classe A regroupe les médicaments de nécessité vitale (ex. insuline pour diabétiques). Ces médicaments sont couverts à 100 %.
- La classe B regroupe les médicaments d'utilité avérée (ex. les antibiotiques). Ils sont remboursés à 75 %, avec un plafond d'intervention du patient fixé à 10,80 €, ou 85 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel, avec un plafond de 7,20 €. Pour les grands conditionnements de classe B (plus de 60 unités), le plafond du ticket modérateur s'élève à 8,90 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et à 13,50 € pour les autres
- La classe C reprend les médicaments contre les maladies de courte durée. Ils sont couverts à 50 % (avec un plafond de 13,50 € pour les assurés ordinaires et 8,90 € pour les bénéficiaires du régime préférentiel).
- La classe Cs reprend les antihistaminiques et vaccins : Ils sont couverts à 40 % sans ticket modérateur maximal.
- La classe Cx regroupe les médicaments de classe expérimentale et transitoire (à réévaluer après période probatoire), ainsi que les contraceptifs oraux, les

spasmolytiques et les antivertigineux. Ils sont couverts à 20 % sans ticket modérateur maximal.

Toutefois, en sus de ce ticket modérateur, un supplément peut également être porté en compte dans le cadre du remboursement de référence.

Le coût des médicaments qui n'appartiennent pas à l'une de ces catégories reste totalement à charge du patient.

Depuis le 1er mai 2001, le système du prix de référence a été introduit. Dorénavant, le montant remboursé par l'assurance maladie est calculé sous la forme d'un pourcentage du prix du médicament générique (lorsqu'il existe) et non plus sous la forme d'un pourcentage du prix de la spécialité pharmaceutique de base. En ce moment, on tient compte d'un prix qui est de 30 % inférieur à celui de la spécialité de base (depuis juillet 2005).

Outre l'introduction du système de référence, toute une série de mesures ont été introduite ces dernières années en vue de réduire les coûts pour l'assurance maladie et le patient ainsi que les volumes, entre autres :

- 10-2002 : relèvement de 50 % du plafond du ticket modérateur des médicaments de la catégorie de remboursement B en grands conditionnements (qui contient plus de 60 unités).
- 05-2004 : diminution du ticket modérateur des contraceptifs pour les jeunes de – de 21 ans.
- 09-2005 : baisse de prix de 14 %des anciens médicaments de plus de 12 ans
- 10-2005 : prescription en DCI (Dénomination commune internationale) rendue légalement possible.
- 11-2005 : Relèvement de tickets modérateurs pour les catégories de remboursement B et C, pour les classes thérapeutiques de médicaments (ATC 4ème niveau) pour lesquels une alternative générique remboursable existe.
- 04- au 09-2006 : Période d'évaluation de la fixation de pourcentages minimum de médicaments bon marché que chaque médecin doit prescrire. Ce pourcentage porte sur les doses journalières internationales (DDD).
- 07-2006 : baisse de prix des médicaments par les firmes pharmaceutiques, devant générer une économie égale à 2 % du chiffre d'affaires total réalisé par l'industrie pharmaceutique en 2004.
- 04-2007 : baisse de 16,35 % du plafond du ticket modérateur des médicaments de la catégorie de remboursement B en grands conditionnements, qui n'ont pas d'alternative générique.

(6) Les soins dentaires

Pour les moins de 12 ans, tous les soins dentaires sont gratuits.

Pour les bénéficiaires du régime préférentiel, sauf à quelques exceptions près, tous les soins dentaires sont gratuits.

Pour les assurés ordinaires (plus de 12 ans sans régime préférentiel), les coûts à charge du patient sont les suivants (entres autres) :

- Pour les consultations, le ticket modérateur est proportionnel par rapport aux tarifs conventionnels et est de l'ordre de 25 %.
- Pour les traitements préventifs, les tickets proportionnels à charge du patient varient de 10 à 25 %, à condition que la personne ait consulté son dentiste au

moins une fois dans l'année. Si ce n'est pas le cas, le ticket modérateur peut atteindre 90 %.
- Pour les soins conservatoires, les tickets proportionnels à charge du patient varient selon les types de soins conservateurs de 5 à 25 %.
- Pour les extractions, les tickets proportionnels à charge du patient sont de l'ordre de 25 %.
- Pour les prothèses dentaires amovibles, les tickets à charge du patient sont de l'ordre de 25 % (5 % pour le régime préférentiel).

A noter que si le dentiste n'est pas conventionné, le patient paye en plus de son ticket proportionnel, un dépassement de tarif.

Pour l'orthodontie, il existe également des tarifs conventionnels. Le patient paye en principe un ticket proportionnel de 25 %. Néanmoins, un grand nombre d'orthodontistes ne sont pas conventionnés et fixent donc les tarifs qu'ils souhaitent. Dans ce cas, le patient paye le ticket proportionnel de 25 % du tarif conventionné, plus le dépassement de tarif fixé par l'orthodontiste.

(7) Soins ambulatoires dispensés par un kinésithérapeute

Pour les prestations de kinésithérapie ambulatoires dispensées au cabinet du kinésithérapeute, le ticket modérateur s'élève en autour de 13 % pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et autour 30 % pour les autres ayants droit. Le nombre de séances qui sont remboursées annuellement au tarif ordinaire est toutefois limité. La réglementation en la matière a profondément changé depuis le 1er mai 2002. Depuis lors, on distingue trois situations:

- Pour les pathologies courantes, le nombre de séances remboursées au tarif ordinaire est désormais de 18 (contre 60 auparavant).
- Pour un certain nombre de pathologies lourdes, regroupées sous la liste E (ex. mucoviscidose, arthrite rhumatoïde), le nombre de séances n'est pas limité.
- La nouvelle catégorie intermédiaire ou la liste F regroupe un certain nombre de situations avec restrictions fonctionnelles requérant davantage de traitements que les pathologies courantes mais qui ne sont pas considérées comme des pathologies lourdes. Le nombre de séances remboursées au tarif ordinaire est de 60.

De plus, le massage et certaines techniques passives ne sont en principe remboursés que s'ils sont pratiqués à titre complémentaire.

(8) La physiothérapie

Pour la physiothérapie, il faut distinguer :

- Les prestations de diagnostic : la couverture de l'assurance maladie est totale pour les patients hospitalisés. Pour les traitements en ambulatoire, l'intervention prend la forme d'un ticket proportionnel de 15 % pour les assurés ordinaires (le montant est plafonné à 8,68 €). Les bénéficiaires du régime préférentiel n'ont aucun frais à leur charge en ambulatoire.
- Les prestations thérapeutiques : intervention du patient sous la forme d'un ticket proportionnel de 40 % du tarif conventionnel (20 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel).
- Les prestations de rééducation : intervention du patient sous la forme d'un ticket proportionnel de 40 % du tarif conventionnel (20 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel).

- Les traitements de rééducation : intervention du patient sous la forme d'un ticket proportionnel de 10 % du tarif conventionnel (5 % pour les bénéficiaires du régime préférentiel).

(9) Les soins résidentiels

En Belgique, il existe deux types de structures accueillant les personnes âgées :

- Les maisons de repos et de soins (plus médicalisées)
- Les maisons de repos pour personnes âgées

L'assurance maladie intervient par le biais d'un forfait journalier. Depuis le 1er janvier 2004, un forfait unique est calculé par établissement. Ce montant tient compte du profil de soins global des pensionnaires de l'établissement. Ce forfait unique est ensuite facturé pour tous les pensionnaires, quelle que soit la gravité des soins individuels.

Le forfait couvre aussi bien dans une maison de repos et de soins que dans une maison de repos pour personnes âgées les frais des soins suivants:

- les soins dispensés par des infirmières et aides soignantes;
- les prestations de logopèdes;
- l'aide dans les gestes de la vie quotidienne et tout acte visant la réactivation et la réintégration sociale, y compris l'ergothérapie;
- un package détaillé de matériel de soins.

Dans une maison de repos et de soins, le montant couvre en outre les prestations de kinésithérapie et les tâches du médecin-conseil et coordinateur. Enfin, dans toutes les maisons de repos et de soins et dans certaines maisons de repos, le forfait couvre également les efforts déployés en vue du développement d'une culture de soins palliatifs.

L'assurance maladie intervient également pour les frais de médecins, de médicaments, etc. Pour les tickets modérateurs à charge du patient, les principes ont été décrits dans les rubriques précédentes.

Les personnes hébergées doivent payer tous les autres frais :

- Les frais d'hôtellerie, proportionnels au confort offert par l'institution Dans des établissements conventionnés, le prix journalier couvre, en tout cas, les frais d'hôtel et les frais de lessive du linge de lit. En dehors de cela, un établissement peut décider librement quels services sont couverts par le prix journalier;
- Suppléments pour des services qui ne sont pas couverts par le prix journalier.
- Les frais de soins non couverts par l'assurance maladie.

L'assurance maladie prévoit également une intervention dans les frais de soins de santé pour les personnes qui recourent à un centre de soins de jour lorsqu'elles remplissent certaines conditions.

Ce forfait couvre à peu près les mêmes prestations que dans une maison de repos et de soins. Pour les utilisateurs qui ne remplissent pas les conditions, la facturation est opérée suivant les règles de la nomenclature des soins à domicile. L'utilisateur paie un prix journalier pour les frais de séjour et les services prestés. Pour les services qui ne sont pas ainsi couverts, il paie un supplément. En règle générale, les frais de transport sont également facturés.

Dans le secteur des soins de santé mentale, l'assurance maladie prévoit des interventions dans les frais de soins de santé dans une maison de soins psychiatriques (MSP) et dans une initiative d'habitation protégée (IHP).

Dans une MSP, un résident paie une quote-part personnelle dans le prix d'hébergement (32,7 € au 1er janvier 2008). Le pensionnaire ne doit jamais payer ce montant intégralement. Il est en effet diminué d'une intervention de l'Etat (SPF Santé publique). Le montant de l'intervention dépend du statut du pensionnaire et couvre les frais de soins, de kinésithérapie, de logopédie, d'aide dans les gestes de la vie quotidienne et de réactivation. Lorsqu'un pensionnaire doit recourir à d'autres soins, tels que soins dentaires, la réglementation ordinaire basée sur la nomenclature s'applique.

De plus, le pensionnaire paie par jour un forfait de 0,95 €pour les médicaments, indépendamment de la catégorie et de la consommation réelle.

Les frais personnels tels que ceux pour la lessive personnelle, les vêtements, les loisirs, etc. sont entièrement à charge du pensionnaire. Le CPAS peut intervenir si le résident a des moyens financiers insuffisants pour couvrir ses frais personnels. Cette intervention doit prendre en compte le droit, prévu par la loi, pour tout résident en MSP de toucher un montant garanti de 151,71 € par mois. Ce montant est destiné à un usage personnel : cigarettes, activités socio-culturelles, etc. Si le résident a moins de 164,22 € après payement des coûts personnels, le CPAS peut intervenir.

Dans une initiative d'habitation protégée, une intervention dans les frais de fonctionnement général est accordée, sous la forme d'un forfait journalier. Il s'agit plus spécifiquement d'une intervention dans les frais de personnel, les frais d'enregistrement et une indemnité d'installation, ainsi qu'un subside pour le psychiatre (mais pas pour l'accompagnement individuel).

Pour les soins de santé (médecin généraliste, médicaments, soins dentaires, traitement psychiatrique, etc.), la réglementation ordinaire basée sur la nomenclature s'applique.

Un pensionnaire paie encore en plus un loyer mensuel et toutes sortes de frais personnels.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Pour exercer leur activité professionnelle, les médecins doivent être inscrits à l'Ordre des médecins et au Ministère de la Santé Publique. Les autres prestataires doivent être agréés par l'INAMI.

En 1997 une loi a instauré une limitation du nombre de médecins et dentistes par le biais d'un numerus clausus. Ainsi, à partir de 2002, le nombre de nouveaux médecins sera restreint à 600 par an (ce qui correspond environ à la moitié du nombre de diplômes octroyés en 1997). Ce quota est fixé par une Commission de planification de l'offre médicale. Elle est chargée d'examiner les besoins en médecins (généralistes et spécialistes) et en dentistes, en fonction de l'évolution des techniques, de la démographie, de l'évolution sociale, …

Les médecins et les dentistes sont rémunérés à l'acte. Le montant du remboursement de la prestation est défini par la convention conclue entre les associations de médecins et les organismes assureurs.

Pour que la convention soit applicable au niveau national, elle ne peut être dénoncée par plus de 40 % des médecins et doit être acceptée sur le plan régional par au moins 50 % des médecins généralistes et spécialistes.

Pour les pharmaciens, les praticiens des professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, accoucheuses, …) et l'hospitalisation de jour, la convention est uniquement obligatoire dans une région déterminée, lorsque 60 % d'entre eux au moins ont adhérés aux termes de celles-ci.

Le praticien non conventionné est libre de fixer les tarifs. Il n'y a donc pour eux aucune liaison entre le montant de leurs honoraires et les remboursements par l'assurance maladie (le patient n'a donc aucune sécurité tarifaire).

En juin 1998 ses sont tenues les premières élections médicales afin de déterminer les représentants des médecins auprès de la commission médico-mutualiste chargée de l'élaboration de la convention.

Au printemps 1998, la convention médico-mutualiste a été dénoncée par les médecins. Depuis le 23 février 1999, une nouvelle convention a assuré la sécurité tarifaire pour le patient. Cette sécurité a été prolongée grâce au nouvel accord signé le 18 décembre 2000.

Depuis septembre 1995, un nouveau système a été mis en place dans le but de renforcer la qualité des prestations médicales et de mieux maîtriser le volume des prestations. Ce système s'appelle « l'accréditation ». Par le biais de ce système, les médecins qui se conforment à un certain nombre de critères (pratiques médicale, peer review, formation continue, …), peuvent en échange bénéficier d'honoraires plus élevés et d'un forfait de 500 euro par an.

Cette mesure s'inscrit dans un cadre plus large de réformes visant à améliorer l'efficience du système de santé.

6. LE ROLE DES MUTUALITES

Avec la mise en place du système de sécurité sociale belge en 1944, les mutualités se sont vues confiées l'exécution de l'assurance maladie.

La loi du 6 août 1990 (en remplaçant la loi de 1894) a donné un nouveau cadre légal aux mutualités et unions nationales de mutualités. Celle-ci fixe les objectifs et les tâches des mutualités et unions nationales de mutualités, à savoir, « promouvoir le bien-être physique, psychique et social dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, et ceci sans but lucratif ». Leur terrain d'action est donc la prévention, le rétablissement de la santé et l'indemnisation des dommages corporels. Les unions nationales et les mutualités ne peuvent pas s'occuper d'assurances contre d'autres risques.

- La loi stipule que l'assurance maladie invalidité obligatoire constitue la tâche principale des unions nationales et des mutualités.
- Une deuxième mission des unions nationales et des mutualités est d'organiser des services complémentaires.

- Enfin, une troisième mission consiste à offrir un éventail de services (« octroi d'aide, d'informations, de guidance et d'assistance ») afin de garantir la qualité et l'accessibilité des soins pour tous.

En vertu de cette nouvelle loi, les Unions Nationales de Mutualité, ainsi que les mutualités qui en dépendent, sont gérées par des organes statutaires :

- L'Assemblée Générale, dont les membres sont élus au suffrage direct de tous les affiliés ayant la majorité civile. Ces élections se tiennent tous les six ans,
- Le Conseil d'Administration, dont les membres sont élus directement par les membres de l'Assemblée Générale, est chargé de la gestion journalière.

Les membres des assemblées générales des Unions Nationales de Mutualités proviennent directement des assemblées générales des mutualités qui en dépendent.

Seules les mutualités disposent de la personnalité juridique.

Bien que l'assurance maladie obligatoire soit régie par la loi et divers arrêtés royaux et que les organes mutualistes ne disposent pas d'une compétence décisionnelle en la matière, les mutualités, en tant que responsables de l'exécution de l'assurance maladie invalidité, ont un rôle important à jouer, dans le repérage des lacunes du système, dans la formulation de propositions, dans la vérification de l'exécution correcte, dans l'optimalisation du service aux membres et enfin, au niveau de l'influence qu'elles peuvent exercer sur les décideurs.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

Les réformes récemment mises en œuvre et celles à venir visent le maintien d'un système d'assurance maladie accessible à tous et viable à long terme.

Diverses réformes sont à l'étude et se concentrent sur la qualité des soins, le rapport coût-efficacité des traitements et les relations entre les médecins généralistes et spécialistes (échelonnement des soins).

L'INAMI et le Ministère de la Santé Publique disposent d'une multitude de données relatives au profil des prestations et des prescriptions par médecins, de données médicales, etc. Le souci des gestionnaires est d'utiliser ces données et d'analyser les différentes pratiques médicales afin de prendre les décisions appropriées.

Différents outils sont mis en place afin de récolter et de traiter ces données :

- Pharmanet est un système d'information qui permet de faire la liaison entre le prescripteur, sa prescription et le patient auquel est adressée. Ce système devrait permettre de développer la politique pharmaceutique par l'analyse des données que le réseau recueille sur les médicaments remboursés (médicaments délivrés en pharmacie).
- La carte SIS est une carte d'identité sociale qui reprend notamment des données relatives à l'assurance maladie. Elle est détenue par tous les assurés (titulaires et personnes à charge) et est utilisée lors des hospitalisations et de la délivrance des médicaments dans les pharmacies.
- Carenet est un réseau qui relie les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. Celui-ci permettra l'échange électronique

d'informations relatives aux prises en charge des patients et à la facturation des hospitalisations.

Depuis le début des années 1990, des hausses importantes des tickets modérateurs ont été supportées par les patients. Afin de tempérer celles-ci, diverses réformes ont déjà été entreprises (élargissement des catégories pouvant bénéficier du régime préférentiel, instauration de la franchise sociale et de la franchise fiscale, réforme de l'assurabilité ouvrant un droit à la couverture soins de santé pour les personnes jusqu'alors non protégées).

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

En Belgique, le marché de la protection privée est assez restreint car la couverture socialisée est large, malgré les mesures qui ont été prises par les pouvoirs publics depuis 1980 en vue de maîtriser la croissance des dépenses de santé. En 2004, la part des dépenses publiques de santé représentait 73,1 % des dépenses totales de santé (contre 78,5 % en 1995).

Deux acteurs évoluent dans le champ de la protection privée : les mutualités et les compagnies d'assurance privées. Ces dernières sont les seules à proposer à la fois des couvertures individuelles et de groupes.

La part des assurances privées (contrats individuels et collectifs) connaît une croissance importante chaque année. Même si l'ensemble des primes ne représente qu'une proportion très réduite des dépenses publiques de santé (3,2 % en 2004), la tendance est tout de même à la hausse. Il faut en outre faire remarquer qu'une part importante de ces primes sert à couvrir les frais d'administration qui s'élèvent à 18,7 % du total des primes en 2004. Par comparaison, les frais d'administration des mutualités représentent 4,15 % de l'ensemble des remboursements pour la même année.

Les couvertures collectives offertes par les assureurs privés varient d'une entreprise à l'autre. Quant aux assurances individuelles, elles contiennent des limites d'âge à la souscription, elles imposent un délai d'attente, renferment des exclusions de garantie et imposent des franchises à l'assuré. La tarification de la grande majorité des contrats individuels est établie à la souscription. Les tarifs sont constants et varient en fonction du sexe, de l'âge du souscripteur, du risque couru par l'assuré (par exemple : sa profession, ses activités sportives, ...).

L'essentiel des couvertures offertes sont des couvertures complémentaires s'articulant directement sur le niveau de protection socialisée qui laisse une partie des frais de traitement à charge du patient. C'est principalement la couverture des frais d'hospitalisation qui est offerte par les assureurs privés. Une autre catégorie d'assurance est celle du type "Revenu Garanti" qui octroie une rente forfaitaire, complémentaire à celle de l'assurance maladie invalidité, en cas d'incapacité de travail.

L'assurance maladie privée offerte par les assureurs privés croît chaque année, sans toutefois atteindre un pourcentage significatif dans l'encaissement total des assureurs privés. En 2004, les prestations des assureurs privés au sein de la

branche maladie représentaient 2,7 % des prestations de l'assurance maladie obligatoire (contre 2 % en 1999).

Certains assureurs privés proposent également une couverture substitutive, ayant pour fonction de pallier l'absence de couverture sociale contre les risques de maladie, en faveur des "petits risques" des travailleurs indépendants. Cela dit, la présence des assureurs privés est marginale dans ce secteur.

2. ASSURANCE PRIVEE PAR LA MUTUALITE

2.1. Fonction de la mutualité

La fonction d'organisme assureur des mutualités joue, sans doute, un rôle déterminant sur le développement restreint du champ de la protection privée en Belgique. En effet, les mutualités, qui constituent avec les assureurs les seuls acteurs de la protection privée, ne sont pas incitées à assurer le ticket modérateur à charge du patient, dans la mesure où elles négocient les conventions et les accords avec les prestataires de soins pour définir le niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire qu'elles gèrent.

Les activités des mutualités dans le champ de la protection privée ont pour principal objectif de parfaire le système belge de santé et d'accès aux soins par la mise en œuvre et la gestion de services non lucratifs répondant à une logique non marchande. Les activités des mutualités, tant au niveau de l'assurance maladie invalidité obligatoire qu'au niveau de l'assurance libre et complémentaire (A.L.C.), sont régies par la loi du 6 août 1990.

Les objectifs des services financés par l'assurance complémentaire sont définis comme suit :

1) "l'octroi de l'intervention financière pour les affiliés et les personnes à leur charge dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité";
2) "l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou en vue d'améliorer ainsi le bien-être physique, psychique ou social du membre".

Comme formulés dans la loi, ces objectifs sont fort semblables à ceux de l'assurance maladie obligatoire. En réalité, ces services offrent toutefois un large éventail d'activités dans divers domaines. Ainsi, il y a le remboursement complet ou partiel de coûts découlant de la maladie, qui ne sont pas remboursés par l'A.M.I. obligatoire (transport des malades, utilisation de matériel sanitaire, frais de convalescence, ...). En outre, un certain nombre de services sont axés sur des groupes-cibles tels que les pensionnés, les malades chroniques, les jeunes, les handicapés. L'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance est une tâche inhérente à l'action sanitaire et sociale des mutualités. Celles-ci ont pour mission d'encadrer leurs membres, afin de leur garantir l'accessibilité aux soins et une qualité élevée.

2.2. Types de couverture

L'assurance libre complémentaire est ouverte à tous les membres. Les mutualités les plus importantes rendent obligatoire l'adhésion à cette couverture. En s'affiliant à une de ces grandes mutualités, les affiliés s'engagent à contribuer à la solidarité entre tous les membres de la mutualité. Cette large solidarité est nécessaire pour garantir la viabilité financière et la stabilité des services offerts aux adhérents.

Le champ de l'A.L.C. n'est pas défini légalement. Il varie d'une mutualité à l'autre en fonction des besoins émis par les membres au sein des instances. Ce sont, en effet, les représentants des affiliés siégeant à l'Assemblée Générale de chaque mutualité qui décident souverainement de l'instauration d'un nouveau service, de son maintien ou de sa suppression.

Tous les services financés par l'A.L.C. sont globalisés en un ensemble proposé à tous les affiliés. Ces services n'ont pas pour intérêt de venir en aide aux seuls démunis, mais d'offrir des prestations à tous les affiliés.

Dans la couverture de certains frais de maladie complémentaires, les mutualités n'interviennent pas seulement dans les frais médicaux, mais aussi dans d'autres frais, nécessaires à un traitement de qualité. Comme exemples, on pourrait citer les services de soins à domicile, ceux de prêt de matériel pour malades et handicapés, les services d'aides familiales et seniors, les séjours en maison de convalescence, de petites indemnités journalières en cas d'hospitalisation, le transport des malades et le service de soins de santé à l'étranger.

Le service aux membres ne se limite pas à des interventions purement financières ou matérielles. Les mutualités font également de la prévention et de l'information aux membres, organise la défense de leurs intérêts, assurent certaines guidances sociales et / ou psychologiques. Un certain nombre d'activités d'aide sociale représentent aussi un aspect de leur champ d'action (services et mouvements pour et avec des jeunes, des femmes, des handicapés et des retraités). La principale mission de ces services consiste à promouvoir l'intégration sociale de ces groupes-cibles.

La promotion de la santé ne se limite pas aux seuls membres. Dans le cadre de la loi sur les mutualités, ces dernières peuvent déployer des initiatives visant à développer les soins de santé et l'aide sociale en faveur des non-membres. Pour ce faire, elles peuvent accorder une aide ou prêter leur collaboration à des associations ou à d'autres personnes morales. La coopération au développement s'insère également dans ce cadre.

Certaines assurances complémentaires sont par ailleurs offertes sur une base facultative. Il s'agit de prestations qui sont trop spécifiques pour être intégrées dans le champ de l'assurance complémentaire et pour lesquelles le principe d'une solidarité généralisée entre tous les membres s'applique difficilement. Il s'agit notamment de *l'épargne prénuptiale* pour les jeunes de 14 à 27 ans qui leur permet de se constituer un capital de lancement dans la vie adulte (âge de démission obligatoire : 30 ans).

Une autre catégorie importante d'assurance complémentaire est celle qui octroie une *indemnité journalière en cas d'incapacité de travail*. Il existe diverses modalités selon la période d'incapacité indemnisée, les membres susceptibles de s'affilier.

Il existe également quelques assurances facultatives auxquelles chaque membre peut souscrire individuellement. Il s'agit habituellement de garanties "hospitalisation" et de contrats "revenu garanti" pour les travailleurs indépendants.

Depuis 1985, la plupart des mutualités proposent une assurance facultative en cas d'hospitalisation. Les conditions d'accès à cette assurance sont moins sélectives et moins limitatives que les conditions fixées par les compagnies d'assurances commerciales. A noter que ce type de service peut compléter une assurance hospitalisation obligatoire et ouverte à tous.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MÉDICAUX

1.1. Principes directeurs

Il existe une nomenclature des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Seules ces prestations font l'objet d'un remboursement. Le remboursement prévu est un remboursement à l'acte.

Les honoraires et les tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont négociés entre les mutualités et les représentants des différentes professions médicales et paramédicales. Le résultat de ces négociations est incorporé dans un accord (pour les médecins et les dentistes) ou une convention (pour les autres prestataires). En adhérant à l'accord ou à la convention, les prestataires s'engagent à respecter les tarifs convenus. Les accords et les conventions entrent seulement en application quand un nombre minimal de prestataires y adhèrent.

Pour les prestations reprises dans la nomenclature, les accords et les conventions fixent les honoraires et les prix, en déterminant la valeur de la lettre-clé suivant le libellé de chaque prestation. Ils peuvent prévoir des taux d'honoraires préférentiels ou des conditions particulières à la réalisation des prestations.

Les tarifs conventionnels servent de base pour le remboursement des prestataires mais aussi pour la détermination des tickets modérateurs (qui représentent un pourcentage des tarifs).

Les accords médico et dento-mutualistes fixent les conditions de temps et de lieu qui ouvrent le droit à des dépassements d'honoraires. Ceci permet aux médecins et dentistes de limiter, dans le cadre prévu par l'accord, leurs activités à un certain nombre d'heures. Ils ne sont dès lors pas tenus de respecter les tarifs de l'accord quand ils exercent en dehors de ces périodes.

1.2. Procédure de fixation des accords et conventions

Les **accords** entre, d'une part, les organisations professionnelles représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire et, d'autre part, les organismes

assureurs sont négociés sur le plan national, respectivement par une Commission nationale médico-mutualiste et par une Commission nationale dento-mutualiste. La validation des accords contient 2 étapes : l'approbation par les organes de gestion de l'INAMI et l'adhésion d'un nombre minimal de prestataires.

L'adhésion aux accords s'effectue de façon passive. Les médecins qui ne notifient pas par lettre recommandée leur refus aux termes des accords dans les 30 jours après leur publication au Moniteur Belge, sont considérés avoir adhéré tacitement.

Le décompte des refus à l'accord se fait région par région. Un accord entre en vigueur, 45 jours après sa publication au Moniteur Belge, lorsque que moins de 40 % des médecins ou dentistes ont notifié leur refus d'adhésion. En outre, l'accord entre en vigueur dans une région à condition que moins de 50 % des médecins généralistes et moins de 50 % des médecins spécialistes aient notifié leur refus.

Les **conventions** sont négociées et conclues sur le plan national au sein du Service des Soins de Santé de l'INAMI grâce aux travaux de Commissions permanentes chargées de négocier et de conclure les conventions avec les pharmaciens, les maisons de repos et de soins et maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins et de jour, les établissements hospitaliers, les services psychiatriques, les accoucheuses, les infirmières, les kinésithérapeutes, les opticiens, les orthopédistes, les prothésistes, les acousticiens, les orthophonistes, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les bandagistes.

Les conventions sont soumises à l'approbation des organes de gestion de l'INAMI.

L'adhésion aux conventions s'effectue de façon active. Les prestataires doivent notifier leur adhésion à l'INAMI. La convention est en vigueur dans une région dès que 60 % des prestataires adhèrent. Si 30 jours après l'envoi du texte par l'INAMI, le nombre d'adhésions individuelles atteint au moins 60 % du total des praticiens, le Ministre peut réduire de 25 % maximum le taux de remboursement des prestations effectuées par les prestataires qui n'ont pas adhéré à la convention.

Ces derniers pratiquent alors des honoraires libres, sauf pour les B.I.M.[80] pour lesquels le respect des honoraires est imposé par la loi à tous les praticiens. Si le quorum de 60 % n'est pas atteint au plan national, le nombre d'adhésions individuelles est établi par région. Dans ce cas, les dispositions de la convention peuvent être applicables à chacune des régions où le quorum de 60 % est atteint.

Lorsqu'un accord ou une convention n'a pas été conclu à la date d'échéance du précédent ou lorsque trop de médecins ou dentistes ont rejeté l'accord proposé, le Ministre peut intervenir de différentes manières (il peut soumettre un propre accord, imposer des tarifs maximum, ...). De plus, le Service des Soins de Santé de l'INAMI peut proposer, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque prestataire tout autre texte de convention établi par le Conseil Général et approuvé par le Ministre. Lorsque, sur le plan national, aucune convention n'existe parce que la convention n'a pas été établie, n'a pas été approuvée par le Ministre des Affaires Sociales ou est devenue caduque, l'ensemble des OA et des

[80] Depuis la réforme de l'assurabilité, les personnes qui bénéficient d'un meilleur remboursement ne sont plus exclusivement les V.I.P.O. (Veuves, invalides, pensionnés et orphelins) mais bien un ensemble de personnes qui appartiennent à des catégories sociales fragilisées (on parle maintenant de B.I.M. , des Bénéficiaires de l'Intervention Majorée)

organisations professionnelles intéressées peuvent négocier et conclure des conventions régionales.

Avec la loi programme 1991, le rôle du pouvoir de tutelle a encore gagné d'importance. Cette loi a accordé au Conseil Général du Service des Soins de Santé et aux différentes Commissions permanentes de conclusion des accords et des conventions, des responsabilités bien délimitées en vue d'un respect des limites budgétaires fixées : les mécanismes de correction, qui font partie intégrante des conventions et accords, doivent entrer en action au moment où il est constaté que les objectifs budgétaires du secteur pour lequel la convention ou l'accord a été conclu, sont dépassés au cours de l'exécution de la convention ou accord. Ces mécanismes de correction sont soit des adaptations des tarifs des honoraires ou des prix, soit des modifications de nomenclature et des nouvelles techniques de financement, convenues par les signataires de l'accord. Lorsque ces organes ne parviennent pas à prendre les décisions qui s'imposent, le Ministre des Affaires Sociales peut intervenir.

2. MATERIEL MEDICAL

2.1. Implants

Pour les implants, il existe une nomenclature spécifique. L'indemnité octroyée par l'assurance maladie et l'intervention personnelle des patients sont déterminées par le type d'implant.

Certains implants sont intégralement remboursés par l'assurance maladie. Seule une marge de délivrance de 10% est facturée au patient avec un maximum de 150 €. Pour les autres implants, il y a encore une marge d'imposition supplémentaire à charge du patient.

D'autres implants sont remboursés par un montant fixe. La différence entre le prix d'achat et l'indemnité prévue ne peut être mise à charge du patient.

Les implants qui ne sont pas repris dans la nomenclature sont à porter en compte au patient.

2.2. Matériel endoscopique et de viscerosynthèse

Le matériel endoscopique et matériel de viscérosynthèse de la catégorie "a)" est considéré comme un "forfait", ce qui signifie que - outre la marge de délivrance - le prestataire ne peut pas facturer de quote-part personnelle ou de suppléments aux patients.

Pour le matériel endoscopique et matériel de viscérosynthèse de la catégorie "b)", comme règle générale il y a une quote-part personnelle de 25%**.** Pour certaines exceptions la QPP s'élève à 85%**.**

Pour tous ces matériaux la marge de délivrance s'élève à 10% du prix d'achat à l'hôpital (TVA incluse) avec un maximum de 150 €.

L'autre part du matériel endoscopique et de viscérosynthèse est, selon le cas, remboursé ou pas par le budget de moyens financiers d'un hôpital. S'il est indemnisé de cette manière, rien ne peut être porté en compte au patient.

2.3. Autres matériels d'usage courant

Selon la situation, ces matériels sont remboursés par le budget de moyens financiers de l'hôpital ou par les honoraires qui sont prévus pour les procédures diagnostiques ou thérapeutiques. Le matériel utilisé dans le cas de procédures non prévues dans la nomenclature peut être porté intégralement en compte au patient.

2.4. Bandages

Les bandages de routine sont remboursés par le biais du budget de moyens financiers de l'hôpital. Certains bandages spéciaux sont remboursés par l'assurance maladie, d'autres peuvent être portés en compte au patient s'ils sont enregistrés comme spécialité pharmaceutique de catégorie D. Les bandages et plâtres liés au patient, non remboursés par l'INAMI, à usage individuel et qui peuvent être emportés par le patient lors du retrait sont à charge du patient.

2.5. Produits hygiéniques

Des produits hygiéniques tels que le savon ou le shampooing, etc. sont entièrement à charge du patient.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[81] DES SERVICES DE SANTE

Dans ce qui suit, nous allons étudier les phénomènes de privatisation, s'ils existent, pour différents prestataires de soins : les hôpitaux, les médecins et la biologie clinique, et les maisons de repos et de soins.

Dans le champ hospitalier, le secteur privé lucratif a toujours été marginal en Belgique. Il représente tout au plus quelques centaines de lits sur près de 70.502 lits[82] (Hôpitaux non psychiatriques et psychiatriques) tout secteur confondu, regroupés au sein de deux ou trois structures hospitalières sur un total de 155 institutions[83] (Hôpitaux généraux et psychiatriques). Les patients qui se rendent dans ces établissements appartiennent généralement aux couches les plus aisées de la société belge ou jouissent d'une protection privée sans reste à charge, à travers des couvertures complémentaires généralement offertes par les employeurs

[81] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)
[82] LAMBERT, M., « L'AMI en chiffres 2007 », Mutualité Chrétienne, 2007, p.32.
[83] LAMBERT, M., « L'AMI en chiffres 2007 », Mutualité Chrétienne, 2007, p.33.

ou consécutives à un statut intéressant, tel celui de fonctionnaire européen (Clinique du Parc Léopold).

Si le secteur privé lucratif reste peu développé et que les rumeurs ne rapportent pas aujourd'hui une perspective d'extension de ce champ, l'explication principale de cet état de fait réside dans le mode d'organisation et de gestion du système belge de santé et d'accès aux soins. D'une part, ce sont des organismes assureurs « à but non lucratif », des mutualités, qui gèrent le système de financement des soins pour 99,2% de la population en proposant une couverture complémentaire de services articulée sur la protection légale obligatoire. D'autre part, ces organismes sont à l'initiative du développement et de la gestion d'institutions de soins et de multiples initiatives sanitaires et sociales leur permettant à la fois de contrôler le système de soins et de le connaître de l'intérieur. Ces particularités du modèle belge ont impulsé le développement de structures hospitalières à caractère « non-lucratif », à tel point qu'en Belgique, la plupart des hôpitaux ont une personnalité juridique à but non lucratif, soit comme personne morale publique, soit comme a.s.b.l. »[84].

« Toutefois, la privatisation peut s'immiscer dans le secteur hospitalier de manière plus larvée à travers notamment l'outsourcing de certaines activités comme l'entretien, le parking, le catering, la comptabilité, l'informatique, mais également des activités médicales comme l'anesthésie, le monitoring, etc. Cette tendance est fort implantée en Belgique. De plus, à quelques endroits, on constate le transfert de certaines prestations médicales lucratives de l'activité hospitalière vers des centres ambulatoires privés. »[85].

Concernant les médecins et le secteur de la biologie clinique, on observe de manière générale que les prestataires respectent les conditions tarifaires définies dans les accords négociés entre les organismes assureurs et les différentes professions médicales et paramédicales. Nonobstant, certains praticiens réclament des honoraires nettement plus élevés que ceux définis dans les conventions. Généralement ces prestataires s'adressent à des patients disposant de revenus élevés ou de protection complémentaire quasi intégrale. Le modèle belge de concertation constitue à cet égard un excellent rempart à une dérive de privatisation des pratiques médicales et paramédicales. La législation constitue de la sorte une barrière importante à la marchandisation dans ce secteur. La loi sur les hôpitaux interdit la demande de supplément en chambre commune et prévoit un forfait en chambre à 2 lits. Or, les chambres communes et les chambres à 2 lits représentent 80% environ des hospitalisations en Belgique. Les dépassements d'honoraires et les suppléments de chambre ne sont dès lors légaux qu'en cas d'hospitalisation en chambre individuelle (20% de l'offre hospitalière). Exemple néanmoins d'une tendance à une forme de privatisation demeurant marginale : « la médecine belge a connu une liberté en progression, tant au plan thérapeutique qu'en ce qui concerne les honoraires. Bien que la déontologie rejette toute forme d'objectif commercial, certains médecins se déplacent dans une zone grise entre le marché et les pouvoirs publics[86] »[87].

En revanche dans le secteur des maisons de repos et de soins, on observe une réelle tendance à la privatisation et à la marchandisation. C'est un domaine qui a

---

[84] DERIEUW, S., *La marchandisation des soins : une reconnaissance du terrain* in MC-Informations, Mutualité Chrétienne, Février 2006, N. 226, p.21.
[85] DERIEUW, S., *Opus Citatus*, p. 21.
[86] *Un exemple: www.heup.be.*
[87] DERIEUW, S., *Opus Citatus*, p.23.

été régionalisé en Belgique. Il donne donc une large autonomie aux régions pour organiser ce champ. Ainsi si on observe qu'en Flandre le décret relatif aux soins pour personnes âgées ne contient aucune limitation aux initiatives commerciales, en Wallonie et à Bruxelles, l'exploitation commerciale de maisons de repos si elle est autorisée, est réglementée et circonscrite par le respect de limitations. On peut observer, via les chiffres, qu'une part importante des maisons de repos et de soins relèvent du secteur commercial : sur un total de 121.876 maisons de repos et de soins en 2005[88], 63.904 relève du secteur commercial (les autres relevant du secteur public ou étant des a.s.b.l). Cela nous donne un ratio d'un peu plus de 50 % pour le secteur lucratif.

Quelques exemples de commercialisations :

- « Le secteur commercial est depuis longtemps actif dans les soins aux personnes âgées. C'est surtout à Bruxelles et, dans une moindre mesure en Wallonie, que des maisons de repos commerciales se sont établies. Généralement, il s'agit de petites infrastructures. Environ un tiers des maisons de repos en Belgique ont un statut commercial[89]. En Flandre, cela ne représente que 20 %, avec une capacité de lits de 14%.
- Alors que les initiatives commerciales étaient jusqu'à présent de petite échelle, nous voyons une tendance à l'élargissement. De grosses entreprises commerciales se tournent petit à petit vers le secteur des maisons de repos. Un exemple est entre autres le fonds d'investissement belgo-néerlandais Waterland Private Equity qui, avec Senior Living Group, a une chaîne de sept établissements représentant 1100 lits. La chaîne s'est développée en trois ans et continue de croître. Avec une part de marché de 1 %, Senior Living Group est le principal acteur en Belgique du marché privé. Le groupe veut doubler sa part dans le secteur des maisons de repos[90]. Les maisons de repos Van den Brande de Geel sont aussi un exemple de cette tendance. Ils disposent actuellement de 9 établissements avec 700 lits et quatre maisons sont en construction. Un autre exemple sont Restel qui, avec 9 seniories et 5 maisons de repos, représente au total 650 lits.

Parfois, le secteur commercial n'investit que dans l'immobilier. Par exemple, Aedifica, une société immobilière cotée en bourse, possède 6 maisons de repos à Bruxelles et dans le Brabant Wallon pour une valeur de 48 millions d'euros[91] »[92].

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

De manière générale, on observe, pour ces dernières années, une tendance relative vers davantage de fusions et de concentration au sein de la structure du système mutualiste. Le tableau[93] repris ci-dessous nous en apporte les preuves tangibles :

[88] Source : Région Wallone, Région Flamande et Infor-Home.
[89] *Het rusthuis als investeringsobject, De Standaard, 22 septembre 2006.*
[90] *De Standaard, 30.5.2006.*
[91] www.immoscan.be.
[92] DERIEUW, S., *Opus Citatus*, p.24.
[93] Rapport annuel de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, 1991-1993 et 2005.

	Mutualités Comportant				Sociétés Mutualistes	
	Plus de 15.000 membres		Moins de 15.000 membres			
	1993	2005	1993	2005	1993	2005
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes	32	21	1	-	3	3
Union Nationale des Mutualités Neutres	10	9	4	-	16	3
Union Nationale des Mutualités Socialistes	20	16	-	-	-	2
Union Nationale des Mutualités Libérales	8	8	4	3	8	2
Union Nationale des Mutualités Professionnelles et Libres	14	6	4	1	5	3
Sociétés Mutualistes non affiliées à une mutualité	-	-	-	-	18	-
Caisse auxiliaires d'assurance maladie-invalidité	1	-	-	-	-	-
Caisse des soins de santé de la SNCB	1	-	-	-	-	-
Total	86	60	13	4	50	13

Globalement, on observe, pour toutes les mutualités, une diminution voire une stabilisation du nombre d'entités pour les mutualités et les sociétés mutualistes. Par exemple, on observe, pour l'ANMC, que les mutualités de plus de 15.000 membres sont passées de 32 à 21. Pour l'UNMN, on observe que les sociétés mutualistes sont passées de 16 à 3.

Cette tendance a été enclenchée par la loi sur les mutualités de 1990. Celle-ci prévoit une simplification et un recentrage des structures mutualistes via diverses voies, notamment la suppression des caisses primaires et la fixation d'un nombre minimum de membres (15.000) que les mutualités doivent compter. Au-delà des dispositions légales réglées par la loi de 1990, le regroupement des structures mutualistes s'est poursuivi dans les années qui ont suivi par des fusions, des dissolutions et des restructurations volontaires.

Les facteurs sous-jacent à la loi 1990 et aux actions des différentes mutualités pouvant nous permettre de comprendre cette tendance vers davantage d'uniformisation et de concentration sont multiples. L'élément le plus significatif est sans doute le développement de l'outil informatique et la demande d'investissement grandissante qui y est liée.

L'informatique est devenu un outil essentiel dans la gestion de l'assurance maladie-invalidité, et son importance est grandissante. L'investissement dans cet outil est cependant très important. Sa mise en place et son développement ont dès lors nécessité et continue d'exiger des moyens non négligeables, que ne peuvent se permettre de petites entités mutuellistes. De plus, les exigences de bonne gestion de l'AMI impose des procédures uniformes. L'ensemble des OA belges ont d'ailleurs constitué une entité informatique spécifique pour s'assurer d'une application conforme de la législation et assurer les développements nécessaires au respect de cet objectif. La suppression du niveau local résulte de l'obligation de constituer des organismes ou des structures de taille importante pour répondre aux impératifs de gestion et réaliser des économies d'échelle. Cette évolution s'inscrit dans le long cheminement du passage d'une gestion manuelle à une gestion électronique. Elle a nécessité la création d'entités relativement grandes pour pouvoir développer l'outil informatique de manière suffisamment performante dans toutes les entités mutuellistes.

Parallèlement à l'impact du développement des outils informatiques sur le phénomène de concentration des caisses, celui-ci a permis une meilleure organisation et des économies d'échelles dans d'autres services comme la gestion des ressources humaines, le service aux membres, etc. Cette concentration permet des regroupements de personnels autorisant la constitution de services plus étoffés

et donc plus spécialisés pour gérer par exemple la maîtrise des dépenses, développer des services et actions complémentaires, ou encore des département de gestion interne comme le personnel…

Un indicateur de ces économies d'échelle est l'évolution des frais d'administration des mutualités. On observe, que ces 30 dernières années, ceux-ci ont diminué : ils sont passés de 6,55 % du total des dépenses en soins de santé en 1970, à 3,59 % en 2006 :

Frais d'administration des mutualités (en % du total des dépenses de soins de santé)					
1970	**1980**	**1990**	**1996**	**2005**	**2006**
6,55	6,11	4,93	4,22	3,63	3,59

Source : INAMI

Ainsi, la concentration des caisses a permis de rationaliser les coûts, les énergies, et dès lors de faire des économies d'échelle mais également de déployer de nouvelles activités ou d'en intensifier certaines.

Au-delà de la fusion des caisses, on observe que se créent de plus en plus de collaborations entre les entités mutuellistes sans qu'il y ait pour autant fusion, toujours dans un souci de rationalisation, d'efficacité et d'économies d'échelle. Un point sur lequel les mutualités auront sans doute tendance à collaborer dans le futur sera les contacts avec les prestataires de soins, dont notamment les hôpitaux (qui, par ailleurs, ont également tendance à se concentrer et à fusionner). Il serait en effet plus facile et plus efficace tant dans le traitement des factures que de la protection des membres de n'avoir qu'un seul et unique point de contact avec les différents hôpitaux, plutôt que d'avoir un contact par mutualité régionale au sein d'une même structure mutualiste nationale.

Ainsi, en Belgique, le phénomène qu'est la concentration des caisses au sein du système mutuelliste est bien présent. Il répond essentiellement à l'exigence de développement de l'outil informatique, et, de manière plus générale, à un souci d'améliorer l'organisation des services offerts par les mutualités.

3. REORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

En Belgique, on observe une tendance à l'organisation des différents prestataires de soins en « bassins de soins » (soutenue par le Ministère de la Santé : fin 2004, le gouvernement fédéral « (…) a décidé de revoir les normes de programmation hospitalière ainsi que les normes d'agréments structurels en fonction de l'offre nécessaire par bassin de soins »[94]). C'est sans doute l'élément principal qui a, ces dernières années, influencé le plus la réorganisation de l'articulation entre les prestataires de soins.

[94] socialsecurity.fgov.be/FR/nieuws_publicaties/nieuwsoverzicht/docs/rapport_sant%E9_moc.doc

Qu'entend-on par « bassin de soins » ? « Un bassin de soins peut se définir comme une zone géographique d'un seul tenant, au sein de laquelle tous les professionnels de santé, infrastructures de soins et équipements médico-techniques nécessaires à satisfaire les besoins objectifs de la population sont réunis. (…) Suivant la nature des besoins de soins à satisfaire, des bassins de soins plus ou moins étendus peuvent co-exister au même endroit.»[95].

Les objectifs de l'organisation des soins en bassins sont multiples. L'enjeu principal est sans doute la rationalisation de l'offre des soins hospitaliers. Grâce aux économies d'échelle qu'ils impliquent (collaboration entre les différents prestataires et concentration d'un matériel médical diversifié et de haute qualité), les bassins de soins permettent une plus grande qualité des soins, accessibles financièrement mais aussi géographiquement à toute la population. A noter que cette tendance relativement récente d'organisation des soins en zones géographiques n'est pas nouvelle : « des zones de soins sont déjà actuellement définies, correspondant à divers types d'offres de soins ambulatoires et de première ligne, dont les Services intégrés de soins à domicile (SISD). »[96].

Plus spécifiquement, l'organisation des prestataires de soins en bassins de soins promeut l'organisation des soins en « trajets de soins ». Ceux-ci consistent en une collaboration structurée entre les différents prestataires de soins, centrée sur le patient atteint d'une pathologie déterminée. Par exemple, un projet de trajets de soins en oncologie est actuellement à l'étude par un groupe de recherche du département « Maatschappelijke Gezondheidszorg » de la KUL. Il « (..) a pour objectif d'harmoniser la collaboration entre tous les acteurs de première et de deuxième ligne dans les soins oncologiques, en appliquant la méthode des itinéraires cliniques, née dans l'industrie sous le nom de Critical Pathways (CP) et adaptée au contexte hospitalier. Le projet se concentre sur des patients atteints d'un cancer du sein ou de la prostate à Louvain, Bruges et dans le Limbourg. Le patient est le partenaire central dans ce processus. »[97]. On observe la même tendance pour les soins palliatifs. Les « réseaux de soins palliatifs » sont actuellement à l'étude, et progressivement mis en place.

Parallèlement au développement des bassins et trajets de soins, d'autres éléments influencent la redéfinition des relations entre prestataires de soins. Une première tendance est la redéfinition du rôle des prestataires de première ligne comme premier contact du patient, et coordinateur des trajets de soins que le patient peut potentiellement suivre. Un indicateur qui nous permet d'observer cette tendance et le développement du Dossier Médical Global (DMG). Celui-ci a été créé en 1999, et n'a cessé d'évoluer depuis (tendance à promouvoir cet outil). « Le dossier médical peut être défini comme un ensemble de données relatives à l'état de santé d'un patient, collectées par un médecin dans le cadre de sa relation avec ce patient. »[98]. « Le DMG confirme le rôle central du médecin généraliste dans l'organisation des soins de santé et fait de lui, le seul médecin qui peut traiter le patient de manière intégrale. (…) Par le DMG, le médecin généraliste est stimulé à intervenir en tant que coordinateur non seulement dans le secteur médical et paramédical, mais

[95] socialsecurity.fgov.be/FR/nieuws_publicaties/nieuwsoverzicht/docs/rapport_sant%E9_moc.doc
[96] HEYMANS, I., *Des petits pas* in Santé conjuguée, Fédération des Maisons Médicales, Janvier 2005, N. 31, pp. 2-3.
[97] www.fondationroibaudouin.be/files/db/FR/Johnson&Johnson%202006%20%20projet%20KULeuven.pdf
[98] http://www.absym.be/chambre-qr-20-9-04.html.

également dans le domaine des soins à domicile. »[99]. Ainsi, le DMG favorise la continuité des soins.

Une deuxième tendance est la redéfinition du rôle de l'hôpital comme étant un élément faisant partie d'un trajet de soins (cfr. Supra). Un indicateur qui nous permet d'observer cette tendance est le développement, ces dernières années, de l'hospitalisation de jour. « Il s'agit de l'hospitalisation programmée d'un patient, visant à réaliser une procédure chirurgicale ou un ensemble de prestations diagnostiques ou thérapeutiques qui s'effectuaient traditionnellement dans le cadre d'une hospitalisation classique, mais qui peuvent être accomplies avec une égale sécurité, au cours d'une seule journée ; ceci dans une unité hospitalière intégrée dans l'hôpital général disposant d'un plateau médico-technique spécialisé approprié »[100]. De manière générale, l'hospitalisation de jour a réduit la durée des hospitalisations au profit des soins à domicile.

Cette réarticulation entre soins hospitaliers et soins ambulatoires se manifeste également au niveau de la répartition des budgets. Si on prend, par exemple, l'indicateur qu'est la totalité des dépenses « médecin », et qu'on prend en compte l'évolution de la répartition des dépenses entre soins ambulatoires et hospitaliers entre 1996 et 2004, on observe que la part pour les soins ambulatoires a augmenté : celle-ci est passée de 57.1 % en 1996[101] (et donc 42.9 % pour les soins hospitaliers) à 62.7 % en 2004[102] (et donc 40.1 % pour les soins hospitaliers).

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGES D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Organisation

La Banque Carrefour de la Sécurité sociale, instaurée par la Loi de 1990, est une institution chargée de la gestion d'un réseau d'échange électronique de données pour l'ensemble des institutions de sécurité sociale en Belgique. Elle relie ces organismes (dont l'INAMI, lui-même relié au CIN et aux différentes mutualités) entre eux afin qu'ils puissent consulter et utiliser les données qui leur sont nécessaires pour assurer le suivi des dossiers. Les objectifs de la BCSS sont : gestion plus efficace (ceci grâce à la diminution d'échanges de documents papiers), protection plus efficace des données relevant de la vie privée des assurés, accès plus facile à l'information dont les organismes affiliés ont besoin dans le cadre de la gestion de dossiers. On distingue trois types de données accessibles : les données générales fixes (d'identification, émanant du registre national, etc.), les données générales variables ou périodiques (concernant l'emploi, la situation sociale, etc.) et les données spécifiques (répartition des compétences et légitimité d'accès aux données des différents organismes de sécurité sociale).

[99] DEVOS, D., *Le dossier médical global* in MC-Informations, Fiche-Info, Mutualité Chrétienne, Août 2004, N. 214,p. 2.
[100] MASSART, A-C., *L'hospitalisation de jour*, Mutualité Chrétienne, Dossier Thématique des MC, N. 4, Décembre 2000, p.6.
[101] Rapport Annuel Inami 1998, p. 117.
[102] Rapport Annuel Inami 2005, p. 176.

Le transfert de données, particulièrement intense dans le secteur des soins de santé, se fait grâce à la carte SIS (système d'Identité sociale) pour les soins dispensés à l'hôpital et la délivrance des médicaments et, dès lors, comme toutes les données concernant la sécurité sociale, transitent par la Banque Carrefour. La carte SIS fait office de carte d'assurance. Elle permet de faciliter les contacts avec les institutions de sécurité sociale, d'identifier de manière fiable les bénéficiaires, et de simplifier les obligations administratives. Sont reprises sur la carte, des données personnelles publiques visibles (nom, prénom, date de naissance, etc.) ainsi que des informations protégées lisibles uniquement de manière électronique (numéro de Mutualité, dates de début/fin de droit au remboursement des soins de santé, le droit au statut de la franchise sociale, etc.). Ont accès à ces données protégées uniquement les hôpitaux et les pharmaciens, les employés de guichet des OA et les inspecteurs/contrôleurs de l'INAMI.

4.2. Perspectives et investissements prévus

Dans la prolongation de l'introduction de la carte SIS, le projet CareNet a été mis en place par les organismes assureurs. Il vise, entre autre, une modernisation, une organisation plus efficace et une simplification des relations financières et administratives et des flux d'information entre les différents acteurs dans l'assurance maladie-invalidité que sont les institutions de soins, les pharmaciens, les prestataires de soins et les organismes assureurs[103]. Plus concrètement, les objectifs premiers sont, notamment: une utilisation rationnelle de la nouvelle carte d'identité sociale, des avantages financiers directs (réduction des contentieux, diminution des retranscriptions manuelles, suppression des vignettes, payements plus rapides ….), des transferts automatisés de documents en vue d'améliorer certaines procédures et de diminuer les délais, et un meilleur échange d'informations par bénéficiaire. Bien que destiné à relier à terme l'ensemble des prestataires de soins avec les O.A., dans un premier temps, le réseau intègrera les institutions de soins (hôpitaux) et proposera un nombre limité de services.

« Dans la continuité de CareNet est né le projet My CareNet. Ce projet a pour objectif d'étendre les fonctionnalités (formulaires, facturation, informations relatives à l'assurabilité,..) à tous les professionnels de la santé et donc en ce compris, les prestataires de soins (ambulatoire). Le secteur des soins infirmiers à domicile et ensuite le secteur des maisons de repos ont été retenus par le Collège intermutualiste national pour démarrer ce projet. »[104].

Les projets Carenet et My Carenet sont embryonnaires d'un projet plus général qu'est le projet Be.Health. « Il intégrerait MyCarenet (données des OA), mais aussi les données INAMI, Santé publique, Banque Carrefour et celles des médecins, des hôpitaux et des patients. Sa finalité officielle est de « permette aux citoyens-patients et aux prestataires de soins de santé et de sécurité sociale d'accéder de manière uniforme et sécurisée aux services à valeur ajoutée et aux informations fournis par les différents intervenants au niveau de la santé publique. A côté de services dits « de base » (identification, authentification, autorisation, etc.) développée de manière unique pour l'ensemble de la communauté, Be Health devrait fournir des services « à valeur ajoutée », développé par les partenaires, comme les données d'assurabilité, aujourd'hui reprise sur la carte SIS, les recommandations de bonne pratique, les RCM, le cadastre des professions de santé

[103] http://www.carenet.be/fr/.
[104] http://www.riziv.be/presentation/fr/management/2006-2008/pdf/20062008.pdf

et le fameux « Dossier Patient Partagé » (DPP). »[105]. Un montant de 2,100 millions d'euros est prévu dans l'objectif budgétaire global de l'INAMI pour 2007 pour le développement du projet Be Health[106].

Parallèlement à ceci, se développe également un autre type de réseau d'échange d'informations électroniques autour du Dossier Médical Global. « Le dossier médical peut être défini comme un ensemble de données relatives à l'état de santé d'un patient, collectées par un médecin dans le cadre de sa relation avec ce patient. »[107]. Il a pour but principal de consolider la relation et le suivi entre un médecin et son patient. « Pour promouvoir cet instrument de santé publique, le ministre a lancé, en 2004, une campagne d'information mais envisage aussi des innovations importantes comme l'informatisation du système »[108], ceci afin de soutenir le travail d'équipe, les relations, et le partage des données entre les médecins. On parlerait dès lors de Dossier Médical Informatisé (DMI).

« L'arrêté royal du 6 février 2003 prévoit une intervention de l'assurance soins de santé pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux par les médecins généralistes. (…). Seuls les logiciels qui ont été acceptés par la Commission nationale médico-mutualiste (…) entrent en ligne de compte pour l'intervention de 734 euros »[109]. A l'heure actuelle, il n'y a pas de systèmes d'échanges de données médicales généralisés, mais la tendance va clairement dans ce sens.

4.3. Droits du patient

Les droits des patients sont, en Belgique, nombreux. Nous n'allons pas dans ce qui suit tous les énumérés, mais uniquement ceux qui nous semble essentiels dans le cadre de notre analyse.

La loi relative aux droits du patient stipule que « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable »[110].

Concernant le Dossier Médical Global, le patient, « (…) en vertu de la législation relative aux droits du patient, a le droit de consulter lui-même son dossier médical, dans les quinze jours de sa demande, et d'obtenir au prix coûtant une copie de son dossier. Il n'a, par contre, pas droit de prendre connaissance des annotations du médecin. »[111].

Enfin, « le patient bénéficie, dans le cadre de la législation relative à la vie privée, d'un droit de s'opposer au traitement de ses données, à savoir de s'opposer à la constitution du dossier informatisé ou à la communication de ses données à des tiers. Il faut toutefois savoir que la déontologie prévoit une obligation dans le chef des médecins de constituer un dossier afin d'assurer la qualité des soins. De même la législation relative aux droits du patient insiste sur l'importance de la tenue du

[105] http://www.mloz.be/jsp/internal.jsp?id=171&idDoc=1835&language=Fr&origin=Mloz
[106] http://www.riziv.be/information/fr/accounting/budgets/press/budget2007/press20061019.htm
[107] http://www.absym.be/chambre-qr-20-9-04.html.
[108] http://www.sixi.be/Promotion-et-informatisation-du-Dossier-Medical-Global_a92.html.
[109] Rapport Annuel Inami 2004, p. 113.
[110] VERBIEST, Th., WERY, E., *Le dossier médical informatisé : la délicate protection des données personnelles,* Les actualités du droit des NTIC, 16 Mars 2005, N. 1039.
[111] *Opus citatus*

dossier médical par le praticien. Ce droit d'opposition se heurte donc au droit médical pur. »[112].

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS / DISPOSITIFS MEDICAUX

5.1. Tendance générale

Bien que troisième poste de dépenses dans le budget « soins de santé » (derrière les dépenses en honoraires médicaux et le budget hospitalier), le secteur du médicament connaît une croissance continue depuis de nombreuses années (7,5 % d'augmentation annuelle moyenne sur la période 1995-2005), qui est supérieure à la norme de croissance des soins de santé (4,5 %).

Un des éléments explicatifs de cette croissance élevée est le coût des nouveaux médicaments. Cette évolution est due à plusieurs facteurs, dont notamment les coûts de plus en plus élevés de la recherche scientifique, les difficultés dans l'évaluation de la structure des prix des nouveaux produits conduisant à la fixation de prix parfois disproportionnés par rapport à leur valeur thérapeutique, etc.

5.2. Processus de mise sur le marché des médicaments

« Le délai moyen entre la synthèse d'un nouvelle molécule et sa mise sur le marché est de 12 à 13 ans. Cette période se décompose approximativement en dix années de recherches (études pharmacologiques, toxicologiques, etc.) et deux à trois ans en moyenne pour les procédures administratives. »[113]. Le processus administratif de demande de mise sur le marché d'un médicament se décompose en trois étapes (et uniquement les deux premières étapes pour les médicaments ne sollicitant aucun remboursement).

La première étape est l'enregistrement des médicaments. La décision est prise par le Ministère de la Santé publique, sur base d'un avis de la Commission des médicaments. « La demande d'enregistrement doit être accompagnée d'un dossier complet qui comprend les résultats des examens cliniques démontrant la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament en cas d'utilisation dans certaines indications. (…) Pour certaines demandes (vaccins, sérums, etc), le Ministre demande l'avis du Conseil supérieur d'hygiène. »[114]. La décision du Ministère de la Santé publique peut également être prise sur base d'une décision d'enregistrement européen. Le délai maximum de 210 jours imposé par la Commission européenne pour rendre la décision est régulièrement dépassé.

La deuxième étape est la fixation du prix des médicaments. La décision est prise par le Ministère des affaires économiques, sur base d'un avis de la Commission des spécialités pharmaceutiques pour les médicaments remboursables, et de la Commission pour la régulation des prix pour les médicaments non-remboursables

[112] *Opus citatus*
[113] HERMESSE, J., *Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités,* Mutualité Chrétienne, 24 Décembre 1995, p. 144.
[114] http://www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/general-information/general/index.htm

(dont une forme est soumise à prescription médicale). La demande des fixation du prix doit notamment comprendre les éléments suivants : le prix de revient, le prix de commercialisation, la marge bénéficiaire, etc.

La troisième étape est le remboursement des médicaments. La décision est prise par le Ministère des Affaires sociales, sur base d'un avis rendu par la Commission de Remboursement des Médicaments. De manière générale, « Cette Commission est chargée de trois missions importantes : formuler des propositions d'admission de spécialités pharmaceutiques dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ; donner des avis à la demande du Ministre sur les aspects de la politique en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques ; formuler au Comité d'Assurance des propositions de règles interprétatives concernant le remboursement de spécialités pharmaceutiques. »[115].

« La création de la Commission de Remboursement des Médicaments « CRM » est réglée par l'arrêté royal du 21 décembre 2001 et est composée comme suit :

- 7 membres disposant d'un mandat académique dans les universités belges;
- 8 membres délégués par les organismes assureurs;
- 3 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps pharmaceutique;
- 4 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps médical;
- 2 membres délégués par les associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament;
- 1 membre proposé par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;
- 1 membre proposé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;
- 1 membre proposé par le Ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions;
- 1 membre représentant le Service du contrôle médical de l'INAMI.

Les représentants de l'industrie du médicament, des Ministres et du Service du contrôle médical de l'INAMI n'ont pas voix délibérative. »[116].

Concernant le remboursement des médicaments, la CRM prend sa décision sur un ensemble de critères : la plus-value thérapeutique de la molécule, son intérêt dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, son incidence budgétaire pour l'assurance, le rapport entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique, etc. A noter que le délai entre la demande de remboursement par la firme et la réponse du ministre ne peut dépasser les 180 jours.

5.3. Mécanismes de financement du coût croissant de ces nouveaux médicaments - vaccins / dispositifs médicaux

Les gestionnaires de l'Assurance Maladie-Invalidité disposent de différents moyens pour éviter les dérapages «irrationnels » de prix des médicaments, et ainsi, indirectement, pour continuer à financer les nouveaux médicaments dont les coûts

[115] http://www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/general-information/general/index.htm
[116] http://www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/general-information/general/index.htm.

sont croissants. La maîtrise des prix des médicaments se fait, au niveau national, essentiellement au travers de la Commission de Remboursement des Médicaments, et de la politique des « médicaments moins chers », dont les génériques. En outre, a été créé un Fond pour l'avenir du système de soins, qui réserve une part au financement des médicaments. Ce système, initié en 2006, avec 80 millions d'euros a pour objectif d'anticiper le défi du vieillissement et de parer à un dérapage budgétaire. « Le Fonds de réserve au sein du budget des médicaments passe de 79 à 100 millions d'euros. »[117].

Au niveau de la CRM, celle-ci soutient une politique de baisse des prix des médicaments. L'inscription d'un médicament peut ainsi être refusée si son prix est excessif. Concernant la politique des « médicaments moins chers », toute une série de mesures soutient la baisse des prix des médicaments : le système de référence (pénalisant le médicament original), le modèle « Kiwi » (= appel d'offre pour les médicaments génériques), la responsabilisation des prescripteurs, la prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale), etc.

5.4. Controverses

Malgré ces différentes politiques de maîtrise du coût des médicaments, le coût croissant des nouveaux médicaments reste un enjeu majeur quant à leur financement. A ce sujet, beaucoup dénoncent l'activité de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci, pour expliquer les prix très élevés des nouveaux médicaments, « (…) invoque le coût énorme de la recherche et le fait que ces médicaments sont tellement ciblés qu'ils ne concernent qu'un très petit nombre de patients. »[118]. On peut cependant se poser la question du bien fondé de ces arguments. Concernant le coût de la recherche, il est intéressant d'observer, lorsqu'on étudie les résultats financiers des grands groupes pharmaceutiques, que le budget réservé à la recherche est significativement moins important que celui réservé à la publicité et au marketing. Pour 2004, le coût de la recherche s'élevait, en moyenne, pour le top 10 des firmes pharmaceutiques, à 22 % du chiffre d'affaires, tandis que le coût de la publicité et du marketing s'élevait en moyenne à 43 % (Source : www.publicintegrity.org). Le public visé par le marketing est en grande partie celui des prestataires (et prescripteurs) de soins. Le marketing passe notamment par le passage de délégués médicaux chez les médecins, les échantillons gratuitement offerts, tout comme les congrès « tout frais payés », etc. Ceci a pour conséquence l'augmentation de l'offre de médicaments, qui ne sont pas les moins chers ni les plus efficaces.

Face à cette problématique, beaucoup de questions se bousculent : ne faudrait-il pas recentrer la recherche par rapport aux vrais besoins, plutôt qu'aux intérêts des firmes pharmaceutiques ? Ne faudrait-il pas limiter leur politique marketing agressive ? Ne faudrait-il pas davantage responsabiliser et informer les prestataires de soins par des organismes publics indépendants? Toutes ces solutions doivent servir l'enjeu majeur qu'est la régulation de l'offre (et donc des dépenses des soins de santé) aux vrais besoins de santé.

[117] Conférence de presse de Rudy Demotte Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Bruxelles, 16 octobre 2006.
[118] www.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2006/Prix_insupportables_medicaments.htm

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

Concernant la délégation des prestations dans le cas des maladies chroniques (médecins vers infirmières), il n'y a rien de formel ni d'organisation officielle. Dans le cadre des trajets de soins par exemple, hormis entre les médecins généralistes et spécialistes, il n'y a pas de redéfinition officielle des rôles entre médecins et infirmières. On peut cependant penser qu'avec la pénurie médicale qui se dessine dans les années à venir, on doivent, en Belgique, penser à formaliser et mieux organiser les délégations de tâches entre médecins et infirmières.

Une des causes à cette pénurie médicale qui se dessine est le numerus clausus. Celui-ci a été introduit en Belgique fin des années 1990 afin de réduire l'offre médicale trop élevée (et par conséquent de mieux gérer le budget de l'assurance-maladie). « Le Numerus Clausus est une limitation du nombre d'étudiants qui pourront recevoir l'autorisation de pratiquer dans le cadre de « l'assurance maladie invalidité » (I.N.A.M.I) et ainsi voir leurs prestations remboursées. Pour les étudiants en médecine et en dentisterie cela signifie également l'interdiction d'accéder aux spécialités même pour la médecine générale et la dentisterie générale. Le nombre est défini par le Gouvernement Fédéral, et son application (la sélection des étudiants) est laissée aux Communautés. Actuellement il existe un Numerus Clausus en Médecine, en Dentisterie, en kinésithérapie et en Médecine Vétérinaire »[119]. Des phénomènes tels que le papy-boom et la féminisation de la profession nous font penser que d'ici quelques années, nous risquerions d'avoir une relative pénurie médicale.

Concernant la délégation des prestations pour les examens RX, « un nombre bien déterminé de prestations RX peuvent être attestées par des non radiologues comme prestations connexes (pour la radiologie et l'échographie). Ils doivent alors utiliser les numéros de code nomenclature spécifiques qui sont prévus pour eux et aussi doivent-ils répondre aux autres conditions (appareils et/ou services) pour pouvoir attester RX »[120].

Enfin, concernant la télémédecine, on peut mentionner, pour la Belgique, le projet de loi Be-Health récemment voté. Il s'agit d'un projet relatif au « traitement et à l'informatisation des données ainsi qu'aux applications de la télémédecine ». Il concerne la mise en place d'une « *plateforme télématique d'accès sécurisé aux données de santé, selon des procédures strictes d'identification et en fonction d'autorisations* ». Ce projet devrait permettre « (…) aux citoyens-patients et aux prestataires-institutions d'accéder de manière uniforme et sécurisée aux données personnelles de santé ainsi qu'aux services et aux informations fournies par les différents intervenants au niveau de la santé publique et de la sécurité sociale (…) »[121]. De manière générale, ce projet devrait permettre « (…) d'améliorer le travail du médecin, de faciliter l'échange d'informations pertinentes entre les professionnels de la santé, d'éviter la répétition inutile d'actes et d'examens, en fin de compte de bénéficier au patient. »[122].

[119] http://www.aglouvain.be/wiki/index.php/Num%E9rus_clausus
[120] www.inami.fgov.be/care/fr/infos/educational-project/pdf/educationalproject006.pdf
[121] http://www.armb.be/avis&recommand_bh.htm
[122] http://www.armb.be/avis&recommand_bh.htm

7. EXISTENCE DE MEDECINE A DOUBLE VITESSE

7.1. Situation

La facture d'hospitalisation : coûts à charge du patient

Le tableau repris ci-dessous synthétise les évolutions importantes quant aux coûts à charge du patient en matière d'hospitalisation.

Les coûts à charge du patient en Belgique - Toutes chambres - Toutes pathologies

Admissions 'classiques' dans les hôpitaux généraux - Données ANMC 2006 - 15/03/07

		Montants moyens				Croissance 2005-2006
		1998	2004	2005	2006	%
1. Les coûts fixes						
Suppl.	Suppléments d'honoraires	61	121	124	132	*6%*
Suppl.	Suppléments d'honoraires forfaitaires	1	0,5	0,33	0,33	*0%*
Suppl.	Médicaments D	27	30	30	29	*-3%*
Suppl.	Suppléments divers	31	37	37	35	*-5%*
Suppl.	**Total des suppléments**	**120**	**188**	**191**	**196**	***3%***
TM	Tickets modérateurs (TM) des honoraires forfaitaires	14	17	17	17	*0%*
TM	TM des honoraires	13	16	17	16	*-3%*
TM	**Total des tickets modérateurs**	**27**	**33**	**34**	**33**	***-1%***
Mat.	"Suppléments" de matériels	29	59	61	44	*-28%*
Mat.	TM matériels	0	10	12	29	*145%*
Mat.	**Total des frais de matériels**	**29**	**70**	**73**	**73**	***1%***
	Total des coûts fixes	**176**	**291**	**298**	**303**	*2%*
2. Les coûts variables						
Suppl.	Suppléments de chambre	60	75	76	71	*-6%*
Suppl.	Suppléments des honoraires de surveillance	4	10	11	12	*11%*
Suppl.	**Total des suppléments**	**64**	**85**	**87**	**83**	*-4%*
TM	TM sur le prix de la journée	82	86	88	89	*0%*
TM	TM de 0,62€/jour pour les médicaments remboursés	1,2	5,1	5,2	5,1	*-2%*
TM	TM des honoraires de surveillance	11	13	13	13	*1%*
TM	**Total des tickets modérateurs**	**94**	**104**	**107**	**107**	*0%*
	Total des coûts variables	**158**	**189**	**194**	**190**	*-2%*
	Total des TM	**121**	**147**	**153**	**170**	*11%*
	Total des suppléments	**184**	**332**	**339**	**323**	*-5%*
	Total à charge du patient par admission	**334**	**479**	**492**	**493**	***0%***
	Total à charge patient (montants déflatés base 1998)	**334**	**432**	**434**	**428**	***-1%***
	Indice Santé base 1996	102,58	113,74	116,21	118,26	

De manière générale, on observe que la somme moyenne que le patient doit personnellement débourser pour une hospitalisation d'au moins une nuit est passée de 334 € en 1998 à 493 € en 2006. Cette hausse est principalement expliquée par les coûts fixes (non liés à la durée de séjour), et parmi ceux-ci, par les suppléments d'honoraires et par les coûts du matériel (tickets modérateurs et suppléments).

Etant donné que le niveau des suppléments d'honoraires varie d'un hôpital à l'autre, on peut en déduire que le coût d'une hospitalisation varie également d'un hôpital à l'autre. « Parmi les facteurs explicatifs de cette variation, nous avons constaté que la situation socio-économique de la région de l'hôpital joue un rôle déterminant. (…) Ainsi une patientèle plus riche, mieux assurée, permet à l'hôpital de demander plus de suppléments et d'accroître ses recettes. Mais lorsque la région est en difficultés économiques, faire payer davantage les patients augmente surtout les impayés et contentieux. On assiste donc à une certaine stratification sociale des hôpitaux. Par cette privatisation larvée, une médecine à plusieurs vitesses se développe, notamment en matière d'équipement médical »[123]. D'où l'importance pour les mutualités de combattre cette privatisation larvée, et d'œuvrer pour une couverture maximale des soins de santé par l'assurance obligatoire.

Un indicateur du développement de la médecine à double vitesse est le développement, ces dernières années, des régimes préférentiels, qui se déclinent, en Belgique, sous la forme d'interventions majorées et de limite de payement de tickets modérateurs.

L'intervention majorée de l'assurance maladie était à la base (dans les années 60) destinée à certaines catégories de personnes ayant des revenus limités. On parlait alors de statut VIPO, qui concernait les Veuves, Invalides, Pensionnés et Orphelins. Au fil du temps, les catégories de bénéficiaires ont été élargies. Une modification ultérieure a rebaptisé l'acronyme VIPO en BIM : Bénéficiaires de l'Intervention Majorée. La dernière évolution en date est l'introduction du statut OMNIO, qui est entré en vigueur le 1er juillet 2007. Celui-ci élargit encore plus le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée : il ouvre les droits aux personnes économiquement faibles (ayant un revenu inférieur à un certain plafond) qui ne rencontrent pas la condition de qualité (veuf, pensionné, etc.). Il s'agit principalement des travailleurs à bas revenus, des familles monoparentales et des chômeurs de longue durée âgés de moins de 50 ans.

Concernant la limite de payement des tickets modérateurs, a été introduite, en 1994, « (…) une limitation de la somme des tickets modérateurs que doivent payer les assurés pendant une année pour une partie des soins de santé. Ce système s'est appelé « franchise sociale » pour certaines catégories sociales et « franchise fiscale » pour les autres. Etendue à d'autres prestations, la « franchise » fut, en 2001, rebaptisée « Maximum à facturer » (MAF) »[124]. Le MAF a également connu depuis des évolutions, toujours dans le sens d'une meilleure accessibilité aux soins de santé.

Ces deux processus de correctif sociaux se sont, comme nous l'avons vu, significativement élargi ces dernières années. Ce développement peut être interprété comme une forme de réponse au développement de la médecine à double vitesse.

---

[123] LIENARD, D., *La facture d'hospitalisation de plus en plus chère : une évolution préoccupante* in *L'évolution des dépenses de soins de santé en Belgique*, Mutualité Chrétienne, Dossier Thématique MC, Septembre 2006, N. 8, p. 38.
[124] FELTESSE, p. 157.

Concernant les payements informels, il est difficile de donner une tendance générale vu le caractère par définition informel de ces payements. On peut cependant affirmer, en prenant en compte différents cas isolés, que cette pratique existe, et qu'elle doit dès lors être combattue. Différentes plaintes et témoignages reçus par les mutualités régionales des mutualités chrétiennes en atteste.

Concernant les listes d'attentes, celles-ci sont actuellement, dans le système belge des soins de santé, significativement peu importantes voire inexistantes, et ne constituent dès lors pas un problème majeur.

7.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Le défi majeur pour les mutualités est de réduire les inégalités en terme l'accessibilité financière à notre système de soins de santé. Ces inégalités étant en grande partie liée à la position socio-économique (définie par le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, le revenu), « (…) la priorité sera d'alléger les frais de santé pour les gens les moins qualifiés et pour ceux ayant les plus bas revenus »[125].

Un autre défi qui se présente aux mutualités consiste à mieux cibler les efforts de promotion d'un style de vie plus sain vers les gens les moins qualifiés. En effet, « aujourd'hui, il apparaît encore que ce sont les gens les plus qualifiés qui mènent le style de vie le plus sain concernant l'alimentation, le tabagisme ou la prévention des MST »[126].

Un troisième défi est de s'assurer que les médecins informent tout aussi bien les catégories sociales les plus défavorisées que les autres. En effet, selon Sarah Willems, « si les patients proviennent des classes socio-économiques inférieures, ils reçoivent moins d'informations et de directives, et le médecins est moins compréhensif. »[127].

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

« Le rapport du membre à la santé a évolué. Il ne s'agit plus, uniquement, de répondre de manière adéquate à des demandes d'actes administratifs (tels que par exemple le remboursement des soins), liés à l'assurance obligatoire ou complémentaire, mais également d'être capable d'être partenaire du membre dans sa recherche de bien-être, de mieux-être liée à sa santé et ce, de manière individuelle ou collective.

Parallèlement, notre société vit des changements fondamentaux, en ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication. Cette évolution transforme progressivement, mais profondément, le contenu du travail administratif des mutualités. L'information sera, à terme, saisie à la source (prestataire, patient, employeur) sous une forme électronique et nécessitera de

[125] VANCORENLAND, S, *Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? Synthèse des résultats de l'enquête santé de 2004* in MC-Informations, Mutualité Chrétienne, Août 2006, N. 224, p.10.
[126] VANCORENLAND, S, *Opus citatus,* p.10.
[127] VANCORENLAND, S, *Opus citatus,* p.10.

moins en moins de transport, d'encodage, d'impression, de manipulation et de stockage de papier.

Grâce à l'utilisation de ces nouvelles technologies, les visites des membres, aujourd'hui encore partiellement obligées au secrétariat de la mutualité, notamment pour les remboursements de soins, ne seront plus nécessaires. La visibilité et l'utilité de la mutualité risquent ainsi de se diluer derrière un écran informatique anonyme. (…) Cette évolution est en cours. (...).

Ces évolutions permanentes sont autant d'opportunités à saisir pour un nouvel élan de la mutualité de proximité. »[128]. Au sein de la mutualité chrétienne par exemple, le concept de Centre Mutualiste de Santé est une stratégie de repositionnement de la Mutualité chrétienne face à l'évolution des technologies de la société. Il s'agit d'une forme d'organisation des services mutualistes (actuels et futurs) qui doit porter et supporter : les nouvelles plus-values autour de la santé (conseil, information, prévention, etc.), la cohésion de l'ensemble des politiques et actions sociales par le développement et le renforcement de liens avec les services mutualistes et les mouvements socio-éducatifs, et la proximité (développement de modes d'accès variés à l'information et aux services, maintien de disponibilités pour les personnes qui ne peuvent se déplacer).

Un autre élément non négligeable témoignant de cette évolution du rôle des mutualités est le développement des sites Web. Dans le cas de la mutualité chrétienne, le site Web offre toute une série d'informations et de services (l'affiliation en ligne par exemple). Plus particulièrement, on observe ces dernières années, le développement de programmes et moteurs de recherche permettant aux membres de mieux s'informer. On peut citer par exemple le moteur de recherche permettant aux patients de trouver un prestataire de soins répondant au maximum à ses exigences : recherche par commune, indication si le médecin est conventionné ou non, etc. Plus récemment, a été mis en œuvre un moteur de recherche permettant de comparer la structure des coûts des hôpitaux (les suppléments demandés dans différents hôpitaux, etc.). Ainsi, se développent de plus en plus des services « online », qui permettent aux patients de faciliter les procédures administratives, mais également d'avoir accès plus facilement à toute une série d'informations.

[128] HANNES, P., *Les Centres Mutualistes de Santé : une nouvelle approche du rôle de la mutualité* in MC-Informations, Mutualité Chrétienne, Février 2006, N. 221, p.4.

FR

France

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	55284	56709	57844	58896	59768	63573[1]
Espérance de vie - Femmes à la naissance - Années	79,4	8,9	81,8	82,7	82.7	84.5[1]
Espérance de vie - Hommes à la naissance - Années	71,3	72,8	73,9	75,3	75.3	77,6[1]
Dépenses totales de santé – millions d'euros - PPA	61798	88916	117597	144621	144621	-
Dépenses totales de santé - % PIB	8,2	8,6	9,5	9,3	9.3	11,07[2]
Dépenses publiques santé - % dépenses totales de santé	78,5	76,6	76,3	75,8	75.8	77,0

[1], [2], Données des 1, 2 ou 3 années précédentes *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

La Sécurité sociale en France comprend plusieurs branches: la Maladie, la Vieillesse, la Famille, les Accidents du Travail et Maladies professionnelles. Une cinquième branche consacrée à la perte d'Autonomie a été constituée en 2005 en tant que Caisse Nationale et en 2008 en tant que 5ème risque.

Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale a été instituée en principe constitutionnel. Elle est obligatoire et solidaire. Elle a été voulue comme un système d'assurance sociale de type contributif. L'affiliation, quelque soit l'activité professionnelle se fait sur la base du statut socioprofessionnel.

A sa création et pendant les trente années consécutives la France comme ses voisins européens ont connu des périodes de plein emploi ainsi que des périodes de chômage résiduelles ou n'affectant pas les finances de la Sécurité Sociale. La progression d'un chômage de longue durée, le creusement de certains déficits a conduit une modification du mode financement de la Sécurité sociale par l'apparition de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), un impôt dédié.

Par convention nous n'allons traiter que la branche Maladie. Cette branche comprend le Régime Général (regroupant l'ensemble des salariés du public et du privé, ainsi que plusieurs régimes spéciaux) ; le régime agricole et le régime social des indépendants.

1. ORGANISATION

1.1. Origines historiques

C'est en 1945 qu'à été instauré la Sécurité Sociale en France, comprenant plusieurs branches : maladie, vieillesse, famille et accidents du travail / maladies professionnelles avec « *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ».

C'est pourquoi l'Assurance maladie a depuis sa création jusqu'environ les années 1960 payé plus de prestations d'indemnités de compensation pertes de revenus en cas d'arrêt de travail que de remboursements de soins à proprement parler.

Conformément aux directives du programme du Conseil National de la Résistance un premier plan français de protection sociale, dans lequel Pierre Laroque jouera un rôle majeur grâce à ses travaux (menés dans une logique bismarckienne et en s'inspirant du rapport de BEVERIDGE de 1942 « *Social Insurance and Allied Services »)*, est à l'origine des ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, fondatrices du système français de Sécurité Sociale.

Il choisira comme principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité, en rendant ce dispositif obligatoire pour tous les salariés. De plus, la gestion de la Sécurité Sociale sera confiée aux partenaires sociaux, et ce, de manière paritaire.

Il choisira également de ne pas couvrir intégralement les dépenses de santé et instaure le ticket modérateur censé responsabiliser le comportement des assurés sociaux. Les mutuelles les premières se voient confier la prise en charge de ce ticket modérateur.

Face à des difficultés financières d'une ampleur encore jamais atteinte, la réforme du 13 août 2004 vise à sauvegarder l'Assurance Maladie en luttant contre les gaspillages et les abus, afin que le système puisse retrouver son équilibre. Une importante mesure mise en place a été le parcours de soins coordonné, avec un médecin traitant à consulter avant tout rendez-vous chez un médecin spécialiste (sauf exceptions prévues).

1.2. Base légale de la protection obligatoire

De nombreux textes ont instauré puis modifié le régime français de protection obligatoire :

- Ordonnance du 4/10/1945 et du 19/10/1945 : instauration de la Sécurité Sociale.

- Loi dite Morice du 9/04/1947 : la gestion de l'assurance maladie obligatoire pour le personnel de la fonction publique est déléguée à la Mutualité de la Fonction Publique. Il s'agit de la délégation de gestion.
- 21/08/1967 et 23/09/1967 : réforme JEANNENEY. Création de trois caisses séparées et indépendantes financièrement de Sécurité Sociale : maladie, vieillesse et famille.
- Réforme de 1996 dite Juppé : il s'agit de mettre en place progressivement un régime universel d'assurance maladie, et de réformer l'organisation des hôpitaux.
- Réforme du 13 aout 2004 : réforme qui pose les bases d'une gestion du risque maladie partagée entre tous les acteurs et notamment les financeurs : régimes obligatoires et organismes complémentaires. De nouvelles institutions sont créées aux fins d'organiser la gestion du risque partagée et les relations conventionnelles avec les professionnels de santé.
- UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.
- UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.
- UNPS : Union Nationale des Professions de Santé.

Il est prévu, enfin, la mise en place d'un DMP (Dossier Médical Personnel).

1.3. Ministères compétents

Le système de santé français fonctionne sous la tutelle de l'Etat, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Sa tutelle s'exerce par le biais de trois ministères :

- Le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (qui devient un Ministère de plein exercice en 2002).
- Le Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité (dont la dénomination change relativement souvent du fait des remaniements ministériels).
- Le Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

L'administration centrale comprend la Direction de la Sécurité Sociale ainsi qu'un corps d'inspection. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), qui assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques de Sécurité sociale.

Différentes missions sont confiées à ces ministères :

- Concevoir et évaluer les politiques de la sécurité sociale concernant la couverture du risque maladie.
- Préparer les lois de financement de la sécurité sociale et veiller à leur bonne exécution, mais également concevoir les politiques de régulation du système d'assurance maladie
- Assurer la tutelle des organismes de sécurité sociale et préparer et mettre en œuvre les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) conclues entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale.
- Négocier et suivre les engagements au niveau international de la France en matière de sécurité sociale.

La Direction de la Sécurité Sociale est également en charge de diverses instances consultatives telles que : la commission des comptes de la sécurité sociale, le conseil économique des produits de santé, le conseil supérieur de la mutualité…

1.4. Organismes de gestion et d'exécution et leurs tâches

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) est un établissement public sous le contrôle de l'Etat.

Les missions principales de l'UNCAM sont de mettre en œuvre les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) passées avec l'Etat et d'organiser les négociations tripartites avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) sont au nombre de 22. Elles ont été instaurées par la réforme Juppé de 1996.

Les URCAM ont comme mission de mettre en place des politiques de gestion du risque. Elles doivent les définir de manière à ce qu'elles soient communes à l'ensemble des caisses et régimes au sein d'une même région (régime général, Régime Social des Indépendants et Mutualité Sociale Agricole).

Les URCAM ont notamment pour mission de répartir les dotations régionales d'un fond d'aide à la qualité des soins de ville et d'organiser la déclinaison locale des programmes de maîtrise médicalisée.

1.4.1. Le régime général

L'Assurance Maladie est composée d'un réseau d'organismes décentralisés qui assurent une mission de service public. Chaque organisme est doté de financements et de structures de fonctionnement propres.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) assure le pilotage du réseau des organismes et définit les orientations stratégiques de l'Assurance Maladie. Pour cela, elle s'appuie sur :

- 128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), souvent présentes à l'échelle départementale. Elles ont en charge les relations de proximité avec les différents publics, elles payent les prestations maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, elles instruisent les déclarations d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et assurent l'indemnisation des victimes. Les CPAM déclinent aussi la politique de régulation et de promotion de la santé définie au niveau régional.
- 16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) qui ont en charge la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Elles participent aussi aux travaux des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et assurent la gestion du service social régional.
- 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) qui, dans les départements d'outre-mer assurent à la fois les missions des CPAM, des CRAM, des URCAM, des URSSAF et des caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

1.4.2. Le régime agricole

Depuis 1945, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la protection sociale globale de l'ensemble de la profession agricole française (exploitants, salariés agricoles et leurs familles), soit près de 4 millions de personnes. En 2007, elle a versé 27 milliards d'Euros de prestations pour toutes les branches de la protection sociale

agricole (santé, famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles).

Organisation professionnelle gestionnaire d'un service public, la MSA repose sur une structure décentralisée avec une Caisse centrale, 49 caisses au niveau pluri départemental ou départemental et de nombreuses agences locales au contact des adhérents. Par ailleurs, et c'est une originalité forte de la MSA, 27 000 délégués de terrain et 2 000 administrateurs départementaux (dont 29 nationaux) sont associés à la gouvernance du régime.

Outre le recouvrement et le versement des prestations sociales, la MSA assure la protection médicale du monde agricole et veille à la santé et sécurité au travail des exploitants et salariés agricoles. Elle développe aussi une action sanitaire et sociale diversifiée.

Sur le plan européen, la MSA préside l'ENASP (European network of Agricultural Social Protection Systems), participe à de nombreux collectifs et réseaux dans lesquels elle fait valoir les spécificités du monde rural au travers de positions ou d'initiatives.

1.4.3. Le régime des travailleurs indépendants

Institué par une loi de décembre 2004, le Régime Social des Indépendants (RSI) a été mis en place le 1er juillet 2006.

Le RSI assure la fonction d'assurance maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès à titre obligatoire mais également les régimes complémentaires obligatoires. Chaque branche et chaque régime conservent tout de même des comptes séparés.

L'instauration du RSI a également eu pour but de pouvoir mettre en place l'ISU (Interlocuteur Social Unique). Instauré par un décret de décembre 2005, l'ISU est entré dans la pratique le 1er janvier 2008. Depuis le recouvrement de l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales dues à titre personnel se font à ce guichet unique.

Le réseau du RSI est composé d'une caisse nationale, de 30 caisses régionales et d'un réseau d'organismes conventionnés auquel le RSI a confié une mission d'encaissement des cotisations et de versement des prestations d'assurance maladie-maternité. Ces organismes doivent être rattachés à la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) ou la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Le RSI est actuellement sous une Convention d'Objectifs et de Gestion, signée le 2 mai 2007 avec l'Etat pour la période 2007-2011.

En parallèle à ces trois régimes de base, il en existe onze spéciaux avec les régimes des militaires, de la SNCF, des clercs et employés de notaire, de la Chambre de Commerce et de l'Industrie de Paris, de la RATP, des marins, des cultes, du Sénat, des mines, de l'Assemblée Nationale, du port autonome de Bordeaux.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement global

2.1.1. Principes de financement global

Le budget global de la Sécurité sociale est supérieur au budget de l'Etat français. Le Parlement ne pouvait en contrôler qu'un dixième. La réforme de 1996 a voulu réformer d'une part la méthode de préparation, de contrôle et de validation du budget de la Sécurité sociale et d'autre part fixer des gardes fous en ce qui concerne l'Assurance maladie. Tout ce qui a trait au financement de l'Assurance Maladie est décidé annuellement lors de l'examen de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Ce dispositif définit les objectifs budgétaires et les mesures nécessaires pour les respecter.

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PFLSS) comprend tous les chapitres du financement des différentes branches de la Sécurité sociale dans sa partie recettes et surtout dépenses.

S'agissant de la branche maladie, le Parlement vote à l'intérieur du PLFSS un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif fixe le cadre express dans lequel les déficits peuvent être autorisés. Dans le cas d'un dépassement de ces seuils plusieurs mesures d'alerte sont prévues. La loi du 13 août 2004 en précisera les mesures détaillées.

En moyenne le PLFSS autorise un peu plus de 145 milliards d'€ de recettes pour environ 150 milliards de dépenses. L'ONDAM viendra en plus des mesures de réduction des dépenses brider davantage les possibilités de dérapage.

2.1.2. Sources de financement

Les cotisations sociales

Les cotisations sociales sont la première ressource pour le système de protection sociale.

Les cotisations affectées à l'assurance maladie représentent 75.777 milliards d'euros soit à peine plus de 50% des recettes. Sur ce montant, 72% proviennent des employeurs et 20% des salariés, le reste provient des non salariés (données 2006). Concernant leur source, 89.36% proviennent du régime général, 3.32% du régime agricole, 2.76% des régimes spéciaux et 4.56% du régime des travailleurs indépendants (prévisions pour 2008).

Les impôts et taxes affectés

Créée en 1991, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) est un prélèvement établi sur l'ensemble des revenus.

En estimation pour l'année 2008 : (commission des comptes de la Sécurité Sociale):

- La CSG rapportera à la CNAM 50.874 milliards d'euros soit plus de 35% environ des recettes. La somme de la CSG avec les impôts indirects représentera près de 45% de l'ensemble des recettes.
- Elle rapportera 7.136 milliards d'euros pour les autres régimes maladie (SNCF…)

En outre, une ordonnance de 1996 a créé une caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Celle-ci a pour objet le remboursement de la dette cumulée de la sécurité sociale depuis 1992 et ce jusqu'à son terme. Il s'agit de la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS).

Depuis le dernier avis du Conseil Constitutionnel sur la LFSS 2008, le renvoi indéfini vers la CADES est interdit sauf mesure de recettes nouvelles. Le Conseil Constitutionnel y voyait un transfert de charges injustifié sur les générations futures.

Ajouté à cela, il y a également diverses taxes sur des produits tels que : l'alcool, le tabac, les produits alimentaires, les médicaments et les hydrocarbures notamment.

Tous ces impôts et taxes représentent environ un quart des recettes des régimes de base. De manière prévisionnelle, ils devraient rapporter près de 43 milliards d'euros pour l'année 2008 à l'ensemble de la Sécurité Sociale et 19 milliards d'euros plus spécifiquement pour la branche maladie.

Les contributions publiques de l'Etat

Ces contributions ont pour objet de financer les dépenses de solidarité, une partie des exonérations de cotisations pour les employeurs employant des personnes à bas salaire ou encore d'aider, plus ou moins temporairement les régimes en difficulté.

De manière prévisionnelle pour 2008, ces contributions de l'Etat devraient apporter 17 milliards d'euros aux régimes de base soit 3.91% de leurs ressources.

2.1.3. Taux de cotisations

L'assiette d'imposition de la CSG est large, elle comprend les revenus, pensions ou allocations avec des taux de 6.2% à 8.2%.

En 2005, la CSG représente 76.9% des impôts et taxes affectés à la protection sociale dont 66% consacrés aux régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Concernant la CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale), l'assiette des revenus imposables est la même que pour la CSG avec un taux unique de 0.50%.

Selon le régime d'assurance maladie, les taux des cotisations sociales sont différents et l'assiette et son ampleur également.

Régime général

L'assiette imposable pour les cotisations sociales est la suivante : salaires et éléments assimilés, indemnités ou primes et prestations sociales complémentaires de l'employeur.

La totalité des sommes concernées sont imposables au taux de 13.10% pour la part patronale et 0.75% pour le salarié.

Régime agricole

Pour les salariés du monde agricole, l'assiette des cotisations est le salaire. Dans le cas des « non salariés agricoles » (exploitants, chefs d'entreprise agricole, collaborateurs familiaux…), il s'agit du revenu déclaré à l'administration fiscale.

Les cotisations maladie sont composées de deux éléments : une part technique pour le financement des prestations et une part dite « complémentaire » pour le financement des frais de gestion et de contrôle médical et les actions sanitaires et sociales.

Pour les salariés agricoles et concernant le risque maladie, la part salariale est de 0.75%, la part patronale est de 11% pour la part technique et 1.8% pour la part complémentaire.

Pour les non salariés agricoles, il faut savoir que le taux est susceptible d'être différent entre les caisses de la MSA (plus ou moins 5%). Les chefs d'exploitations devront cotiser à 8.13% pour la part technique et 2.71% pour la part complémentaire ; les collaborateurs familiaux devront cotiser pour 1/3 ou 2/3 de la cotisation de chef d'exploitation selon les situations (cette fraction comprend la part technique et la part complémentaire).

Régime des travailleurs indépendants

L'assiette de cotisations est le revenu professionnel.

Pour la partie du revenu n'excédant pas le plafond de la Sécurité Sociale de 2008 (2 773€ mensuels ou 33 276€ annuels) le taux de base est de 6.5%. Ensuite, les revenus sont taxés jusqu'à 5 fois le plafond de la Sécurité Sociale, au taux de 5.90%.

Une majoration de 0.7% est à rajouter pour les indemnités journalières, sauf pour les professions libérales qui ont refusé cette majoration de cotisation.

2.1.4. Organismes de collecte

L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) est la Caisse Nationale de recouvrement, chargée d'assurer la gestion commune et centralisée des ressources et de la trésorerie du régime général.

Ces tâches sont confiées aux 101 URSSAF (Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) pour la France métropolitaine, et aux 4 CGSS (Caisses Générales de Sécurité Sociale) pour les départements d'outre-mer.

2.1.5. Procédures d'inclusion générale dans le budget

L'affectation annuelle des différentes ressources se fait par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

La réforme instaurée en 1996 a rénové le processus de décision relatif au financement et trois niveaux ont été définis :

- Le Parlement : il vote une enveloppe financière annuelle fixant le montant des dépenses remboursées au titre de l'assurance maladie, l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).
- L'ONDAM est décliné par le gouvernement en 4 volets : l'hôpital public, la médecine de ville, les cliniques privées et le médico-social. Il est surveillé par un comité d'alerte dont le rôle est de suivre l'évolution des dépenses de santé afin d'alerter le gouvernement en cas de non respect des objectifs fixés.
- Accords entre l'UNCAM et les professionnels de santé : des négociations entre les représentants des professionnels libéraux de santé et l'UNCAM doivent avoir lieu pour aboutir à la signature de conventions médicales définissant : des objectifs de maîtrise médicalisée d'évolution des honoraires et des prescriptions, les sanctions en cas de non-respect à ces objectifs

2.2. Procédures de répartition du budget global

2.2.1. Allocation des ressources financières

Pour 100€ encaissé par les URSSAF, voici la ventilation (fin 2006) :

- 43.14€ pour l'assurance maladie.
- 24.34€ pour l'assurance vieillesse.
- 19.71€ pour les allocations familiales.
- 2.81€ pour les accidents du travail.
- 10€ pour d'autres organismes. Cela comprend les frais de gestion des URSSAF (0.34€) ainsi qu'une répartition sur différents organismes : le Fonds de Solidarité Vieillesse, la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale, les Autorités Organisatrices du Transport…

2.2.2. Critères d'allocation

L'affectation des sommes ainsi collectées est déterminée par la loi de financement de la Sécurité Sociale qui prendra en compte les besoins de chaque régime.

3. POPULATION COUVERTE

3.1. Population couverte par régime

99% de la population française bénéficie d'une couverture de base depuis l'instauration de la Couverture Maladie Universelle.

Le régime général couvre aujourd'hui 55 millions de bénéficiaires, CMU comprise (4 849 962 personnes).

La couverture maladie du régime agricole couvre environ 4 millions de personnes.

Le régime des travailleurs non salariés non agricoles compte quant à lui un peu plus de 3 millions de bénéficiaires pour l'assurance maladie (cotisants et ayants-droit) au 31/12/2006.

Ces 3 principaux régimes couvrent 94.17% de la population. La différence avec le taux cité plus haut correspond aux régimes spéciaux.

Aujourd'hui concernant l'assurance maladie, tous les bénéficiaires sont couverts de manière identique, quel que soit leur régime d'affiliation ou encore le montant de leurs cotisations ou contributions.

3.2. Mesures d'extension ou de réductions envisagées

3.2.1. L'Aide Médicale d'Etat dite AME

Cette aide concerne les personnes de nationalité étrangère, résidant de manière ininterrompue sur le territoire français depuis au moins 3 mois et ne disposant pas de titre de séjour. Il faut que les ressources de la personne ne dépassent pas le seuil de 606€ par mois pour une personne seule. Si la demande d'aide est acceptée, elle bénéficiera également aux personnes à la charge du demandeur.

Il s'agit d'une couverture de santé permettant la prise en charge des dépenses de soins, des consultations médicales par un médecin hospitalier ou de ville, des prescriptions médicales, du forfait hospitalier, le tout selon les tarifs de base de l'assurance maladie.

3.2.2. La Couverture Maladie Universelle dite CMU

Mise en place le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). D'où l'appellation d'assuré au titre de la résidence.

La CMU permet aux bénéficiaires d'avoir les mêmes droits que les autres assurés sociaux mais avec un tiers-payant généralisé.

3.2.3. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

La CMUC, effective depuis le 1er janvier 2000 donne le droit à une protection sociale complémentaire gratuite. De plus, ce dispositif exonère ses bénéficiaires des nouvelles franchises instaurées depuis le 1er janvier 2008. Les professionnels de santé concernés devront, pour leurs actes, appliquer les tarifs de la Sécurité Sociale. Par contre, la CMUC ne prend pas en charge les frais engendrés par le non-respect du parcours de soins coordonné.

3.2.4. L'Aide la Complémentaire Santé (ACS)

Instaurée par la réforme du 13 août 2004, elle est également appelée « chèque santé » (cf B.2.2.2.).

3.3. Conditions d'accès

En France, dans le système de l'assurance maladie obligatoire, l'ouverture des droits est automatique dès qu'il y a affiliation. Il n'y a donc pas de période d'attente

entre ces deux moments. Par contre, certains organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent pratiquer des périodes de stage variables dans leur durée à l'entrée des adhérents et ce principalement dans le cadre des contrats individuels.

3.4. Extension ou réduction de la couverture dans le temps

En cas de changement de situation (cessation d'emploi, versement d'indemnités chômage, fin de ce versement, octroi de minima sociaux) les droits acquis à l'assurance sociale au titre de la situation précédente le restent pendant un an. Les prestations deviendront assistantielles (CMU) dès la fin des droits aux allocations chômage ou si l'individu cesse de rechercher un emploi mais toujours soumis au principe d'allocation des ressources

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.4. Etendue de la couverture

4.4.1. Types de services couverts

L'assurance maladie offre des prestations en nature couvrant les frais de soins de santé (remboursements, tiers-payant, dispense d'avance de frais…), mais aussi des prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité) qui garantissent un revenu de remplacement en cas de maladie, de maternité ou d'accident de la vie professionnelle ou privée.

Le remboursement se fait sur la base de tarifs fixés par voie réglementaire. Chaque spécialité verra ses prestations codées par des lettres clés, correspondant aux tarifs de responsabilité de l'Assurance Maladie. A chaque acte précis sera attribué un coefficient qui, appliqué au tarif de la lettre clé concernée donnera le coût final de l'acte.

Toutes ces codifications sont listées dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), mise en place par une décision de l'UNCAM le 11/03/2005. Une des anciennes nomenclatures, la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) reste tout de même en vigueur pour les actes cliniques médicaux, ceux des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

L'assurance maladie couvre à 100% certains examens préventifs obligatoires (vaccinations, examens prénuptiaux, pré et postnataux) mais aussi les examens nécessaires lors des campagnes nationales de dépistage comme récemment celles pour le cancer du sein ou le cancer colorectal.

4.4.2. Types de contribution appliqués

La réforme de 2004 a voulu poser plusieurs principes pour la réorganisation du système d'assurance maladie. Ces principes portaient sur l'offre de soins et la maitrise médicalisée ; l'assurance maladie et une nouvelle gouvernance ; enfin le financement de l'assurance maladie. Sur ce dernier point, une partie importante de

la réforme a prévu une responsabilisation croissante de l'assuré social par des leviers financiers..

Le tiers-payant

Le tiers payant consiste en la facilité donnée au consommateur de soins d'être dispensé de l'avance de la partie des dépenses de santé qui sera finalement prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale et éventuellement par son organisme de complémentaire santé.

(Voir aussi A.4.1.5. Mesures de discrimination positive).

Les participations financières

La réforme de 2004 a mis en place une participation forfaitaire de 1€ mise en place au 1er janvier 2005 pour toute consultation chez un médecin, une analyse biologique ou un examen radiologique, et ce avec un plafond de 4€ par jour et de 50€ par an.

Puis, depuis le 1er septembre 2006 a été mise en place une participation de 18€ sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91€. Ce montant ne peut être prélevé qu'une fois par jour et est à régler directement au professionnel ou à l'établissement de santé. Il est souvent pris en charge par les OCAM.

En juillet 2007 devant le dépassement de l'ONDAM pour la partie « soins de ville » de près de 2 points, un plan de retour à l'équilibre a été proposé par la CNAMTS, comme le recommande le Comité d'alerte mis en place par la réforme de 2004.

Ce plan prévoyait en plus des mesures initiales:

- La baisse du taux de remboursement des assurés sociaux sans médecins traitants (hors parcours de soins).
- Le déplafonnement du forfait de 1€ (porté à 4€ à concurrence de 50€ par an).
- La baisse de certains tarifs (radiologie, biologie).
- La baisse des prix de certains produits (dispositifs médicaux, médicaments).
- La généralisation de la suppression du tiers-payant généralisé pour les assurés sociaux refusant la substitution par des génériques (déjà en vigueur dans 22 départements).

Ces mesures s'ajoutent aux dispositions des franchises médicales préconisées par le Président de la République et étant affectées au Plan Cancer et Alzheimer.

D'autres ont également été mises en place au 1er janvier 2008 :

- 0.50€ par boîte de médicaments
- 0.50€ par acte paramédical (soins infirmiers, kinésithérapie…)
- 2€ par transport sanitaire qu'il soit en ambulance ou en taxi.

Il y a un plafond journalier de 2€ par jour pour les actes paramédicaux et 4€ pour les transports sanitaires ; avec un plafond annuel de 50€.

(Voir aussi A.4.1.5. Mesures de discrimination positive).

4.4.3. Montant global à charge des patients

Concernant les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, il a été prévu qu'au titre de l'année 2008, celles-ci rapportent 850 millions d'euros, soit 0.58% des dépenses courantes de santé de la Sécurité Sociale.

Il a été estimé que la participation financière de 1€ rapporte 450 millions d'euros par an soit 0.31% des dépenses courantes de santé de la Sécurité Sociale.

4.4.4. Participation des patients en fonction du type de service médical

L'Assurance Maladie prend en charge la dépense faite par l'assuré à hauteur d'un certain taux de remboursement ; en plus des participations financières, la part restant à la charge de l'assuré est le ticket modérateur (très souvent pris en charge par un organisme complémentaire) qui s'ajoutera aux éventuels dépassements d'honoraires.

Le principe du médecin traitant

Depuis le 01/01/2005, tout assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant qui « coordonnera le parcours de soins », c'est-à-dire l'orientera dans le système de santé en fonction de sa pathologie et le cas échéant en utilisant des protocoles de soins (ALD, maladies chroniques…) établis avec d'autres professionnels. La sanction en cas de non-respect de ce « parcours de soins » est une baisse du taux de remboursement de 10% pour les dépenses ainsi engagées sans l'étape préalable de son médecin traitant (sauf pour les cas d'urgence, d'éloignement géographique).

Le médecin traitant n'est pas forcément un généraliste et certaines spécialités restent d'accès direct, compte tenu de leur spécificité : pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes et psychiatres.

Le cas de l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, l'assuré doit se rendre dans l'hôpital le plus proche de son domicile. Pour les patients en ALD, les actes chirurgicaux avec un coefficient important ou les frais liés à l'hospitalisation à partir du 31ème jour, la prise en charge de l'Assurance Maladie se fera à 100%. Sinon, le ticket modérateur est de 20% les trente premiers jours d'hospitalisation. Outre celui-ci, un forfait hospitalier établi en 1983, doit être payé par journée pour toute la durée de l'hospitalisation (16€ depuis le 01/01/2007 dans un hôpital ou une clinique, 12€ dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Certains types de personnes peuvent en être exonérés : femmes enceintes de plus de 4 mois, bénéficiaires de la CMUC, nourrissons…

Néanmoins, le ticket modérateur et le forfait hospitalier ne se cumulent pas, l'assuré supportant la plus élevée des deux charges.

Les produits pharmaceutiques

Pour les produits pharmaceutiques, la prise en charge par l'Assurance Maladie varie suivant la classification du médicament :

- 35% pour les médicaments dits « de confort » avec une vignette bleue.

- 65% pour ceux indispensables avec un service médical rendu important (antibiotiques…) et avec une vignette blanche.
- 100% pour ceux irremplaçables et très coûteux (maladies graves ou de longue durée).

Il existe pour l'année 2006, 3500 produits médicamenteux commercialisés. 45% des dépenses (soit 9.2 milliards d'euros) concernent des médicaments remboursés à 100%.

Pour inciter au développement des médicaments génériques, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003 a instauré le Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Ce dispositif consiste à fixer le prix sur lequel le médicament sera remboursé, sur celui du générique (identique à la marque) le moins cher.

Les soins dentaires et l'optique

Pour les soins dentaires, le ticket modérateur est de 30%. Les soins prothétiques, de même que l'optique, pour lesquels les honoraires sont libres, demeurent mal remboursés par l'assurance maladie.

4.4.5. Mesures de discrimination positive en faveur de certaines catégories d'assurés

Les personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée

L'Affection de Longue Durée (ALD) est définie par la pathologie nécessitant un suivi et des soins prolongés de plus de six mois. Il y a une liste exhaustive des 31 maladies entrant dans le cadre d'ALD.

Les patients concernés verront les soins et bien médicaux nécessaires pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, sur la base du tarif de la Sécurité Sociale. Il s'agit d'une définition restrictive. Les médicaments de confort risquent de voir leur niveau de prise en charge réduit par l'Assurance Maladie.

Tiers payant à 100%

Il est applicable pour les bénéficiaires de la CMUC sur la totalité de la dépense de soins c'est à dire la partie de la dépense prise en charge par l'assurance obligatoire et celle qui ne l'est pas mais qui sera remboursée par un organisme complémentaire.

Les forfaits et franchises

Concernant la participation de 1€, seront dispensés de la régler : les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse ainsi que les bénéficiaires de la CMUC et de l'Aide Médicale d'Etat. Ces dernières catégories seront exonérées du paiement des franchises médicales mises en place au 1er janvier 2008. Enfin, seuls les bénéficiaires de la CMUC seront exonérés du paiement du forfait de 91€.

4.5. Problèmes d'accès

4.5.1. Types de problèmes d'accès pour les patients

Des premiers éléments apparaissent liés aux fournisseurs de soins. Pour les prestations les plus affectées par les dépassements d'honoraires (traitements dentaires ou achats d'optique), une enquête de l'IRDES effectuée en 2004 montre que 10% des sondés avouent avoir dû y renoncer pour des raisons financières (11.6% chez les femmes et 8.2% chez les hommes). Ce renoncement est deux fois plus important pour ceux ne bénéficiant de couverture complémentaire (20.3% contre 9.1%).

En parallèle à cela s'ajoute l'absence d'accréditation et d'évaluation de la qualité des pratiques médicales. Ceci entraîne des problèmes récurrents de qualité des soins tels que des accidents iatrogéniques ou incidents graves notamment dans la radiothérapie.

4.5.2. Mesures prises pour résoudre ces problèmes

Les dépassements d'honoraires vont bientôt être soumis à l'accord du patient avant la réalisation de l'acte par le biais d'un devis pour tout acte dont la valeur sera supérieure à un certain seuil (débat autour de 80€).

L'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue sont des dispositifs qui se mettent lentement en place pour répondre aux problèmes de qualité des soins.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Offre et compétence

5.1.1. Conditions d'entrée

<u>La voie classique par concours</u>

Il se décompose comme tel pour les médecins généralistes :

- Une première année de préparation à un concours.
- Passage du concours en fin de première année : le nombre de personnes admissibles à continuer ce cursus est déterminé par le « numerus clausus ».
- Au total, les six premières années sont consacrées à des enseignements en tronc commun puis les trois années suivantes à de l'internat.
- C'est au bout de ces neuf ans d'études que l'étudiant soutiendra une thèse qui lui permettra d'acquérir le titre de « docteur en médecine ».

<u>Le sort des médecins étrangers (hors Union Européenne) en France</u>

La situation des médecins étrangers en France est assez particulière, il ne leur est en effet pas reconnu automatiquement le droit d'exercer. Ces diplômés n'ont pas de statut officiel dans les hôpitaux.

Afin de corriger ce problème, depuis 2005, le gouvernement a instauré un concours annuel spécifique, la « Procédure d'Autorisation d'Exercice » (PAE). Le Ministère de la Santé qui fixe le nombre de postes à pourvoir selon les besoins (nombre, spécialité…). Les personnes admises devront par la suite effectuer des fonctions hospitalières en tant qu'assistant pendant une durée de trois ans, à l'issue de laquelle une commission étudiera le dossier de chaque candidat pour l'autoriser ou non à exercer en France en tant que médecin.

L'installation des médecins sur le territoire

Le principe en vigueur actuellement en France est celui de la libre installation des médecins mais il se pose le problème d'une densité médicale trop inégale sur le territoire.

Cette tendance est rectifiée par:

- Des aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé ; à la création de nouveaux modes d'exercice ; au remplacement ; ou encore au regroupement de diverses spécialités dans un même milieu.
- Des exonérations fiscales ou de charges sociales.

Les règles d'installation des pharmaciens

Dans le système français, les pharmaciens ne peuvent s'installer où ils le souhaitent. La création d'une officine pharmaceutique est soumise à une autorisation administrative en fonction de la taille de la commune et de son nombre d'habitants.

5.1.2. Programmation des professionnels de santé :

La Haute Autorité de Santé (HAS), créée le 01/01/2005, réalise et met en place la programmation des professionnels de santé.

Ses missions reposent sur trois thèmes : évaluation des pratiques, accréditation pour la sécurité et la qualité des soins, nomenclature en se prononçant sur l'admission ou non au remboursement des soins et biens médicaux.

De plus, la HAS met en place des recommandations pour les professionnels de santé par une description des soins les plus adaptés (et du parcours à suivre) selon les types de patients ou de pathologies constatées.

Enfin, dans le but perpétuel d'améliorer les pratiques des médecins et selon l'article 11 du Code de Déontologie Médicale, un décret du 16 novembre 2003, instaure la Formation Médicale Continue (FMC).

Elle a pour contenu une mise à jour et une amélioration des connaissances acquises favorisée par des outils pédagogiques nouveaux (analyse des pratiques individuelles, discussions de groupe entre pairs sur des thèmes particuliers puis contrôle régulier des pratiques).

5.1.3. Problèmes de pénurie

Les professionnels de santé sont très mal répartis sur le territoire.

Pour 2020, plusieurs estimations ont été faites : la densité médicale générale va diminuer de 20% avec un vieillissement et une féminisation du corps médical. Géographiquement, les médecins sont plutôt attirés vers les grands centres urbains et les forts bassins de population. Il est d'ailleurs prévu que 40% de l'encadrement médical aura disparu notamment à cause des départs à la retraite.

5.2. Honoraires médicaux (professionnels de santé)

5.2.1. Méthodes de paiement

Voir C.1.1. Principes directeurs

Pour les médecins libéraux, leur rémunération se fait dans la plupart des cas à l'acte par le biais des honoraires versés par les patients. Ceux-ci sont définis par une nomenclature en fonction des actes effectués et du positionnement du médecin dans un secteur.

Ces secteurs correspondent à des conventions passées entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs de médecins et existent depuis 1980.

Le secteur 1 est un secteur conventionné à tarifs (honoraires) réglementés.

Dans le secteur 2, les praticiens peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Ils pourront tout de même choisir de pratiquer partiellement les tarifs conventionnés afin que l'Assurance Maladie prenne en charge une partie de leurs cotisations sociales, il s'agit de l'option de coordination.

5.2.2. Procédures de conventionnement

Dorénavant, le conventionnement se fait quasiment automatiquement vers le secteur 1.

L'accès au secteur 2 a été bloqué en 1990. Depuis cette date l'accès au secteur 2 est conditionné à plusieurs facteurs professionnels.

Il existe un point applicable à ces deux secteurs : le Dépassement pour Exigences du patient (DE), une surfacturation dans les cas où le patient a des exigences particulières de lieu ou temps. Son montant n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie et est défini individuellement par chaque praticien.

5.2.3. Contenu des conventions

La convention entre l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et les syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes date du 11 février 2005.

Son but est de mettre en place plusieurs objectifs : d'améliorer la coordination et la qualité des soins (Dossier Médical Personnel, parcours de soins coordonné) et de préserver et d'améliorer l'accès aux soins (tarifs opposables, réduction des contraintes géographiques et horaires).

5.2.4. Incitants ou sanctions

Les médecins sont fortement incités à respecter les conventions que leurs syndicats signent pour eux. Cela leur permet en effet de bénéficier tout d'abord d'une prise en charge des cotisations et charges sociales (secteur 1) mais aussi d'autres avantages (aides, formations…).

Par contre, en cas de non-respect des conventions ou de déconventionnement, l'Assurance Maladie cesse leur octroi.

5.2.5. Règlement de conflits

Pour les demandes de réparation de préjudices consécutifs à un acte médical (entre médecin et patient)

- Il existe dans chaque établissement de santé une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
- Le deuxième recours possible est la commission régionale de conciliation et d'indemnisation qui intervient pour les accidents médicaux et les infections nosocomiales ou iatrogènes.
- Enfin et en dernier recours, une procédure judiciaire est possible.

En cas de litige entre un praticien et l'Assurance Maladie

Le Conseil Départemental du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou la Commission conventionnelle paritaire locale sont saisies suivant la nature du litige.

5.2.6. Différence entre médecins et autres prestataires

Concernant les médecins (généralistes ou spécialistes) le taux de remboursement par l'Assurance Maladie est uniforme dans le cadre du parcours de soins coordonné : 70%.

Les taux de prise en charge des actes chez les « autres prestataires » de santé sont les suivants, ils sont tous basés sur le tarif de responsabilité (conventionné) de l'Assurance Maladie :

- Chirurgien-dentiste : 70% et orthodontie à 100% pour les moins de 16 ans.
- Pharmacien : 35%, 65% ou 100% selon le service médical rendu.
- Infirmier : 60%.
- Masseur-kinésithérapeute : 60%.
- Orthophoniste : 60%.
- Orthoptiste : 60%.
- Pédicure-podologue : 60%.
- Les laboratoires d'analyses médicales : 60%.
- Fournisseur de biens médicaux : 65% à 100% du tarif réellement facturé par le fournisseur.
- Les établissements de santé : 80% pour la majorité des actes d'hospitalisation.
- Transporteur : 65% du tarif réellement facturé par le prestataire.

5.2.7. Différence entre hôpitaux et soins ambulatoires

Voici les dépenses pour l'année 2006, exprimées en millions d'euros, agrémentées de la part de chaque financeur dans la dépense de soins concernée :

	Dépenses de soins hospitaliers	Dépenses de soins ambulatoires
Assurance Maladie	64 198.20 *soit 91.90%*	28 097.58 *soit 65.67%*
Autres financements publics	858.71 *soit 1.23%*	695.89 *soit 1.63%*
Organismes complémentaires d'Assurance Maladie	2 900.94 *soit 4.15%*	8 719.25 *soit 20.38%*
Ménages	1 899.92 *soit 2.72%*	5 271.81 *soit 12.32%*
Total	69 857.77 *soit 100.00%*	42 784.53 *soit 100.00%*

Source : Données Eco-Santé France 2008.

5.2.8. Lien avec la couverture de l'assurance obligatoire (honoraires – remboursement)

Le taux moyen de prise en charge des dépenses de soins est de 76%. Ce taux recouvre de fortes disparités : les personnes atteintes de maladies chroniques et hospitalisées sont prises en charge presque intégralement. Les autres assurés supportent ticket modérateur et franchises.

5.3. Qualité des soins

5.3.1. Mesures pour contrôler et améliorer la qualité des soins

La Formation Médicale Continue (FMC) est obligatoire : des crédits de formation sont à effectuer sur une période de cinq ans. Les items concernés peuvent être des formations présentielles (conférences…), individuelles ou à distance (ouvrages médicaux…) mais aussi des situations professionnelles formatrices ou encore la réalisation d'une action d'évaluation de ses pratiques professionnelles. En parallèle à cela, la Haute Autorité de Santé (HAS) joue également un rôle important. Ses missions sont nombreuses mais toujours dans le but d'améliorer les pratiques des médecins :

- Donner son avis en soutien aux pouvoirs publics pour les décisions de remboursement des produits et services médicaux.
- Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins.
- Améliorer la qualité des soins en établissements de santé et pour la médecine de ville ; certifier les établissements de santé tout en évaluant les pratiques des professionnels.
- Informer pour améliorer la qualité et la diffusion de l'information médicale.
- Développer les échanges et la collaboration entre les acteurs du système de santé et en établissant des comparaisons internationales.

Les actions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles menées par cette entité restent à visée formatrice et non punitive. Elles consistent à ce que chaque praticien évalue ses propres pratiques en référence à des recommandations et des méthodes définies par la HAS.

Des procédures collectives identiques à celles-ci sont mises en places en sus pour les spécialités médicales « à risque » (chirurgiens, anesthésistes…).

5.3.2. Mesures pour contrôler et améliorer la prescription

Il y a les Accords de Bon Usage de Soins (ACBUS) qui fixent un objectif médicalisé d'évolution des pratiques. Ils peuvent définir des objectifs quantitatifs d'évolution à la baisse de certaines dépenses et les contreparties proposées aux médecins s'ils les respectent.

Dans cette logique, la Haute Autorité de Santé a également développé une procédure de certification sur les logiciels d'aide à la prescription pour faciliter et sécuriser les diagnostics. Elle a également mis en place des protocoles de traitement et des protocoles nationaux de diagnostics et de soins, notamment pour les patients en ALD, et ce afin de guider les praticiens vers des pratiques plus efficientes.

5.3.3. Mesures pour améliorer la coordination et la coopération entre professionnels de santé

L'amélioration de la coopération et de la coordination entre les professionnels de santé se joue au niveau géographique avec l'octroi d'aides financières ; mais aussi par le biais du Dossier Médical Personnel (DMP, voir IV.4.2. Perspectives et investissements prévus) ou encore du parcours de soins coordonné (voir I.4.1. Participation des patients).

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

6.1. Rôle dans le système obligatoire (passé, présent, tendances pour le futur)

C'est en 1945 que la Sécurité Sociale s'est substituée aux mutuelles et ce phénomène est aujourd'hui en train d'évoluer. Les mutuelles ainsi que les autres OCAM et les ménages ont une part croissante dans le financement des dépenses de santé.

(Voir aussi A.1.1. et A.1.2. Origines historiques et base légale).

Description de la situation actuelle et des problèmes annoncés

Les restes à charge sont en croissance : ticket modérateur, dépassements d'honoraires, forfaits et franchises, ces effets cumulatifs augmentent la part des organismes complémentaires dans le remboursement des dépenses de soins mais les rendent aussi plus difficilement accessibles en raison de leur coût pour les ménages.

Ce désengagement de l'Assurance Maladie pose pour les OCAM des problèmes financiers et décisionnels (souhait de gagner en importance dans les prises de décisions sur l'organisation du système de santé).

6.2. Base légale :

Loi du 1er avril 1898 ou la « Charte de la Mutualité » : distinction des mutuelles (rôle d'intérêt public) des sociétés d'assurance.

Les assurances sociales de 1930 : elles remplacent le mouvement mutualiste pour la couverture des risques maladie, décès et maternité.

Ordonnance du 4/10/1945 et du 19/10/1945 : instauration de la Sécurité Sociale. Le législateur maintient le rôle des mutuelles comme institutions de prévoyance complémentaire et libre.

Loi Morice du 9 avril 1947 : les mutuelles bénéficient de la délégation de gestion pour certaines catégories de la fonction publique.

Décret du 11 octobre 2005 : mise en place des contrats « responsables ». Les autres types de contrats seront imposés à hauteur de 7% par le Taxe sur les Conventions d'Assurance (TCA).

6.3. Coût administratif (méthode de financement, part (%) du budget de santé)

Concernant le financement des mutuelles, il est important de distinguer :

- L'activité couverture complémentaire qui est financée par les cotisations versées par les adhérents.
- L'éventuelle délégation de gestion d'un régime obligatoire qui donnera lieu au versement de remises de gestion compensant ces coûts marginaux et pouvant varier selon les performances de la mutuelle.

Si l'on regarde maintenant où se situent les mutuelles dans le financement de la santé (données Eco-Santé pour l'année 2006) :

- Concernant les dépenses courantes de santé, les mutuelles représentent 8.4% de leur financement (soit 16 587.06 millions d'euros). Elles financent 8.6% des soins hospitaliers et 29.1% des soins ambulatoires.

- Les mutuelles sont responsables de 65.2% du financement fourni par les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

Plusieurs grandes réformes sont actuellement en cours d'élaboration.

La réforme de l'hospitalisation avec le rapport LARCHER

Dans le but de « mieux répondre aux besoins des patients » et « d'assurer la continuité des prises en charge », quatre axes d'action ont été déterminés :

- Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge.
- Optimiser l'offre de soins hospitalière, au niveau des territoires, dans une logique de qualité et d'efficience.
- Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme.
- Développer l'enseignement et la recherche.

Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS)

Les travaux de ce groupe en partenariat avec l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) ont aboutit après quatre mois de discussions et d'auditions avec des professionnels de santé, des associations de patients, des médecins et des étudiants à plusieurs pistes à mettre en place :

- Définir les soins de premier recours, leurs acteurs et l'organisation de ce système.
- Garantir des soins de proximité en continu pour tous les usagers du système de santé.
- Accompagner et inciter l'installation des professionnels de santé au niveau du premier recours.
- Rénover le cadre de coordination et de coopération entre les professionnels de santé.

Dans ce but, il a même été lancé par la ministre de la santé un forum sur Internet afin que chaque individu puisse participer au débat et être ainsi « au cœur du système de santé » et des choix qui y sont liés.

Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, le rapport LARCHER et le rapport FLAJOLET sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire constituent le bloc commun d'un futur projet de loi dont l'étude sera faite à l'automne 2008 afin de réformer organisation de la santé en France.

La Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP)

Cette analyse des missions et actions de l'Etat a pour objectif d'assurer le retour à l'équilibre des finances publiques en 2012 par la proposition de plusieurs scénarios de réformes.

Les orientations de la réforme qui sera mise en place pour 2009-2011 sont de : moderniser le fonctionnement du secteur hospitalier ; garantir l'accès territorial aux soins ; mieux répartir les charges entre solidarité et responsabilité ; lutter contre la fraude et les abus et enfin, améliorer les finances de l'Assurance Maladie.

Dans cette optique, les décisions qui seront mises en place sont les suivantes :

- Etudier l'éventuelle création d'une direction de la protection sociale compétente pour toutes les caisses de sécurité sociale et aussi d'une direction de la cohésion sociale rassemblant les organes compétents de l'Etat en la matière.
- Créer des Agences Régionales de Santé (ARS) (cf D.2.)
- Regrouper les agences sanitaires en pôles cohérents correspondants aux missions générales (par exemple l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé…).

- Réexaminer tous les dispositifs d'exonération spécifiques de charges sociales pour plafonner les niveaux de salaire en bénéficiant et les limiter dans le temps en évaluant régulièrement leur rapport coût / bénéfices.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

L'assurance maladie complémentaire en France est exclusivement opérée par des opérateurs privés. Les Mutuelles, les Sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance sont des opérateurs de droit privé. C'est en cela que l'on parle du marché de l'assurance privée. Il ne faut pas confondre avec l'assurance privée substitutive au(x) régime(s) obligatoire(s) qui en France occupe une part marginale. Même si l'ensemble des organismes ont tous transposé les Directives Européennes d'Assurance dans les différents Codes, il est possible de distinguer entre les organismes privés lucratifs et les organismes à but non lucratif et premier titre desquelles, les mutuelles.

1.1. Régulation de l'assurance maladie privée (règles d'intérêt général)

Les opérateurs d'assurance maladie complémentaire fixent librement leurs tarifs et leurs niveaux de prestations. Ils couvrent tous au moins le ticket modérateur. Cette liberté est de plus en plus déterminée et organisée par les différentes réformes de l'assurance maladie qui conditionne parfois des régimes fiscaux différents en fonctions des périmètres de prestations proposés.

Depuis la loi du 13 aout 2004 l'ensemble de ces opérateurs siège au sein de l'Union des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM).

1.2. Traitement fiscal de l'assurance volontaire

Depuis 2001, la Taxe sur les Contrats d'Assurance (TCA) de 7% s'applique indifféremment de la nature juridique de l'Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie (OCAM) à tous les contrats n'étant pas solidaires ou responsables.

Les contrats solidaires

L'organisme assureur ne doit pas recueillir de renseignements médicaux sur l'assuré et ne doit pas adapter sa tarification à l'état de santé de l'assuré.

Les contrats responsables

Mis en place le 19/09/2005 pour responsabiliser les assurés, un contrat responsable ne pourra pas prendre en charge :

- La participation forfaitaire de 1€
- Les différentes franchises limitées à 50€
- Le différentiel de remboursement de l'Assurance maladie si le parcours de soins coordonné n'est pas respecté
- Les dépassements d'honoraires s'il n'y a pas eu respect du parcours de soins

- Les majorations si le patient refuse à des praticiens l'accès à son dossier médical.

Un contrat responsable devra obligatoirement prendre en charge les frais de santé, analyses et autres consultations prescrites par le médecin traitant à au moins 15%.

1.3. Importance de l'assurance maladie privée

92% de la population française bénéficie d'une couverture complémentaire (84.5% hors CMUC).

Structure du financement de la dépense de soins et biens médicaux

	2006 (part en %)
Sécurité Sociale	77
Etat et collectivités locales	1,4
Mutualité	7,4
Ménages	8,6
Sociétés d'assurance	3,2
Institutions de prévoyance	2,4

Les organismes complémentaires couvrent plus de 13% des dépenses de santé en France.

1.4. Types de couverture privée offerts (complémentaire, substitutive, alternative)

En France, la protection complémentaire est dite volontaire et facultative. Cela est encore vrai dans le cas des contrats individuels.

Dans certains cas, elle peut couvrir certaines prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire qui pourront l'être par des OCAM (consultations chez des médecins ostéopathes…).

Les organismes sont actifs dans les domaines suivants (données pour 2006):

Domaine	Part des OCAM dans leur financement
Soins ambulatoires	20.4%
Dentistes	34.7%
Médicaments	18.9%
Prothèses et autres biens médicaux	30.0%
Dépenses hospitalières	4.2%
Transport sanitaire	3.2%

1.5. Acteurs offrant de l'assurance maladie complémentaire

Les mutuelles (Code de la Mutualité)

Les mutuelles se définissent comme des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui mènent au moyen de cotisations versées par les membres et dans leurs intérêts, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Elles assurent certains risques et peuvent mettre en place des actions et œuvres sanitaires et sociales.

L'intégralité des bénéfices de la mutuelle sont redistribués soit dans la réduction de la cotisation ou dans l'amélioration du niveau de prestations. Il n'y a pas d'actionnaire.

L'intégralité des bénéfices de la mutuelle sont redistribués soit dans la réduction de la cotisation ou dans l'amélioration du niveau de la prestation. Il n'y a pas d'actionnaire.

La gouvernance spécifique des mutuelles permet à ce que les adhérents participent à la prise des décisions importantes de la mutuelle lors des votes en Assemblée Générale. Les adhérents des mutuelles élisent leurs représentants en Assemblée Générale qui désignent les dirigeants de la mutuelle.

Les Mutuelles d'assurance et les Sociétés d'Assurance Mutuelle régies par le Code des Assurances, (bien que le champ d'activités soit principalement la réparation des dommages) sont des sociétés avec une gouvernance d'entreprise de type mutualiste. Les adhérents votent en Assemblée Générale.

Les sociétés d'assurance (Code des Assurances)

Les sociétés d'assurance sont des entreprises commerciales, contrôlées et dirigées par des actionnaires auxquels les profits éventuels sont redistribués. Les bénéficiaires des prestations ne sont que des assurés.

Les institutions de prévoyance (Code de la Sécurité Sociale)

Il s'agit de personnes morales de droit privé à but non-lucratif et à gouvernance paritaire spécialisées principalement dans la retraite complémentaire mais aussi sur la couverture de tous les risques liés à la personne humaine. Elles peuvent réaliser des actions sociales collectives, particulièrement en entreprise. La réglementation oblige les institutions de prévoyance à intervenir dans le cadre des contrats collectifs pour les actifs. Elles ne peuvent intervenir en individuel que pour les personnes retraitées.

Pour 2007, on comptait 2299 OCAM répartis entre environ 1875 mutuelles (dont 700 ayant reçu l'agrément selon l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles - ACAM), 66 institutions de prévoyance et 358 entreprises d'assurance.

1.6. Contrats individuels – groupes (rôle de l'employeur)

Lorsqu'un employeur met en place une protection sociale complémentaire santé pour ses salariés, il doit tout d'abord choisir le régime souhaité et la répartition de financement applicable mais aussi s'il sera à adhésion obligatoire ou facultative pour la catégorie de salariés concernée.

Il existe ensuite trois modes opératoires pour la mise en place de la protection sociale complémentaire (L911-1 du Code de la Sécurité Sociale) :

L'accord collectif conclu entre l'employeur et au moins un syndicat représentatif. Ses effets sont généraux, obligatoires et impératifs.

L'accord référendaire : le projet est soumis au vote des salariés et doit aboutir à une majorité simple pour être validé et appliqué.

La décision unilatérale de l'employeur : l'employeur prend seul l'engagement de mettre en place et de financer au moins partiellement le régime de protection sociale complémentaire.

1.7. Nouveaux services offerts

Les services aux personnes

Fournies par la plupart des OCAM il peut s'agir d'assistance à domicile en cas d'accidents (aide ménagère, garde d'enfants…) et d'accompagnements téléphoniques pour certains profils (sevrage tabagique, coaching diététique…) notamment lorsque cela est médicalement nécessaire.

Les dépassements d'honoraires

Il existe à ce sujet des divergences de vue profondes entre les mutuelles et les professionnels de santé les pratiquant. En effet, pour que les dépassements d'honoraires puissent être remboursés, il faudrait alors prouver que ceux-ci justifient une meilleure qualité de soins. Or, cette mesure est très difficilement réalisable (car subjective) et la majorité des praticiens est opposée à ce que des tiers contrôlent les pratiques médicales. La Mutualité Française s'est toujours

opposée à ce qu'il y ait des revalorisations sans contreparties de la part des professions de santé sur l'amélioration de la qualité des soins.

Une négociation est actuellement en cours sur un nouveau secteur d'exercice dit secteur optionnel qui doit permettre de fixer les conditions et les montants de dépassements d'honoraires pris en charge par les mutuelles.

2. L'ASSURANCE PRIVEE PAR LA MUTUALITE

2.1. Rôle de la mutualité

2.1.1. Fonction et importance de la couverture volontaire

L'assurance maladie complémentaire en France est exclusivement opérée par des opérateurs privés (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance). Il ne faut pas confondre avec l'assurance privée substitutive au(x) régime(s) obligatoire(s) qui en France occupe une part marginale.

Selon l'article L 111-1 du code de la Mutualité : « les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants-droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. »

La quasi totalité des mutuelles régies par le Code de la Mutualité adhère à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) qui regroupe ainsi près de 97% des mutuelles, et protège 38 millions de personnes.

A titre indicatif, la part des dépenses courantes de santé des mutuelles dans les dépenses courantes totales de santé des organismes complémentaires s'élève, en 2006, à 65,2% (contre 19,8% pour les sociétés d'assurance et 14,9% pour les institutions de prévoyance).

2.1.2. Base légale pour les systèmes mutualistes dans la couverture volontaire

Les textes régissant les mutuelles et leurs activités sont regroupés dans le Code de la Mutualité qui est divisé en sept livres :

- Livre 1 : les règles générales applicables à tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations).
- Livre 2 : les règles applicables aux mutuelles et aux unions réalisant des opérations d'assurance.
- Livre 3 : les règles applicables aux mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale, et la gestion des réalisations sanitaires et sociales.
- Livre 4 : l'intervention de la Mutualité dans le domaine de la santé.
- Livre 5 : l'intervention de la Mutualité dans le cadre des régimes obligatoires.
- Livre 6 : les relations avec les pouvoirs publics.
- Livre 7 : la communication, l'information, la documentation et l'édition.

2.1.3. Principes directeurs

Les principes mutualistes

- Les mutuelles sont des sociétés de personnes et non de capitaux.
- Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif.
- Les mutuelles font vivre un système de solidarité, d'entraide et de prévoyance.
- Les mutuelles combattent l'exclusion et la discrimination.

Les valeurs mutualistes sont la solidarité, la démocratie, la liberté et la responsabilité.

2.1.4. Contribution des membres

Les cotisations qui sont payées par les adhérents ne peuvent varier que selon certains critères : le revenu, la durée d'affiliation à la mutuelle, le régime d'Assurance Maladie, le lieu de résidence, le nombre d'ayants-droits et l'âge des membres participants. Tout autre critère serait discriminatoire.

2.2. Types de couverture

2.2.1. Différents plans de protection offerts

Rôle et fonction principale des mutuelles

Elles ont pour but de faciliter l'accès des assurés à des soins de qualité au meilleur coût par la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de remboursements améliorés (optique, dentaire, tiers-payant…).

Faciliter l'accès aux complémentaires santé

La loi instituant la CMU prévoit que les bénéficiaires ont le choix, pour la gestion de leur couverture complémentaire (CMUC) entre la caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire parmi ceux qui ont adhéré au dispositif. Cette couverture complémentaire gratuite offre la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier, ainsi qu'un supplément forfaitaire pour les prothèses dentaires et les lunettes. De plus, les bénéficiaires ont droit au tiers-payant. En 2006, 4 849 464 personnes bénéficiaient de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). Parmi eux, 612 873 personnes, soit 12,64% des bénéficiaires, avaient opté pour la gestion de leur dossier par un organisme complémentaire dont 478 537 étaient couvertes par les mutuelles.

La loi sur la réforme de l'assurance maladie de 2004 a instauré une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui fonctionne comme un « chèque santé » à remettre à l'OCAM. Son montant (100€ pour les moins de 25 ans, 200€ pour les 25-59 ans et 400€ pour les 60 ans et plus) sera déduit des cotisations à payer.

Améliorer l'accès aux soins

Dans cette optique, les mutuelles en France sont des organismes d'assurance maladie complémentaire mais aussi des fournisseurs et prestataires de services

sanitaires et sociaux. La FNMF a ainsi mis en place toute une politique d'appui aux Services de Santé et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM). (cf B.3.).

2.2.2. Catégories des membres couverts par les différents plans

Pour des contrats classiques, pourront bénéficier des prestations l'assuré / souscripteur et ses ayants-droits (définis dans les termes du contrat).

Concernant la CMUC, pourra en bénéficier toute personne remplissant les conditions de ressources (moins de 606€ mensuels pour une personne seule) et résidant de manière stable et régulière depuis au moins trois mois ininterrompus sur le territoire français.

Pour l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), les revenus situés entre 1 et 1.2 fois le plafond de la CMUC (soit entre 606€ et 727.25€ mensuels pour une personne seule). Il faut en plus de cela résider de façon stable et régulière sur le territoire français depuis au moins trois mois.

2.2.3. Projets mutualistes dans le secteur social et sanitaire

Voici quelques exemples montrant l'implication de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Le plan Priorité Santé Mutualiste (PSM)

Il s'agit d'un dispositif ayant pour objectif d'informer, d'accompagner et d'aider à l'orientation les adhérents aux mutuelles rattachées à ce projet mais aussi les aidants et les professionnels de santé. En rodage depuis avril 2008, il sera généralisé fin 2009. Les mutualistes concernés pourront bénéficier d'une orientation vers la structure de soins la plus adaptée à leur besoins ; d'un soutien et de conseils téléphoniques personnalisés et dispensés par des professionnels qualifiés. Les services apportés sont autour de quatre thèmes : dépendance, addictions, cancer et cardio-vasculaire avec des services de proximité (journées de sensibilisation…).

Les principes du PSM sont la qualité, la proximité et la confidentialité, la transparence, l'impartialité.

Le programme « Bien vieillir »

La Mutualité Française soutient le programme « Bien Vieillir » initié en 2003 pour les jeunes retraités et qui promeut une alimentation saine couplée à une activité physique et sportive adaptée ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)

La Mutualité Française y participe de la même manière que pour le programme « Bien vieillir ».

Ce plan a comme objectif général l'amélioration de la santé des français par le biais de la nutrition.

Le dépistage du cancer du sein

Les mutuelles par le biais de la FNMF ont choisi de lancer des actions parallèles à celles du gouvernement afin de développer de plus en plus les dépistages et améliorer le taux de participation des femmes (relance téléphonique…).

3. TECHNIQUES DE 'MANAGED CARE' APPLIQUEES

3.1. Assurance de la qualité des soins

De manière générale, on entend par « Managed Care » tout système gérant la délivrance de soins et biens de santé dans une optique de maîtrise et de contrôle des coûts, d'où le parcours de soins coordonné.

Le « Disease Management »

Ce concept a été défini en France par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2006, comme le soutien à la prise en charge thérapeutique des patients atteints de cinq maladies chroniques : le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire chronique, l'asthme et l'insuffisance coronarienne.

Les programmes s'appuient sur l'éducation thérapeutique, le coaching, la coordination des soins.

Il a été lancé par le système d'assurance maladie obligatoire en avril 2007 un Plan sur l'Amélioration de la Qualité de Vie des Patients atteints de maladies chroniques qui a pour terme 2011. Celui-ci est articulé autour de 4 axes tournés vers les patients : mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la médecine de soins à la prévention, faciliter la vie quotidienne des malades et mieux connaître les besoins.

Une des déclinaisons de ce plan est le programme SOPHIA pour les diabétiques lancé en 2008 et qui sera généralisé, si son efficacité est reconnue à partir de 2010. Il s'agit d'un accompagnement des patients pour que ceux-ci deviennent acteurs de leur santé (amélioration de leur qualité de vie, meilleure prévention des complications de la maladie, utilisation d'outils spécifiques comme un magazine trimestriel « Sophia et vous », service Internet et accompagnement téléphonique...).

Les réseaux mutualistes

Les Services de Santé et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM).

Les conventions entre les mutuelles et les professionnels ou établissements de santé

Les mutuelles peuvent passer des conventions avec les professionnels de santé et les établissements pour fixer des tarifs de base, définir les modalités de paiement des assurés, mettre en place des recherches de bonne pratique, des chartes de qualité… Elles orienteront alors leurs adhérents vers ces réseaux.

3.2. Réseaux de prestataires

Les réseaux mutualistes

Les services apportés par les mutuelles et entre autres par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) consistent en neuf réseaux :

- L'enseigne « Audition Mutualiste » avec 212 centres spécialisés et la possibilité d'être dispensé de l'avance de frais. Ce réseau est ouvert à tous les assurés sociaux.
- L'enseigne « Les opticiens mutualistes » avec plus de 450 magasins et 2 000 professionnels qui y collaborent. La dispense d'avance de frais et le tiers payant y sont possibles. Peuvent accéder à ce réseau tous les assurés sociaux.
- Les pharmacies mutualistes dont le réseau composé de 70 officines est réservé aux adhérents de mutuelles.
- Les services dentaires mutualistes sont proposés dans 453 centres et dispensés par plus de 3 000 professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, assistantes…). Y sont également pratiqués des actes d'orthodontie ou encore d'implantologie. Ce système applique le tiers-payant.
- L'hospitalisation mutualiste représente le premier réseau d'hospitalisation français à but non lucratif avec 7 600 places disponibles. Son fonctionnement est possible grâce au travail de 10 000 professionnels de santé salariés. Il se compose de 80 établissements couvrant tous les champs de l'hospitalisation (31 établissements de court et moyen séjour, 30 de soins de suite et de réadaptation, 13 de santé mentale…).
- La médecine de ville et les soins infirmiers mutualistes se répartissent sur 84 centres de santé, appliquant les tarifs du secteur 1. Sur les 3 000 salariés, 40% sont des médecins avec une proportion plus importante de spécialistes que de généralistes.
- L'accueil de la petite enfance se fait par un réseau d'activités d'une grande diversité telles que : des crèches familiales ou ouvertes 24h/24, des ludothèques, des centres de loisirs sans hébergement, des cantines scolaires…
- L'accueil des personnes âgées et de celles en situation de handicap est composé de 373 structures pour les personnes âgées (215 d'hébergement pour les dépendants, 80 de soins infirmiers à domicile et 78 comme des clubs, des ateliers ou des prestataires d'aide à domicile) ; et 119 pour les personnes en situation de handicap (46 d'hébergement pour adultes et enfants, 20 de service d'aide par le travail et 53 autres services comme des auxiliaires de vie, des aides médico-sociales, des services de tutelle…).
- Les services aux personnes qui couvrent des domaines très différents tels que les services à domicile, les plates-formes de service, l'accompagnement des personnes, le soutien scolaire et l'aide aux devoirs, le portage de médicaments ou encore la fourniture de conseils sur le domaine social ou juridique.

3.3. Certification, accréditation

Les réseaux mis en place par la Mutualité française sont tous soumis à des chartes ou contrôles attestant de la qualité des soins et services fournis pour chaque type de réseau.

Tous les services mutualistes sont encadrés par une charte qualité plus générale qui se décompose en cinq points :

- Accueillir et respecter l'assuré quelque soit son état de santé ou d'autonomie afin de préserver sa dignité, sa liberté de choix et son intimité.
- Maintenir l'autonomie de l'assuré et agir en collaboration avec lui et non à sa place.
- Recueillir régulièrement l'avis des bénéficiaires du réseau afin d'en augmenter constamment la qualité.
- Préserver la vie sociale en proposant des activités, des rencontres et un accompagnement personnalisé.
- Garantir le savoir-faire des professionnels de santé contribuant au réseau.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DE L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

1.1. Principes directeurs

1.1.1. Modes de rémunération

Dans le système français, les professionnels de santé peuvent être rémunérés par différentes méthodes : salaire, paiement à l'acte ou par capitation, en fonction du bien ou service fourni…

1.1.2. Différences entre médecins et autres prestataires de soins

La rémunération des médecins

Les médecins (généralistes ou spécialistes), s'ils ont un statut libéral, sont rémunérés à l'acte avec d'éventuels dépassements d'honoraires.

Une partie de la rémunération pourra se faire par capitation pour les praticiens faisant partie du programme ALD et s'occupant du suivi de patients en étant atteints (forfait de 40€ annuels par patient), ou encore pour les patients dont les soins palliatifs sont coordonnés à leur domicile (80€ mensuels par patient).

La rémunération des auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux libéraux reçoivent les honoraires fixés selon les tarifs conventionnels où, les actes sont côtés par des lettres clés avec une valeur, qui sera ensuite pondérée par un coefficient correspondant au type de prestation.

Ceux qui sont employés seront rémunérés par un salaire mensuel.

La rémunération des autres prestataires de soins

Pour les fournisseurs de biens et soins médicaux, leur rémunération correspond à leur marge sur les produits vendus.

Concernant les pharmaciens, pour les médicaments soumis à un remboursement de l'Assurance Maladie, ceux-ci perçoivent un forfait pour chaque boîte de médicaments vendue (0.53€) et une marge dont le taux est fonction du prix d'achat au fabriquant du médicament (de 26.1% à 6%).

Pour les médicaments non remboursés, les prix étant libres, la marge des pharmaciens l'est aussi.

1.1.3. Différences entre soins hospitaliers et ambulatoires

Les soins hospitaliers

Tous les professionnels de santé exerçant dans le secteur hospitalier sont considérés comme salariés.

La médecine ambulatoire

La somme de tous leurs honoraires (à l'acte et par capitation) ne représentent pas la rémunération finale du médecin. Il devra d'abord en déduire ses charges et frais professionnels (estimés à environ 45% pour les médecins omnipraticiens).

Un même acte sera facturé de la même manière qu'il soit réalisé dans le secteur hospitalier ou ambulatoire (hors dépassements d'honoraires).

1.1.4. Elargissement des prestations

Au niveau de l'Assurance Maladie obligatoire, la tendance est plutôt à un recadrage des prestations donc à une restriction par des déremboursements et des programmes spécifiques de prise en charge pour certaines populations (ALD…).

En effet les pouvoirs publics, dans le but de respecter les objectifs européens en matière de « maîtrise des déficits publics » et le pacte de stabilité budgétaire, ont tendance à réduire les dépenses de solidarité pour les reporter sur les ménages et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Les mutuelles développent aussi des programmes spécifiques au niveau des actions sanitaires et sociales (entre autres avec le plan Priorité Santé Mutualiste) et une offre de soins plus adaptée et plus accessible avec les Services de Santé et d'Accompagnement Mutualistes.

1.1.5. Lien avec la protection obligatoire de la santé

Du montant des honoraires médicaux va directement dépendre le reste à charge pour l'assuré.

Ce sera ensuite aux OCAM de prendre le relais en partie ou pour la totalité de ce reste à charge.

En effet, les taux de remboursement sont fixés par les pouvoirs publics et ce sont les couvertures complémentaires qui s'adaptent pour rembourser la différence (totale ou en partie) avec le coût réel.

1.2. Méthode de fixation des tarifs et honoraires

1.2.1. Fixation / approbation

Le tarif de responsabilité des différents honoraires médicaux est décidé à partir de trois sources : la loi, les règlements, et les conventions signées entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Les praticiens du secteur 2 (principalement des spécialistes et dans le privé) sont autorisés à faire des dépassements d'honoraires dont le montant est à leur libre appréciation mais doit être décidé avec « tact et mesure ». Initialement, quatre principes doivent être pris en compte lors du calcul du montant du dépassement d'honoraire : la notoriété du praticien, la complexité et la durée de l'acte, le service rendu et les possibilités financières du patient.

Les dépassements d'honoraires représentent 2 milliards d'euros par an (1.5 pour les cabinets médicaux et 0.5 dans les hôpitaux et cliniques) dont 2/3 restent à la charge des patients après intervention des OCAM.

1.2.2. Critères de qualité et de rentabilité

La plupart de ces éléments ont déjà été expliqués, il s'agit des ACBUS, de l'option de coordination et la contrepartie demandée par l'Assurance Maladie qui n'acceptera d'augmenter les honoraires des professionnels de santé que s'ils respectent certaines conditions : utiliser un logiciel d'aide à la prescription, faire des actions de formation médicale continue…

S'ajoutent également à ça les Contrats de Bonne Pratique, conventions entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé où l'adhésion se fait sur le volontariat en l'échange d'une rémunération forfaitaire.

1.2.3. Incitations et sanctions

Les incitations principales sont les suivantes : forfait pour les patients en ALD ou en soins palliatifs à domicile et prise en charge partielle ou totale des cotisations sociales.

Les principales sanctions sont l'absence de prise en charge des cotisations sociales voire même un déconventionnement pour les manquements les plus graves.

1.2.4. Règlement des litiges

Un patient estimant avoir eu à payer un dépassement d'honoraires excessif pourra toujours déposer une requête de contestation auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Malgré l'obligation d'afficher dans la salle d'attente le secteur auquel le praticien appartient et le prix demandé pour les principaux actes effectués, cela n'était que très peu mis en pratique et le montant des dépassements d'honoraires restait flou et mal expliqué.

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANT)

2.1. Principes directeurs

2.1.1. Fixation des prix

La détermination des prix et tarifs de responsabilité

Il s'agit du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) qui fixe par convention ou par décision publiée au Journal Officiel, les tarifs de responsabilité des produits. Le CEPS définit également les prix des produits et prestations inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

La détermination du tarif de responsabilité se fait en fonction : du service rendu ou attendu et de son évolution probable, des résultats des études demandées, du tarif ou prix du même « objet » s'il existe déjà sur le marché, des volumes de vente prévus et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Les différentes taxes

Les producteurs ou fournisseurs d'appareillage médical sont premièrement soumis à une taxe de mise sur le marché. D'un taux de 0.24% du chiffre d'affaire annuel hors taxe (si le montant des ventes dépasse un certain seuil), son montant revient à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

Puis il y aura une taxe forfaitaire à verser à la Haute Autorité de Santé (HAS) dont le montant à payer est de 2 300€ pour les demandes initiales d'inscription sur la LPP et 460€ pour les demandes de renouvellement et de modification des conditions à l'inscription.

2.1.2. Liens avec la protection obligatoire santé

Pour qu'un appareil médical soit pris en charge par l'Assurance Maladie, il doit être inscrit sur la LPP (Liste des Produits et Prestations).

Un critère fondamental à l'inscription est le service attendu du produit (mesuré par une échelle de 1 à 5) qui doit être jugé suffisant.

L'inscription en elle-même peut se faire sous deux formes :

- En tant que « principe » avec une description générique (dans la majorité des cas): seuls seront décrits le type de produit, sa finalité thérapeutique et ses spécifications techniques.
- Plus exceptionnellement, sous forme de marque ou de nom commercial pour les produits innovants ou lorsqu'un suivi particulier est nécessaire (impact sur les dépenses d'assurance maladie, respect des impératifs de santé publique…).

2.2. Procédure de fixation des prix

Voir C.2.1.1. Fixation des prix.

2.3. Comparaison de prix de certains implants et prothèses

2.3.1. Comparaison de prix de certains implants et prothèses

Les prothèses ou orthèse

- *Orthèse plantaire* (à l'achat) : 14.43€.
- *Appareil électronique correcteur de surdité*: 199.71€.
- *Prothèse oculaire* provisoire: 439.21€.
- *Prothèse pour amputation des doigts*: 430.64€.
- *Main en alliage léger* : 926.87€.

Les implants

- *Valve cardiaque*: 2316.01€.
- *Endoprothèse coronaire* dite « stent » : 550€.
- *Implant digestif* pour gastroplastie : 900€.
- *Implant articulaire du coude* : 198.18€.
- *Implant fémoral du genou* : 603.09€.
- *Implant de la hanche* : 752.64€.
- *Implant osseux* pour un volume inférieur ou égal à 5cm : 152.45€.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[129] DES SERVICES DE SANTE

1.1. Situation de la tendance à la marchandisation (logique de marché)

Dans les hôpitaux

Les spécialistes chefs de clinique travaillant dans un établissement public ont la possibilité d'avoir en sus une patientèle privée pour 20% de leur activité. Cette pratique induit des dépassements tarifaires excessifs.

Dans la médecine ambulatoire

Les dépassements d'honoraires des médecins représentent 5 milliards d'euros à la charge des patients.

Dans les maisons de repos et de soins

Les maisons de repos et de soins doivent appliquer des tarifs journaliers fixés par arrêté préfectoral.

[129] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

La plupart de ces établissements sont privés à but non lucratif mais la proportion de privés à but lucratif augmente, en favorisant les prestations annexes (chambre individuelle, télévision…) facturables directement aux patients.

1.2. Impact de cette tendance sur le système de santé

Cette tendance a trois impacts sur le système de santé.

- Remise en cause de la solidarité. Plus l'on consomme, plus les restes à charge sont importants car les individus payent alors selon leurs risques et non plus selon leurs revenus.
- Pour les soins spécialisés, les spécialistes appliquant les tarifs conventionnés sont peu nombreux, il faut s'adresser à ceux pratiquant des honoraires libres dont les dépassements créent des difficultés financières d'accès aux soins.
- En raison de la liberté d'installation, il y a un problème de distribution de l'offre de soins au niveau territorial : selon les régions, des pénuries de professionnels de santé de secteur 1 peuvent se faire ressentir.

1.3. Impact de cette tendance sur la régulation de l'offre médicale

Pour contrer ces effets négatifs, le gouvernement a pris des mesures de deux ordres :

- Accroître le numerus clausus.
- Améliorer l'offre de soins par une répartition plus homogène des professionnels de santé mais aussi développer les partenariats publics / privés où des médecins libéraux viendraient pratiquer dans les petits hôpitaux publics afin de maintenir des services accessibles géographiquement et financièrement.

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

La RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques), montre qu'en France, le pilotage de la santé est trop dispersé, non homogène et inadapté à l'échelle locale, d'où la proposition de régionalisation de l'administration de la santé.

Un rapport est paru en janvier 2008 sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS) définies comme « un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé ». Les ARS devront coordonner toute la chaîne de l'offre de prise en charge sanitaire (prévention, médico-social…) tout en améliorant l'articulation de la médecine ambulatoire et hospitalière.

Elles seront le seul échelon régional : en effet, elles se substitueraient aux Agences Régionales d'Hospitalisation, aux URCAM et intègreraient les Directions Départementales et Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales. Ainsi les décisions prises seraient plus facilement applicables car mieux ciblées et une réduction des coûts de structure pourrait être envisagée.

Les contraintes de contrôle interne et de solvabilité sont de plus en plus importantes (notamment avec « Solvabilité II »). De ce fait, les petites mutuelles

ont tendance à se regrouper entre elles et à fusionner afin de respecter les règles financières qui leurs sont imposées (provisions…).

3. REORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

3.1. Situation

Cette articulation entre secteur hospitalier et ambulatoire évolue pour tendre vers plus d'efficience.

Le secteur hospitalier était déjà régi par les Agences Régionales d'Hospitalisation depuis 1996. Ces groupements ont comme mission de définir et gérer les politiques hospitalières régionales tout en coordonnant l'activité des établissements de santé. En parallèle à cela, les ARH contrôlent le fonctionnement et déterminent les ressources de ces établissements.

Cette organisation risque d'être modifiée sous peu par le projet de loi (voir I.7) relatifs aux ARS et dans la perspective suivante :

- Recentrer l'offre de soins vers des soins primaires.
- Assurer une meilleure cohérence entre ville et hôpital tout en maîtrisant les dépenses.
- Ainsi améliorer le parcours de soins des patients.

En parallèle et toujours dans une optique meilleure prise en charge de la dépendance se développent les Hospitalisations à Domicile (HAD), réseau de soins avec une prise en charge pluridisciplinaire (clinique, psychologique et sociale) par des médecins, des soignants, des services sociaux et des accompagnants bénévoles.

3.2. Répartition des budgets en conséquence

Pour la médecine hospitalière, les ARH attribuent annuellement à chaque établissement une enveloppe financière avec laquelle ils doivent faire face à leurs dépenses. Ce mécanisme de rémunération appelé communément « dotation globale » a vocation à disparaître au bénéfice de La Tarification A l'Activité (T2A) prévue définitivement pour 2012 Les médecins libéraux n'ont pas de budget attribué.

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGES D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Organisation

4.1.1. Partenaires impliqués

Les échanges d'informations électroniques se font principalement entre l'Assurance Maladie, les mutuelles et les professionnels de santé (médecins, pharmaciens…).

Ceux-ci se font par le biais de deux outils. La Carte Vitale qui est une carte à puce permettant à son titulaire (l'assuré ou bénéficiaire) de justifier de ses droits à l'Assurance Maladie et de télétransmettre ses feuilles de soins pour un traitement plus rapide et plus sécurisé que les versions papier, qui ont quasiment disparues ; mais aussi la CPS (Carte des Professionnels de Santé) est qui attribuée à chaque praticien Elle comporte des informations d'identification et sert également à la télétransmission des feuilles de soins électroniques. Enfin, elle sécurise ces transmissions par un code confidentiel attestant de l'identité du professionnel et de la confidentialité des données transmises.

Un autre réseau d'échange d'informations existe également. Il s'agit de NOE, qui est un réseau mis en œuvre par la Mutualité Française afin que les factures de soins puissent être échangées entre les professionnels de santé et les mutuelles dans le cadre du tiers-payant.

4.1.2. Echange de données administratives et financières – facturation

La Carte Vitale et la CPS permettent de pouvoir échanger des informations sur le détenteur de la carte (identité…), son régime d'affiliation et ses droits (régime de base et couverture complémentaire) ; mais aussi de procéder aux remboursements et de rétribuer les professionnels de santé le cas échéant.

Le réseau Noé permet l'échange de demandes de remboursement ou d'informations sur l'assuré.

4.1.3. Echange de données médicales

Aucune donnée médicale ne circule. Ceci évoluera peut-être avec le Dossier Médical Personnel (DMP).

4.2. Perspectives et investissements prévus

Il y a premièrement la carte Sésam-Vitale, dite « V2 », qui est la nouvelle version de la carte Vitale. Elle est testée depuis 2007 pour être diffusée en 2011.

Elle présente désormais une photographie, est plus sûre et contient de nouvelles données (médecin traitant choisi, position quant au don d'organes…). Elle servira également de moyen d'accès au DMP qui deviendra un outil novateur d'échange d'informations sur le patient.

Le réseau Noé est lui aussi susceptible d'évoluer, notamment par son application aux professionnels de santé n'adhérant pas au dispositif Sésam-Vitale tels que les hôpitaux publics, les cliniques ou les opticiens.

En parallèle à tout cela, le Dossier Médical Personnel (DMP) redevient d'actualité.

Il s'agit du dossier médical du patient mais sous forme électronique sécurisée. L'accès y est possible par Internet pour le patient et pour les professionnels de santé qui en ont l'accord (sauf cas d'urgence). La coordination et les échanges d'informations sont ainsi facilités entre tous les acteurs du parcours de soins.

Le DMP est divisé en six rubriques : identification, données générales, de soins, de prévention, d'imagerie médicale et un espace de libre expression pour le patient.

Initialement prévue en 2007, sa mise en place n'est pour l'instant pas prévue avant 2011 ou 2012. Il sera alors proposé de manière facultative dans une logique de « fournisseur de service » afin de simplifier sa future utilisation, et non plus comme un projet technique contraignant et obligatoire.

L'Institut des Données de Santé (IDS), lancé par la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 a comme membres l'Etat, les trois régimes obligatoires (CNAMTS, RSI et MSA), l'UNOCAM ; l'Union Nationale des Professionnels de Santé, le Comité Inter associatif des usagers de la Sécurité Sociale, les fédérations hospitalières et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Ses rôles et missions sont de réaliser des enquêtes sur les comportements des assurés en matière de santé et aussi d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque maladie. Ainsi, cette collecte des données les plus fiables possibles permet d'apporter des sources d'informations sûres pour les prises de décisions.

4.3. Droits du patient

4.3.1. Droit d'accès et rôle du patient sur les informations administratives et facturation

Le patient a un accès aux informations contenues dans sa carte VITALE et peut demander à sa caisse primaire de modifier les données présentes sur cette carte

Les professionnels de santé peuvent les consulter mais seulement avec l'accord et en présence de l'assuré.

4.3.2. Droit d'accès et rôle du patient sur les informations médicales

Il n'y a pas d'informations médicales sur la Carte Vitale de base.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS / DISPOSITIFS MEDICAUX

5.1. Tendance générale

Pour les médicaments, vaccins et dispositifs médicaux qui sont prescrits et remboursables, le prix est réglementé. Sinon les prix sont libres.

Pour la pharmacie hospitalière, l'établissement de santé négocie directement avec son fournisseur.

5.2. Processus de décision pour la mise sur le marché, l'utilisation et le remboursement

Il faut mentionner ici le rôle de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui est un organisme d'expertise scientifique public et indépendant et qui a un rôle consultatif dans toutes les procédures suivantes.

5.2.1. Qui décide de son autorisation et de son remboursement ?

L'autorisation de mise sur le marché d'un médicament est accordée par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) après consultation de la commission de l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) qui se basera sur l'efficacité, l'innocuité et la qualité du « produit ».

Pour être remboursé, un médicament devra prouver qu'il améliore le service médical rendu (ASMR) en matière d'efficacité, de réduction des effets secondaires ou encore de diminution des coûts de la fabrication du produit (donc des coûts réduits pour l'Assurance Maladie). Les différents taux de remboursement applicables sont fixés par l'UNCAM.

5.2.2. Qui décide de l'intérêt de l'utilisation de nouveaux médicaments et vaccins / dispositifs médicaux, et sur quelle base (valeur thérapeutique ajoutée, coût bénéfice) ?

L'intérêt d'un nouveau médicament est défini par la Commission de Transparence (rattachée à la HAS) et selon le critère de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) qui est basé sur une échelle de six niveaux, fonction de l'intérêt thérapeutique (de progrès thérapeutique majeur à absence d'amélioration mais avis favorable ou rejet de la demande).

5.2.3. Qui décide du prix ?

C'est le CEPS (Comité Economique des Produits de Santé) qui négocie les prix les plus bas possible avec les industriels pharmaceutiques par mandat des pouvoirs publics. L'UNOCAM (Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie) fait partie du CEPS.

Les critères pris en compte pour la détermination du prix sont : l'Amélioration du Service Médical Rendu, les produits substituables existant sur le marché, les volumes de vente qui sont prévus.

5.3. Mécanismes de financement du coût croissant de ces nouveaux médicaments - vaccins / dispositifs médicaux

Les montants engagés quant à la recherche, le développement et l'élaboration d'un nouveau produit sont théoriquement à la charge des industriels pharmaceutique, mais de fait répercutés dans la politique de vente (orientation des prescripteurs vers les innovations les plus chères)

5.4. Controverses

Un des produits récemment très controversé est le Gardasil®, vaccin contre certaines formes du cancer de l'utérus.

De par son prix élevé (3 fois 400€) et un remboursement seulement partiel (65%), il est le symbole d'une médecine à deux vitesses où c'est à la solidarité nationale de payer le « coût de l'innovation » pour un produit à l'efficacité contestée (sinon il pourrait être pris en charge à 100%).

De plus, les phases de recherches et de tests ont été très (trop ?) rapides d'où un problème pour de nombreux médecins souhaitant tout de même appliquer le principe de précaution.

Enfin, le prix élevé repose la question de l'importance des lobbies pharmaceutiques, en parallèle à une campagne publicitaire perçue comme culpabilisante pour les parents ne vaccinant pas leur(s) fille(s).

Le Champix® est également contesté. Mis sur le marché depuis 2007 pour le sevrage tabagique, ce médicament est soupçonné d'être à l'origine d'états d'agressivité, de dépressions, voire même des suicides.

L'utilisation de ce produit est donc surveillée, notamment par l'agence européenne du médicament (EMEA),

5.5. Perspectives

L'Assurance Maladie cherche à agir sur la qualité et l'opportunité .des prescriptions pharmaceutiques

C'est pour cela que les médicaments génériques se développent.

Ils ont d'ailleurs permis d'économiser un milliards d'euros en 2007. Mais pour se faire, il a fallu changer les habitudes des professionnels de santé en les incitant à prescrire des génériques et en contrôlant leurs prescriptions, mais aussi mieux informer les assurés afin de combattre leurs réticences face aux médicaments génériques. Ces mesures semblent porter leurs fruits car en 2007, le taux de pénétration des génériques était de 81.7%, soit quatre boîtes sur cinq de médicaments.

La campagne « tiers-payant contre générique » lancée en 2006 a contribué à ces résultats. Elle correspondait en effet au refus de l'avance de frais liée au tiers-

payant chez le pharmacien, si le patient voulait prendre le médicament princeps plutôt que son équivalent générique s'il en existait un.

En parallèle à cela, les entreprises pharmaceutiques conventionnées avec l'Assurance Maladie par le biais du CEPS (c'est-à-dire la plupart d'entre elles) se doivent de reverser à cette dernière deux sortes de pénalités :

- Un agrégat selon la progression des ventes sur la totalité des industriels pharmaceutiques. Celle-ci est ensuite comparée aux taux d'évolution définis par le CEPS. Si le taux réel est supérieur, il y aura des pénalités financières à la fois à la charge de toutes les entreprises exploitant le produit en question (dans une petite partie) et à celles dont l'évolution du chiffre d'affaire sur le segment étudié dépasse le seuil d'évolution fixé par le CEPS.
- Une remise sur chiffre d'affaire correspondant à une taxe de 10% sur la différence entre l'évolution constatée du chiffre d'affaire de l'industriel et le taux maximal d'évolution admissible au titre de l'ONDAM en vigueur.

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

6.1. Délégation des tâches pour prestations pour maladies chroniques (médecins vers infirmières)

De manière plus générale, la délégation de tâches est encore peu présente mais tend à prendre de l'importance. Actuellement, les ophtalmologues peuvent déjà déléguer les opérations de contrôle de la vue aux opticiens ou aux orthoptistes. Les infirmières sont aussi habilitées à pratiquer les vaccinations antigrippales pour les individus de plus de 65 ans en lieu et place du médecin.

6.2. Délégation des tâches pour prestations d'examens RX, laboratoire

Les examens radiologiques

Une fois réalisés par le technicien, les clichés prescrits sont analysés par le médecin radiologue qui explique au patient les résultats constatés.

Les examens de laboratoire

Lorsque l'examen engage le pronostic vital, il est d'usage que le directeur de laboratoire les commente au patient.

Pour les examens de routine, les résultats sont fournis au patient (et envoyés au médecin demandeur). Seuls sont fournies des échelles comparatives pour les résultats optimaux selon l'analyse réalisée. Ce sera au médecin de les commenter.

6.3. Emergence de la télémédecine pour les prestations médicales / chirurgicales et techniques

Télémédecine et médical

La réalisation de prestations médicales par télémédecine est très rare voire expérimentale

Télémédecine et chirurgical

Cette démarche reste clairement expérimentale et consisterait à une robotisation de l'acte chirurgical pour intervenir à distance.

Les examens de laboratoire

Leur réalisation est sous-traitée vers des grands laboratoires spécialisés, pour les analyses complexes ou rares.

6.4. Impact sur l'organisation des soins, les remboursements

6.4.1. Impact sur l'organisation des soins

La télémédecine a pour principal avantage de palier au manque de ressources humaines dans le domaine médical. Les techniques de robotisation et de visioconférence permettraient de contourner le problème de la mauvaise densité médicale sur le territoire français, notamment pour des cas complexes.

6.4.2. Impact sur les remboursements

Pour le médical, cela n'entraîne pas de coûts supplémentaires, les professionnels concernés disposant souvent du matériel nécessaire pour l'utilisation de ce genre de technologies.

Pour le chirurgical, la question est beaucoup plus complexe du fait du coût d'installation et d'entretien du dispositif.

Enfin, concernant les examens de laboratoire, une sous-traitance à la recherche d'un moindre coût est plutôt positive pour l'Assurance Maladie. Les coûts des examens tendant alors à la baisse.

7. EXISTENCE DE MEDECINE A DOUBLE VITESSE

7.1. Situation

Les dépassements d'honoraires

Très contestés, l'Assurance Maladie a essayé de les limiter avec l'option de coordination destinée aux médecins spécialistes.

Le supplément légal d'honoraires médicaux dans les hôpitaux

Les dépassements sont contestés par l'opinion publique car l'hospitalisation n'est pas choisie et une alternative n'est pas toujours possible.

Les paiements informels

On entend ici par « dessous de table » toute somme en espèces demandée par le praticien et ne faisant pas l'objet d'une facturation.

Une enquête IPSOS mandatée par le CISS (Collectif Inter Associatif sur la Santé) et publiée en octobre 2007 conclue que 3% des français ont été confrontés à des dessous de table de l'automne 2004 à l'automne 2007 de la part d'un médecin ou d'un chirurgien (6% pour les plus de 60 ans ou ceux en Affection de Longue Durée et 5% pour les femmes).

Parmi ces personnes, 60% y ont eu à faire dans une clinique, 37% dans un cabinet de médecins et 12% à l'hôpital.

Le recours au secteur privé lucratif pour pallier les listes d'attente

Selon les régions, la demande pour accéder aux praticiens respectant les honoraires conventionnés peut être très importante et par conséquent, du fait d'un manque d'effectifs dans certaines spécialités, les délais d'attente peuvent être longs (plusieurs mois). De nombreux patients vont alors choisir de s'orienter vers des praticiens du secteur 2, s'ils en ont les moyens financiers.

Par exemple, il a été constaté que les assurés bénéficiant de la CMU étaient parfois refusés par les professionnels de santé (surtout de secteur 2) car ceux-ci ne pouvaient pas appliquer leurs dépassements d'honoraires. Cette pratique est interdite. Une étude de testing dans six villes du département du Val de Marne (94) a pourtant montré qu'en moyenne, le taux de refus de patients CMU était de 14% (4.8% pour les médecins généralistes et 41% pour les spécialistes).

7.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Elles ont tout d'abord mis en place les SSAM, réseau de divers prestataires de soins de secteur 1.

Les mutuelles ne prennent que très peu en charge les dépassements d'honoraires qui feraient augmenter les cotisations et excluraient les plus pauvres de l'accès à une mutuelle.

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

8.1. Evolution actuelle et future du rôle des mutuelles

En France, le rôle des mutuelles, représentées principalement par la Mutualité Française est multiple. La FNMF est présente sur tous les problèmes d'actualité liés à la santé (surconsommation de médicaments, refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU, baisse des remboursements pour les médicaments dont le service médical rendu est jugé insuffisant, frais d'optique et de dentaire…).

La FNMF est un acteur institutionnel à part entière :

- Elle siège au conseil d'administration de la CNAM
- Elle est force de proposition, 25 mesures ont été annoncées au congrès de la Mutualité Française à Toulouse en juin 2003 pour « sauver la sécurité

sociale ». Plusieurs de ces idées ont d'ailleurs été reprises dans la loi du 13 août 2004 : création de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et de l'UNOCAM

- La Mutualité Française s'est également donnée comme mission d'améliorer la qualité des soins. Pour cela, elle met en place le plan Priorité Santé Mutualiste (PSM), le conventionnement de certains professionnels de santé (notamment à travers les Services de Santé et d'Accompagnement Mutualistes afin d'apporter les meilleurs services à ses adhérents Enfin, une fonction de conseil et d'information santé pour les adhérents et la population au sens plus général.

A un niveau beaucoup plus global, la Mutualité Française milite pour une protection sociale et une assurance maladie universelle. Mais cet objectif est de plus en plus remis en cause par le déficit et les désengagements (tant au niveau des montants que de l'étendue des prestations) de la Sécurité Sociale.

8.2. Quelle est l'importance de sites Web des mutuelles ? Quels y sont les services offerts ?

Le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

Il s'agit du principal site Web français consacré aux mutuelles et à la santé. Depuis fin mai 2008, il lui a été octroyé la certification Health On Net (HON).

Accessibles à tous, ce site est composé de plusieurs rubriques :

La page d'accueil – Actualités qui comprend des articles, des communiqués et des revues de presse ; des dossiers d'actualité ; des forums thématiques.

La présentation de la Mutualité Française avec :

- Ses valeurs, ses principes et ses engagements.
- Les différents métiers y existant (santé, accompagnement et soins, prévention et promotion de la santé, prévoyance).
- Son organisation et son fonctionnement.
- Les campagnes de communication mises en place
- Le musée de la Mutualité Française en ligne pour découvrir toute l'histoire du mouvement mutualiste.

La rubrique « votre santé » qui reprend divers dossiers thématiques, explique et rappelle le fonctionnement du système de santé et fournit des fiches de conseils.

Les services des mutuelles avec la description des Services de Santé et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM).

Grèce

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	9934	10089	10634	10917	11104	11149'1
Espérance de vie - Femmes à la naissance – Années	78,4	79,5	80,3	80.5	81.7	82.0'1
Espérance de vie - Hommes à la naissance – Années	73,5	74,6	75,0	75.5	76.8	77.1'1
Dépenses totales de santé - Millions US$, PPA	7050'2	8509	13288	15600 b	25353	27678'1
Dépenses totales de santé - % du PIB	5,8'2	5,8	7,5	7.8 b	9.0	9.1'1
Dépenses publiques santé/Dépenses totales de santé en %	59,9'2	53,7	52,0	60.9 b	62.8	61.6'11

'1, '2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; b : rupture de séries *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

1. ORGANISATION

Initialement de type bismarckien, le système grec de protection sociale obligatoire présente aujourd'hui une structure mixte. De droit public, il est placé sous le contrôle du ministère du travail et de la sécurité sociale et du ministère de la santé et de la solidarité sociale. Les organes directionnels et exécutifs sont nommés par le parti au pouvoir.

La protection sociale comporte trois branches:

a. Un système d'assurance sociale pour la protection des travailleurs,

b. Un système d'assistance sociale pour les personnes en situation de besoin,

c. Un Service National de Santé (ESY) qui couvre toute personne résidant sur le territoire grec.

Le système de protection sociale est régi par la Loi du 14 juin 1951 et par la Loi n° 1902/92 modifiée en dernier lieu par la Loi n° 2676/99 du 5 janvier 1999.

L'assurance maladie est obligatoire et gérée par les institutions d'assurance sociale. Le pays en compte environ 300, dont une quarantaine couvre les risques maladie de la quasi-totalité de la population. L'affiliation à une caisse d'assurance est obligatoire pour les personnes actives et est organisée par type de profession. La plupart des caisses d'assurance sont des organismes de droit public placés quasi totalement sous le contrôle du gouvernement central.

Les principales caisses d'assurance sont L'Institut d'Assurance Sociale (IKA), l'Organisme des Assurances Agricoles (OGA) 20%, l'Organisme d'Assurance des Travailleurs Indépendants (OAEE) et l'Organisme d'Assurance Maladie de la Fonction Publique.

Les principaux organismes d'assurance sociale en Grèce

Institutions d'assurance sociale	Nombre d'assurés	% de la population totale	Cotisations versées par le salarié (%)	Cotisations versées par l'employeur (%)
Institut d'Assurance Sociale (IKA)	5 530 000	50%	2,55 %	5,10%
Organisme des Assurances Agricoles (OGA)	2 150 000	20%	1,5% (4% pour les pensionnés)	14%
Organisme d'Assurance des Travailleurs Indépendants (OAEE)	1 422 000	13%	-	Environ 75 €*
Organisme d'Assurance Maladie de la Fonction Publique (OPAD)	1 289 000	12%	2,55 %	-

Source: Ministère du travail et de la sécurité sociale

*: Montant minimal par salarié et employeur.

L'an dernier, après de brèves discussions politiques, le gouvernement a tenté de faire passer une loi organisant la fusion de 30 caisses d'assurance maladie et les ramenant ainsi à 5. Cependant, la crainte du coût politique d'une éventuelle perte de cohésion gouvernementale et de soutien politique a fait échouer ces projets de réforme.

Les caisses d'assurance relèvent de la compétence du ministère du travail et de la sécurité sociale (sauf l'OPAD, qui dépend du ministère de la santé). Ces caisses jouent un rôle important dans la fourniture et le financement des prestations ambulatoires. L'IKA, la plus grande caisse d'assurance sociale (elle couvre 50% de la population, principalement des ouvriers et des employés de bureau), finance et délivre des prestations de santé par le biais de son vaste réseau décentralisé d'établissements de soins de santé primaire (plus de 200 polycliniques et cliniques urbaines). L'OGA, la deuxième plus grande caisse d'assurance sociale, couvre les agriculteurs et leurs familles (20% de la population) pour les prestations du Service

National de Santé (ESY) délivrées dans les centres de santé ruraux. Les autres caisses d'assurance maladie délivrent des prestations à leurs assurés principalement par le biais de conventions passées avec des médecins du secteur privé pour ce qui concerne les soins ambulatoires et avec des hôpitaux publics ou privés pour ce qui concerne les soins secondaires et tertiaires. Les soins secondaires et tertiaires sont délivrés par les hôpitaux de l'ESY. Ces hôpitaux sont détenus par l'État et sont principalement financés par le budget public et les caisses d'assurance. Le secteur privé joue également un rôle important en matière de fourniture de soins de santé. La gamme de prestations couvertes, les types de médecins auxquels peuvent s'adresser les assurés et les taux de cotisation sont fixés par le ministère du travail et de la sécurité sociale et par le ministère de l'économie et des finances. Les régimes d'assurance des employés de banque offrent la plus large gamme de prestations et sont principalement financés par les cotisations patronales et salariales.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement global

Le financement des prestations délivrées dans les centres de santé et les hôpitaux de l'ESY est effectué selon le principe de budgétisation incrémentale tandis que le financement des autres prestations provient des honoraires.

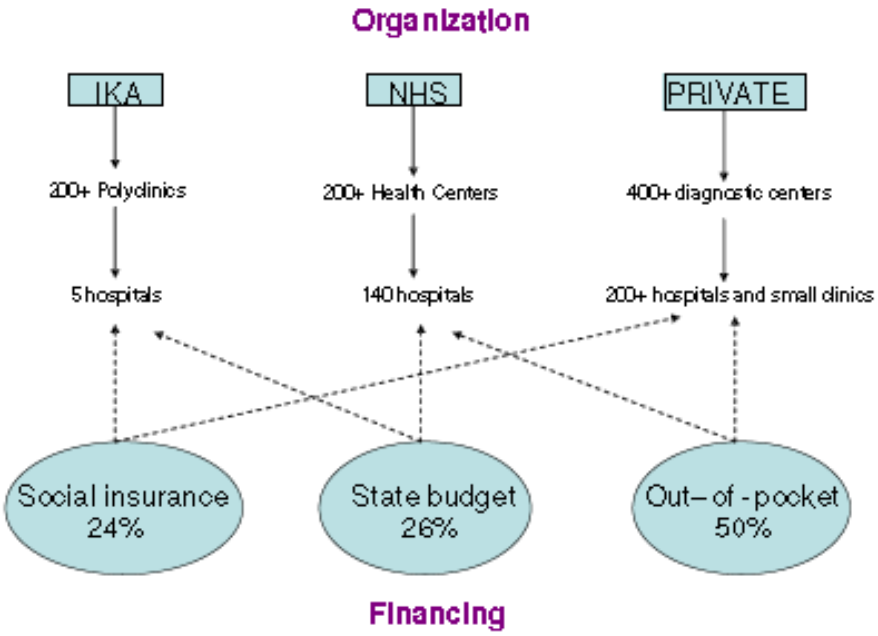
2.2. Sources de financement et répartition/contribution

Le système de soins de santé est financé en partie par les recettes fiscales et en partie par les cotisations sociales, auxquelles s'ajoute une proportion élevée de paiements privés. Ce mode de financement n'est ni de type «Beveridge» ni de type «Bismarck». Le budget de l'État, approvisionné exclusivement par la fiscalité centrale, finance les dépenses des centres de santé ruraux et des cliniques rurales (institués dans le cadre de l'ESY), les salaires du personnel des hôpitaux publics, les subventions versées aux hôpitaux publics (y compris les surplus aux per diem versés par les caisses d'assurance sociale), les subventions octroyées aux caisses d'assurance sociale ainsi que les subventions octroyées pour l'assurance maladie des fonctionnaires, les investissements, la santé publique, la formation en médecine, etc.

Selon les chiffres officiels, les recettes fiscales constituent la principale source de financement du système. Les sources privées (assurance maladie volontaire no comprise) contribuent également dans une proportion considérable (presque 50%) au financement des dépenses totales de santé. . Ceci est en partie dû à l'existence d'une économie souterraine dans le secteur des soins de santé, qui mine gravement l'ensemble du système. Selon les estimations, les paiements informels représentent environ 40% des paiements privés. Ces dernières années, à la suite de restrictions financières et de hausses des primes, la contribution de l'État a diminué et celle de l'assurance sociale a augmenté en proportion.

Actuellement, la ne Grèce compte pas moins de 300 caisses d'assurance sociale, dont une quarantaine couvre la majorité de la population. L'affiliation à une caisse d'assurance est obligatoire et est organisée par type de profession. Autrement dit, il n'y a ni liberté de choix pour l'assuré, ni concurrence entre les caisses d'assurance. La majorité des caisses d'assurance sont des organismes de droit public et bien qu'autonomes, elles opèrent sous le contrôle quasi total du gouvernement central.

L'allocation budgétaire de l'État couvre les dépenses encourues par le ministère de la santé et les dépenses encourues par les 52 districts en matière de santé, d'assistance sociale et autres prestations. La plupart des caisses d'assurance tirent la majorité de leurs ressources des cotisations patronales et salariales qui sont proportionnelles au revenu et fixées par le ministère du travail et de la sécurité sociale. La part de financement prise par les cotisations varie fortement selon les caisses d'assurance. L'OGA, qui couvre la population agricole, finance le risque maladie exclusivement avec le budget de l'État et ne perçoit pas de cotisations des agriculteurs. Les ratios des cotisations patronales/ salariales varient également fortement selon les caisses d'assurance. En ce qui concerne l'IKA (la plus grande caisse d'assurance qui couvre les ouvriers et les employés de bureau), un tiers des cotisations est versé par l'employeur, un deuxième tiers par le travailleur et le dernier tiers par le budget de l'État.



2.3. Procédure de répartition du budget général

La répartition du budget général est basée sur les chiffres historiques.

Aucune donnée n'existe au sujet de la répartition des ressources financières entre les régions. En matière de répartition du budget, les critères de l'offre priment sur les critères de la demande.

3. POPULATION COUVERTE

La quasi-totalité de la population grecque est couverte contre le risque maladie par les caisses d'assurance sociale. Cette couverture est obligatoire pour les travailleurs salariés et groupes sociaux assimilés. Elle s'étend aux personnes assimilées aux travailleurs salariés, aux personnes à leur charge, aux pensionnés et aux chômeurs.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. Étendue de la couverture

Les types de prestations couvertes sont les soins primaires, les soins hospitaliers et divers autres soins. La gamme et la qualité des prestations couvertes par les multiples caisses d'assurance sociale varient fortement (voir tableau 2). La plupart remboursent les soins primaires, secondaires, les frais pharmaceutiques et dentaires et, dans certains cas, les lunettes, les examens de diagnostic et les analyses de laboratoire. L'IKA, la plus grande caisse d'assurance, offre la couverture la plus complète puisqu'elle couvre pratiquement toutes les prestations à l'exception de la chirurgie esthétique. L'OGA (caisse d'assurance des agriculteurs) rembourse les soins dentaires uniquement jusqu'à l'âge de 18 ans, tandis que l'OAEE (caisse d'assurance des commerçants et artisans) et quelques autres petites caisses d'assurance ne couvrent pas les soins dentaires. La plupart des caisses d'assurance versent des compensations pour les pertes de revenus dues à une maladie, paient des allocations de maternité et remboursent les coûts des cures thermales et autres. Ces dernières années, il n'y a pas eu de réduction du panier des prestations couvertes. Certaines caisses d'assurance l'ont même étoffé.

Prestations de santé couvertes par les institutions d'assurance sociale

	Soins médicaux	**Médicaments**	**Soins hospitaliers**	**Soins dentaires**	**Soins hospitaliers à l'étranger**
IKA - ETAM	X	X	X	X	X
OGA	X	X	X		X
OAEE	X	X	X		X
OPAD	X	X	X	X	X
	Analyses de laboratoire	**Soins de maternité**	**Dispositifs médicaux**	**Soins supplé mentaires**	**Autres**
IKA - ETAM	X	X	X	X	X
OGA	X	X	X	X	
OAEE	X	X	X	X	
OPAD	X	X	X	X	X

Les régimes d'assurance des employés de banque offrent la plus large gamme de prestations. Les soins primaires sont délivrés dans les cliniques de soins ambulatoires à Athènes ainsi que par des médecins privés conventionnés. Les soins secondaires sont délivrés dans les hôpitaux publics et privés, au choix de l'assuré. Sont couverts, les consultations de médecins, les soins hospitaliers et dentaires ainsi que les dépenses pharmaceutiques.

4.2. Contributions des patients

Co-assurance

Le principe de co-assurance n'est pas appliqué dans le secteur public de l'assurance sociale.

Médicaments

Depuis 1992, 25% du coût des médicaments sont pris en charge par le patient. Ce principe est appliqué par les principales caisses d'assurance. Des exceptions sont prévues pour certaines catégories de patients, qui ne paient que 10% du coût, ainsi que pour les personnes souffrant de maladies chroniques, qui sont totalement exemptées de paiement. À ce jour, aucune action n'a été entreprise pour mesurer l'impact de cette mesure sur la consommation.

Ticket modérateur

Les consultations ambulatoires en hôpital donnent lieu au paiement de 3 euros (sauf pour les traitements en urgence et les visites de suivi). Les affiliés de l'OGA (population rurale) et les défavorisés sont exemptés de ce paiement (environ 25% de la population). Certaines caisses d'assurance remboursent ce montant au patient. L'IKA et l'OAEE (représentant environ 65% de la population) ne prévoient pas ce remboursement. À des fins comparatives, il faut savoir qu'un médecin privé reçoit de la caisse d'assurance maladie entre 15 et 20 euros par consultation. Dans le secteur privé, la plupart des médecins réclament entre 30 et 60 euros par consultation (dans certains cas, par exemple s'il s'agit de médecins professeurs à l'université, les honoraires réclamés peuvent aller jusqu'à 90 euros par consultation). Certaines caisses d'assurance plus petites appliquent en outre des tickets forfaitaires sur certaines prestations. Ainsi, les assurés auprès de l'OAEE paient 25% du coût des analyses de laboratoire et les personnes à charge de fonctionnaires paient 10% de ce coût. La grande quantité de caisses d'assurance et les importantes variantes en termes de prestations couvertes ne permettent pas de procéder à une analyse détaillée. Les quatre principales caisses d'assurance couvrent environ 90% de la population et pratiquement toutes les prestations. Les assurés auprès de l'IKA ont également la possibilité de consulter des médecins privés et de se rendre dans des hôpitaux privés à condition qu'ils soient conventionnés avec l'IKA. Dans ce cas, l'IKA ne rembourse qu'une partie du coût, le reste étant pris en charge par le patient. Les tickets forfaitaires varient alors selon les types de prestations. Cette formule est cependant optionnelle et tout assuré auprès de l'IKA qui ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de financer ses soins peut se rendre dans les cliniques de l'IKA, totalement gratuites, ou dans les hôpitaux publics qui, relevant de l'ESY, sont également gratuits.

4.3. Problèmes d'accès

La pratique des paiements informels touche particulièrement le secteur hospitalier, notamment dans le domaine des soins résidentiels où les médecins et chirurgiens perçoivent ce type de paiements, tant dans les hôpitaux publics que privés. Cette pratique a lieu également dans le domaine des soins ambulatoires. L'objectif est de court-circuiter la file d'attente ou d'obtenir des prestations de meilleure qualité et une plus grande attention du médecin. Les paiements informels sont considérés comme l'un des problèmes majeurs qui affectent le système de santé. Selon les estimations, environ la moitié des dépenses de santé privées se font sous la forme de paiements informels. Il n'existe pas d'estimation réellement fiable de la taille de

ce marché parallèle, notamment parce qu'il est très étendu et parce que le système de santé est complexe. Environ 60% des contributions personnelles des patients (officielles et informelles) vont aux médecins et aux dentistes, 20% aux pharmaciens et les derniers 20% aux centres de diagnostic privés et aux cliniques privées. Ces contributions (officielles et informelles) représentent à peu près 6% du revenu des ménages (chiffres de 1998).

La plupart des consultations concernent des spécialistes. Les consultations de pathologistes ou de médecins de famille sont peu nombreuses, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de mécanisme de filtrage et d'orientation.

Il n'existe pas non plus de programmes de contrôle de qualité. Dans une enquête récente, seulement quatre personnes sur dix ont déclaré être satisfaites des prestations de l'IKA, tandis que huit sur dix indiquaient qu'elles préféreraient être assurées auprès d'autres caisses d'assurance (fonctionnaires, employés de banque, etc.), qui appliquent une totale liberté de choix.

Les consultations du médecin de famille sont peu nombreuses et il n'existe pas de système d'orientation des pathologistes vers les spécialistes pour les soins hospitaliers. Il y a donc un manque de continuité dans les soins et un manque de guidance du patient pour une utilisation efficace du système de santé.

4.4. Mesures prises pour résoudre ces problèmes

Les mesures suivantes sont mises en œuvre :

1. Amélioration de la gestion des unités de soins de santé,

2. Élaboration de nouvelles conventions annuelles avec les médecins spécialistes,

3. Contrôle des prescriptions pharmaceutiques.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Fourniture et domaines de compétence

5.1.1. Soins primaires

Les prestataires de soins primaires peuvent être classés comme suit:

1. **Soins primaires délivrés par l'ESY**: ces soins sont fournis par les centres de santé (en zone rurale), les cliniques provinciales et les unités ambulatoires des hôpitaux publics. Les prestations sont essentiellement financées par le budget de l'État et, dans une moindre mesure, par les caisses d'assurance.

2. **Soins primaires délivrés par les caisses d'assurance sociale:** ces soins sont fournis par les polycliniques détenues et gérées par les différentes caisses d'assurance (principalement l'IKA). Les prestations sont financées par les caisses d'assurance sociale.

3. **Soins primaires délivrés par les services relevant des autorités locales**: les municipalités et les communautés interviennent peu dans la fourniture ou le financement des soins de santé (dans les grandes villes). Cela concerne

seulement quelques cliniques et services d'assistance sociale. ces prestations sont financées par le budget de l'État, via le ministère de l'intérieur.

4. **Soins primaires délivrés par le secteur privé**: ces soins sont fournis par des médecins travaillant en cabinet privé et conventionnés avec une ou plusieurs caisses d'assurance (prestations financées par la caisse d'assurance concernée), par des médecins travaillant en cabinet privé et non conventionnés (prestations financées par le patient ou par l'assurance maladie volontaire) ainsi que par les unités ambulatoires des hôpitaux privés (prestations financées principalement par le patient ou par l'assurance maladie volontaire).

1. Soins primaires délivrés par l'ESY

Plus de 200 centres de santé ont été créés dans les régions rurales. Ces centre fournissent dans leur circonscription (population moyenne d'une circonscription: 14 000–15 000) des prestations de prévention, de traitement et de réadaptation. Créés pour exercer une fonction de contrôle-répartition dans le système des soins de santé, cet objectif ne s'est cependant pas concrétisé. Le personnel des centres de santé est constitué de médecins (principalement des pathologistes, des pédiatres et quelques médecins généralistes) et d'infirmiers. Tous sont des salariés employés à temps plein par l'État. En moyenne, un centre compte sept lits pour des traitements médicaux d'un jour. Le nombre de médecins employés dans chaque centre dépend de la taille de la circonscription couverte par le centre de santé. La performance de ces centres laisse actuellement à désirer en raison de problèmes organisationnels, financiers et de dotation en personnel. Plus spécifiquement, la plupart des centres de santé souffrent d'une dotation insuffisante en personnel : seulement 48% des postes médicaux prévus sont occupés. La majorité des médecins travaillant dans les centres de santé (environ 70%) sont des spécialistes. En outre, les centres de santé n'ont pas reçu l'autonomie managériale et financière requise pour développer leurs propres politiques. Ils sont financés via les budgets des hôpitaux et restent administrativement attachés aux hôpitaux de district.

Quelque 1500 cliniques provinciales sont administrativement attachées aux centres de santé et sont dotées de médecins ruraux employés par l'État, parfois assistés par des infirmiers et des sages-femmes. Les médecins ruraux sont des diplômés en médecine qui doivent passer au moins un an en région rurale dès la fin de leurs études. Leur manque d'expérience clinique suscite des inquiétudes quant à la qualité de leurs prestations.

Les unités ambulatoires des hôpitaux publics représentent un important prestataire de soins primaires pour les populations urbaines (bien que tout citoyen soit libre d'y recourir). Les unités ambulatoires travaillent sur la base de rendez-vous. Toute personne, quelle que soit sa couverture sociale (ou l'absence de couverture), peut recourir aux prestations de ces unités.

1. Soins primaires délivrés par les caisses d'assurance sociale

L'IKA ainsi qu'un petit nombre d'autres caisses d'assurance détiennent et gèrent leurs propres établissements de soins primaires, dans lesquels des spécialistes délivrent aux affiliés des soins gratuits sur le lieu de prestation. L'IKA est de loin la caisse d'assurance qui offre le plus de prestations de soins primaires dans ses propres infrastructures, à travers un large réseau décentralisé de polycliniques et de cliniques. Les médecins et le personnel de santé de ces établissements sont des salariés employés à temps plein ou à temps partiel. L'IKA offre à ses

affiliés une large gamme de prestations médicales préventives, diagnostiques et curatives. L'offre en infrastructure propre est plus réduite dans les autres caisses d'assurance. Les prestations qui ne sont pas fournies dans les établissements détenus par les caisses d'assurance sont délivrées par des hôpitaux publics (relevant de l'ESY) et des prestataires privés, généralement des spécialistes conventionnés avec les caisses d'assurance. La rémunération des médecins privés ou des centres de diagnostic conventionnés avec les caisses d'assurance est généralement une rémunération à l'acte. Dans le cas de régions éloignées où le nombre d'affiliés est faible et ne justifie donc pas la construction d'infrastructures propres, l'IKA passent des conventions avec des médecins ruraux, qui perçoivent alors une rémunération capitative.

L'OGA forme un cas spécial en ce que cette caisse d'assurance est financée par le budget de l'État et que les soins primaires sont délivrés aux affiliés (travailleurs agricoles) dans les centres de santé ruraux.

3. **Soins primaires délivré par les services relevant des autorités locales**

Certaines municipalités et communautés offrent des services sociaux (services aux personnes âgées, centres de prévention et d'assistance sociale), des soins préventifs et délivrent également des prescriptions. Certaines grandes municipalités ont ouvert de petites cliniques. Le volume de ces prestations est actuellement faible et aucune donnée n'est disponible sur le volume global des prestations délivrées par les services relevant des autorités locales.

4. **Soins primaires délivrés par le secteur privé**

Le ratio de médecins par habitant étant très élevé en Grèce, bon nombre d'entre eux sont obligés de trouver un emploi supplémentaire en pratiquant la médecine sur une base privée. De plus, l'insatisfaction de la population à l'égard des prestations du service public a entraîné une demande croissante de prestations dans le secteur privé. Cette évolution est confirmée par le pourcentage élevé des dépenses de santé privées par rapport aux dépenses totales de santé ainsi que par l'importante part de l'économie souterraine dans le secteur de la santé. Une proportion croissante de médecins, y compris ceux qui travaillent dans les hôpitaux ou dans les polycliniques des institutions d'assurance, ont aujourd'hui un cabinet ou une clinique privé(e) et délivrent des soins primaires.

5.1.2. Soins dentaires

Des soins dentaires primaires sont fournis aux assurés dans une mesure limitée: ils sont délivrés par des dentistes dans les hôpitaux et les centres de santé de l'ESY, par des dentistes dans les polycliniques des caisses d'assurance (principalement l'IKA), par des dentistes conventionnés avec les caisses d'assurance et par des dentistes privés. Dans le premier cas, les prestations sont financées par le budget de l'État, dans le deuxième par les cotisations salariales et patronales, dans le troisième par les cotisations et par le patient et dans le quatrième exclusivement par le patient.

Les soins dentaires délivrés aux assurés de l'OGA dans les centres de santé incluent les obturations et les dentiers, mais pas les consultations de dentistes privés. Aucun ticket modérateur n'est réclamé et les dentistes sont rémunérés selon le barème salarial médical de l'ESY. L'IKA rembourse les frais d'obturation, de dentier et de prothèse mobile. Elle couvre également les traitements orthodontiques des

enfants de moins de 15 ans. Elle ne rembourse pas les prestations des dentistes privés. Aucune contribution financière n'est demandée aux patients. Les dentistes travaillent à temps partiel et perçoivent un salaire. Ils ont également le droit d'avoir un cabinet privé. Certaines caisses d'assurance passent des conventions avec des dentistes pour la fourniture des soins dentaires à leurs assurés. Dans ce cas, les dentistes perçoivent une rémunération à l'acte selon un tarif établi. D'autres caisses d'assurance laissent le libre choix du dentiste à leurs assurés et dans ce cas, les patients paient le dentiste et sont ensuite remboursés par la caisse d'assurance. Les taux de remboursement sont généralement inférieurs aux prix du marché et le patient comble la différence. Les soins dentaires fournis par l'IKA, les centres de santé de l'ESY et l'OGA sont généralement jugés de piètre qualité par les patients. En conséquence, la plupart des assurés (surtout les assurés de l'IKA et de l'OGA) se tournent vers des dentistes privés. Selon les estimations, un tiers du total des dépenses de santé privées vont aux dentistes. La qualité des prestations proposées par les caisses d'assurance via des dentistes privés est jugée adéquate.

5.2. Honoraires médicaux (professionnels de la santé)

Le personnel de santé relevant de l'ESY (centres de santé ruraux et hôpitaux) est entièrement constitué de salariés employés par l'État.

Les médecins qui travaillent dans les polycliniques de l'IKA perçoivent un salaire versé par l'IKA. Les médecins et dentistes privés conventionnés avec les caisses d'assurance sociale sont rémunérés à l'acte. Les honoraires sont généralement très bas, ce qui incite les médecins à demander aux patients des honoraires supplémentaires, généralement payés de manière informelle.

Les paiements informels aux médecins constituent également l'une des caractéristiques dominantes du secteur hospitalier public.

Il est clair que les méthodes de rémunération des prestataires n'incitent pas à l'efficience et encouragent le maintien de la pratique des paiements informels.

5.3. Qualité des prestations

Les programmes de qualité n'existent pas dans le domaine des soins primaires, mais bien dans les hôpitaux (publics et privés). Depuis la réforme de 2002, tous les médecins de l'ESY ont dû faire revalider leur nomination par les ordres médicaux concernés pour chaque région (directeurs) ou pour chaque hôpital (autres). Cependant, à ce jour, aucun lien n'a été établi entre cette évaluation et une quelconque évolution positive ou négative dans le travail des médecins de l'ESY. La collaboration optionnelle des organismes d'assurance sociale, introduite par la dernière loi socialiste en 2004, n'a produit aucun résultat dans la pratique. Le besoin de mécanismes de coordination entre les caisses d'assurance sociale et l'ESY demeure impératif, tout comme la nécessité de développer une politique de soins de santé primaires.

Il n'existe pas de systèmes officiels d'évaluation des technologies médicales en Grèce. Récemment, l'EKEVYL (branche de l'Agence hellénique des médicaments - EOF) a commencé à jouer ce rôle (voir ci-dessous). Aucune politique axée sur l'utilisation rentable des médicaments n'a été introduite (OMS 1996) mais des propositions dans ce sens ont été formulées par le ministère de la santé. La plupart des hôpitaux ont commencé à développer des programmes de qualité. Un contrat de coopération pour les processus de qualité et d'accréditation a été signé entre l'Organisation hellénique de normalisation (ELOT) et le Conseil central de la santé

(KESY) à la suite d'une récente décision ministérielle. Tous les hôpitaux ont la responsabilité de contrôler leurs locaux et équipements, de fixer des normes et, en théorie, de vérifier leur application en recourant à des commissions internes et à des enquêtes auprès des patients. En pratique, cela se fait rarement.

Les projets de loi sur les services de santé publics et sur la coopération optionnelle entre les organismes d'assurance sociale en matière de soins primaires n'ont pas été adoptés. Le nouveau ministre compétent a mis la priorité sur certains points ayant eu peu d'impact sur la fourniture des soins de santé, par exemple, l'éthique médicale ou la création d'associations professionnelles pour les infirmiers. La période 2004-2007 a principalement été caractérisée par la transition d'un type de « planification rationnelle » vers un modèle de « bricolage », sans aucune politique de santé spécifique. Il ne semble même pas y avoir de projets politiques de privatisation en tant qu'élément d'une politique conservatrice. Les initiatives en matière de contrôle et de responsabilisation pourraient s'avérer difficiles vu l'absence de systèmes de conventionnement ou de tarification ou même de relations formelles entre acheteurs et prestataires.

6. LE RÔLE DES MUTUALITÉS

Il y a 4 mutuelles en Grèce: la Caisse Mutuelle de Santé du Personnel de la Banque Nationale de Grèce (T.Y.P.E.T.), la Caisse Mutuelle de Santé du Personnel de la Banque de Grèce (A.T.P.S.Y.T.E.), la Caisse Mutuelle de Santé du Personnel de la Banque Agricole (T.Y.P.A.T.E.) et la Caisse Mutuelle de Santé des Journalistes (E.D.O.E.A.P.). Elles ont été créées au siècle dernier (la TYPET en 1930) à la suite d'une initiative du syndicat des employés de la Banque Nationale, avant la création par l'État de l'Institution d'Assurance Sociale – IKA en 1934. Elles ont la forme juridique d'une société mutuelle d'assurance maladie sans but lucratif. La population couverte par ces mutuelles s'élève à 110 000 personnes: 55 000 pour la T.Y.P.E.T., 16 000 pour l'A.T.P.S.Y.T.E., 26 000 pour la T.Y.P.A.T.E. et 13 000 pour l'E.D.O.E.A.P.

Les mutuelles de santé sans but lucratif ont fondé l'O.A.T.Y.E., la Fédération des mutualités grecques, qui joue aujourd'hui un rôle très important dans le système national de santé.

Ces mutuelles proposent l'assurance maladie obligatoire aux salariés concernés et à leurs familles, soit:

- une couverture quasi totale des dépenses médicales (soins dentaires, médicaments, hospitalisations dans le réseau public ou privé).

- Elles ont également développé leur propre réseau de soins de santé primaires à Athènes et Thessalonique, y compris des cabinets médicaux pour les traitements en urgence, un laboratoire de microbiologie et de pathologie, un laboratoire de physiothérapie, des centres de dentisterie et d'orthodontie et, surtout, un hôpital de 90 lits au centre d'Athènes. Les assurés ont accès gratuitement aux prestations des médecins, infirmiers et radiologues.

- Ces mutuelles jouent également un important rôle social. Les assurés et leurs familles ont par exemple la possibilité de séjourner en vacances dans l'un des trois camps d'été mis à disposition par leur mutuelle.

Ces dernières années, la plupart des mutuelles ont investi beaucoup d'argent et d'énergie dans les soins de santé et la prévention.

Le financement des mutuelles est assuré par les cotisations salariales et patronales, sans subvention, contribution de l'État ou autres ressources. Les cotisations sont fixées comme suit :

- Cotisation des affiliés: 2,5% déduits de leurs revenus,
- Cotisation des employeurs: 6% déduit des salaires des employés.

La principale raison du succès de ce modèle d'assurance est le principe d'autogestion, qui permet la planification à long terme.

Tous les affiliés de ces mutuelles ont un sentiment d'appartenance et agissent comme des actionnaires.

Les défis des mutualités grecques sont les suivants:

- l'élargissement et l'expansion des services proposés ;
- l'offre de soins de santé et de prévention de haut niveau pour tous les assurés, à l'échelle nationale et sur une base permanente ;
- la problématique du vieillissement de sa population cible (nombre de retraités supérieur au nombre de personnes actives) ;
- enfin et surtout, le renforcement et la protection des principes de non-lucrativité, d'autogestion et d'autonomie des mutualités.

7. PRINCIPALES RÉFORMES EN COURS

Le premier projet de loi sur la politique de santé présenté au Parlement par les conservateurs en 2005[130] préservait la structure régionale du système national de santé (renommant simplement les autorités régionales) et introduisait des règlementations visant à maintenir le contrôle politique du service national de santé. Le système de gestion professionnelle des hôpitaux instauré en 2001 était aboli et remplacé par un (ancien) modèle « d'administrations politiques ». Les « nouveaux » directeurs étaient nommés par le ministre de la santé, sans critères objectifs ou processus d'évaluation. Les compétences des autorités régionales en matière de supervision des fonctions économiques des hôpitaux étaient considérablement réduites et les outils administratifs utilisés pour le développement de la politique de santé régionale (par exemple, les budgets régionaux globaux ou les programmes d'investissement) étaient pratiquement abandonnés.

Les projets de loi sur les services de santé publics et sur la coopération optionnelle entre les organismes d'assurance sociale dans le domaine des soins primaires n'ont pas été adoptés. Le processus d'évaluation des médecins a été interrompu. Aucun des projets de loi préparés entre 2000 et 2003 n'a été présenté au Parlement. Le

[130] Loi 3329 du 4.4.2005, Système national de santé et de solidarité sociale et autres dispositions. *Journal officiel* 81A' du 4.4.2005 (en langue grecque).

nouveau ministre compétent a mis la priorité sur certains points ayant peu d'impact sur la fourniture des prestations de santé, par exemple, l'éthique médicale ou la création d'associations professionnelles pour les infirmiers.

Vers la fin du premier semestre 2006, le nouveau ministre de la santé a annoncé de nouvelles réglementations concernant la réduction du nombre d'autorités régionales de santé (désormais appelées DYPE, Administration Régionale de Santé) de 17 à 7. Il a également annoncé l'intention de recourir à un modèle de partenariat public-privé (PPP) pour certains nouveaux investissements (hôpitaux pédiatriques et spécialisés en oncologie) dans le secteur de la santé, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays (par ex., le Portugal et l'Irlande). Une autre loi réglementant les produits pharmaceutiques a été adoptée et une nouvelle politique de passation des marchés publics dans le service national de santé (concentration de toutes les offres au ministère) sera prochainement élaborée.

En janvier 2008, le ministre de la santé a annoncé une nouvelle proposition de loi concernant la réorganisation et le fonctionnement des services de santé primaire. En substance, cette loi instaurera une connexion et un contrôle de toutes les prestations, qu'elles soient fournies par des unités publiques ou privées.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

Selon les estimations, environ 7 à 9% de la population grecque souscrit à une assurance maladie privée. Il s'agit d'une proportion relativement faible, mais elle est en augmentation rapide et devrait continuer à augmenter. Plusieurs compagnies d'assurance privées, grecques et étrangères, offrent une couverture maladie privée. Parmi les raisons d'y souscrire figurent la couverture complète des prestations délivrées par des prestataires privés (médecins en cabinet privé, centres de diagnostic privés et hôpitaux privés) ainsi que la couverture de prestations supplémentaires non incluses ou partiellement incluses dans le système d'assurance obligatoire.

Réglementation de l'assurance maladie privée

Un décret présidentiel, complété par d'autres législations nationales et communautaires plus récentes, réglemente la constitution et le fonctionnement des compagnies d'assurance privées. En Grèce, l'assurance privée est pratiquée uniquement par des sociétés à responsabilité limitée, par des coopératives, par des entreprises publiques sociétés anonymes ayant exclusivement comme objet les prestations d'assurance et, sous certaines conditions, par des sociétés européennes.

Octroi et retrait d'autorisation

L'exploitation d'une compagnie privée d'assurance requiert l'obtention d'une autorisation. Cette autorisation est soumise à une décision du ministère du développement et est valable dans toute l'UE ainsi que dans les régions européennes intégrées. Cette décision est publiée dans le Bulletin des SA et des SARL. Le décret prévoit également les cas de retrait de la licence d'exploitation octroyée.

Comité de contrôle de l'assurance privée : constitution - composition - compétence

La loi recommandait la création d'un comité de contrôle de l'assurance privée constitué de neuf membres. Ce comité exerce essentiellement ses compétences en lien avec le ministre du développement dans les matières relatives à l'octroi ou au retrait de licences d'exploitation de compagnies d'assurance, à la soumission de propositions pour l'amélioration du marché de l'assurance privée et à d'autres sujets spécifiques, selon les demandes du ministre compétent.

Publication

Chaque année, fin octobre, le ministère du développement, en collaboration avec l'Association grecque des compagnies d'assurance, publie un bulletin spécial sur l'assurance privée. Ce bulletin contient des détails précis sur l'activité d'assurance privée en Grèce, tirés des statistiques et rapports financiers présentés au ministère du développement par les compagnies d'assurance.

Contrôle

Le ministère du développement est chargé du contrôle financier des activités des compagnies d'assurance privées, établies en Grèce ou établies à l'étranger et opérant en Grèce par le biais de filiales et d'accords portant sur une offre indépendante de prestations.

Entreprises actives dans l'UE - Sanctions

Le décret législatif incorpore les directives communautaires relatives à l'assurance privée, qui énoncent les conditions spécifiques d'opération sur le marché grec de l'assurance privée pour les entreprises établies dans l'UE et bénéficiant du droit de libre établissement ou de libre prestation des services. .

Importance de l'assurance maladie volontaire

Il convient de noter que l'assurance maladie privée n'a pas la même nature redistributive que les institutions d'assurance sociale. Par ailleurs, elle ne couvre pas non plus les risques au-delà d'une certaine limite. L'assurance maladie privée joue un rôle important en tant que complément à l'institution d'assurance sociale. Les programmes correspondent étroitement à la demande en termes de haute qualité des prestations, de facilité d'accès aux services et d'amélioration de la qualité des services. L'assurance maladie privée s'avère également le meilleur mécanisme existant pour le financement de services de santé spécifiques. Des études ont en effet démontré que:

- 86% des acteurs du secteur de l'assurance maladie ont de gros efforts à fournir pour répondre aux besoins du marché;
- la perception de l'importance de l'assurance privée a augmenté ces dernières années;
- le droit à la santé et le droit à pension sont des droits humains fondamentaux qui garantissent une qualité de vie.

L'assurance-vie est considérée comme un moyen d'améliorer la qualité de vie compte tenu de l'incertitude de l'avenir. Le gouvernement soutient le rôle de

l'assurance privée en tant que « troisième pilier » du système de protection sociale, selon les modèles prônés par des conseillers étrangers, et envisage d'offrir aux travailleurs et aux entreprises des avantages fiscaux encourageant l'offre de programmes de prestations de pensions ou de prestations médico-pharmaceutiques supplémentaires. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y aura des réductions correspondantes dans les prestations offertes par les caisses d'assurance primaires ou complémentaires.

Acteurs du marché de l'assurance maladie volontaire

La conclusion d'alliances stratégiques entre des compagnies d'assurance et des prestataires de santé privés devrait donner une nouvelle impulsion au secteur de l'assurance privée. Aujourd'hui en Grèce, pratiquement tous les groupes multinationaux d'assurance et de services financiers tels que Alpha Actuarial, AIG life (Alico), Allianz, Eureko (Interamerican), Ergon (Victoria), Groupama (Foinix - Metrolife), sont actifs dans les secteurs des pensions et de la santé. Ces compagnies ont d'énormes parts de marché mais aussi l'expérience d'activités similaires en Europe et dans le monde. Comme les sociétés grecques d'assurance et de services financiers détenues par de grandes banques telles que ATE Actuarial (Rural Bank), National Actuarial (National Bank), EFG Eurolife (Eurobank), European Faith (détenue à 30% par Piraeus Bank), International Life (détenue à 50% par Proton Bank), elles ont une réputation de fiabilité et de brillantes perspectives sur le marché des services financiers et d'assurance.

2. ASSURANCES PRIVÉES PAR LA MUTUALITÉ

Il n'existe de pas de mutuelles de ce type.

C. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[131] DES SERVICES DE SANTÉ

En ce qui concerne la privatisation des services de santé, le secteur hospitalier de l'ESY externalise certains services et recourt également à des partenariats privés-publics pour les investissements dans la construction de nouveaux hôpitaux. Des fusions avec le secteur privé sont également opérées.

Actuellement, le secteur des maisons de repos et de santé n'est pas concerné par la privatisation.

Enfin, la pratique des paiements informels (pots-de-vin) est importante dans le secteur public mais existe également dans les hôpitaux privés.

[131] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

2. PRIX DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS, VACCINS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

2.1. Tendance générale

Les dépenses pharmaceutiques s'élèvent à environ 3 milliards d'euros et ont enregistré une hausse annuelle moyenne de 12% entre 2000 et 2007. 78% de ces dépenses sont des dépenses publiques, le reste correspondant à des dépenses privées. Les dépenses pharmaceutiques publiques représentent 36% des dépenses de santé des caisses d'assurance (prestations en nature et en espèces), soit 8,5 de leurs dépenses totales. S'agissant du cadre institutionnel, le secteur est intensément contrôlé par l'État (dans un but de protection du patient et de contrôle des dépenses pharmaceutiques). L'Agence hellénique des médicaments (EOF) est chargée de la réglementation et de la supervision du secteur pharmaceutique. Ses principales responsabilités consistent à approuver et autoriser tous les médicaments (ceux qui n'ont pas été autorisés via la procédure centralisée de l'EMEA) disponibles sur le marché et à s'assurer de l'application de bonnes pratiques de fabrication. L'Agence héberge également le comité chargé d'élaborer des recommandations pour les médicaments à inclure dans la liste des produits remboursés (le principal critère étant les coûts journaliers de traitement, qui ne couvrent pas les coûts globaux, directs et indirects). La fixation des prix des médicaments relève de la responsabilité du ministère du commerce et le processus n'est lié ni aux décisions de remboursement ni à une quelconque ETM ou analyse du rapport coût/efficacité. Les prix des nouveaux médicaments sont fixés sur la base des 3 prix les plus bas dans les 25 pays de l'UE. Il est à présent recommandé aux entreprises pharmaceutiques de joindre des analyses du rapport coût/efficacité à leurs demandes d'autorisation de mise sur le marché d'un nouveau médicament. L'application de ce système ayant déjà occasionné des hausses du prix des médicaments, la procédure consiste désormais à faire une moyenne des trois prix les plus bas au lieu de se baser sur le prix le plus bas en Europe. En outre, un nouveau critère, celui du « prix couvert par l'assurance » a été introduit. Ce critère sera utilisé pour calculer le montant que les entreprises pharmaceutiques devront retourner aux caisses d'assurance maladie (jusqu'à 4% du coût). Malheureusement, ce critère n'est pas encore utilisé en raison de problèmes techniques. La liste des médicaments prescrits n'est plus établie, ce qui, selon des responsables au ministère du développement, a empêché tout contrôle des dépenses pharmaceutiques.

Irlande

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	3540	3503	3601	3787	4148	4239
Espérance de vie - Femmes à la naissance – Années	76,7	77,6	78,4	79,1 ´1	81.8	82.2e
Espérance de vie - Hommes à la naissance – Années	71,0	72,1	72,9	73,9 ´1	77.1	78.2e
Dépenses totales de santé - Millions US$, PPA	2092	2721	4681	7396	12911	13053 ´1
Dépenses totales de santé - % du PIB	7,6	6,6	7,2	6,7	7.5	7.5 ´1
Dépenses publiques santé/Dépenses totales de santé en %	75,7	73,1	73,8	75,8	78.0	78.3

´1, Données de l'année précédente ; e : estimation OCDE Ecosanté 2008

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Depuis 1970, la protection contre les risques de maladie est organisée essentiellement selon le modèle d'un service national de santé. Le système est donc assez proche du modèle britannique. L'accès aux soins est différencié par catégories de bénéficiaires. Il en existe deux, établies sur la base de critères de revenus.

Pour le groupe des personnes à revenus modestes (catégorie I), les soins hospitaliers et ambulatoires sont délivrés gratuitement. Les assurés de la catégorie I reçoivent de leur administration régionale de la santé une « carte médicale ». L'octroi de cette carte est lié à un examen préalable des ressources de la personne et l'admissibilité est fonction de ses revenus et de sa situation personnelle. Le montant des revenus de référence est revu chaque année en janvier.

Tous les autres assurés, qui relèvent de la catégorie II, doivent quant à eux supporter au moins une partie des coûts des soins de santé. Ces coûts peuvent être remboursés par l'assurance maladie privée. Le gouvernement encourage la

souscription à une assurance maladie privée par différents incitants financiers tels que la déductibilité des primes lors du calcul de l'impôt sur les revenus.

1. ORGANISATION

Le service de santé irlandais a évolué au cours du 20e siècle avec l'introduction dans le système d'un certain nombre de prestations offertes gratuitement à la population: parmi ceux-ci, les traitements contre la tuberculose et d'autres maladies infectieuses ainsi que diverses prestations dans les domaines de la santé scolaire, maternelle et infantile.

L'accès aux soins hospitaliers a été étendu à 85% de la population (contre paiement d'une prime nominale) en 1953, puis à l'ensemble de la population en 1979. Toutefois, les personnes qui dépassaient un plafond de revenus devaient payer les honoraires de consultation des médecins spécialistes. En 1991, la couverture gratuite offerte à l'ensemble de la population a été étendue aux soins hospitaliers, en ce compris les honoraires des médecins spécialistes.

L'organisation du service national de santé incombe au ministre de la Santé et de l'Enfance et à son ministère. Le ministre de la Santé et de l'Enfance est le seul responsable final de l'ensemble du secteur de la santé face au gouvernement.

Outre sa fonction d'appui général au ministre de la Santé et de l'Enfance et d'acteur dans la préparation des législations, les principales tâches du ministère de la Santé et de l'Enfance consistent à:

- conseiller et assister le ministre dans la définition de la politique nationale de santé.
- assurer la planification stratégique et la gestion du secteur de la santé au niveau national.
- conseiller le ministre de la Santé et de l'Enfance ainsi que le gouvernement dans la détermination du budget annuel.
- déterminer l'allocation financière des administrations régionales de la santé.
- fixer le cadre général de la politique du personnel des administrations de la santé.
- surveiller et évaluer les prestations et les résultats financiers des administrations par rapport aux normes et objectifs nationaux.
- identifier et soutenir l'introduction de pratiques de gestion plus efficaces.
- soutenir le ministre de la Santé et de l'Enfance dans ses fonctions en rapport avec d'autres organes publics placés sous sa tutelle.

La publication d'un rapport d'audit sur les structures et fonctions dans le système de santé («*Prospectus Report*») en juin 2003 a conduit à la création d'un Office national, le *Health Service Executive* (HSE), responsable de la gestion des services de santé et sociaux pour l'ensemble du pays. Les *Regional Health Boards* (offices de santé régionaux) mis en place par la Loi sur les services de santé (*Health Act*) de 1970 ont été abolis le 1er janvier 2005 et remplacés par de nouvelles Agences régionales HSE (*Health Service Executive Areas*).

Chaque Agence régionale HSE est responsable des services de soins de santé et d'assistance sociale dans sa zone de compétence. Les agences délivrent directement un grand nombre de ces services et organisent la fourniture des autres services par les professionnels de la santé, les prestataires de santé privés, les « *voluntary hospitals* » (hôpitaux d'assistance publique) et les organismes

bénévoles/communautaires. Les activités des Agences régionales HSE sont contrôlées par les Directions nationales du HSE, créées à cet effet.

Il existe deux catégories d'hôpitaux au sein du service national de santé:

- les hôpitaux qui appartiennent à et sont financés par les Agences régionales du HSE ;
- les hôpitaux à but non lucratif gérés par des organisations privées (le plus souvent par des ordres religieux) mais qui offrent des prestations de santé dans le cadre du service national de santé (hôpitaux d'assistance publique - *Voluntary Hospitals*). Ces hôpitaux sont financés directement par le ministère de la Santé et de l'Enfance. Il s'agit le plus souvent de centres universitaires qui offrent des traitements spécialisés ultramodernes.

Au niveau régional, on distingue les hôpitaux régionaux, les hôpitaux généraux et les hôpitaux de district.

- Les hôpitaux régionaux sont concentrés dans les zones où la densité de population est la plus élevée. Ils offrent une vaste gamme de prestations spécialisées.
- Les hôpitaux généraux offrent des services destinés à la population de leur zone de couverture. Ils possèdent des unités de soins de médecine générale, de chirurgie générale, de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.
- Les hôpitaux de district possèdent en moyenne 20 à 40 lits. Ils occupent des médecins généralistes à mi-temps, offrent des traitements médicaux et effectuent des opérations chirurgicales mineures.

En plus de ces hôpitaux, un petit nombre de centres nationaux offrent des prestations hautement spécialisées.

2. FINANCEMENT

Le service public (national) de santé couvre 78 % des dépenses totales de santé. Le reste est couvert par l'assurance maladie privée et les contributions personnelles.

Le service public de santé est principalement financé par l'impôt (85%) ; le reste provient d'un système de cotisations sociales, de recettes locales – notamment les frais de traitement en chambre particulière et semi-particulière dans les hôpitaux publics – (5%) ainsi que de recettes collectées en application des législations européennes (3%). Les cotisations sociales sont à charge de l'employeur pour les personnes qui bénéficient d'une couverture complète de la sécurité sociale. L'estimation du budget total requis pour la gestion des services de santé en 2008 dépasse les 14,7 milliards d'euros.

Le budget du service public de santé, en tant qu'élément du budget national annuel, est négocié au niveau national entre, d'une part, le ministère de la Santé et de l'Enfance et, d'autre part, le ministère des finances. Le budget global est ensuite réparti par le ministère de la Santé et de l'Enfance entre les Agences régionales HSE et les hôpitaux à but non lucratif relevant du système public.

Chaque Agence régionale HSE reçoit du ministère de la Santé et de l'Enfance une enveloppe budgétaire annuelle établie sur la base de programmes des dépenses détaillés. Le ministère de la Santé et de l'Enfance procède à la publication des priorités nationales en matière de santé, qui sont ensuite utilisées par les Agences régionales HSE pour l'élaboration de leurs programmes individuels. Conformément

à la Stratégie nationale de santé 2001, l'allocation des fonds se fait sur la base d'une planification des services établie sur le critère des meilleures pratiques existantes plutôt que sur un critère purement historique.

3. POPULATION COUVERTE

Toute personne résidant en Irlande, ainsi que les personnes à sa charge, a droit à un traitement dans le cadre du service public de santé. Il existe deux catégories de bénéficiaires du service public de santé.

3.1. Catégorie I

Cette catégorie regroupe les personnes (et celles qui sont à leur charge) incapables, sans privations excessives, de payer les prestations d'un médecin généraliste et d'autres prestations médicales. Les conditions d'éligibilité sont déterminées sur la base des revenus et sont revues annuellement.

Cette catégorie recouvre environ 30 % de la population. Les assurés éligibles reçoivent une carte médicale qui leur donne accès à l'ensemble des soins médicaux et hospitaliers nécessaires**.**

3.2. Catégorie II

Les personnes résidant ordinairement en Irlande mais n'ayant pas droit à une carte médicale sont automatiquement éligibles à la catégorie II. Cette catégorie regroupe les personnes (et celles qui sont à leur charge) dont les revenus sont supérieurs à ceux de la catégorie I (70 % de la population).

Les assurés de la catégorie II ont accès à un nombre plus limité de prestations dans le cadre du service public de santé.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ

4.1. Prestations couvertes

Les prestations sont octroyées dès le début de la maladie et pour une durée illimitée.

Pour les assurés de la **catégorie I**, la couverture est totale et gratuite et comprend les prestations des généralistes, les médicaments prescrits, tous les soins résidentiels délivrés dans un hôpital public et en chambre commune (y compris les prestations de spécialistes), tous les soins ambulatoires délivrés dans un hôpital public (y compris les prestations de spécialistes), les soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs ainsi que les prestations maternelles et infantiles. Ces prestations englobent les soins délivrés par un médecin généraliste durant la grossesse ainsi que les soins apportés à la mère et à l'enfant jusqu'à 6 semaines après la naissance.

Les patients de la **catégorie II** ont droit à tous les soins résidentiels délivrés dans un hôpital public et en chambre commune (y compris les prestations de spécialistes) moyennant une participation de 66 euros par jour, avec un plafond de 660 euros par an (maximum10 jours). La couverture comprend également tous les soins ambulatoires délivrés dans un hôpital public (y compris les prestations de spécialistes). Les soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs de routine sont exclus de la couverture sauf dans le cas de patients recommandés par une clinique pédiatrique ou dans le cadre d'examens médicaux scolaires. Pour les soins fournis dans des services d'urgence, le patient doit acquitter la somme de 66 euros s'il n'est pas adressé par son médecin généraliste. La couverture des prestations maternelles et infantiles inclut les soins fournis par un médecin généraliste durant la grossesse et les soins apportés à la mère et à l'enfant jusqu'à 6 semaines après la naissance. En vertu du régime d'assurance médicaments (*Drug Payment Scheme*), la contribution personnelle de l'assuré (et des personnes à sa charge) aux frais de médicaments et d'appareillages agréés délivrés sur prescription ne peut dépasser 90 euros par mois.

En outre, certaines prestations sont délivrées gratuitement à la population, indépendamment de critères de revenus. Il s'agit de prestations liées au traitement de maladies infectieuses telles que la diphtérie, la coqueluche, la polio, la rougeole, les oreillons et la rubéole, qui peuvent être évitées en vaccinant les enfants. Un service de vaccination des enfants en bas âge est accessible gratuitement. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour les personnes travaillant dans des milieux à haut risque. Les personnes soignées pour l'une de ces maladies infectieuses sont exemptées de la contribution personnelle obligatoire pour les soins hospitaliers résidentiels et les soins fournis par les services d'urgence.
Parmi les autres prestations gratuites figurent encore le traitement de maladies congénitales, les prestations de maternité, certaines prestations fournies aux enfants en bas âge, les traitements de réhabilitation des handicapés, les soins chroniques délivrés aux enfants, le traitement de toxicomanies, les soins palliatifs et certains programmes de dépistage. Sous certaines conditions, les soins à domicile et le transport des patients jusqu'à l'hôpital sont également gratuits.

4.2. Conditions d'accès et étendue de la couverture

4.2.1. Soins ambulatoires

La fourniture des prestations de médecins généralistes aux assurés de la catégorie I (titulaires d'une carte médicale) est réglementée par une convention sur les prestations médicales générales (*General Medical Services - GMS*) passée entre les médecins généralistes et les Agences régionales HSE. Dans la mesure du possible, les Agences régionales HSE donnent aux assurés de la catégorie I le libre choix de leur médecin généraliste.

L'Irlande compte environ 2 500 médecins généralistes et plus de 1 600 d'entre eux ont conclu une convention GMS. En vertu de ces conventions, les médecins généralistes sont tenus d'offrir des prestations de qualité identiques aux patients des catégories I et II.

Les assurés de la catégorie II ne sont soumis à aucune contrainte en ce qui concerne les prestations de médecins généralistes. Cependant, en 2005, une nouvelle « carte de consultation généraliste » a été introduite pour venir en aide à ceux qui n'ont pas droit à une carte médicale en raison du niveau de leurs revenus mais pour qui le coût d'une visite chez un généraliste est souvent prohibitif. Les

« cartes de consultation généraliste » donnent droit à la gratuité de la consultation mais les médicaments prescrits restent à charge financière du patient. Les prestations ambulatoires en hôpital public (y compris les prestations de spécialistes) sont délivrées gratuitement. Pour les soins délivrés dans les services d'urgence, le patient doit acquitter la somme de 66 euros s'il n'est pas adressé par son médecin généraliste. Cette contribution est uniquement due lors de la première consultation d'une période de traitement.

Lorsqu'un médecin généraliste estime que des examens ou un traitement supplémentaire sont nécessaires, il adresse le patient au service spécialisé approprié. Lorsqu'un patient consulte son médecin généraliste et que celui-ci le renvoie vers un service d'urgence dans un hôpital public, aucune participation aux frais ne peut être réclamée au patient. De même, aucune contribution financière n'est due lors de consultations dans des établissements publics de soins ambulatoires (cliniques).

4.2.2. Soins hospitaliers

Une personne qui recourt aux prestations d'un hôpital public peut opter pour le statut de « patient public » ou de « patient privé ». Les implications de ce choix eu égard aux prestations résidentielles et ambulatoires sont les suivantes:

Si la personne opte pour le statut de « patient résidentiel public », elle doit être admise en chambre commune, elle ne peut être le patient particulier d'aucun spécialiste et ne paie pas d'honoraires pour les prestations des spécialistes. S'il y a une liste d'attente, elle sera inscrite sur cette liste pour obtenir un lit dans une chambre commune.

Si la personne opte pour le statut de « patient résidentiel privé », elle doit être admise en chambre particulière ou semi-particulière, elle est le patient particulier de son spécialiste (payé par l'assurance maladie) et de tout autre spécialiste impliqué dans son traitement (radiologue, pathologiste, anesthésiste, …). S'il y a une liste d'attente, elle sera inscrite sur cette liste pour obtenir un lit dans une chambre particulière ou semi-particulière.

En cas d'urgence médicale, le patient sera placé dans le premier lit disponible au moment de son admission. Le cas échéant, un « patient privé » peut être admis en chambre commune jusqu'à ce qu'une chambre particulière ou semi-particulière se libère.

Les séjours en chambre commune dans un hôpital public sont gratuits, sauf pour les assurés de la catégorie II qui doivent payer une contribution de 66 euros par jour, avec un plafond de 660 euros par an. Le traitement de maladies infectieuses ne nécessite aucune participation financière du patient et la durée du séjour est dans ce cas illimitée.

Si un patient occupe une chambre particulière dans un hôpital public ou un *voluntary hospital*, une contribution supplémentaire lui est réclamée. Les tarifs journaliers (en vigueur au 1er janvier 2008) pour un séjour en chambre particulière sont les suivants :

Catégorie d'hôpital	Chambre particulière	Chambre semi-particulière	Hospitalisation d'un jour
Hôpitaux régionaux, *Voluntary Hospitals* et centres hospitaliers universitaires du HSE	€758	€594	€546
Hôpitaux locaux (*County*) et non universitaires du HSE	€506	€407	€362
Hôpitaux de district du HSE	€217	€185	€161

Dans les hôpitaux privés, les soins de santé sont à charge de l'assuré (ou du non-assuré capable d'en assumer les frais). Le gouvernement encourage les citoyens à utiliser au maximum les institutions privées en octroyant des exonérations fiscales aux personnes qui souscrivent à une assurance maladie privée. Cependant, pour des raisons sociales, l'existence d'un système de santé à deux vitesses et l'énorme disparité en matière de délais d'attente pour les admissions électives de patients publics par rapport aux patients privés, font régulièrement l'objet de critiques.

En conséquence, en juillet 2005, le ministre de la Santé et de l'Enfance a annoncé des projets de construction de nouveaux hôpitaux privés sur les campus d'hôpitaux publics afin de libérer un plus grand nombre de lits pour les patients « publics ». Ce projet baptisé «*Co-Location* » est en bonne progression et un permis de planification a été accordé pour la construction d'établissements hospitaliers privés sur plusieurs sites d'hôpitaux publics en Irlande.

Pour ce qui est des soins ambulatoires délivrés dans un hôpital, si la personne opte pour le statut de « patient ambulatoire public », elle doit se rendre dans une clinique publique et n'est redevable d'aucun honoraire pour les prestations des spécialistes.

4.2.3. Produits pharmaceutiques

Les médicaments prescrits sont gratuits pour les bénéficiaires de la catégorie I. En ce qui concerne les bénéficiaires de la catégorie II, nous renvoyons le lecteur au point 4.1.

En règle générale, les médicaments prescrits approuvés sont gratuits pour les titulaires d'une carte médicale et les personnes atteintes d'hépatite C. Les personnes souffrant de maladies chroniques peuvent introduire une demande auprès de leur Agence régionale HSE afin de bénéficier du régime spécial maladies chroniques. Ceux qui sont admis reçoivent un carnet reprenant la liste des médicaments nécessaires à leur traitement et pourront obtenir ces médicaments gratuitement auprès de leur pharmacien.

En vertu du régime d'assurance médicaments (*Drug Payment Scheme*), les frais à charge d'un individu ou foyer pour les médicaments approuvés et délivrés sur prescription ne peuvent dépasser 90 euros par mois.

Pratiquement toutes les pharmacies ont passé des conventions avec les Agences régionales HSE portant sur la fourniture de médicaments approuvés et prescrits aux

titulaires d'une carte médicale, aux personnes atteintes d'hépatite C et aux malades chroniques, ainsi que sur l'application du régime d'assurance médicaments. Dans certaines circonstances, les médicaments peuvent être délivrés directement par les généralistes ainsi que par les hôpitaux ou centres spécialisés, sous le contrôle de médecins.

4.2.4. Soins dentaires

Pour les soins dentaires, aucune participation n'est réclamée aux patients de la catégorie I. Les soins dentaires sont délivrés par les services de dentisterie des Agences régionales HSE aux enfants de moins de 14 ans ainsi qu'à certains enfants de la tranche d'âge 14-16 ans (catégorie I). Les enfants en âge scolaire subissent des examens de dépistage réguliers et reçoivent les soins préventifs et curatifs nécessaires. Des traitements d'orthodontie sont assurés en fonction de la gravité des cas.

Les personnes de la catégorie II peuvent, sous certaines conditions contrôlées par le ministère des Affaires sociales, communautaires et familiales, bénéficier de ces soins moyennant une contribution personnelle réduite.

4.2.5. Prothèses, appareils optiques et acoustiques

Ces types d'aides sont gratuits pour les assurés de la catégorie I, pour les enfants en âge préscolaire et scolaire. Sous certaines conditions et sous le contrôle du ministère des Affaires sociales, communautaires et familiales, les personnes de la catégorie II peuvent, en fonction de leurs cotisations, bénéficier de ces aides moyennant une contribution personnelle réduite.

4.2.6. Prestations fournies aux malades mentaux

Pour les personnes souffrant de maladie mentale, les prestations de santé suivantes sont offertes dans le cadre de la couverture assurée aux bénéficiaires des catégories I ou II:

- Prestations de médecins généralistes
- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires spécialisés en hôpital ou en centre de jour
- Séjour en résidence communautaire
- Réhabilitation et formation professionnelle
- Visites domiciliaires d'infirmiers spécialisés en psychiatrie

Les prestations de santé mentale ambulatoires et hospitalières sont gratuites pour les enfants de moins de 16 ans atteints d'une maladie mentale. Les personnes souffrant d'une maladie mentale ont droit, sous certaines conditions, à une indemnité spéciale personnes handicapées (*Disabled Persons Maintenance Allowance – DPMA)*. Il s'agit d'une indemnité hebdomadaire versée par les Agences régionales HSE aux personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler en raison d'une infirmité. L'octroi de cette indemnité est soumis à un examen médical ainsi qu'à un examen des revenus.

4.2.7. Prestations de santé délivrées aux personnes âgées

Les personnes âgées sont éligibles à la catégorie I de couverture des soins de santé. Depuis juillet 2001, toute personne âgée de 70 ans et plus reçoit automatiquement une carte médicale, indépendamment de ses revenus.

La loi sur les services de santé, centres de soins, de 1990, visait à garantir un niveau de qualité élevé des conditions de logement et de soins dans les centres de soins privés et caritatifs enregistrés auprès des Agences régionales HSE. Cette loi a également établi un système de subvention dont l'objectif est d'aider les personnes dépendantes nécessitant le plus des prestations en centres de soins.

Jusque fin 2004, les personnes recevant des soins de longue durée en établissement public versaient une contribution calculée sur la base de plusieurs facteurs — dont leur revenu, la possession ou non d'une carte médicale, leur degré de dépendance, la longueur du séjour — et recevaient pour leurs dépenses personnelles un certain montant de leur revenu prélevé après paiement de cette contribution. Cependant, en 2005, la Cour suprême irlandaise a estimé que cette pratique ne reposait sur aucune base légale.

Après avoir pris les avis juridiques nécessaires, le ministère de la Santé et de l'Enfance a élaboré, en 2005, une loi modifiant la loi sur la santé publique (*Health Amendment Act 2005*) afin de clarifier et de régler cette question. La réglementation permet à présent, séparément de la contribution applicable aux hospitalisations, de réclamer une contribution financière limitée aux patients en séjour ou soins de longue durée. La contribution maximale pour une personne bénéficiant de soins de longue durée en établissement public est de 120 euros par semaine et les patients doivent pouvoir conserver 35 euros de leurs revenus par semaine. Les patients bénéficiant de soins publics de longue durée sont divisés en deux groupes:

- **Groupe 1**: regroupe les patients recevant des prestations résidentielles dans des établissements délivrant des soins infirmiers 24h/24h. La contribution hebdomadaire maximale pour ces soins est de 120 euros ou égale au revenu hebdomadaire du patient moins 35 euros, selon le montant le moins élevé.
- **Groupe 2**: regroupe les patients recevant des prestations résidentielles dans des établissements ne délivrant pas des soins infirmiers 24h/24h. La contribution hebdomadaire maximale est de 90 euros ou égale au revenu hebdomadaire du patient moins 55 euros, soit 60% du revenu hebdomadaire de la personne, selon le montant le moins élevé.

Les prestations supplémentaires offertes aux personnes âgées par les Agences régionales HSE comprennent:

- Les soins infirmiers de santé publique.
- Les services d'aide et de repas à domicile.
- Les services en centres de jour – en unités de soins infirmiers.
- Les prestations de kinésithérapie, d'ergothérapie et de pédicure.
- Les prestations en hôpital, y compris les prestations d'évaluation et de rééducation.
- Les soins lourds et les services d'aide-répit fournis aux personnes âgées dépendantes et aux proches qui en ont la charge. Ces prestations sont fournies dans des hôpitaux et centres de soins relevant du HSE ou dans des établissements privés.

4.2.8. Le « National Treatment Purchase Fund »

Le Fonds national d'achat de traitements (*National Treatment Purchase Fund* - NTPF) a été créé pour réduire le temps d'attente des « patients publics » pour obtenir une intervention chirurgicale élective médicalement nécessaire. Grâce à un financement spécial du gouvernement, le NTPF organise pour les patients figurant depuis le plus longtemps sur les listes d'attente des hôpitaux publics un traitement dans les hôpitaux privés d'Irlande, du Royaume-Uni ou, si nécessaire, d'autres pays. Les traitements concernés par le NTPF incluent la chirurgie cardiaque, les prothèses de hanche et les traitements de varices et de la cataracte. La Stratégie nationale de santé 2001 a énoncé plusieurs engagements pris par le gouvernement pour régler le problème des listes d'attente pour les interventions chirurgicales:

Les patients traités dans le cadre du NTPF peuvent recevoir un traitement :

- de leur médecin spécialiste dans un hôpital privé en Irlande ;
- d'un autre médecin spécialiste dans un hôpital privé en Irlande ;
- d'un autre médecin spécialiste dans un hôpital privé au Royaume-Uni ou à l'étranger.

Les arrangements doivent être impérativement pris avec l'accord du patient et en consultation avec son médecin généraliste. Les médecins spécialistes qui opèrent dans le cadre du NTPF doivent être enregistrés et posséder les qualifications et expériences requises par le service public de santé irlandais.

Les premiers traitements délivrés dans le cadre du NTPF ont eu lieu dans divers hôpitaux privés de Dublin fin juin 2002. Entre juin 2002 et janvier 2008, plus de 100 000 personnes ont été traitées avec un délai d'attente moyen de 2 à 4 mois pour les interventions chirurgicales les plus courantes chez les adultes et de 2 à 5 mois pour les interventions chirurgicales les plus courantes chez les enfants.

Afin de mieux aider encore les patients en attente d'un traitement, un Registre national des listes d'attente (*National Patient treatment Register*) a été créé. Ce registre fournit des informations en ligne sur les délais d'attente pour les interventions hospitalières et ambulatoires dans certains hôpitaux publics. Utilisé en combinaison avec le NTPF, il permet de communiquer directement avec les patients en attente depuis plus de trois mois et de leur proposer d'autres options de traitement.

5. LE CORPS MÉDICAL

Les **médecins généralistes** sont des praticiens indépendants. La majorité d'entre eux travaillent dans le cadre du service national de santé sur la base d'une convention passée entre le ministère de la Santé et l'*Irish College of General Practitioners*. Ils sont rémunérés sur une base capitative en fonction du profil de leurs patients (barèmes fixés en accord avec le *Irish College of General Practitioners*). Ces médecins peuvent aussi exercer à titre privé. Dans ce cas, ils sont rémunérés à l'acte.

Les **spécialistes** travaillant dans les hôpitaux sous contrôle direct de l'État sont salariés. Leurs rémunérations sont fixées après négociations avec les organismes professionnels et relèvent de la responsabilité du Conseil des Hôpitaux (« *Comhairle na nOispideal* »). À côté de leur activité hospitalière, ces médecins peuvent aussi exercer à titre privé. Dans ce cas, ils sont rémunérés à l'acte.

En mai 2008, les membres de *l'Irish Hospital Consultants Association (IHCA*), organisme de représentation des médecins spécialistes, a voté en faveur d'un nouveau contrat pour les médecins spécialistes employés dans le système public de santé. Ce nouveau contrat entend fournir un service plus rapide, plus confortable et plus efficace aux patients. Il permet une plus grande disponibilité des spécialistes grâce à une augmentation de la durée hebdomadaire de travail, à la constitution d'une liste de services de garde durant les week-ends et à une limitation de l'activité privée des spécialistes travaillant en hôpital public.

Les **pharmaciens** sont rémunérés par le service public (national) de santé pour les fournitures de médicaments essentiels. Dans les autres cas, ils sont payés directement par les patients.

6. LE RÔLE DES MUTUALITÉS

Les mutualités ne jouent aucun rôle dans le cadre du service public (national) de santé.

7. PRINCIPALES RÉFORMES EN COURS

7.1. Réforme organisationnelle

En 1989, la Commission sur le financement du secteur de la santé (*Commission on Health Funding*) a établi un rapport sur une série de problèmes observés au sein de l'organisation du système de santé. Ces problèmes affectaient le système dans son ensemble, mais en particulier la région Est de l'Irlande couverte à l'époque par le *Eastern Health Board*, le plus important Office de santé régional du pays, avec une population de 1,2 million d'habitants.

L'objectif de la Loi relative aux administrations régionales de la santé, adoptée en 1999, était de modifier la structure organisationnelle des services de santé dans la région Est de l'Irlande afin de mieux coordonner et intégrer la planification et la fourniture des prestations de santé. Aux termes de cette loi, entrée en vigueur en mars 2000, le *Eastern Health Board* a été dissous et remplacé par la *Eastern Regional Health Authority* (Administration de la santé de la région Est).

Ce nouvel organisme était responsable de la planification, de l'approvisionnement et de la supervision de tous les services de santé et des services sociaux personnels de la région. Il était également responsable du financement de tous ces services, ce qui devait favoriser une planification intégrée des services ainsi qu'une meilleure intégration et coordination de la fourniture des prestations.

Trois Offices de santé zonaux (*Area Health Boards*) avaient également été institués par cette loi (*Northern Area Health Board*, *South-western Area Health Board* et *East Coast Area Health Board)*. Ces organismes étaient investis de la responsabilité de la gestion et de la fourniture des prestations liées à la protection obligatoire dans leur zone de compétence. Ils étaient également chargés de planifier et de coordonner tous les services au sein de leur zone de compétence, en coopération avec les prestataires caritatifs.

Plus récemment, la stratégie de santé 2001 intitulée *"Quality and Fairness – A Health System for You"* (Qualité et équité – Un système de santé adapté à vos besoins) a présenté une série de mesures de réforme organisationnelles destinées à instaurer une approche nationale plus cohérente dans la planification et la fourniture des services de santé. Parmi ces mesures figuraient:

- la restructuration du ministère de la Santé et de l'Enfance en ce qui concerne la gestion de la planification des services de santé;
- la délégation aux Offices de santé de la responsabilité de conduire le changement, avec accentuation de la responsabilité en matière de planification des prestations, d'efficacité et de normes de qualité;
- la création d'une autorité indépendante chargée de l'information et de la qualité en matière de santé;
- la demande à l'organe exécutif des Offices de santé (*HeBE*) de se concentrer sur l'efficience et l'efficacité des services de santé;
- le renforcement du rôle de l'Office de gestion de la santé afin d'y inclure le développement organisationnel;

En 2003, face à l'énorme augmentation du coût du service national (public) de santé, le gouvernement irlandais a annoncé un programme de réformes radicales axées sur l'amélioration des soins délivrés aux patients, du rapport qualité/prix et de la gestion du service de santé.

Le programme de réformes incluait des mesures censées influer sur chaque élément du système de santé et s'inspirait des conclusions et recommandations de deux rapports:

- le rapport de la commission sur la gestion financière et les systèmes de contrôle dans le service de santé (rapport de la commission Brennan);
- l'audit des structures et fonctions dans le système de santé (Prospectus).

Parmi les mesures figuraient:

- Une importante rationalisation des agences du service de santé, dont la suppression des structures existantes des Offices de santé (*health board*), impliquant la consolidation et la fusion de 32 agences.

- La création d'un Office national, le *Health Service Executive*, responsable de la gestion et de la fourniture des services de santé pour l'ensemble du pays.

- La création immédiate et provisoire d'un Office national des hôpitaux (*National Hospitals Office* – NHO) afin d'entamer la réforme du secteur hospitalier.

- L'établissement d'une Direction des soins primaires, médico-sociaux et continus (*Primary, Community and Continuing Care Directorate*) comportant quatre offices régionaux et 32 offices locaux assurant la fourniture des services non hospitaliers aux niveaux régional et local.

- La réorganisation du ministère de la Santé et de l'Enfance en vue d'assurer une meilleure politique, supervision et évaluation de la fourniture des services.

- La décentralisation de la responsabilité budgétaire aux entités qui délivrent les services de santé.

- La modernisation des processus de soutien (planification des services, rapports de gestion, etc.).

Ces études et rapports ont conduit à la création du *Health Service Executive* (HSE). Institué par la loi sur les services de santé de 2004 (*Health Act 2004*), le HSE est responsable de l'approvisionnement des services de santé et sociaux à tous les résidents de la république d'Irlande.

Opérationnel depuis 2005, le *Health Service Executive* (HSE) est la plus grande organisation de l'État. Il emploie plus de 130 000 personnes (avec un budget de 14,7 milliards d'euros pour 2008) et est le plus vaste programme de réforme jamais entrepris dans les services publics irlandais. Auparavant, la fourniture des services de santé était assurée via une structure complexe constituée de dix Offices de santé régionaux, de la *Eastern Regional Health Authority* (administration de la santé de la région Est) et d'un grand nombre de diverses agences et organisations. Le HSE a remplacé toutes ces organisations et est aujourd'hui le seul organisme responsable des services publics de santé et sociaux en république d'Irlande.

D'autres réformes lancées en 2006 se sont concentrées sur la protection de la santé et l'assistance sociale des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées nécessitant des soins résidentiels. Un *National Children's Office* (Office national de l'enfance) placé sous l'autorité d'un nouveau ministère de l'Enfance a été créé pour maximiser la coordination des politiques axées sur les enfants et les jeunes à travers une série de programmes relatifs à la santé mais aussi à la protection, aux services d'aide et à la justice.

Le projet de loi sur les services de santé publié en 2006 (*Health Bill 2006*) prévoyait la mise en place de la *Health Information and Quality Authority* (HIQA) en mai 2007, un nouvel organisme d'inspection et d'enregistrement des établissements de soins résidentiels chargé d'élaborer et de contrôler l'application de normes de sécurité et de qualité dans les services de santé relevant du secteur public. Sa mission inclut la réalisation d'enquêtes, de programmes d'accréditation, l'évaluation de l'efficacité clinique et de la rentabilité des technologies médicales ainsi que l'évaluation et la fixation de normes en matière d'information sur les services de santé, la santé et l'assistance sociale. La HIQA joue un rôle primordial dans le développement et le contrôle des normes de qualité dans les établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées nécessitant des soins résidentiels.

7.2. Contrôle des coûts

L'Irlande a connu ces dernières années une explosion de ses dépenses de santé (comme la plupart des autres pays européens). La maîtrise des coûts constitue donc un problème crucial. Des mesures ont déjà été prises dans le passé, notamment la réduction de la durée de séjour pour les soins hospitaliers, la promotion des traitements en hôpital de jour, etc.).

Il s'avère indispensable aujourd'hui de négocier correctement le budget des hôpitaux et des médecins généralistes afin de maximiser le rapport efficacité-coût du système. Un élément important des accords budgétaires négociés pour les principaux hôpitaux publics de soins aigus est la détermination du budget selon le principe d'ajustement budgétaire par *casemix*, développé par le ministère de la Santé et de l'Enfance. Ce système de *casemix* compare l'activité et les coûts entre les hôpitaux en analysant chaque « mix » de patients par niveau similaire de ressources utilisées. Le ministère utilise le système pour pénaliser ou récompenser

les hôpitaux sur le critère d'efficacité, en rééquilibrant le financement pour refléter l'utilisation des ressources et la productivité de l'hôpital l'exercice précédent. Le ministère estime que le système contribue ainsi de manière plus équitable à une plus grande efficacité des hôpitaux publics et crée une incitation à l'amélioration des performances.

7.3. Indemnité médicale / Responsabilité de l'entreprise

Tous les médecins et dentistes employés dans le service de santé doivent être assurés contre les plaintes en négligence ou faute professionnelle. Avant 2002, cette assurance passait par l'adhésion à l'une des deux organisations irlandaises de défense professionnelle. L'autorité employant le spécialiste (c'est-à-dire le *HSE Area*) remboursait de 80 à 90% de coût d'adhésion selon la catégorie de poste.

En raison de l'escalade des dédommagements obtenus en justice et du coût d'indemnisation des cas de dysfonction cérébrale liée à l'accouchement, le marché de l'assurance privée a fini par refuser d'assurer les obstétriciens/gynécologues ou les hôpitaux disposant d'une unité d'obstétrique. Jusqu'en juillet 2002, divers arrangements en matière d'assurance et d'indemnisation ont abouti à une situation où chaque défendeur dans un procès — hôpital, HSE, spécialiste, médecin hospitalier ou infirmier — était représenté par une équipe juridique différente. Il en a résulté une approche inutilement confrontationnelle de la résolution des litiges, une duplication des efforts, un ralentissement considérable des procédures et une hausse significative du coût des litiges.

Le ministère de la Santé et de l'Enfance a alors proposé le concept de responsabilité de l'entreprise sous la forme du *Clinical Indemnity Scheme* (CIS), un dispositif destiné à remplacer la formule mixte de la responsabilité personnelle et de l'entreprise. Selon ce dispositif, en cas de plaintes en faute professionnelle, la défense est assumée par les établissements de soins et non plus par les prestataires individuels et leurs organismes d'assurance. Concrètement, l'autorité employeuse accepte d'assumer la responsabilité indirecte des faits de son personnel médical.

Le ministère de la Santé pensait que l'introduction du CIS serait porteuse de bénéfices:

- Les établissements de santé en profiteraient pour mettre en place des programmes de gestion des risques.
- Les coûts administratifs seraient réduits grâce à la suppression des assureurs multiples.

Le CIS est opérationnel depuis le 1 juillet 2002 et depuis le *Delegation Order* exécuté en février 2003, le dispositif (géré par la *State Claims Agency* - SCA) a été étendu aux spécialistes hospitaliers le 1er février 2004.

Le CIS est financé sur la base d'un système de répartition «*pay-as you-go*»: les indemnisations et dépenses encourues par la SCA lui sont remboursées par le ministère de la Santé et de l'Enfance. Le CIS ne couvre que les plaintes en faute ou en négligence professionnelle et les problèmes de gestion des risques y associés.

Le CIS assure une couverture pour:

- tous les établissements du HSE, les hôpitaux publics et autres agences prestataires de services cliniques ;
- les infirmiers et médecins (non spécialistes) hospitaliers ainsi que le staff clinique (permanent, remplaçant ou temporaire) employé par le HSE ;
- les médecins hospitaliers spécialistes pour les cas de négligence clinique depuis le 1er février 2004 ;
- le staff clinique de soutien des services de pathologie et de radiologie ;
- les activités cliniques des médecins, infirmiers et autres personnels des services médico-sociaux ;
- les dentistes pratiquant en cabinet public ;
- certains autres prestataires de soins de santé.

Le dispositif du CIS ne couvre pas:

- les plaintes en responsabilité de l'employeur ou de l'État formées contre les agences HSE, celles-ci étant déjà couvertes par des polices d'assurance privée ;
- les hôpitaux privés, à l'exception des unités d'obstétrique de deux hôpitaux spécifiques situés à Dublin et Cork.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

Jusque dans les années 1950, environ 15 % de la population irlandaise n'avaient pas droit aux prestations de santé dans le cadre des régimes publics d'assurance maladie. Le gouvernement a alors créé un organe consultatif chargé d'examiner la possibilité d'instaurer un système volontaire d'assurance maladie à but non lucratif. Cet organe a également été chargé de formuler des recommandations quant au type d'organisme qu'il conviendrait de créer pour gérer un tel système d'assurance. Ce travail a débouché en février 1957 sur le vote d'une loi (Loi sur l'assurance maladie volontaire) instaurant le principe de l'assurance maladie volontaire. Cette loi a institué le *Vhi Healthcare* (*Voluntary Health Insurance Board* - Office d'assurance maladie volontaire) dont la mission est d'offrir une assurance maladie privée, principalement pour les soins hospitaliers, et ceci sur une base non lucrative.

Depuis l'extension à l'ensemble de la population, en 1991, de la couverture offerte par le service national de santé en matière de soins hospitaliers, la fonction principale de l'assurance maladie privée consiste à couvrir les coûts des soins hospitaliers privés délivrés dans des cliniques privées et en chambre particulière ou semi-particulière dans des hôpitaux publics lorsque les patients optent pour un

traitement privé en lieu et place des soins hospitaliers gratuits offerts dans le cadre du service public (national) de santé.

Le gouvernement encourage le recours à une assurance privée. En vue d'inciter les individus à assurer eux-mêmes le financement de leurs soins de santé, le gouvernement a instauré le principe de la déduction fiscale (application d'un taux standard) des primes d'assurance de l'impôt sur les revenus, les déductions étant opérées à la source.

La coexistence de lits publics et de lits privés dans les hôpitaux publics vise à assurer un fonctionnement des secteurs public et privé sur la base d'un partage des ressources, des connaissances, du savoir-faire et des technologies médicales. Dans son document sur la stratégie de la santé (« *Quality and Fairness – A Health System for You, 2001* »), le gouvernement s'est engagé à maintenir la coexistence actuelle entre les secteurs public et privé de la santé (environ 50% de la population ont recours à une couverture des soins de santé privés en tant qu'alternative au système public).

En vertu de la Loi sur l'assurance maladie de 1994 et de réglementations légales connexes en vigueur depuis le 28 mars 1996, tous les organismes assureurs qui offrent une assurance maladie privée ont l'obligation de respecter les principes dits de la « tarification communautaire » (*community rating*), c'est-à-dire, d'appliquer un système de primes non discriminatoires, similaire au principe de solidarité. Ce système repose sur les principes de liberté d'affiliation, de non-discrimination en termes de groupes d'âges et de risques ainsi que sur le principe de couverture à vie. En outre, la législation prévoit un mécanisme de compensation des structures de risque entre tous les assureurs.

La Loi de 2001 modifiant la loi sur l'assurance maladie (*Health Insurance (Amendment Act*) a introduit des réglementations et des lignes directrices pour l'introduction du mécanisme de répartition des risques. En mars 2001, la *Health Insurance Authority* (HIA) a été créée pour mettre en place ce mécanisme ainsi que pour conseiller le ministre de la Santé et de l'Enfance. La HIA analyse la structure d'affiliation et les remboursements de tous les assureurs afin de s'assurer que les risques sont répartis de manière équitable. Cette analyse effectuée pour la période clôturée en décembre 2004 a conduit la HIA, en mars 2005, à recommander au ministère de la Santé et de l'Enfance de commencer le système de paiements pour péréquation des risques. En vertu de ce système, une part des primes reçues par les assureurs dont le profil des assurés est plus jeune sera transférée aux assureurs ayant une forte proportion d'assurés plus âgés, à savoir le *Vhi Healthcare*, afin de compenser leur pourcentage excessif de membres plus âgés, plus malades et, partant, plus coûteux. Le ministre a marqué son accord mais à ce jour, aucun transfert n'a été effectué en raison d'une action en justice menée par BUPA Ireland, un ancien concurrent sur le marché.

En février 2008, le Tribunal de première instance des Communautés européennes de Luxembourg a rendu un jugement confirmant le droit du gouvernement irlandais d'appliquer le système de péréquation des risques sur le marché de l'assurance et il n'a pas été fait appel de cette décision. Par ailleurs, la Cour suprême d'Irlande devrait statuer d'ici fin 2008 sur le recours formé par BUPA Ireland en vue d'obtenir l'annulation de la décision du gouvernement concernant l'instauration du système de péréquation des risques.

2. LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE PRIVÉES

2.1. Rôle des caisses d'assurance maladie privées

Le *Vhi Healthcare* (*Voluntary Health Insurance Board* - Office d'assurance maladie volontaire) est actuellement le principal organisme d'assurance maladie privée. Plus de 37% de la population irlandaise y souscrit une assurance (1,52 million de personnes), ce qui représente plus de 70% du marché. Le total des primes en 2007 dépassait 1,15 milliard d'euros.

La Loi sur l'assurance maladie volontaire de 1957, modifiée en 1996 et 1998, fixe les compétences et le statut juridique du *Vhi Healthcare*. Ces compétences ont été étendues par la Loi sur l'assurance maladie de 2001. Cet organisme a le statut d'une société mutuelle à but non lucratif et est placé sous la supervision du ministre de la Santé et de l'Enfance. Ce dernier est habilité à approuver les polices d'assurance proposées par le *Vhi Healthcare*, à opposer son veto aux propositions d'augmentation des primes et à nommer les membres de l'Office.

Il existe également un petit nombre de sociétés mutuelles qui offrent une couverture pour certaines professions (par exemple, les forces de police irlandaises et les travailleurs du secteur de l'électricité) et leur famille. Au total, ces organismes assurent environ 80 000 personnes. Par ailleurs, d'autres sociétés mutuelles nationales, constituées en vertu de la Loi sur les sociétés mutuelles de 1896 – 1966 (*Friendly Societies Act*) peuvent également proposer une assurance maladie.

Le rôle de l'assurance maladie privée est d'offrir:

- une couverture complémentaire au service national de santé,
- un remboursement des frais de ticket modérateur à charge des assurés de la catégorie II.

Jusqu'en 1994, le *Vhi Healthcare* a bénéficié d'un monopole virtuel en matière d'assurance maladie privée. Cependant, conformément à la troisième directive européenne sur les assurances « non-vie », les organismes assureurs offrant une assurance maladie privée dans un des États membres de l'UE peuvent également proposer cette assurance en Irlande. À ce jour, seuls deux compagnies d'assurance maladie proposent ce type de produit aux consommateurs irlandais: Quinn Healthcare, qui a repris la clientèle de la BUPA Ireland lorsque que celle-ci a quitté le marché en 2006, et Hibernian, qui a racheté Vivas Health en mai 2008.

2.1.1. Catégories des membres assurés

Les couvertures proposées par le *Vhi Healthcare* s'articulent sur celles des différentes catégories de bénéficiaires existant dans le cadre du service national de santé. Le *Vhi Healthcare* attire essentiellement les groupes de population ne bénéficiant que d'une protection sociale limitée. Il permet en outre le recours aux soins privés.

2.1.2. Types de couverture offerte

La couverture offerte par le *Vhi Healthcare* ne correspond pas à un système de protection volontaire au sens d'une offre de prestations non disponibles au sein du

service national de santé. Au contraire, la couverture fournie par le *Vhi Healthcare* et par d'autres assureurs correspond plutôt à une couverture de substitution pour 50% de la population désirant recourir à des prestations de santé privées.

Le *Vhi Healthcare* propose 15 polices d'assurance différentes dans le cadre des soins hospitaliers. Chacune de ces polices offre également une couverture pour les honoraires médicaux et les prestations ambulatoires.

Polices d'assurance *Vhi Healthcare* « Hospital »

Le *Vhi Healthcare* propose deux séries de polices d'assurance « soins hospitaliers » comprenant chacune neuf niveaux de couverture de soins de santé. Les polices d'assurance offrent une couverture différente selon les types de séjours hospitaliers (cf. ci-dessous). Certaines de ces polices (A, B, C) ont également une police parallèle qui offre des prestations supplémentaires sous forme d'options. Ces polices englobent des prestations plus importantes telles que les frais d'hospitalisation dans des hôpitaux de pointe pour plusieurs types d'interventions chirurgicales cardiaques majeures, des prestations ambulatoires supplémentaires, des prestations de maternité additionnelles et une couverture plus importante des dépenses de santé encourues à l'étranger.

Police requise	Type d'hôpital	Logement
A ou Option A	Hôpitaux publics	Chambre semi-particulière
B ou Option B B Excess (75 euros)	Hôpitaux publics Hôpitaux privés à l'exception des hôpitaux de pointe	Chambre particulière Chambre semi-particulière
C ou Option C	Hôpitaux privés à l'exception des hôpitaux de pointe	Chambre particulière
D	Hôpitaux de pointe privés	Chambre semi-particulière
E	Hôpitaux de pointe privés	Chambre particulière

Ces polices fournissent une couverture pour les frais hospitaliers, y compris les frais de séjour et les suppléments.

Police P: En souscrivant à cette police (prime annuelle de 58,92 euros pour un adulte), les patients bénéficient d'une couverture des frais de soins de santé délivrés dans des hôpitaux publics, à concurrence de 66 euros par jour, avec un maximum de 10 jours par an.

Police d'assurance *Vhi healthcare* « LifeStage Choices »

Les polices d'assurance LifeStage Choices offrent une couverture maximale pour les prestations de santé dont les assurés risquent d'avoir le plus besoin à différents stades de leur vie. Chaque police couvre de manière excellente les soins hospitaliers ainsi qu'une vaste gamme de frais médicaux usuels, tous rassemblés dans une seule police. Ces polices offrent une très bonne couverture des prestations de maternité et des soins délivrés à l'étranger.

Police requise	Stade de vie	Logement (la plupart des hôpitaux privés, à l'exception des hôpitaux de pointe)
First Plan First Plan Plus	Idéale pour les jeunes célibataires	Chambre semi-particulière
Family Plan Family Plan Plus	Idéale pour les familles ou ceux qui envisagent de fonder une famille	Chambre semi-particulière
Forward Plan	Pour un choix plus large du logement	Chambre semi-particulière

Couverture des honoraires médicaux

Le *Vhi Healthcare* a développé une nomenclature officielle (*Full Cover Scheme*) des tarifs de remboursement pour tous les soins médicaux spécialisés. Le principe du remboursement total des honoraires a été accepté par 99 % des spécialistes. Les médecins spécialistes qui n'ont pas accepté les tarifs établis et qui se réservent le droit de facturer des honoraires plus élevés aux assurés reçoivent un montant environ 30% inférieur au montant que touchent les spécialistes qui ont accepté le système. La couverture des honoraires médicaux est communes pour les titulaires des polices « Hospital » ou « LifeStage Choices ».

Couverture des dépenses médicales usuelles

Chaque police de la gamme « LifeStage Choices » (First Plan/Plus, Family Plan/Plus, Forward Plan) propose le choix entre deux niveaux de couverture des dépenses médicales usuelles (visites de généralistes et de spécialistes, thérapies complémentaires et alternatives, visites chez le dentiste, frais d'optique, etc.) Le remboursement de ces dépenses est soumis à une franchise de seulement 1 euro.

Couverture des soins ambulatoires

Chaque police d'assurance « soins hospitaliers » (police A-C & Options, D et E) comprend également une couverture des frais de consultation de médecins généralistes, de consultations de spécialistes, d'examens pathologiques et diagnostiques ainsi que de prestations de kinésithérapie. Cette couverture est

conçue pour venir en aide aux assurés qui doivent faire face à des dépenses inhabituelles et particulièrement élevées. Les franchises varient de 220 à 310 euros pour une police individuelle et de 380 à 500 euros pour une police couvrant la famille. Le *Vhi Healthcare* rembourse les dépenses éligibles à concurrence de 6 400 euros, selon la police souscrite par l'assuré.

Autres prestations

- Les frais de transport en ambulance sont couverts entièrement par toutes les polices d'assurance « soins hospitaliers ».
- Des indemnités sont versées pour un séjour de convalescence de deux semaines dans un centre de convalescence immédiatement après une hospitalisation, pour autant que ce séjour soit reconnu nécessaire sur un plan médical et ait été préalablement approuvé.
- Une subvention est versée pour les soins de maternité et correspond, dans certaines polices, à une couverture complète.
- Dans certains cas, les traitements délivrés à l'étranger et non disponibles en Irlande sont remboursables, moyennant approbation préalable.

Couverture des soins de santé primaires *Vhi Healthcare – HealthSteps*

En 2002, le *Vhi Healthcare* a lancé un nouveau produit d'assurance pour les soins de santé primaires. Cette assurance, dénommée *HealthSteps,* offre une couverture complète des dépenses de santé quotidiennes liées à des prestations telles que les visites et actes des médecins généralistes, les dépistages, les thérapies alternatives, les visites chez l'opticien, le kinésithérapeute, le pathologiste, le radiologue, le dentiste et les médecins spécialistes. En outre, les personnes qui souscrivent à la police *HealthSteps* peuvent bénéficier de réductions d'abonnement dans des centres sportifs, de conseils en matière de santé et de vie ainsi que de cartes sanitaires pour aider les assurés à gérer leur santé au quotidien.

Le coût de l'assurance *HealthSteps* varie de 50 à 110 euros par enfant et de 125 à 190 euros par adulte (tarif groupe net d'impôt).

Assurance Vhi DeCare « soins dentaires »

Introduite en 2004, il s'agit de la première et de la seule police d'assurance couvrant les soins dentaires. À la suite de changements de la tarification et de l'offre de produits en 2007, le nombre de souscripteurs à cette police d'assurance a considérablement augmenté et est passé à pratiquement 38 000 personnes.

Assurance Vhi Healthcare « Multi Trip Travel »

En 2004, le *Vhi Healthcare* a commencé à proposer cette police d'assurance et le succès remporté a été tel que le *Vhi Healthcare* est aujourd'hui leader du marché pour ce produit avec plus de 350 000 assurés (36% du marché). À un prix attractif de 49 euros pour un adulte et de 95 euros pour une famille, ce produit innovant offre une couverture qui ne fait pas double emploi avec la couverture médicale dont bénéficient déjà les assurés via leur police *Vhi Healthcare*. En outre, une couverture supplémentaire est possible pour les sports d'hiver, le golf et les pannes automobiles.

3. TECHNIQUES DE « MANAGED CARE »

3.1. Assurance-qualité des soins

De manière générale, le système de soins de santé irlandais offre des soins de haut niveau où la qualité des prestations et la sécurité du patient sont prioritaires.

Le concept de qualité des soins de santé consiste à fournir systématiquement des soins optimaux et à obtenir des résultats optimaux pour toutes les personnes qui ont affaire avec le système de soins de santé ou qui utilisent ses services. Essentiellement, cela signifie effectuer le meilleur travail possible avec les ressources disponibles.

Le *Vhi Healthcare* traite avec les prestataires de soins pour le compte de ses membres depuis plus de cinquante ans. La compagnie est engagée dans un processus permanent de discussions et de négociations avec les prestataires, non seulement pour obtenir les tarifs les plus favorables pour ses membres mais aussi pour s'assurer qu'ils bénéficient de soins de la plus haute qualité possible et de technologies médicales récentes et appropriées.

3.2. Réseau de prestataires

Le *Vhi Healthcare* possède le réseau de prestataires le plus étendu du marché irlandais de l'assurance maladie. En 2008, le *Vhi Healthcare* a passé des conventions avec plus de 110 hôpitaux et centres de traitement, dont une quarantaine d'établissements privés. En outre, des accords de remboursement complet ont été conclus avec 99% des médecins spécialistes hospitaliers, sociétés d'ambulance, laboratoires, centres de radiologie, etc.

Tous les hôpitaux privés, existants ou nouveaux, souhaitant une convention de couverture avec le *Vhi Healthcare* doivent avoir obtenu une accréditation auprès de l'un des organismes d'accréditation agréés. Bien que n'étant pas un organe de réglementation ou de normalisation, la politique du *Vhi Healthcare* a toujours été de soutenir les hôpitaux privés sollicitant une accréditation. La procédure d'accréditation donne au patient l'assurance que l'hôpital privé est régulièrement inspecté de manière indépendante par un organisme agréé. Les hôpitaux n'ayant pas encore atteint la norme requise ont jusqu'au 31 décembre 2008 pour s'y conformer. Tous les hôpitaux privés ont été informés de ce changement.

Lors de l'inspection, tous les aspects des services hospitaliers et ambulatoires de l'hôpital privé sont examinés, ainsi que la mise en place de normes de qualité pour fournir des services intégrés en vue d'améliorer les soins aux patients et les résultats. Des organismes d'accréditation internationaux contrôlent constamment les services fournis par les hôpitaux privés. Ce système permet de partager avec les hôpitaux participants le plus haut niveau de qualité existant dans le monde et a pour effet d'améliorer le niveau de qualité exigé pour chaque hôpital afin de conserver son accréditation d'année en année.

En outre, le *Vhi Healthcare* recourt aux procédures d'appel d'offres afin d'attirer, pour certaines prestations, des prestataires capables de fournir les prestations nécessaires pour ses membres au prix le plus compétitif. Par exemple, ces

dernières années, le *Vhi Healthcare* a lancé des appels d'offres pour la fourniture de prestations dans les domaines de l'IRM et de la convalescence. Seuls les prestataires capables de fournir les niveaux de traitement, de services et de prix les plus appropriés sont inclus dans l'annuaire Vhi des centres IRM agréés. De même, l'annuaire des centres de convalescence reprend uniquement les centres pleinement reconnus par le HSE.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

Les médecins généralistes reçoivent une rémunération sur une base capitative pour tous leurs patients qui bénéficient d'une protection dans la catégorie I. Le montant accordé varie en fonction du profil du patient. En ce qui concerne les patients appartenant à la catégorie II, les médecins sont rémunérés à l'acte. Les montants sont fixés individuellement pour chaque médecin généraliste.

Un médecin spécialiste peut opter pour un poste où il doit travailler exclusivement pour le service national de santé ou pour une fonction qui lui permet d'exercer également à titre privé. Les médecins spécialistes sont rémunérés à l'acte par leurs patients lorsque les prestations sont fournies dans le cadre de leur activité privée.

Le *Vhi Healthcare* a développé une nomenclature officielle des tarifs de remboursement des honoraires des médecins spécialistes. Le principe du remboursement total des honoraires a été accepté par 99 % des spécialistes. Les médecins spécialistes qui n'ont pas accepté cette nomenclature et qui se réservent donc le droit de facturer des honoraires plus élevés aux assurés reçoivent un montant environ 30% inférieur à celui que touchent les spécialistes qui ont accepté ce système. Ce tarif de remboursement couvre uniquement les prestations de diagnostic et de chirurgie ainsi que les consultations hospitalières.

Les médecins hospitaliers qui travaillent pour le service national de santé reçoivent un salaire ainsi que certains suppléments (par exemple pour le service de garde). Les niveaux de salaire sont négociés entre le ministère de la Santé et les associations professionnelles représentant les médecins.

2. FRAIS HOSPITALIERS

Au cours de la dernière décennie, le *Vhi Healthcare* a introduit un nouveau système de remboursement des frais hospitaliers pour les hôpitaux privés. Ce système incorpore des éléments tels que les barèmes hospitaliers, les charges techniques et les tarifs journaliers spécifiques aux hôpitaux. En août 2001, un système de tarification globale des interventions (*Package Price Procedures*) a été introduit. Ce système donne les tarifs tout compris pour des interventions chirurgicales spécifiées, effectuées dans un hôpital privé, avec des durées de séjour également spécifiées.

Ce système ne s'applique pas aux hôpitaux publics qui facturent un forfait journalier tout compris, dont le montant est fixé par le ministère de la Santé et de

l'Enfance. Actuellement, ce forfait correspond à 60-70% du tarif moyen appliqué dans les hôpitaux privés.

3. APPAREILLAGE MÉDICAL (PROTHÈSES ET IMPLANTS)

Il n'existe pas de contrôle officiel des prix des implants médicaux et des prothèses.

Dans le cadre du service national de santé, l'achat de matériel médical est soumis à des mesures de contrôle des prix (voir le chapitre relatif aux principales réformes en cours).

Dans le secteur privé, le coût du matériel médical est pris en compte dans les négociations budgétaires globales entre les organismes d'assurance maladie privée et les hôpitaux.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[132] DES SERVICES DE SANTÉ

La politique actuelle du gouvernement irlandais démontre une préférence certaine pour la privatisation des services de santé, considérée comme un progrès. L'idée que l'Irlande est, à plusieurs grands égards politiques, « plus proche de Boston que de Berlin » a été formulée au début de la décennie par la ministre de la Santé et de l'Enfance, Mme Mary Harney, pour exprimer le souhait d'adopter les modèles américains de libéralisation du marché en matière de développement des soins de santé (et autres services) en Irlande.

Ces dernières années, la capacité des hôpitaux privés a considérablement augmenté et plusieurs hôpitaux privés sont en cours de construction ou de planification. Cette activité de développement a été encouragée par l'octroi d'exonérations fiscales pour la construction d'établissements médicaux. La mesure dans laquelle le système public de santé utilisera cette capacité accrue de lits privés reste incertaine. Il est tout à fait possible que le secteur hospitalier privé se retrouve en situation de surcapacité. Du point de vue de l'assurance maladie privée, il pourrait s'avérer nécessaire de modifier la méthode des nouvelles procédures de négociation pour que les excès de capacités ne deviennent pas un inducteur de coût des primes d'assurance maladie privée.

Comme déjà indiqué, le gouvernement a poursuivi une politique d'installation d'hôpitaux privés sur des sites d'hôpitaux publics (projet « *Co-Location* ») et a également pris des mesures pour aller vers une libéralisation totale du marché de l'assurance maladie privée. Parmi ces mesures figurent le lancement du système de péréquation des risques entre les assureurs en 2005 (bien que les transferts aient été reportés en raison d'une action judiciaire entamée par certains assureurs opposés au principe) et l'approbation, en avril 2007, d'une série de réformes qui

[132] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

verront notamment le *Vhi Healthcare*, organisme d'assurance maladie détenu par l'État, perdre sa dérogation aux exigences de solvabilité fin 2008. Cela signifie que le *Vhi Healthcare* devra avoir les mêmes niveaux de solvabilité qu'un assureur privé, mais également qu'il sera habilité, par l'adoption de la législation, à établir des filiales pour exercer des activités auxiliaires. En outre, le *Vhi Healthcare* sera libre de définir son développement de produits ainsi que ses politiques de prix, etc. L'objectif sous-jacent de ces réformes est de créer une harmonisation dans le marché et de renforcer le choix du consommateur.

De plus, le *Vhi Healthcare* a ouvert les premiers centres privés de soins d'urgence du pays (huit centres vont s'ouvrir dans le pays d'ici fin 2008) dont la mission est de traiter les maladies et blessures mineures sans rendez-vous préalable. Les *Vhi SwiftCare Clinics* proposent aux consommateurs une réelle alternative à l'attente dans les unités d'urgence, souvent surpeuplées, de la plupart des grands hôpitaux publics. La plupart des patients qui se rendent dans les *Vhi SwiftCare Clinics* sont vus par un médecin dans l'heure.

2. CONCENTRATION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES

Il y a actuellement trois grands assureurs maladie en Irlande. Le *Vhi Healthcare*, qui est leader du marché avec une part de 70%, Quinn Healthcare avec une part de marché de 20%, et Hibernian avec une part de marché de 6%. Quelques assurances gérées par l'employeur occupent les 4% restants (ESB Scheme pour les salariés du groupe irlandais d'électricité ESB et Garda Scheme pour les membres de la police irlandaise).

Quinn et Hibernian ont acheté leur place sur le marché au cours de ces deux dernières années, lorsque les assureurs BUPA Ireland et Vivas Health ont vendu leurs activités. Quinn et Hibernian ont une importante expérience dans le domaine de l'assurance générale/non-vie et basent leurs offres sur des « produits groupés » proposant typiquement un paquet comprenant la couverture maladie, l'assurance habitation et l'assurance automobile.

La concentration des organismes assureurs est très faible comparé à ce qui se passe par exemple en Allemagne ou aux Pays-Bas et il existe une importante quantité de compagnies (de dimensions diverses) sur le marché. Il est probable cependant que cette situation change à moyen terme étant donné que le cadre réglementaire de l'assurance maladie continue de gagner en clarté. Nous renvoyons également au chapitre 8 consacré au rôle évolutif des mutuelles.

3. RÉORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

L'une des caractéristiques principales de la gestion des prestataires de santé est de s'assurer que les procédures médicales sont exécutées dans le cadre le plus approprié possible, tant sur le plan médical que financier. Partout dans le monde, la tendance est à la diminution des prestations hospitalières résidentielles au profit des prestations ambulatoires, préférées pour un traitement efficace de la majorité des patients et l'obtention de meilleurs résultats médicaux.

Entre 1997 et 2007, le volume des remboursements effectués par le *Vhi Healthcare* a augmenté de 70%, mais au cours de la même période, le volume des remboursements de prestations hospitalières résidentielles a diminué de 6%, tandis que les remboursements de prestations ambulatoires ont augmentés de 165%. En outre, sur la même période, la durée moyenne de séjour en hôpital a diminué de 3%.

D'année en année, cette tendance permet au *Vhi Healthcare* d'offrir un traitement à un plus grand nombre de membres avec un budget qui reflète l'augmentation du nombre de procédures et de personnes traitées.

4. PRIX DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS ET VACCINS/DISPOSITIFS MÉDICAUX

4.1. Tendance générale

En Irlande, la tendance générale des prix des nouveaux médicaments et vaccins est à la hausse, bien que des mesures importantes soient prises pour réaliser des économies budgétaires sur l'ensemble des dépenses pharmaceutiques publiques et privées.

Le HSE dépense environ 2 milliards d'euros chaque année pour les médicaments, dont 15% dans les hôpitaux et 85% dans la communauté. Depuis 1997, ces coûts ont augmenté de 370%, soit 2,5 fois plus que l'inflation médicale. Le HSE a réduit la marge de grossiste versée pour les médicaments de 17,66% à 8% pour tous les paiements à partir du 1er janvier 2008 et cette marge passera à 7% à partir du 1er janvier 2009. Une marge de grossiste de 3 à 5% va également être introduite pour les médicaments fournis aux hôpitaux publics. Cette initiative devrait réduire la facture pharmaceutique du HSE de 150 millions d'euros en 2008.

Dans le secteur privé, le *Vhi Healthcare* a dépensé presque 23 millions d'euros pour le remboursement de médicaments oncologiques très coûteux délivrés à des membres traités en 2007. Ces médicaments (Herceptin, Avastin, Mabthera, Taxotere etc.) ont été utilisés seuls et/ou en combinaison avec d'autres médicaments et jouent un rôle central dans le traitement efficace et l'obtention de résultats positifs chez les patients atteints de cancer. S'agissant des autres médicaments destinés aux autres types de patients, les coûts sont inclus dans le tarif journalier convenu avec l'hôpital dans le cadre de négociations et sont donc contrôlés via le budget annuel.

5. DÉLÉGATION DES TÂCHES POUR LES PRESTATIONS MÉDICALES ET TECHNIQUES

La délégation des tâches entre professionnels de la santé en est à ses balbutiements en Irlande mais est assurément une tendance qui commence à se marquer. Ainsi, en janvier 2008, le ministère de la Santé et de l'Enfance a annoncé qu'en application du *Irish Medicines Board Act 2006*, d'ici fin 2008, quelque 150 infirmiers et sages-femmes auront reçu une formation et seront autorisés à prescrire des médicaments dans les domaines des soins d'urgence, de la cardiologie, des services de maternité et d'autres domaines spécifiques (diabète,

affections respiratoires et santé sexuelle). Auparavant, seuls les médecins étaient habilités à prescrire des médicaments.

Ces infirmiers ont été formés par le *Royal College of Surgeons in Ireland* (RCSI) et le *University College Cork* (UCC) et figurent dans le registre des infirmiers prescripteurs géré par *An Bord Altranais*, le principal organisme d'infirmiers en Irlande.

6. EXISTENCE D'UNE MÉDECINE À DEUX VITESSES

6.1. Situation

S'il n'y a pas de différence observable entre la qualité des soins reçus par les patients publics et privés, il y a par contre une différence notable en termes de facilité et de rapidité d'accès aux soins.

Toutes les données de recherche collectées par le *Vhi Healthcare* ainsi que par la *Health Insurance Authority* (HIA) ces dernières années indiquent que les raisons pour lesquelles plus de 50% de la population souscrivent à une assurance maladie privée sont, premièrement, le coût perçu du logement/traitement médical et, deuxièmement, le niveau perçu des services publics. Malgré les mesures prises pour lutter contre les listes d'attente (par exemple, l'introduction du *National Treatment Purchase Fund*), les attentes chroniques pour accéder aux lits publics ont alimenté de nombreuses critiques sur le système de santé public ces dernières années.

Le choix du spécialiste figure également en haute position sur la liste des raisons d'opter pour une assurance maladie privée. L'introduction d'accords de remboursement intégral avec les médecins spécialistes a renforcé considérablement l'attrait de l'assurance maladie privée pour les consommateurs irlandais.

En ce qui concerne la rémunération des spécialistes, aucun élément ne suggère une quelconque pratique de paiements informels en supplément des honoraires fixés par les conventions collectives. En outre, il convient de noter que 99% des médecins qui reçoivent des patients privés ont des accords de remboursement intégral avec les assureurs, avec moins de 1% de médecins qui présentent aux patients des factures de suppléments d'honoraires.

6.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Le *Vhi Healthcare* a négocié des barèmes avec 99% des spécialistes hospitaliers et les autres assureurs du marché ont une coopération similaire avec la profession médicale. Pour des raisons juridiques, le régime de remboursement total pratiqué par le *Vhi Healthcare* doit être officiellement confirmé deux fois par an dans un contrat signé par chaque médecin. Cette technique de gestion des prestataires a démontré qu'elle contribuait à contenir les coûts tout en tranquillisant les assurés et en offrant aux spécialistes une rémunération équitable pour leurs prestations.

7. RÔLE ÉVOLUTIF DES MUTUELLES

Il y a actuellement trois grands assureurs maladie en Irlande. Une étude publiée en mars 2008 par la *Health Insurance Authority* (HIA) montre que le *Vhi Healthcare* conserve son statut d'assureur principal avec 70% de part du marché, suivi par Quinn Healthcare (20%) et Vivas Health (6%). Les régimes d'assurance réservés à certains adhérents (ESB et St Paul's Garda Medical Aid) occupent les 4% restants.

Le nombre de nouveaux acteurs sur le marché depuis la libéralisation de 1994 est très faible en raison, semble-t-il, du manque de clarté de la réglementation de certaines matières, dont la péréquation des risques entre assureurs, le statut commercial du *Vhi Healthcare*, et de la clarification des conditions d'accès au marché pour les nouveaux assureurs.

Depuis le dernier rapport publié en 2005, Bupa Ireland et Vivas Health ont quitté le marché. Bupa Ireland a vendu ses activités au Groupe Quinn en janvier 2007, et Vivas Health a été racheté par Hibernian en avril 2008.

L'avenir des mutuelles en Irlande devrait considérablement changer avec les réformes proposées en avril 2007 par le ministère de la Santé et de l'Enfance. Selon le ministère, ces réformes sont conçues pour « amener une harmonisation et renforcer le choix des consommateurs ». Parmi ces réformes figurent notamment:

- L'octroi d'une licence au *Vhi Healthcare* par le *Financial Regulator*.
- L'autorisation pour le *Vhi Healthcare* de créer des filiales en vue d'exercer des activités dans de nouveaux domaines.
- La suppression de l'exemption de péréquation des risques accordée pendant trois ans aux nouveaux entrants.
- La réduction de 20% appliquée sur les paiements dus pour péréquation des risques.
- Le chargement de primes pour les entrants sur le marché de l'assurance maladie.
- La détermination par la HIA du niveau de tarification communautaire (« *Community Rating* ») et de péréquation des risques dans l'assurance maladie.

En outre, des mesures seront prises en faveur du consommateur, parmi lesquelles:

- L'obligation pour les assureurs de transmettre à leurs clients des explications claires concernant leurs droits ainsi que des préavis de renouvellement.
- L'obligation pour les sociétés appliquant des systèmes de déduction sur salaire de proposer aux moins deux produits aux employés
- L'obligation pour les assureurs de mettre régulièrement des prestations en adjudication.
- La révision des délais d'attente des assurés plus âgés afin de se conformer à la législation sur l'égalité.

Le *Vhi Healthcare* a été le premier assureur à offrir des services supplémentaires gratuits par téléphone et via des applications internet. Le *Vhi Healthcare* est le premier assureur irlandais qui offre une assistance téléphonique 24/24h, 365 jours par an à ses affiliés ayant besoin d'un avis médical, d'un conseil durant la grossesse, d'un soutien parental ou d'une orientation vers un médecin pour obtenir un deuxième avis médical.

Avec plus de 170 000 inscrits, son site web www.vhi.ie continue d'attirer un nombre important d'affiliés et de non-affiliés. Le site web est de plus en plus utilisé par les consommateurs pour obtenir en ligne des tarifs pour des produits d'assurance maladie, des informations concernant la santé et le mode de vie. Une fonction leur permet même d'accéder à leur compte pour modifier instantanément les données de leur police d'assurance.

IL

Israël

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	4266	4822	5612	6369	6991	7208
Espérance de vie - Femmes à la naissance - Années	77,0	78,4	79,5	80,9	82,0	82,2´1
Espérance de vie - Hommes à la naissance - Années	73,5	74,9	75,5	76,7	78,0	78,5´1
Dépenses totales de santé – millions d'euros - PPA	3788	4566	8531	11184	14464	-
Dépenses totales de santé - % PIB	6,1	7,3	7,9	8,5	7,8	-
Dépenses publiques santé - % dépenses totales de santé	53,7	46,5	70,3	67,2	65,0	-

-: Données non disponibles ; ´1 Données de l'année précédente *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Le régime de sécurité sociale israélien repose sur deux piliers majeurs, à savoir:

- la sécurité sociale et l'assistance sociale, avec les pensions de retraite, les allocations familiales, les allocations d'invalidité, les allocations de chômage et l'assurance des soins infirmiers. Ces programmes relèvent de la responsabilité du ministère du Travail et de l'Assistance sociale et sont essentiellement administrés par l'Institut national de sécurité sociale.
- les services de santé et l'assurance maladie légale qui relèvent de la responsabilité générale du ministère de la Santé.

Le système public de santé se subdivise en deux grandes parties:

1) les services de santé dont le ministère de la Santé est le propriétaire et/ou l'exploitant direct, tels que les soins de courte durée publics, les hôpitaux psychiatriques et les établissements de traitement des maladies chroniques, la santé publique et la prévention, les hospitalisations psychiatriques et gériatriques de longue durée;

2) l'assurance maladie obligatoire proposée par l'État et administrée par des caisses d'assurance maladie sous la supervision globale du ministère de la Santé.

Depuis le 1er janvier 1995, tous les résidents israéliens sont couverts par une assurance maladie obligatoire en vertu des principes suivants:

1) Les soins de santé sont un droit universel de tous les résidents.
2) L'État est responsable du financement de la corbeille légale de prestations.
3) La loi définit une corbeille de prestations explicite qui doit être mise à la disposition de tous les résidents.
4) Ces services doivent être fournis par des caisses d'assurance maladie agréées à leurs affiliés.
5) Tous les résidents doivent s'inscrire, ainsi que leurs personnes à charge, auprès d'une caisse d'assurance maladie agréée.
6) Les caisses d'assurance maladie sont tenues d'inscrire toute personne choisissant de s'affilier auprès d'elles. Les caisses d'assurance maladie n'ont pas le droit d'exercer une quelconque forme de sélection.
7) Chaque résident est entièrement libre de s'inscrire auprès de la caisse d'assurance maladie de son choix. Les lieux de travail, les syndicats ou toute autre organisation n'ont pas le droit de restreindre cette liberté de choix de quelque manière que ce soit.
8) Les cotisations sociales sont perçues par l'Institut national de sécurité sociale. Le montant est proportionnel aux revenus du travailleur (salarié ou indépendant).
9) L'institut national de sécurité sociale répartit ces sommes entre les différentes caisses d'assurance maladie agréées selon une formule de capitation reposant principalement sur l'âge.
10) Les caisses d'assurance maladie peuvent proposer des prestations d'assurance maladie complémentaires à leurs affiliés en vue de couvrir des services qui ne sont pas repris dans la corbeille légale de prestations. Ces programmes d'assurance complémentaire requièrent l'approbation du ministère de la santé.

1. ORGANISATION

Le système de santé israélien a traditionnellement été un système de sécurité sociale qui, à l'instar des systèmes européens de type bismarckien, s'est développé à partir de caisses d'assurance maladie volontaires créées par des groupements de travailleurs agricoles. La première et plus importante caisse d'assurance maladie nationale a été constituée en 1921 par le syndicat national et a représenté le premier assureur et fournisseur de services de santé jusqu'à la moitié des années 1980. Elle a également mis en place son propre système hospitalier général de soins de courte durée et des hôpitaux gériatriques et psychiatriques. Ses affiliés se limitent aux membres du syndicat national. Par conséquent, les travailleurs salariés employés sur des lieux de travail adhérant au syndicat national étaient inscrits automatiquement et toute autre personne désireuse de s'affilier devait cotiser au syndicat national.

Les trois autres caisses d'assurance maladie qui existent aujourd'hui sont apparues dans les années 1930 et 1940, mais ne sont devenues des concurrentes actives de la caisse d'assurance maladie du syndicat national qu'au milieu des années 1980.

L'autre grand acteur du système de santé israélien est le ministère de la Santé qui a, dès la création de l'État, possédé et exploité la majorité des hôpitaux de soins de courte durée et des hôpitaux gériatriques et psychiatriques. Le ministère de la Santé est aussi responsable de l'exploitation directe du système de santé publique, y compris les consultations maternelles et infantiles, les vaccinations, etc.

Jusqu'en 1995, la population israélienne bénéficiait d'une couverture de soins de santé en adhérant volontairement à l'une des quatre caisses d'assurance maladie. Les caisses d'assurance maladie faisaient à la fois office d'assureurs et de fournisseurs de services de santé. La caisse du syndicat national fournissait ses services via son propre personnel salarié - dans de grandes cliniques de type public et dans ses propres hôpitaux. Les 3 autres caisses d'assurance maladie proposaient essentiellement leurs services via des contrats avec des médecins indépendants, des centres médicaux et des hôpitaux publics et privés. Quelque 95 % de la population s'inscrivaient volontairement à une de ces 4 caisses d'assurance maladie. Chaque caisse percevait les cotisations des membres en fonction des revenus, mais les taux différaient d'une caisse d'assurance maladie à l'autre. Chaque caisse d'assurance maladie déterminait la corbeille de prestations qu'elle souhaitait proposer, les taux de participation aux coûts (ticket modérateur), et conduisait dans l'ensemble ses affaires dans son meilleur intérêt. Les caisses d'assurance maladie avaient aussi le droit de refuser l'affiliation de candidats qu'elles ne souhaitaient pas accepter.

Les principaux problèmes rencontrés par le système étaient:

- absence de couverture d'assurance pour environ 5 % des résidents appartenant souvent aux populations les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique;
- sur le plan de l'état de santé, disparité flagrante entre des régions géographiques différentes du pays;
- inégalité et manque de solidarité dans la répartition des ressources entre les caisses de maladie. Les caisses d'assurance maladie regroupant des personnes plus jeunes et plus aisées avaient plus de rentrées et moins de dépenses, à l'inverse de celles rassemblant des membres plus pauvres et plus âgés;
- la caisse d'assurance maladie du syndicat national était au bord de la faillite - non seulement parce qu'elle regroupait une population plus âgée mais aussi parce que ses ressources étaient systématiquement pompées par le syndicat lui-même et que, en raison de ses liens avec le parti Travailliste, des groupes entiers étaient exonérés du paiement des primes totales dans le cadre "d'accords" politiques. Cette situation a été amplifiée par la concurrence croissante exercée par des caisses d'assurance maladie plus petites, ce qui a entraîné une diminution significative et constante de la part de marché;
- les personnes travaillant dans des "ateliers" syndicaux étaient contraintes de s'affilier à la caisse d'assurance maladie du syndicat national et n'avaient par conséquent pas la liberté de choisir leur assureur;
- comme elle assurait près de 70 % de la population, la caisse d'assurance maladie du syndicat national continuait d'exercer une profonde influence sur le reste du système.

En 1995, Israël a mis en œuvre une réforme majeure de son système de santé avec l'adoption de la Loi nationale sur l'assurance maladie.

La Loi nationale sur l'assurance maladie garantit une couverture d'assurance maladie à tous les résidents. En vertu de la loi, tous les citoyens ont accès à un

éventail complet de soins de santé. Chaque citoyen salarié ou indépendant verse un impôt progressif (cotisations sociales) à l'Institut national de sécurité sociale. Le montant versé par chaque résident israélien est proportionnel à ses revenus et tous les assurés ont droit à la même qualité ainsi qu'à la même gamme de prestations médicales. Ces prestations constituent la "corbeille de prestations" qui est définie par la loi.

Les deux grands ministères régissant le système de santé sont le ministère de la Santé et le ministère des Finances:

Le **ministère de la Santé** a la responsabilité générale de la santé de la population et du bon fonctionnement efficace du système de santé. Il est chargé de mener à bien les missions suivantes:

- planification et définition des priorités en matière de soins de santé;
- octroi des permis d'exercice, certification et réglementation des médecins, des infirmières et des autres professions reconnues de la santé;
- supervision et réglementation de la corbeille de prestations, y compris l'actualisation de la corbeille de prestations qui résulte d'un processus d'évaluation technologique relevant aussi de la responsabilité du ministère;
- suivi et réglementation des activités des différents acteurs du système de santé, y compris les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux et les autres établissements de soins. Cela inclut la tarification et la définition des méthodes de paiement aux hôpitaux;
- fourniture de services de santé publique, parmi lesquels des soins de santé maternelle et infantile, la prévention et la promotion de la santé;
- surveillance de l'exploitation des 11 hôpitaux publics de soins de courte durée, des 11 hôpitaux psychiatriques publics et des 5 hôpitaux publics spécialisés dans les maladies chroniques.

Le ministère de la Santé reçoit des informations de divers organes consultatifs, dont: le Conseil national de la santé, un établissement public constitué par la Loi nationale sur l'assurance maladie en vue de conseiller le ministère de la Santé sur l'application de la loi, ainsi que des conseils nationaux permanents sur divers thèmes de santé comme la médecine communautaire, la santé des femmes, les maladies cardiovasculaires et l'oncologie.

Le ministère des Finances établit le budget de l'État qui sera approuvé par le parlement israélien ("la Knesset"), entre autres la dotation budgétaire du ministère de la Santé et des services qu'il exploite. Le ministère des Finances détermine également le budget annuel de l'assurance obligatoire (le "coût de la corbeille de prestations") qui est alloué aux caisses d'assurance maladie en vertu d'une formule définie dans la Loi nationale sur l'assurance maladie. En outre, la division des négociations salariales et collectives du ministère est le principal acteur gouvernemental de la négociation des accords collectifs avec les syndicats de médecins et les syndicats des autres professionnels de la santé.

Un autre acteur de premier plan du système de santé est l'**Institut national de sécurité sociale** qui perçoit les cotisations sociales et prend en charge la répartition de la dotation budgétaire totale entre les caisses d'assurance maladie selon une formule de capitation prévue par la loi.

La mise en œuvre de l'assurance maladie nationale obligatoire et la fourniture des services figurant dans la "corbeille de prestations" légale relèvent de la responsabilité des **caisses d'assurance maladie**. Les caisses d'assurance maladie

sont des mutualités sans but lucratif. Quatre caisses d'assurance maladie nationales sont officiellement reconnues par la loi. Deux ont été fondées par des syndicats et sont liées à ceux-ci:

- la caisse d'assurance maladie Clalit (la caisse d'assurance maladie du syndicat national),
- la caisse de maladie Leumit (liée au syndicat Leumit).

Les deux caisses d'assurance maladie restantes sont des mutualités apolitiques privées, constituées et gérées par leurs membres:

- les services de santé Maccabi,
- la caisse de maladie Meuhedet.

Les affiliés se répartissent comme suit entre les caisses d'assurance maladie (situation en décembre 2007):

CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	NOMBRE D'AFFILIES	% DE PERSONNES ASSUREES
Caisse d'assurance maladie Clalit	3 805 309	53.4%
Services de santé Maccabi	1 710 937	24%
Caisse de maladie Meuhedet	928 495	13%
Caisse de maladie Leumit	675 150	9.5%
Total de personnes assurées	**7 119 891**	

2. FINANCEMENT GENERAL ET ALLOCATION

L'adoption de la Loi nationale sur l'assurance maladie en janvier 1995 a modifié le système de financement des soins de santé. Avant l'entrée en vigueur de la loi, les affiliés des caisses d'assurance maladie acquittaient directement auprès de leur caisse d'assurance maladie une prime dont le montant était calculé pour chaque membre en fonction de ses revenus. Chaque caisse fixait les primes pour ses propres membres. En outre, les employeurs contribuaient au financement de l'assurance maladie de leurs travailleurs en versant à l'Institut national de sécurité sociale pour chaque travailleur un impôt parallèle de 4,9 % qui était affecté à la caisse d'assurance maladie à laquelle le travailleur était affilié. Au départ, l'Institut servait simplement de mécanisme de perception et de redistribution de la quote-part des employeurs dans la prime de leurs salariés. Au fil du temps, la part de l'employeur a été considérée comme un impôt d'affectation spéciale et plusieurs formules ont été élaborées afin de distribuer ces fonds entre les caisses d'assurance maladie et de tenter de renforcer la solidarité par une redistribution des revenus. Juste avant l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé, l'impôt parallèle était réparti entre les caisses d'assurance maladie selon une formule de capitation fondée sur trois catégories de groupes d'âges.

Avec l'entrée en vigueur de la Loi nationale sur l'assurance maladie, les sources de financement de l'assurance maladie obligatoire sont devenues les cotisations sociales acquittées par les résidents - qui ont remplacé les primes versées directement aux caisses d'assurance maladie. Les employeurs ont continué de

payer l'impôt parallèle comme auparavant. Les travailleurs indépendants acquittaient l'impôt parallèle pour eux-mêmes.

La loi a défini un concept baptisé le "coût de la corbeille de prestations", qui constitue l'allocation obligatoire minimale de fonds pour le financement de l'assurance maladie obligatoire. Si la combinaison des recettes résultant des cotisations sociales et de l'impôt parallèle est inférieure au "coût prédéterminé de la corbeille de prestations", les pouvoirs publics sont tenus de prélever la différence sur les recettes de l'imposition générale. Le montant de base défini en 1995 reposait sur les dépenses historiques réelles des caisses d'assurance maladie avant la loi. La loi a également instauré un mécanisme d'actualisation annuelle du "coût de la corbeille de prestations", appelé "l'indice santé". L'indice santé prend en compte les évolutions des salaires des fonctionnaires, des salaires des travailleurs de la santé du secteur public et des prix des médicaments. En plus de l'indice santé, les ministères des Finances et de la Santé peuvent aussi tenir compte des augmentations de la population globale et des surcoûts des nouvelles technologies pour déterminer l'allocation annuelle de l'assurance maladie obligatoire.

Une autre source de financement réside dans les tickets modérateurs des patients qui sont payés directement au fournisseur au moment de la prestation de service.

En 1997, l'impôt parallèle des employeurs a été supprimé et les pouvoirs publics ont choisi de remplacer la part de financement des employeurs par une quote-part prélevée sur les recettes générales. Jusqu'alors, les sources de financement des soins de santé se répartissaient comme suit: cotisations sociales (22 %), impôt parallèle des employeurs (22 %) et imposition générale (26 %) (incluant non seulement le financement de l'assurance maladie mais aussi les services exploités par le ministère de la Santé). La distribution était la suivante après 1997: cotisations sociales (25 %) et imposition générale (46 %). Cette solution a, à son tour, transformé le système en le faisant évoluer d'un système de sécurité sociale pure vers une combinaison fondée sur la sécurité sociale et l'imposition générale. Les paiements privés des patients eux-mêmes représentent 29 % des dépenses totales consacrées à la santé, y compris les services qui ne sont pas repris dans la corbeille des prestations instaurée par la loi.

Le taux de cotisation sociale est de 3,1 % des salaires jusqu'à la moitié du salaire moyen national et de 4,8 % sur les revenus supérieurs à ce niveau. Le plafond de la cotisation sociale est un revenu correspondant à plus de cinq fois le salaire national moyen. Des exonérations et des réductions sont appliquées à des groupes comme les retraités et les bénéficiaires d'allocations de maintien de revenu. Un défaut de paiement des cotisations sociales ne compromet pas le droit de l'individu aux prestations.

Les cotisations sociales ainsi que les fonds additionnels générés par l'imposition générale sont collectés par l'Institut national de sécurité sociale. 94% de ces fonds sont répartis entre les quatre caisses d'assurance maladie en fonction de l'âge de leurs affiliés:

AGE	CAPITATION
0-4	1.55
5-14	0.96
15-24	0.47
25-34	0.40
35-44	0.57
45-54	0.68
55-64	1.07
65-74	1.69
75 +	2.86

Le solde des fonds (moins le versement à l'Institut de sécurité sociale pour la gestion du processus de perception et d'allocation et les fonds prélevés pour la recherche et d'autres fins) est réparti entre les caisses d'assurance maladie selon le nombre d'affiliés souffrant des maladies suivantes:

- Insuffisance rénale terminale (dialyse)
- Hémophilie
- Maladie de Gaucher
- Maladie de Cooley
- SIDA

3. POPULATION COUVERTE

100 % de la population répondant au critère "résident israélien" de l'Institut national de sécurité sociale sont couverts par l'assurance maladie obligatoire, quelle que soit la situation économique ou médicale de la personne et qu'elle soit ou non en ordre de cotisations sociales. En vertu de la loi, chaque personne adulte est tenue de s'affilier à une des caisses d'assurance maladie agréées et d'y inscrire toutes les personnes mineures à sa charge. Chaque résident est libre de choisir sa caisse d'assurance maladie. La caisse d'assurance maladie doit accepter tous les résidents israéliens désireux de s'affilier et ne peut pas exercer une quelconque forme de sélection. Les inscriptions aux caisses d'assurance maladie sont ouvertes quatre fois par an (depuis le 1er janvier 2005 - deux fois par an avant cette date), mais une personne doit rester affiliée à la caisse de son choix pendant un an avant de pouvoir changer de caisse d'assurance maladie.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. Types de services couverts

La Loi nationale sur l'assurance maladie dispose que les services suivants doivent être couverts dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire légale:

1. médecine préventive personnelle et éducation à la santé;

2. services de diagnostic médical, notamment un dépistage précoce du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer de l'intestin;
3. soins de santé ambulatoires, y compris les soins de santé mentale en établissement ou à domicile, notamment un établissement résidentiel;
4. hospitalisation dans un établissement de soins général, hospitalisation dans un établissement psychiatrique, hospitalisation dans un établissement psychogériatrique et soins infirmiers de longue durée dans un établissement de traitement des maladies chroniques;
5. rééducation médicale, notamment réadaptation psychologique, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie et travail social lié à la santé;
6. médications et médicaments selon une liste positive;
7. accessoires et aides médicaux selon une liste positive;
8. soins dentaires préventifs pour les enfants jusqu'à un âge qui sera prescrit par le ministère de la Santé dans les dispositions réglementaires;
9. premiers soins et transport jusqu'à un hôpital ou une clinique;
10. services de médecine du travail;
11. soins médicaux et soins de santé mentale pour la réadaptation de personnes toxicomanes et alcooliques.

Les services ci-dessus sont détaillés, avec les niveaux de participation aux coûts, dans deux annexes à la loi. La première annexe spécifie tous les services des catégories ci-dessus qui étaient déjà proposés par les caisses d'assurance maladie au moment de l'entrée en vigueur de la loi. La seconde annexe reprend tous les services des catégories ci-dessus qui étaient assurés par le ministère de la Santé au moment de l'adoption de la loi. Même si la loi envisageait le transfert final de tous les services sous la responsabilité des caisses d'assurance maladie, il n'en est encore rien aujourd'hui. Par conséquent, le ministère de la Santé continue d'assurer la fourniture des services suivants:

- médecine préventive personnelle et éducation à la santé;
- soins de santé mentale et soins psychiatriques, y compris la psychogériatrie;
- assistance aux soins infirmiers institutionnels de longue durée pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (ressources vérifiées);
- traitement de réadaptation pour les personnes toxicomanes et alcooliques.

L'alinéa relatif aux soins dentaires n'a jamais été mis en œuvre. Dans la corbeille de prestations, les soins dentaires ne sont donc couverts pour aucun groupe d'âges. Les hospitalisations dans les services de maternité et de soins néonatals sont couvertes par l'Institut national de sécurité sociale.

Alors que les soins préventifs et l'éducation à la santé demeurent officiellement sous la responsabilité du ministère de la Santé, ce sont les caisses d'assurance maladie qui les prennent en charge pour l'essentiel, convaincues de leur importance, notamment les vaccinations antigrippales, la vaccination des personnes âgées contre la pneumonie et de nombreux autres services. La plupart des cliniques de soins maternels et infantiles sont exploitées par les caisses d'assurance maladie, en vertu d'un accord spécial conclu avec le ministère de la Santé.

4.2. Coûts supportés par les patients

Les coûts supportés par les patients peuvent être subdivisés en deux grandes catégories:

- **les tickets modérateurs prescrits dans la corbeille de prestations**: les annexes à la loi citent un certain nombre de services spécifiques soumis à un taux de participation aux coûts (ticket modérateur) ou de coassurance qui doivent être fournis par les caisses d'assurance maladie et/ou le ministère de la Santé. À titre d'exemple, un ticket modérateur prédéterminé est appliqué par journée d'hospitalisation gériatrique de longue durée. De même, le ministère de la Santé fixe des participations au coût des services relevant de sa responsabilité. Par exemple, il existe un ticket modérateur pour les cliniques de soins maternels et infantiles qui ont des engagements vis-à-vis des prestataires de services, qu'il s'agisse des caisses d'assurance maladie, des municipalités ou du ministère lui-même.
- **Les participations aux coûts et/ou coassurances supplémentaires sont déterminées par chaque caisse d'assurance maladie**: chacune des quatre caisses d'assurance maladie peut imposer des tickets modérateurs supplémentaires sur des services de la corbeille de prestations. Néanmoins, la caisse ne peut pas agir unilatéralement. Les tickets modérateurs qu'une caisse d'assurance maladie souhaite imposer à ses affiliés doivent être approuvés par le ministère de la Santé ainsi que par une commission parlementaire - la Commission des finances du parlement israélien. En 1998, chaque caisse d'assurance maladie a reçu une approbation pour des tickets modérateurs supplémentaires. Par conséquent, le niveau et le type de tickets modérateurs diffèrent entre les quatre caisses d'assurance maladie.

4.2.1. Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont fournis par des médecins de famille, des internistes généralistes, des médecins généralistes et des pédiatres. Le système varie légèrement d'une caisse d'assurance maladie à l'autre. Les soins de santé primaires de la caisse d'assurance maladie Clalit sont essentiellement fournis par des médecins salariés qui consultent dans des cliniques appartenant à la caisse et gérées par celle-ci, ainsi que par d'autres professionnels de la santé comme des infirmières. Les affiliés sont libres de choisir leur médecin, mais doivent se faire enregistrer auprès du médecin de leur choix. Dans la caisse d'assurance maladie Leumit, les soins primaires sont dispensés par des médecins salariés et indépendants. Dans le cas des caisses d'assurance maladie Maccabi et Meuhedet, les soins de santé primaires sont essentiellement prodigués par des médecins indépendants sous contrat qui effectuent leurs consultations dans leur cabinet privé. Les patients sont libres de choisir leur médecin et peuvent prendre un nouveau médecin chaque trimestre s'ils le souhaitent. La plupart des patients restent fidèles à leur médecin de première ligne. Maccabi est la seule caisse appliquant un système de tickets modérateurs. Un ticket modérateur de 6 NIS (1 euro) est appliqué à la première consultation trimestrielle d'un médecin de première ligne (y compris d'un gynécologue)[133]. Toutes les consultations supplémentaires du même médecin pendant le trimestre sont exemptes de ticket modérateur.

4.2.2. Soins de spécialiste

Les quatre caisses d'assurance maladie garantissent un accès direct à la plupart des spécialistes de la collectivité sans consultation préalable du médecin de première

[133] La conversion de shekels en euros a été effectuée à un taux de 5,65 shekels/euro, soit le taux de change en vigueur en décembre 2007

ligne. Dans la caisse d'assurance maladie Clalit, la plupart des spécialistes sont des médecins salariés. Pour les trois autres caisses d'assurance maladie, les spécialistes sont essentiellement des médecins indépendants sous contrat.

La première consultation trimestrielle d'un spécialiste fait l'objet d'un ticket modérateur. Toutes les consultations ultérieures du même spécialiste pendant le trimestre se font sans ticket modérateur. Les différentes caisses d'assurance maladie appliquent les tickets modérateurs suivants à la première consultation trimestrielle d'un spécialiste:

- Clalit ..... 13 NIS (2,3 €)
- Maccabi ..... 19 NIS (3,3 €)
- Meuhedet ..... 19 NIS (3,3 €)
- Leumit..... 19 NIS (3,3 €)

Outre les spécialistes recevant leurs patients dans leur propre cabinet (ou, dans le cas de Clalit, dans la clinique de la caisse d'assurance maladie), chacune des caisses d'assurance maladie exploite des cliniques spécialisées ou est liée par contrat à des cliniques spécialisées qui sont habituellement des établissements regroupant plusieurs spécialités ou disciplines, comme les cliniques spécialisées dans la santé des femmes, les enfants présentant une maladie du développement, le traitement des maladies cardiovasculaires ou du diabète, etc. Le ticket modérateur de la première consultation trimestrielle dans ces cliniques est de 25 NIS (4 €) pour toutes les caisses d'assurance maladie.

Les patients des quatre caisses d'assurance maladie peuvent être envoyés à un service des consultations externes d'un hôpital général par un médecin de première ligne ou un spécialiste. Un patient ne peut être admis dans un service des consultations externes que s'il y a été envoyé par un médecin. Dans toutes les caisses d'assurance maladie, un ticket modérateur de 25 NIS est appliqué pour la première consultation trimestrielle dans un service de consultations externes.

Un plafond trimestriel est valable par famille dans tous les systèmes de tickets modérateurs. Les différentes caisses d'assurance maladie appliquent les plafonds suivants:

- Clalit ..... 150 NIS (26,8 €)
- Leumit..... 140 NIS (25 €)
- Meuhedet ..... 120 NIS (21,4 €)
- Maccabi ..... 100 NIS (17,8 €)

Il existe des exonérations ou des réductions pour les patients âgés bénéficiant d'allocation de maintien de revenu, les bénéficiaires de pensions d'invalidité, les bénéficiaires d'allocation de revenu minimum et les nouveaux immigrés.

4.2.3. Hospitalisation

Les soins hospitaliers sont essentiellement dispensés par des hôpitaux publics. Il existe trois types d'hôpitaux publics de soins de courte durée: hôpitaux du ministère de la Santé, hôpitaux de la caisse d'assurance maladie Clalit et plusieurs hôpitaux sans but lucratif qui ont été agréés dans le cadre du système d'hôpitaux publics. Il convient aussi d'ajouter plusieurs hôpitaux privés plus petits, à but tant lucratif que non lucratif.

Les hôpitaux publics de soins de courte durée n'appliquent pas de ticket modérateur pour les soins cliniques. La plupart des caisses d'assurance maladie ont

des contrats avec les petits hôpitaux privés à but non lucratif qui, en règle générale, appartiennent/sont affiliés à un groupement religieux. L'accès aux hôpitaux privés à but lucratif est habituellement réservé aux personnes suffisamment aisées ou aux bénéficiaires d'une couverture d'assurance complémentaire volontaire. Néanmoins, certaines des caisses d'assurance maladie concluent des contrats avec ces hôpitaux pour la mise en œuvre de procédures sélectionnées dans le cadre de l'assurance obligatoire.

4.2.4. Hospitalisation pour soins gériatriques/chroniques

La corbeille de prestations que les caisses d'assurance maladie sont tenues de proposer comprend des hospitalisations pour le traitement médical de maladies chroniques (à l'inverse des soins infirmiers à domicile qui ne sont pas couverts). Toutes les caisses d'assurance maladie appliquent un ticket modérateur journalier de 95 NIS (17 euros).

4.2.5. Médicaments ambulatoires

La corbeille de prestations comporte une liste positive de médicaments que toutes les caisses d'assurance maladie sont tenues de proposer à leurs affiliés dans le cadre de la couverture obligatoire. Le ministère de la Santé approuve également un prix à la consommation officiel pour chacun de ces médicaments. Le membre assuré doit être en possession d'une prescription médicale pour obtenir le médicament et pouvoir bénéficier de la couverture.

Chacune des caisses d'assurance maladie possède sa propre liste de médicaments qui doit au moins contenir les médicaments repris dans la corbeille de prestations. Chacune des caisses négocie aussi avec les laboratoires pharmaceutiques afin d'obtenir des prix inférieurs aux prix à la consommation approuvés par le ministère. Il résulte de ces négociations que chaque caisse possède, dans une catégorie thérapeutique donnée, certains médicaments qui sont des médicaments préférentiels. Toutes les caisses assimilent la plupart des médicaments génériques à des médicaments préférentiels. La prise en charge des coûts des médicaments ambulatoires par le patient diffère d'une caisse d'assurance maladie à l'autre:

- Dans la caisse Clalit:
  - les médicaments qui se trouvaient dans la corbeille de prestations avant le 11 août 1998 sont liés à un ticket modérateur unitaire de 12 NIS[134]
  - les médicaments ajoutés à la corbeille de prestations après août 1998 ont un taux de coassurance égal à 10 % du prix à la consommation du médicament fixé par le ministère de la Santé ou à 12 NIS par unité (le plus élevé des deux montants);
  - le plafond trimestriel des quotes-parts sur les médicaments est de 715 NIS pour les personnes souffrant de maladies chroniques.
- Dans les services de santé Maccabi
  - la coassurance est égale à 15 % du prix du médicament ou à 12 NIS, le montant le plus élevé étant appliqué, 13 NIS pour les médicaments dont le prix de vente est inférieur à 100 NIS et 15% du prix pour les médicaments dont le prix est supérieur à 100 NIS.

[134] Au moment de la rédaction (décembre 2007), un euro valait 5,65 NIS.

- le plafond applicable aux personnes souffrant de maladies chroniques est de 251 NIS par mois (125 shekels pour les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite et bénéficiant d'une aide au revenu).

- Dans Meuhedet
  - le ticket modérateur minimal est égal à 12 NIS pour les médicaments dont le prix unitaire est inférieur ou égal à 94 NIS et à 15 % du prix à la consommation pour les médicaments coûtant plus de 94 NIS;
  - le plafond applicable aux personnes souffrant de maladies chroniques est de 261 NIS par mois (130 shekels pour les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite et bénéficiant d'une aide au revenu).

- Dans Leumit
  - le ticket modérateur minimal est égal à 13 NIS et à 15 % du prix à la consommation maximal dans le cas de médicaments dont le prix est supérieur à 94 NIS.
  - le plafond applicable aux personnes souffrant de maladies chroniques est de 240 NIS par mois.

Dans toutes les caisses d'assurance maladie, les personnes âgées ont droit à une réduction de 50 % sur le ticket modérateur des médicaments.

4.2.6. Services de santé divers

Un certain nombre de services de santé supplémentaires sont soumis à un système de participation aux coûts qui varie légèrement d'une caisse d'assurance maladie à l'autre. À titre d'exemple, Clalit applique un ticket modérateur trimestriel de 25 NIS pour la physiothérapie, Meuhedet facture 21 NIS par traitement et Maccabi n'a pas de ticket modérateur pour ce service. Plusieurs tickets modérateurs sont spécifiés dans la corbeille de prestations, comme une participation de 23 NIS par traitement (orthophonie ou ergothérapie, physiothérapie, conseils psychologiques) pour les enfants présentant une maladie du développement. Une coassurance est appliquée pour un certain nombre d'implants médicaux et d'accessoires tels que des implants cochléaires, des machines à pression positive continue, des seringues, etc.

Les soins à domicile dispensés par un personnel multidisciplinaire (infirmières, médecins, physiothérapeutes) aux personnes alitées sont proposés sans ticket modérateur par toutes les caisses d'assurance maladie.

Les soins d'urgence sont prodigués par des centres de soins d'urgence ou des visites à domicile du médecin et le ticket modérateur appliqué s'échelonne de 65 NIS (Maccabi) à 109 NIS (Meuhedet). Une visite aux urgences coûte 566 NIS et les patients peuvent bénéficier d'un remboursement total ou partiel selon qu'ils ont été envoyés par un médecin ou qu'ils sont venus de leur propre initiative et selon la nature du problème médical à l'origine de la visite.

Globalement, les tickets modérateurs payés par les assurés couvrent 5 à 7 % du budget consacré par les caisses à l'assurance maladie obligatoire.

4.2.7. Soins de longue durée pour les personnes âgées

Les soins de longue durée pour les personnes âgées ne sont pas couverts par les caisses d'assurance maladie. Les personnes qui ont besoin de soins infirmiers à domicile (selon leur état fonctionnel) peuvent bénéficier d'une participation du

ministère de la Santé aux coûts selon le revenu du patient/de la famille. En moyenne, la participation correspond à environ 50 % du coût mensuel.

Les patients qui répondent aux critères d'assistance mais préfèrent et/ou peuvent rester chez eux peuvent recevoir les services de soins personnels de l'Institut national de sécurité sociale. L'éligibilité est aussi déterminée par le niveau de revenu du patient.

Dans le cadre de l'assurance complémentaire proposée par les caisses d'assurance maladie, plus de 50 % de la population israélienne possèdent une couverture complémentaire pour les soins de longue durée en institution et à domicile.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Types de prestataires et compétences

5.1.1. Médecins

Pour pouvoir exercer la profession de médecin, d'infirmière, de dentiste ou toute autre profession principale dans le domaine de la santé en Israël, il convient de disposer d'un permis délivré par le ministère de la Santé. Les lois relatives au permis d'exercer des médecins et des infirmières existent depuis 1948. Une certification "par le comité" en tant que spécialiste ou sous-spécialiste en médecine a été déléguée par le ministère de la Santé au Conseil scientifique de l'Association médicale israélienne, qui dispose d'un comité distinct pour chaque spécialité.

Israël compte quatre écoles de médecine qui forment 280 diplômés en médecine chaque année. En outre, certains Israéliens deviennent des médecins après avoir suivi une école de médecine à l'étranger. Autre point encore plus significatif : à différents moments dans l'histoire d'Israël, l'immigration a acheminé de nombreux médecins en Israël. En 2000, quelque deux tiers des médecins âgés de moins de 65 ans étaient nés hors des frontières israéliennes.

Le nombre de médecins pour 1000 habitants est de 3,6 (2005), un chiffre légèrement supérieur à celui de la moyenne européenne. Il devient de plus en plus clair qu'Israël va connaître une pénurie de médecins et par conséquent, des propositions ont été avancées dont l'établissement d'une cinquième école de médecine et/ou l'augmentation du nombre d'étudiants dans chacune des écoles de médecine existantes.

Outre la procédure d'octroi de licences du ministère de la Santé, les organisations de soins médicaux — caisses d'assurance maladie et hôpitaux — ont leur propre procédure de sélection et d'agrément.

Au total, 21 institutions forment du personnel infirmier à raison de 1 200 infirmiers par an. Le nombre d'infirmiers pour 1000 habitants est de 5,9, un chiffre considérablement inférieur à la moyenne européenne et qui continue de baisser. Une grave pénurie de personnel infirmier étant attendue, plusieurs plans sont actuellement élaborés pour remédier à cette situation.

5.1.2. Hôpitaux

Tous les hôpitaux, qu'ils soient spécialisés dans les soins de courte durée, les soins psychiatriques ou les maladies chroniques, doivent être agréés par le ministère de la Santé. En outre, des licences spéciales sont requises pour certains types spécifiques d'unités et d'équipements tels que les scanners CT, les scanners IRM, les unités d'aide médicale à la procréation, les unités de cathétérisme cardiaque, etc.

5.2. Honoraires médicaux

5.2.1. Rémunération des médecins

La rémunération des médecins diffère selon la caisse d'assurance maladie.

5.2.1.1. Médecins généralistes

Au sein de la caisse d'assurance maladie Clalit, la majorité des médecins généralistes sont des employés et perçoivent une rémunération mensuelle de base ainsi que le paiement mensuel d'une capitation pour chaque membre figurant sur leur liste au-delà d'un nombre de base prescrit. La rémunération de base, le taux de capitation et la taille de la liste de base prescrite sont déterminés par une convention collective conclue entre l'Association médicale israélienne et Clalit. Quelque 5 à 10 % des membres de Clalit reçoivent leurs soins de santé primaires de médecins indépendants qui sont rémunérés sous la forme d'un taux de capitation établi unilatéralement par Clalit, reflétant le nombre d'individus figurant sur leur liste, que l'individu se soit ou non présenté en consultation chez le médecin.

A Maccabi, Meuhedet et Leumit, la majorité des médecins sont indépendants et sont rémunérés sur une base de capitation active trimestrielle où la rémunération est fonction du nombre d'affiliés de la caisse d'assurance maladie ayant consulté le médecin au moins une fois pendant ce trimestre, avec aucune rémunération supplémentaire pour des visites répétées au cours du même trimestre. Il existe également un nombre relativement restreint de médecins employés dans chacune de ces caisses d'assurance maladie et qui sont rémunérés sur une base salariale. Toutes ces caisses d'assurance maladie englobent des associations de médecins qui sont consultées au sujet de toute modification des taux et des systèmes de rémunération. A Maccabi, des conventions ont été signées avec son association de médecins indépendants depuis le début des années 1990. Le dernier accord en date établit un budget global pour l'ensemble des médecins indépendants (soins de santé primaires et spécialistes) sous la forme d'un pourcentage du budget total de la caisse d'assurance maladie qui est lié, à l'instar des revenus de la caisse d'assurance maladie, à l'indice des soins de santé prévu par la loi nationale sur la santé.

5.2.1.2. Spécialistes affectés à une communauté

A Clalit, les spécialistes affectés à une communauté peuvent être salariés ou indépendants, mais la majorité des soins de santé est dispensée par des médecins indépendants. Ces derniers sont rémunérés sur une base de capitation active, mais perçoivent également des rémunérations à l'acte, basées sur une nomenclature, pour divers procédés, avec des limitations de volume pour certains procédés. Les

spécialistes employés perçoivent un salaire et une rémunération supplémentaire pour consulter davantage de nouveaux patients que la norme pour chaque séance quotidienne.

A Maccabi, Meuhedet et Leumit, la majorité des spécialistes affectés à une communauté sont indépendants et travaillent dans leurs propres cliniques. La plupart d'entre eux sont rémunérés sur une base de capitation active trimestrielle ou mensuelle et perçoivent également des rémunérations à l'acte pour de nombreux procédés, basés sur une nomenclature libre ou sur un système à points. Certains spécialistes sont rémunérés par séance ou par heure. Nombre d'entre eux disposent de privilèges d'admission dans les hôpitaux privés ayant conclu des contrats avec les caisses d'assurance maladie (généralement dans le cadre de l'assurance de soins de santé volontaire) où ils posent des actes chirurgicaux pour lesquels ils perçoivent une rémunération à l'acte.

5.2.1.3. Médecins œuvrant dans le milieu hospitalier

Les médecins œuvrant dans le milieu hospitalier perçoivent un salaire. L'échelle salariale est déterminée par une convention collective conclure entre l'Association médicale israélienne et les employeurs:le gouvernement, représenté par les ministères de la Santé et des Finances, Clalit et Hadassah (principal hôpital indépendant sans but lucratif). Les compensations pour des rotations de nuit actives et sur des gardes par astreinte à domicile constituent une composante majeure des rémunérations. Aux salaires des médecins œuvrant en milieu hospitalier peuvent s'ajouter des heures supplémentaires prestées et calculées par visite, par intervention chirurgicale ou par séance.Les hôpitaux indépendants de Jérusalem fournissent des services médicaux privés dans des hôpitaux publics où le patient peut choisir son médecin ou son chirurgien en échange d'un paiement supplémentaire déboursé en plus du montant payé par la caisse d'assurance maladie. Le médecin perçoit une rémunération supplémentaire établie par visite ou par procédé.

5.2.2. Rémunération des hôpitaux

Quelque 80 % des revenus des hôpitaux proviennent de la vente de services aux caisses d'assurance maladie. Tous les hôpitaux publics fournissent des services de soins pour patients hospitalisés, des soins ambulatoires dans des cliniques de soins externes ainsi que des services d'urgence. Un tableau des charges à l'acte établi par le gouvernement régit le paiement des soins hospitaliers externes et des services d'urgence. La plupart des admissions concernant des patients hospitalisés sont remboursées sur une base journalière. Les frais journaliers sont uniformes pour tous les hôpitaux et les départements et sont établis par le gouvernement, par l'intermédiaire d'un comité conjoint du ministère de la Santé et du ministère des Finances. Quelque 20 % des revenus de soins de malades hospitalisés proviennent de paiements par cas différenciés établis pour environ 30 types d'admissions - principalement des interventions chirurgicales. Le paiement par cas différentiel couvre le coût total de l'hospitalisation pour ce cas, quelle que soit la durée du séjour.

Un plafond des revenus hospitaliers a été établi en 1995, en réponse aux préoccupations des caisses d'assurance maladie selon lesquelles le volume des hôpitaux augmentait de manière peu judicieuse, entraînant par-là même une augmentation des dépenses des caisses d'assurance maladie. Le gouvernement établit chaque année un plafond des revenus pour chaque hôpital et pour chaque

plan de santé. Si l'utilisation est supérieure à ce plafond, les caisses d'assurance maladie sont invitées à payer 50 % du tarif ordinaire pour ces services.

Depuis 2002, bien que le plafond demeure applicable par défaut, les caisses d'assurance maladie et les hôpitaux sont autorisés à négocier des contrats se substituant à ce plafond, en cas d'accord des deux parties. Pour les hôpitaux appartenant au gouvernement, ces contrats requièrent l'approbation du ministère de la Santé.

5.2.3. Autres professionnels de santé

Il existe des conventions collectives pour tous les professionnels de santé salariés (infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, ergothérapeutes, assistants sociaux, psychologues, etc.). Ces conventions engagent les hôpitaux publics et la caisse d'assurance maladie du syndicat national. Les autres caisses se soumettent généralement à ces conventions sur une base volontaire. Il n'existe pas de conventions collectives pour les professionnels de santé indépendants. Les modalités de leurs contrats et rémunérations sont déterminées individuellement par chaque caisse d'assurance maladie.

5.3. Qualité des prestations

Le ministère de la Santé n'impose aux médecins aucune obligation de renouvellement du permis d'exercer ou de l'agrément. Étant donné que les caisses d'assurance maladie sélectionnent les médecins qu'ils engagent ou avec lesquels ils établissent des contrats, chaque caisse d'assurance maladie a ses propres règles et mesures de performance pour les contrats à durée indéterminée ou les renouvellements de contrats. Les médecins indépendants peuvent conclure des contrats avec plusieurs caisses d'assurance maladie. De nombreux spécialistes œuvrant en milieu hospitalier travaillent également comme médecins indépendants avec une ou plusieurs caisses d'assurance maladie.

Au cours des dernières années, les caisses d'assurance maladie et le ministère de la Santé ont accordé de plus en plus d'attention aux mesures de la qualité des soins de santé. La caisse Clalit a développé, avec l'aide d'experts nationaux et dans le cadre de conférences de consensus, des directives cliniques pour une série de cas médicaux. Maccabi a également mis au point des directives cliniques, dont certaines sont intégrées dans le dossier médical électronique utilisé par le médecin. Par ailleurs, Maccabi a récemment développé et mis en œuvre un procédé de mesure des performances cliniques, contrôlées en temps réel grâce à un système informatisé. Le ministère de la Santé a mis sur pied un Comité d'assurance qualité chargé de mesurer les procédures médicales et les résultats obtenus afin de comparer les performances des caisses d'assurance maladie. Ces mesures sont publiées chaque année et servent de référence pour l'amélioration de la qualité dans les caisses d'assurance maladie.

Un des facteurs déterminant d'amélioration de la qualité des soins de santé a été le développement du dossier médical électronique dans toutes les caisses d'assurance maladie. Maccabi a été la première à l'introduire et à imposer son utilisation à tous les médecins avec lesquels elle travaille mais aujourd'hui, toutes les caisses d'assurance maladie utilisent ce système. Cette évolution a permis le développement et la mise en œuvre de directives cliniques informatisées qui alertent le médecin sur les problèmes potentiels révélés notamment par les

résultats de test. Le système permet également aux caisses d'assurance maladie d'influencer et d'améliorer les habitudes de prescription des médecins.

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

Les caisses d'assurance maladie mutuelles et sans but lucratif ont été les principales assurances de soins de santé en Israël depuis 1920. Jusqu'en 1995, les caisses d'assurance maladie proposaient une assurance maladie volontaire et couvraient environ 95% de la population. La loi nationale sur la santé de 1995, ayant introduit l'assurance santé obligatoire, a chargé ces mêmes caisses d'assurance maladie de faire respecter la loi et de fournir la corbeille de prestations légale. Israël compte quatre caisses nationales d'assurance maladie concurrentes. En plus de fournir à leurs membres la couverture légale, ces caisses d'assurance maladie fournissent également des services médicaux supplémentaires. Alors que la promotion et la prévention sur le plan de la santé relèvent techniquement et légalement de la responsabilité du ministère de la Santé, les caisses d'assurance maladie ont volontairement pris à leur charge une majeure partie de ces compétences, reconnaissant ainsi l'importance de la promotion de la santé et du bien-être généraux de leurs membres.

Les caisses d'assurance maladie israéliennes, contrairement à leurs équivalents européens, ne sont pas uniquement des assureurs et des gestionnaires de services de soins de santé, mais également des fournisseurs directs de services. Elles emploient et/ou concluent des contrats avec des médecins, des infirmières et tout autre professionnel de la santé et possèdent et appliquent nombre de leurs propres services tels que des instituts d'imagerie médicale, des laboratoires médicaux, de nombreuses cliniques spécialisées ainsi que des centres de soins d'urgence. La caisse d'assurance maladie Clalit possède et gère un réseau d'hôpitaux dispensant des soins de courte durée, psychiatriques et chroniques. La caisse *Maccabi Healthcare Services* possède l'ensemble des parts du principal système hospitalier privé à but lucratif en Israël.

Toutes les caisses d'assurance maladie sont administrées par des organes dirigeants reconnus légalement. Deux des caisses d'assurance maladie (Clalit et Leumit) sont la propriété de syndicats et l'élection de membres des organes dirigeants (Conseil général et Conseil de surveillance) des caisses d'assurance maladie s'effectue parmi les membres du syndicat. Dans les deux autres (Maccabi et Meuhedet), des élections sont organisées tous les quatre ans, parmi tous les membres adultes, afin de désigner des délégués participant à un congrès général chargé d'élire le Conseil général. Le Conseil général élit ensuite le Conseil de surveillance, qui est chargé de la gestion courante. La loi impose à chaque caisse d'assurance maladie de gérer ses affaires conformément aux articles officiels de l'Association ayant été votée et adoptée par son Conseil général. Les réglementations mentionnées dans les articles de l'Association doivent être cohérentes par rapport aux dispositions de la loi nationale sur la santé.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

La réforme israélienne des soins de santé de 1995, avec la mise en œuvre de la loi nationale sur la santé, est considérée comme étant parmi les plus ambitieuses et uniques réformes entreprises dans les pays développés au cours des dernières

décennies. Cette réforme a tenté d'établir un équilibre optimal entre deux vecteurs apparemment concurrentiels – l'universalité, la solidarité et l'équité d'une part, et la décentralisation, l'autodétermination et la concurrence de l'autre. Cet équilibre a été atteint en majeure partie grâce à l'instauration d'une séparation entre le financement et la fourniture de services, en d'autres termes, grâce à une centralisation du financement du système et à la mise en place d'une corbeille de prestations uniformes, tout en décentralisant la responsabilité de la fourniture de services à quatre caisses d'assurance maladie concurrentes. En outre, cette réforme a tenté de compenser l'accès accru aux services pour l'ensemble de la population par des incitants visant l'efficacité et la maîtrise des dépenses grâce à un système de partage des risques entre le gouvernement et les caisses d'assurance maladie. Israël est le seul pays au monde où la quasi-totalité des fonds de soins de santé sont répartis parmi des caisses d'assurance maladie sur la base d'une formule de capitation ajustée au risque.

Au cours de la dernière décennie, à la suite de la mise en œuvre de la loi nationale sur la santé, un certain nombre de réformes majeures ont été introduites, dont la plupart visaient à accroître le contrôle et l'intervention du gouvernement dans les affaires internes des caisses d'assurance maladie.

- Avec l'abolition de la taxe parallèle (partie de l'employeur de la "taxe santé") et son remplacement par un subside gouvernemental provenant de l'imposition générale, les caisses d'assurance maladie ont été déclarées "organes subsidiés", ce qui a permis au gouvernement d'intervenir dans le fonctionnement courant de ces caisses, y compris dans la fixation du niveau salarial des employés, les limitations imposées à l'obtention d'un crédit bancaire et d'autres restrictions similaires.
- L'Assurance maladie volontaire proposée par les caisses a été remplacée par des "Plans de services supplémentaires" et soumise à une réglementation stricte par un addenda à la loi nationale sur la santé. La dernière étape de ce processus est un amendement à la loi nationale sur la santé qui interdit aux caisses d'assurance maladie d'intégrer dans leurs paquets de prestations supplémentaires des médicaments qui sauvent ou prolongent la vie et qui ne sont pas inclus dans la corbeille des prestations légales.
- Il continue d'y avoir un important débat politique sur la question de l'implication du gouvernement dans la gestion quotidienne des caisses d'assurance maladie. La loi sur les arrangements («*Arrangements Law*») qui accompagnait le projet de budget annuel 2008 présenté au parlement israélien contenait, pour la quatrième fois, une proposition visant à permettre au gouvernement de désigner la majorité des membres des organes dirigeants des caisses d'assurance maladie. Cette proposition n'est pas passée mais a été déférée à la commission parlementaire permanente du travail, de la protection sociale et de la santé aux fins de réexamen. En 2006, une nouvelle loi a été adoptée, qui interdit de reconnaître les mutuelles à but non lucratif comme organismes assureurs placés sous la supervision du commissaire aux assurances. Cette loi limite les activités des caisses d'assurance maladie aux activités définies dans la loi nationale sur la santé et placées sous la supervision du ministère de la Santé. Elle leur interdit de proposer d'autres types d'assurances tels que l'assurance-invalidité ou l'assurance soins de longue durée. Les caisses qui souhaitent offrir ces formules à leurs adhérents peuvent négocier des polices collectives avec des assureurs privés à but lucratif.

Il y a également eu des développements et des réformes significatifs dans d'autres aspects du système de santé :

- Prioritisation des nouvelles technologies aux fins d'inclusion dans le panier des prestations légales. – Un nouveau département a été créé au ministère de la Santé, qui est responsable de l'évaluation des technologies médicales. Ce département travaille avec des experts afin de suivre tous les développements technologiques médicaux et d'évaluer leur efficacité et leur rentabilité. Il calcule le coût que représenterait l'inclusion de ces technologies dans la corbeille des prestations légales. Les informations sont transmises à un comité multidisciplinaire et plurisectoriel composé de représentants de tous les acteurs du système de santé. Ce comité établit ensuite des priorités et des recommandations concernant les technologies à inclure dans la corbeille. Simultanément, le gouvernement communique à ce comité l'enveloppe budgétaire prévue pour l'inclusion de nouvelles technologies et, en principe, les recommandations doivent la respecter. Ces dernières années, il y a cependant eu des écarts importants entre le budget requis pour financer les recommandations du comité et la dotation budgétaire du ministère des Finances, ce qui a suscité des débats houleux. Cette situation a ouvert des discussions sur la possibilité d'établir un taux annuel fixe de 2-3% pour la mise à jour de la corbeille des prestations, mais le ministère des Finances s'y est fermement opposé. In fine, un accord a été négocié pour la période 2008 -2010 concernant l'enveloppe financière allouée aux nouvelles technologies: 480 millions NIS (87 millions d'euros) en 2008 et 410 millions NIS (74,5 millions d'euros) en 2009 et en 2010.

- Santé mentale – Un processus de désinstitutionalisation des soins de santé mentale est en cours depuis quelques années. Ce processus a entraîné une réduction du nombre de lits, le transfert d'une plus grande part des soins délivrés au patient psychiatrique vers le secteur non hospitalier et le développement de services de réadaptation plus performants et plus sophistiqués. L'étape finale de la réforme consistera à transférer la responsabilité de la supervision et du financement des services de santé mentale, à tous niveaux, du ministère de la Santé vers les caisses d'assurance maladie. Cette phase est prévue pour 2008, bien qu'il y ait encore controverse sur le budget à allouer aux caisses d'assurance maladie et la répartition de ce budget.

- Soins de longue durée – Actuellement, les soins de longue durée se divisent en soins médicaux et soins de dépendance. Les soins médicaux de longue durée, en établissement ou à domicile, relèvent de la responsabilité des caisses d'assurance maladie dans le cadre de la loi nationale sur la santé. La responsabilité des soins de dépendance de longue durée est partagée entre le ministère de la Santé, qui subventionne les soins en établissement sur la base des revenus vérifiés (revenu de la famille entière – conjoint et enfants), et l'Institut national de sécurité sociale, qui fournit jusqu'à 15 heures par semaine de services de soins personnels en fonction du niveau de dépendance fonctionnelle de la personne. L'objectif de la réforme, inscrit dans la finalité de la loi nationale sur la santé, est de transférer la responsabilité du financement des soins de dépendance de longue durée délivrés en établissement du ministère de la Santé vers les caisses d'assurance maladie. Le caractère opportun de transférer uniquement les soins de dépendance délivrés en établissement (et non les soins à domicile) aux caisses d'assurance maladie fait encore débat. L'inquiétude est que les dépenses pour les soins en établissement montent en flèche si la corbeille des prestations prises en

charge par les caisses d'assurance maladie n'inclut pas les soins à domicile en tant qu'alternative. D'autre part, les caisses d'assurance maladie opèrent selon un modèle de sécurité sociale et toutes leurs prestations reposent sur le principe du droit d'accès. L'octroi de subventions sur la base des revenus vérifiés est par conséquent exclu. Si la fourniture de soins de dépendance en établissement devient un programme fondé sur le principe du droit d'accès, les implications financières seront donc importantes.

Parmi les autres réformes en cours initiées par le gouvernement figurent:

- La modification du système de remboursement des hôpitaux avec diminution des rémunérations des prestations ambulatoires et augmentation des rémunérations des soins cliniques et notamment des soins intensifs.
- L'octroi d'une plus grande autonomie de gestion aux hôpitaux publics et la suppression de la supervision directe de ces hôpitaux par le ministère de la Santé. À cet effet, l'une des options envisagées est le transfert de la propriété des hôpitaux gouvernementaux aux caisses d'assurance maladie.
- Une modification de la législation afin de faciliter l'entrée sur le marché de caisses d'assurance maladie reconnues et notamment des caisses associées à des hôpitaux.

Certaines réformes ont été initiées par les caisses d'assurance maladie, avec un certain soutien du gouvernement ou en tout cas sans qu'il s'y oppose. Parmi ces réformes figurent notamment:

- Le transfert d'une plus grande part des soins spécialisés vers le secteur non hospitalier.
- L'habilitation du médecin de famille à se charger de la totalité des soins pour son patient, y compris l'intégration des soins et la gestion du dossier des patients atteints de maladies chroniques.
- Une attention et des investissements accrus dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.
- Une décentralisation accrue de la gestion des caisses d'assurance maladie vers les agences, les unités et les cliniques régionales ainsi que le renforcement des principes d'élaboration de plans d'exploitation, d'objectifs mesurables, de mesures de la performance et de responsabilisation.
- Le développement de systèmes informatiques sophistiqués de gestion de la santé et notamment de dossiers médicaux électroniques centraux. Actuellement, chaque caisse d'assurance maladie a son propre système, même si, dans 3 ou 4 cas, le programme de base utilisé pour le dossier médical électronique et exploité par les médecins et autres professionnels de santé est identique. Le ministère de la santé a mis sur pied une commission nationale chargée d'élaborer des normes nationales, l'objectif étant d'évoluer vers un dossier médical électronique national.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE COMMERCIALE PRIVEE

En dépit de l'ampleur de la couverture obligatoire prévue par la loi nationale sur la santé et de la couverture complémentaire additionnelle proposée par les caisses d'assurance maladie à leurs membres, le marché de l'assurance privée - dont la taille était très réduite avant l'adoption de la loi sur la santé - a continué à se développer. Un pourcentage significatif des personnes ayant souscrit une assurance privée sont couvertes par des contrats de groupe en tant qu'avantage supplémentaire proposé par les employeurs à leurs employés.

ANNEE	SOUSCRIPTEURS EXPRIMES EN % DE LA POPULATION ADULTE TOTALE
1995	16%
1997	17%
1999	24%
2001	26%
2003	34%
2005	34%

L'assurance privée prévoit des remboursements sur des services achetés moyennant la présentation d'une quittance ou d'une prestation en espèces. Les assureurs privés proposent une vaste gamme de polices, sur une base modulaire. A l'instar de la plupart des plans d'assurance commerciale, la société d'assurance n'est pas tenue d'accepter toute personne souhaitant souscrire une police et est autorisée à pratiquer des exclusions et des limitations sur la base de l'âge et/ou de la situation médicale. Les primes sont actuarielles – basées sur le risque. L'obligation de l'assureur est d'ordre contractuel et est limitée à une période spécifique, avec la possibilité d'un renouvellement de la police. Toute société d'assurance commerciale privée opère sous le contrôle du Commissaire des assurances et toute modification de la prime ou du champ d'application de la couverture d'une police est dès lors soumise à l'approbation du Commissaire des assurances.

En Israël, tout assureur privé est une société commerciale à but lucratif offrant des assurances pour un large éventail de domaines, y compris l'assurance automobile, l'assurance de propriété, l'assurance vie, etc. L'assurance maladie est devenue un domaine relativement rentable, entraînant dès lors une rude compétition dans ce domaine. Les assureurs privés offrent tant une couverture complémentaire qu'une couverture alternative. Bien qu'ils offrent beaucoup d'avantages similaires à ceux des plans volontaires des caisses d'assurance maladie, ces assureurs ont tenté de se tailler des niches et de se positionner en tant que couche supplémentaire au-dessus de l'assurance supplémentaire des caisses d'assurance maladie, avec un accent mis sur la couverture de catastrophes.

L'un des phénomènes intéressants existant sur le marché israélien est le nombre croissant de personnes ayant souscrit à la fois une assurance privée et une assurance complémentaire auprès des caisses d'assurance maladie. En 1995, seulement 5 % de la population (dont un tiers affilié à une compagnie d'assurance commerciale privée) disposait d'une double couverture. En 2003, 27 % de la population (dont environ 80% affiliés à une compagnie d'assurance commerciale privée) avait souscrit une assurance commerciale privée et disposait également d'une couverture volontaire auprès de caisses d'assurance maladie.

2. L'ASSURANCE PRIVEE AUPRES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE MUTUELLES

La loi nationale sur la santé de 1995 stipulait que les caisses d'assurance maladie mutuelles responsables de la couverture obligatoire pouvaient également proposer à leurs membres une couverture complémentaire volontaire. Étant donné que la corbeille de prestations fournie par l'assurance obligatoire était un peu plus limitée que les couvertures qui avaient été offertes par certaines des caisses d'assurance maladie avant l'introduction de cette loi, toutes les caisses d'assurance maladie avaient prévu des plans de prévoyant des couvertures supplémentaires, immédiatement après la mise en application de la loi.

En 1998, un addendum à la loi nationale sur la santé a défini les plans d'assurance maladie volontaires proposés par les caisses d'assurance maladie comme un type collectif de couverture à caractère social. Les caisses d'assurance maladie sont tenues d'accepter l'ensemble des membres souhaitant être couverts, sans aucune exclusion ou limitation, à l'exception de périodes d'attente raisonnables avant de pouvoir prétendre à des avantages. Il est interdit aux caisses d'assurance maladie de proposer des prestations en espèces dans leur couverture complémentaire ou de proposer une assurance maladie à long terme. Cette dernière interdiction a occasionné de graves problèmes, étant donné qu'avant 1998, toutes les caisses d'assurance maladie avaient proposé une assurance maladie à long terme incluse dans leur couverture complémentaire. La nécessité de ce type d'assurance en Israël est considérable en raison de la couverture limitée existant dans ce domaine dans le secteur public. En conséquence, la plupart des caisses d'assurance maladie ont conclu des conventions collectives avec des sociétés d'assurance commerciale afin de fournir cette couverture à leurs membres.

Les primes sont établies en fonction de la communauté, mais diffèrent selon la tranche d'âge. Toutes les caisses d'assurance maladie présentent au moins deux niveaux de couverture. Les plans se caractérisent par de nombreuses couvertures de soins, y compris:

- les soins dentaires;
- la médecine alternative;
- les médicaments non inclus dans la corbeille publique de prestations;
- les consultations privées auprès de médecins chefs en vue d'obtenir un deuxième avis médical;
- les interventions chirurgicales dans des hôpitaux privés;
- les traitements supplémentaires de fertilité dépassant la couverture offerte par la corbeille publique de prestations;
- une couverture pour des soins médicaux à l'étranger;
- les aides et accessoires médicaux;

Le nombre de personnes couvertes par les plans volontaires des caisses d'assurance maladie a également augmenté de manière significative:

ANNEE	POURCENTAGE DE LA POPULATION TOTALE ASSUREE (%)
1995	35%
1997	37%
1999	51%
2001	64%
2003	72%
2005	79%

La couverture complémentaire représente l'un des domaines dans lesquels les caisses d'assurance maladie se sont jetées dans la lutte concurrentielle. Par conséquent, la gamme de couvertures s'étend en permanence. Les limitations existant dans les caisses publiques quant à l'ajout de nouvelles technologies à la corbeille publique de prestations ont également contribué à ce phénomène et l'un des domaines connaissant une certaine expansion est celui de la couverture de nouveaux médicaments.

Les plans volontaires pour des services supplémentaires des caisses d'assurance maladie mutuelles sont soumis au contrôle du ministère de la Santé et les caisses sont tenues d'obtenir l'approbation du ministère pour toute modification des couvertures et du niveau des primes.

3. MODELES D'ASSURANCE «MANAGED CARE»

Les caisses d'assurance maladie israéliennes utilisent les techniques de «managed care» depuis qu'elles existent. Dès le départ, elles ont toutes demandé une pré-autorisation pour les prestations hospitalières et ambulatoires. En outre, le système de conventionnement sélectif avec des médecins non hospitaliers et d'autres professionnels de la santé a toujours existé, tant au niveau des soins primaires que secondaires. Ce système passe par un processus d'agrément et de certification des prestataires dans toutes les caisses d'assurance maladie.

Au cours des 15 dernières années, ces processus ont évolué, se sont étendus et se sont informatisés. Les techniques de «managed care» suivantes sont appliquées par une ou plusieurs caisses d'assurance maladie:

- Révision du dossier médical des patients en séjour hospitalier de longue durée par des infirmiers réviseurs employés par la caisse d'assurance maladie;
- Vérification du caractère approprié des prescriptions médicales et pré-autorisation requise pour certains médicaments;
- Pré-autorisation requise pour les examens d'imagerie diagnostique coûteux tels que IRM, PET, PET-CT, etc.;
- Pré-autorisation requise pour certaines analyses de laboratoire;
- Directives cliniques sur les soins délivrés aux malades chroniques, la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce. Ces directives sont généralement intégrées dans le dossier médical électronique.
- Profils de performance des prestataires. Ces profils sont établis par médecin à titre individuel et par spécialisation à des fins de comparaison;

- Conventionnement sélectif et réseaux de prestataires privilégiés.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DE L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

Quatre grands types de rémunération sont prévus pour les médecins et autres professionnels de santé: le salaire, la rémunération par capitation, la rémunération horaire et la rémunération à l'acte. Certaines associations professionnelles nationales de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de santé négocient les niveaux et structures salariales avec le gouvernement et la caisse d'assurance maladie du syndicat national (Clalit) afin de conclure des conventions collectives. Ces conventions collectives engagent la caisse d'assurance maladie Clalit ainsi que le gouvernement et les hôpitaux détenus par Clalit. Pour des raisons de commodité, les autres caisses d'assurance maladie utilisent aussi, mais sur une base volontaire, ces conventions pour établir les rémunérations.

Les médecins indépendants ont également leurs propres organisations professionnelles au niveau des caisses d'assurance maladie et négocient avec elles leurs rémunérations. Cette négociation porte sur la structure de la rémunération (capitation, paiement horaire ou rémunération à l'acte) ainsi que sur les niveaux de rémunération. Les organisations professionnelles des autres professionnels de la santé établissent également des nomenclatures de rémunération, mais celles-ci ne lient ni les caisses d'assurance maladie ni les hôpitaux.

En règle générale, les rémunérations négociées concernent les prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire, bien que ces dernières années, les prestations couvertes par l'assurance complémentaire ont également fait l'objet de négociations.

Les rémunérations des hôpitaux sont déterminées par une commission gouvernementale spéciale composée de représentants du ministère de la Santé et du ministère des Finances.

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANTS)

Il n'existe pas de tarifs fixes pour les appareillages médicaux. Chaque organisation ou groupe d'organisations négocie séparément ces tarifs avec les fabricants. Lorsque le coût estimé d'un appareillage médical dépasse un certain montant, les organisations publiques sont tenues de recourir à une procédure d'appel d'offres. Les dispositifs médicaux, prothèses et implants couverts par l'assurance maladie obligatoire sont spécifiés dans la corbeille de prestations. De nombreux appareillages médicaux sont uniquement couverts par l'assurance complémentaire.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[135] DES SERVICES DE SANTE

Bien que la tendance à la privatisation soit présente dans presque tous les domaines de la vie en Israël, y compris en matière de protection sociale, cette tendance est pratiquement inexistante dans les soins de santé, malgré les pressions constamment exercées dans ce sens.

Hôpitaux – Il existe un petit secteur privé dans le domaine des soins de courte durée. Jusqu'en 2007, le pays comptait 9 hôpitaux privés spécialisés dans les soins de courte durée. L'an dernier, Assuta Medical Centers, la principale chaîne d'hôpitaux privés du pays, a racheté deux autres hôpitaux, ce qui porte le total à 7, dont 5 hôpitaux et 2 centres de chirurgie ambulatoire appartenant à Assuta. Assuta est également en train de construire dans le centre du pays un grand établissement médical pour consolider deux de ses hôpitaux et augmenter le nombre de lits privés. Tous ces hôpitaux (sauf un) sont des hôpitaux chirurgicaux. En outre, six hôpitaux quasi privés spécialisés dans les soins de courte durée sont détenus et gérés par des missions et des ordres religieux. De fortes pressions ont été exercées en vue d'autoriser les hôpitaux publics à proposer des services médicaux privés mais à ce jour, cette demande est toujours refusée. Il y a également eu des déclarations officielles d'intention de privatisation des hôpitaux publics, mais à ce jour, aucun de ces projets ne s'est concrétisé.

Hôpitaux psychiatriques – Un petit secteur privé existe dans ce domaine, mais la vaste majorité des prestations sont délivrées par les hôpitaux publics.

Services médicaux ambulatoires – La grande majorité des services médicaux ambulatoires sont détenus et gérés par les caisses d'assurance maladie ou par les hôpitaux publics. Toutefois, une part importante du secteur privé tire la majeure partie de ses revenus des conventions passées avec les caisses d'assurance maladie. L'offre inclut des prestations médicales et paramédicales dans plusieurs spécialisations. Il existe un important secteur privé de médecins, mais la plupart d'entre eux tirent également la majeure partie de leurs revenus de contrats conclus avec les caisses d'assurance maladie.

Établissements résidentiels pour personnes âgées et maisons de santé – Le secteur privé est très présent dans ce domaine et ne cesse de se développer**.** La majorité des établissements résidentiels et des maisons de santé sont des institutions privées. Compte tenu du vieillissement de la population, leur nombre est en croissance constante.

La privatisation des services de santé est non seulement rare, mais il y a carrément une politique active, en tout cas de la part des ministères de la Santé et des Finances, visant à déprivatiser les services de santé. Les objectifs de cette démarche sont, d'une part, de limiter la concurrence avec les institutions détenues

[135] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

par l'État et, d'autre part, d'exercer un plus grand contrôle sur les dépenses de santé.

2. CONCENTRATION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES

La concentration des caisses d'assurance maladie est forte puisqu'il n'y en a que 4 en Israël. Les principales raisons à cela sont historiques et économiques. Les premières caisses d'assurance maladie ont été crées au début du 20e siècle par des groupes de travailleurs agricoles. Lors de la création du syndicat national, toutes ces caisses ont fusionné en une seule. En 1920, le syndicat national a également regroupé toutes les petites caisses d'assurance maladie pour former la grande caisse d'assurance maladie du syndicat national. De nouvelles caisses d'assurance maladie sont apparues dans les années 1920 et 1930, mais à nouveau, il y a eu un processus de consolidation des petites caisses avec les plus grandes, de sorte que vers 1945, elles n'étaient plus qu'au nombre de quatre. Jusqu'à l'adoption de la loi nationale sur la santé en 1995, ces caisses ont proposé à la population des services sur la base d'une assurance maladie volontaire. Depuis lors et malgré de nombreux débats publics sur l'importance de favoriser l'entrée sur le marché de nouvelles caisses d'assurance maladie, plus aucune nouvelle caisse n'a été créée. La raison à cela est double: les exigences imposées aux caisses d'assurance maladie par la loi nationale sur la santé constituent un obstacle à la création de ce type d'organisme. En outre, les incitations économiques à la création d'une caisse d'assurance maladie sont actuellement inexistantes.

3. RÉORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Israël offre plusieurs types de soins en établissement: soins hospitaliers de courte durée, soins hospitaliers psychiatriques, soins hospitaliers gériatriques/chroniques, soins hospitaliers psycho-gériatriques, soins en maison de santé, soins spécialisés en maison de santé pour personnes mentalement fragiles, soins de longue durée (de maintenance ou de dépendance) en maison de santé, soins résidentiels pour personnes âgées fragiles et établissements résidentiels pour personnes âgées autonomes. Ne sont naturellement pas compris dans cette offre, d'autres formules de vie autonome destinées aux personnes âgées telles que les logements-foyers (appartements pour personnes âgées avec services d'appui internes) ou les villages de retraite. Plusieurs nouveaux types intermédiaires d'établissements tels que «l'hospitalisation subaiguë», principalement destinée aux personnes âgées qui ont eu une affection aiguë et qui ont temporairement besoin de soins professionnels plus intensifs que dans une maison de santé.

Les soins ambulatoires sont de deux types: les soins délivrés par les unités ambulatoires des hôpitaux et les soins délivrés dans la communauté, qui incluent tous les soins (primaires et secondaires) fournis par les caisses d'assurance maladie et les soins privés proposés dans la communauté, lesquels sont généralement délivrés dans le cadre de conventions passées avec les caisses d'assurance maladie. Il y a une duplication non négligeable des services proposés par les unités ambulatoires des hôpitaux et ceux proposés par les cliniques et établissements spécialisés des caisses d'assurance maladie.

La démarcation entre l'hôpital et la communauté est par ailleurs assez nette. Dans les hôpitaux, les prestations sont fournies par du personnel salarié, y compris les médecins. Les médecins non hospitaliers peuvent envoyer leurs patients à l'hôpital mais dès l'arrivée du patient, la responsabilité des soins est transférée au personnel médical de l'hôpital. Officiellement, la seule «communication» entre la communauté et le personnel médical de l'hôpital est la feuille médico-administrative que le patient reçoit à la fin de son séjour à l'hôpital et qu'il est censé remettre à son médecin traitant.

Ces 25 dernières années, il y a eu une tendance à officieusement estomper cette démarcation, mais elle subsiste encore officiellement. Cet estompement s'est produit de plusieurs manières:

- De nombreux spécialistes hospitaliers ont conclu avec les caisses d'assurance maladie des contrats de prestations dans leurs cabinets privés après leur temps de travail à l'hôpital. Lorsque, dans ce cadre, ils envoient leurs patients à l'hôpital, certains médecins essaient de faire hospitaliser le patient dans leur unité pour pouvoir continuer à le soigner.
- Plusieurs caisses d'assurance maladie habilitent les médecins de première ligne à suivre leurs patients hospitalisés en initiant une communication avec le personnel médical hospitalier.
- Certaines caisses d'assurance maladie ont pris des arrangements spécifiques avec certains hôpitaux pour formaliser la communication entre le personnel médical hospitalier et le médecin généraliste du patient. Dans un de ces cas, une secrétaire employée par la caisse d'assurance maladie travaille dans l'hôpital et lorsqu'un patient de la caisse d'assurance maladie y est admis, elle en informe le médecin généraliste et s'assure qu'un contact est établi entre celui-ci et le personnel médical hospitalier.

Sur l'insistance des caisses d'assurances maladie, diverses mesures ont été prises pour que le patient soit traité en priorité dans la communauté. Ainsi, un patient ayant quitté le service des urgences ne peut pas être rappelé pour une visite de suivi et doit retourner vers son médecin traitant. Si l'hôpital l'invite à se représenter sans demande préalable du médecin généraliste, la caisse d'assurance maladie n'est pas tenue de rembourser cette visite. Autre exemple: un patient envoyé pour une simple consultation dans une unité ambulatoire d'un hôpital doit se soumettre à tous les examens diagnostiques demandés aux centres de diagnostic des caisses d'assurance maladie par le médecin hospitalier.

Cette duplication et ces conflits au sujet des prestations ambulatoires persistent principalement pour des raisons économiques. L'hôpital veut maximiser les rémunérations qu'il reçoit des caisses d'assurance maladie pour les prestations fournies. Les caisses d'assurance maladie cherchent quant à elles à minimiser leurs dépenses et à démontrer qu'elles peuvent fournir la plupart des prestations ambulatoires dans la communauté pour un moindre coût et avec un plus grand confort pour le patient. Ce problème n'a pas encore pu être résolu, essentiellement en raison du fait que le ministère de la Santé a une double casquette: l'une en tant que ministère chargé de développer et de mettre en œuvre une politique et l'autre en tant que propriétaire et gestionnaire de la majorité des hôpitaux spécialisés dans les soins de courte durée.

Les caisses d'assurance maladie fournissent également des prestations d'hospitalisation à domicile, d'hospice à domicile et de soins de santé à domicile. Une certaine duplication avec les unités ambulatoires des hôpitaux est également observée dans ce domaine, même si la situation s'est améliorée.

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGE D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

Toutes les caisses d'assurance maladie israéliennes ont adopté le système du dossier électronique de santé, en tout cas au niveau du médecin. D'abord utilisés comme systèmes de facturation, en particulier pour les médecins indépendants travaillant avec une caisse d'assurance maladie sur la base d'une convention, ils ont évolué au cours des 15 dernières années pour devenir des dossiers médicaux électroniques complets, avec certaines variantes selon les caisses d'assurance maladie.

La tendance actuelle est de s'orienter vers des dossiers médicaux complets centralisés, reprenant toutes les activités médicales: examens diagnostiques et résultats, prescriptions de médicaments, consultations, prestations délivrées par tous les professionnels de santé.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS/DISPOSITIFS MEDICAUX

La loi nationale sur la santé de 1995 a défini une corbeille détaillée de prestations. L'une des tâches du Conseil national de la santé, définie par la loi, est de conseiller le ministère de la Santé sur l'inclusion de nouvelles prestations dans cette corbeille. Cette tâche nécessite un processus d'évaluation des technologies médicales et l'élaboration de recommandations sur l'ajout de nouvelles technologies, médicaments et vaccins, ainsi que sur le retrait des prestations devenues obsolètes. À cet effet, un département spécifique d'évaluation des technologies a été créé au sein du ministère de la Santé et une commission publique a été constituée pour la mise à jour de la corbeille de prestations. Cette commission est composée de représentants des caisses d'assurance de maladie, des ministères de la Santé et des Finances, de l'Association médicale israélienne et d'une variété de spécialistes. Dans le passé, des représentants de l'industrie pharmaceutique et des consommateurs y ont également participé. Cette année, la taille de la commission a été considérablement réduite, mais toutes les parties intéressées peuvent demander l'ajout de nouvelles technologies et se présenter devant la commission. La procédure d'évaluation des nouvelles technologies médicales comporte une analyse de l'efficacité médicale ainsi qu'une analyse de rentabilité et du ratio coût/bénéfice. L'inclusion de nouvelles technologies dans la corbeille s'accompagne généralement des indications approuvées pour leur utilisation.

Le ministère des finances propose le cadre et les limites budgétaires pour le financement de l'ajout de nouvelles technologies dans la corbeille, dans le respect du budget de l'État. Chaque année, une importante controverse a lieu au sujet du volume de cette enveloppe budgétaire. Ces dernières années, à la suite de pressions politiques importantes, elle a d'ailleurs été augmentée. Globalement, l’augmentation annuelle moyenne de ce budget a été inférieure à 1%. La communauté des professionnels de la santé estime qu'il faudrait une hausse annuelle systématique d'au moins 2%. Un accord négocié pour les trois prochaines années garantit une augmentation d'environ 1,7% du budget alloué aux nouvelles technologies.

Tous les nouveaux médicaments vendus en Israël (qu'ils soient contenus ou non dans la corbeille des prestations légales) doivent être enregistrés et certifiés par le

ministère de la Santé, qui en fixe également le prix officiel pour le consommateur. Toutefois, chaque caisse d'assurance maladie négocie les prix réels avec les entreprises pharmaceutiques ou leurs représentants locaux. Le ticket modérateur payé par le patient pour les nouveaux médicaments est un pourcentage fixe du prix officiel. Ce pourcentage fixe varie selon les caisses d'assurance maladie. De même, le ministère de la Santé négocie les prix des médicaments pour ses hôpitaux, tout comme la caisse d'assurance maladie Clalit.

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

Jusqu'il y a peu, le pays ayant connu une immigration considérable, le ratio médecins/population était l'un des plus élevés des pays industrialisés avec 3,6 médecins pour 1000 habitants (2005). La communauté médicale étant par ailleurs très conservatrice, Israël n'a pas subi une pression aussi forte que dans d'autres pays pour une délégation des prestations médicales à d'autres types de professionnels de santé. Certains changements sont cependant intervenus, en particulier au niveau du rôle du personnel infirmier. Les infirmiers sont devenus des acteurs clés du traitement des malades chroniques, de l'éducation du patient, de la promotion de la santé et de la prévention. De nouvelles réglementations octroyant une plus grande liberté et autonomie aux infirmiers ont été adoptées par le ministère de la Santé en 2007.

La télémédecine s'est aussi considérablement développée en Israël, notamment dans le domaine de la radiologie. Certaines caisses d'assurance maladie et certains hôpitaux disposent aujourd'hui de systèmes de téléradiologie. Le contrôle à distance du rythme cardiaque et de la tension artérielle se pratique en Israël depuis le début des années 1990, rejoint depuis par d'autres prestations comme la télé-ECG et le télé-holter. Cependant, à ce jour, seuls les centres spécialisés du pays peuvent offrir ce type de prestations. Il n'y a pas non plus de tendance à l'externalisation de l'interprétation et de l'analyse des résultats de tests vers des prestataires établis dans d'autres pays financièrement plus intéressants.

7. EXISTENCE D'UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

La médecine à deux vitesses n'existe qu'au niveau des hôpitaux. Ce phénomène n'existe pas au sein des caisses d'assurance maladie. En fait, la plupart des caisses d'assurance maladie ont prévu dans les conventions passées avec les prestataires de santé une cause explicite interdisant à ces derniers de recevoir à titre privé des patients membres de la caisse d'assurance maladie et les autorisant uniquement à percevoir les rémunérations (tickets modérateurs) formellement spécifiées par la caisse d'assurance maladie. La perception de suppléments d'honoraires constitue d'ailleurs une cause de terminaison de la convention avec le prestataire.

Dans les hôpitaux, deux types de suppléments d'honoraires médicaux sont légalement autorisés:

- Les hôpitaux de Jérusalem, bien que considérés à de multiples égards comme des «institutions publiques» sont en fait des hôpitaux communautaires privés à but non lucratif qui, historiquement, ont toujours proposé des «services médicaux privés» en plus de leur activité principale de fourniture de prestations aux caisses d'assurance maladie dans le cadre de la couverture

obligatoire et sur la base des rémunérations fixées par le gouvernement. Les «services médicaux privés» de ces hôpitaux constituent en fait «une organisation dans l'organisation». L'organisation des rendez-vous se fait dans des bureaux séparés. Les honoraires négociés avec les médecins autorisés à délivrer des prestations dans ce cadre (généralement des chefs de service et médecins chefs) sont sans lien avec les conventions collectives. L'une des conditions pour être autorisé à fournir ces prestations est de ne pas avoir de cabinet privé en dehors du cadre des «services médicaux privés» de l'hôpital. Les patients recourent à ces services pour choisir et obtenir un rendez-vous, un traitement et/ou une procédure avec un médecin chef ou un chirurgien spécifique. Ces services sont souvent couverts, du moins en partie, par l'assurance complémentaire proposée par les caisses d'assurance maladie et les compagnies d'assurance privées.

- Dans les hôpitaux détenus par l'État, les médecins peuvent percevoir des honoraires supplémentaires pour les «séances» après leur temps de travail normal. Dans la plupart des cas, il s'agit de séances pour une intervention chirurgicale. Ce système est apparu à l'époque où il y avait des listes d'attente pour les interventions chirurgicales et a perduré malgré la disparition de ce problème. Les «services médicaux privés» tels que pratiqués dans les hôpitaux de Jérusalem sont illégaux dans les hôpitaux détenus par l'État et la caisse Clalit.
- Il existe également un secteur hospitalier privé à but lucratif, de taille réduite mais très performant. La principale motivation pour s'adresser à ce secteur est la possibilité de choisir son médecin ou chirurgien et la meilleure qualité du service et des équipements. Les programmes d'assurance complémentaire des caisses d'assurance maladie et les polices d'assurance privées couvrent une bonne partie du coût des services hospitaliers privés.

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

En Israël, les seules mutuelles sont les quatre caisses d'assurance maladie chargées par la loi de fournir une couverture obligatoire. Elles sont également autorisées à proposer une couverture complémentaire. Depuis l'adoption de la loi nationale sur la santé en 1995, la tendance est de limiter la liberté des caisses d'assurance maladie et d'intervenir dans la définition des prestations qu'elles peuvent proposer à leurs membres, y compris au-delà de la couverture obligatoire. Ainsi, une loi adoptée en décembre 2007 interdit aux caisses d'assurance maladie d'inclure dans leurs programmes d'assurance maladie complémentaire des médicaments qui sauvent la vie et qui ne sont pas inclus dans la corbeilles des prestations légales.

Parallèlement, les caisses d'assurance maladie ont une orientation-client de plus en plus marquée et ont spontanément développé des programmes complets de promotion de la santé et de prévention, bien que ces services ne figurent pas dans la corbeille des prestations obligatoires. En outre, toutes les caisses d'assurance maladie ont des sites web sophistiqués qui proposent de nombreux services à leurs membres, parmi lesquels:

- l'accès aux informations importantes du dossier médical du patient telles que les consultations, les médicaments achetés, les résultats des analyses de laboratoire, les résultats des examens d'imagerie, la gestion de maladies chroniques;
- l'organisation de rendez-vous avec les médecins, la commande de médicaments en pharmacie, l'impression des formulaires de préautorisation

approuvés, l'achat d'une assurance voyage, la mise à jour des données personnelles ainsi que d'autres types d'actes administratifs.

En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la charge des maladies chroniques, les caisses d'assurance maladie ont de plus en plus tendance à intégrer les soins de leurs membres par le biais de programmes de «disease management» ainsi que d'accords et collaborations avec d'autres organisations qui délivrent et/ou financent des services non couverts par l'assurance maladie obligatoire, par exemple, des établissements de soins de longue durée et des prestataires de soins personnels à domicile. On observe également une collaboration croissante avec le secteur de l'assurance maladie privée. Ainsi, depuis que la loi interdit aux caisses d'assurance maladie de proposer des assurances soins de longue durée dans leurs programmes d'assurance maladie complémentaire, toutes les caisses d'assurance maladie ont négocié des polices collectives d'assurance soins de longue durée pour leurs adhérents.

IT

Italie

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	56593	56719	56846	57189	58135	58435 ´1
Espérance de vie - Femmes à la naissance - Années	78,7	80,1	81,3	82,9	83,8	83,8 ´3
Espérance de vie - Hommes à la naissance - Années	72,3	73,6	74,9	77,0	77,9 ´1	77,9 ´3
Dépenses totales de santé – millions d'euros - PPA	67665 ´3	78879	87231	117385	145108	154171
Dépenses totales de santé - % PIB	7,7 ´3	7,9	7,3	8,1	8,9	8,7
Dépenses publiques santé - % dépenses totales de santé	77,6 ´3	79,1	71,9	72,5	76,7	77,0

´1, ´2, ´3 Données des 1, 2 ou 3 années précédentes *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

En 1978, le Parlement italien a voté la loi n° 833 réformant radicalement le système de protection sociale contre les risques de maladie et a introduit le Service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale* – SSN) qui est un système universel et solidaire s'adressant à toute la population sans distinction de sexe, de résidence, d'âge, de revenu, de profession.

Le financement de ce service était assuré par des cotisations sociales provenant des différents régimes (déterminés selon le statut professionnel) et transitant par un Fonds sanitaire national (*Fondo Sanitario Nazionale*).

Le Service national de santé était organisé en unités sanitaires locales (*Unità Sanitarie Locali* – USL) qui dispensaient des soins primaires (tant curatifs que préventifs) à tous les résidents des zones couvertes et leur donnaient accès aux services spécialisés sur recommandation du médecin généraliste.

En octobre 1992, le gouvernement a promulgué une loi de réforme du système de protection sociale visant à restructurer le fonctionnement du Service national de santé, tant du point de vue de son organisation que de son financement. En créant

des "entreprises sanitaires" (*aziende sanitarie*) réparties en "entreprises d'unités sanitaires locales" (*Aziende Unità Sanitarie Locali*) et en "entreprises hospitalières" (*Aziende Ospedaliere*), le décret-loi n° 502 de 1992 (modifié ultérieurement par le D.L. n° 517 de 1993) a profondément modifié l'organisation du Service national de santé. Cette réforme a jeté les bases d'une responsabilisation accrue des *organismes* responsables de la programmation et du contrôle des services sanitaires (ministère, régions), et plus particulièrement de toutes les unités qui avaient le devoir fondamental de répondre aux besoins des assistés. Tous ces changements ont été introduits dans une optique de compétition entre les diverses structures (*entreprises sanitaires*), ainsi que de rentabilité et d'efficacité des prestations fournies.

Cependant, le processus de réforme a été engagé, en Italie, de manière non homogène dans les différentes régions du pays, certaines étant indiscutablement plus avancées que d'autres dans la mise en œuvre des innovations, telles que l'introduction, notamment, des groupes homogènes de pathologies (*"Diagnosed Related Groups"* - DRG) correspondant à l'introduction du système de "paiement à l'acte".

Afin de remédier à cette situation, le gouvernement a promulgué la loi n° 419/1998 et le décret de rationalisation du Service national de santé (décret législatif n° 229/1999).

1. ORGANISATION

Le Service national de santé est coordonné par le ministère de la santé, lequel est chargé de définir des orientations et de programmer des actions en matière de santé, de fixer les objectifs à atteindre pour améliorer l'état de santé de la population et de déterminer des niveaux d'assistance sanitaire à garantir de manière uniforme à tous les citoyens, sur l'ensemble du territoire national.

Le ministère est assisté dans sa mission par des institutions et organes dotés de fonctions de recherche, de consultance, de proposition et de soutien en matière technique et scientifique. Le plus important d'entre eux est sans nul doute le Conseil supérieur de la santé (*Consiglio Superiore di Sanità*).

L'Agence pour les services sanitaires régionaux (*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali*) travaille en collaboration avec le ministère de la santé et les régions. Son rôle consiste à soutenir les activités régionales, à procéder à des évaluations comparatives des coûts et rendements des services rendus aux citoyens, à signaler les dysfonctionnements et gaspillages dans la gestion du personnel, du matériel et des fournitures, et à assurer le transfert des innovations et expérimentations dans le domaine sanitaire. Le règlement de l'Agence a été approuvé par décret interministériel du 31 mai 2001.

L'organisation du Service national de santé repose sur une structure à trois niveaux: national, régional et local.

1.1. Au **niveau national,** l'État est investi d'une compétence législative et administrative. Sur avis des commissions parlementaires et sur la base des résultats de la conférence "État-Régions", le gouvernement définit le cadre triennal d'application au moyen du Plan national de santé (*Piano Sanitario Nazionale*).

Au cours de ces trois années, le plan peut être modifié, notamment en ce qui concerne les limites et modalités de participation des citoyens aux dépenses médicales et ce, en parallèle avec la loi de finances (qui définit le budget public).

1.2. Le **Plan national de santé** établit notamment:

- les objectifs fondamentaux de la prévention, des soins médicaux et des traitements de rééducation ainsi que les lignes générales du Service national de santé;
- les domaines d'intervention pour équilibrer les conditions sanitaires de la population sur le territoire;
- les niveaux uniformes d'assistance sanitaire à garantir à tous les citoyens (spécification des prestations par rapport au volume des ressources disponibles).

L'État a également compétence pour:

- quantifier les ressources destinées au Service national de santé (détermination du Fonds sanitaire national, y compris le produit des cotisations sociales d'assurance maladie et son affectation aux régions selon des quotes-parts établies en fonction de la population);
- vérifier les résultats sur l'état de santé des citoyens et sur l'affectation des ressources (rapport sur la situation sanitaire du pays et définition d'un système national approprié d'indicateurs de qualité et d'efficacité);
- définir des règles uniformes concernant les qualités structurelles, technologiques et organisationnelles que les organismes sanitaires doivent posséder pour fournir les prestations et garantir le même niveau de qualité à l'ensemble des personnes assistées.

1.3. Au **niveau régional**, les dix-neuf régions et les deux provinces autonomes introduisent les règles fixées par le Plan national de santé dans le Plan régional et définissent les modèles organisationnels des services sur la base des exigences spécifiques du territoire et des ressources disponibles.

Entrent également dans les compétences des régions et des provinces autonomes:

- la définition de la structure organisationnelle du service à l'échelle territoriale pour la fourniture de l'assistance dans les limites des niveaux uniformes nationaux;
- la programmation et le financement des activités des organismes de santé régionaux;
- la faculté de déterminer des niveaux d'assistance complémentaires à ceux devant être garantis à l'échelle nationale;
- la faculté d'effectuer des prélèvements ultérieurs sur les revenus des citoyens pour financer l'assistance complémentaire ou combler les déficits de gestion (majoration du ticket modérateur, des cotisations sociales et des impôts régionaux);
- la nomination et la révocation des organes de gestion des services de santé régionaux (unités sanitaires locales (USL) et établissements hospitaliers);
- le contrôle des initiatives et de la gestion des services de santé régionaux.

1.4. Au **niveau local**, les "entreprises d'unités sanitaires locales" (*Aziende di Unità Sanitarie Locali - ASL*) organisent l'assistance sanitaire au sein de leur secteur et dispensent des prestations de santé au moyen de structures publiques ou privées accréditées. Le décret-loi n° 502 de décembre 1992 a déterminé le nombre et la structure de ces ASL:

- la portée des ASL correspond, en règle générale, au territoire provincial;
- l'ASL a gardé sa dénomination mais est devenue une entreprise publique dotée de la personnalité morale et jouissant d'une réelle autonomie sur le plan organisationnel, administratif, patrimonial, comptable et technique ainsi que sur le plan de la gestion;
- l'ASL est devenue un organisme instrumental des régions ou des provinces autonomes qui établissent les critères de financement et de contrôle de l'articulation de l'ASL en districts;
- la gestion de l'ASL n'est pas publique mais est confiée à un directeur général, nommé par le président de la région ou des provinces autonomes, en accord avec le conseil régional ou provincial, et choisi sur une liste spécifique établie par le ministère de la santé. Le directeur général ne peut pas être membre des assemblées ou conseils communaux, provinciaux ou régionaux, ni même du Parlement. L'autre organisme de gestion de l'ASL est le Collège des réviseurs. Le directeur général est assisté par les directeurs administratif et sanitaire, ainsi que par le Conseil du personnel soignant.

1.5. Les grands hôpitaux (polycliniques universitaires, hôpitaux avec au moins trois hautes spécialités, hôpitaux constituant le centre de référence pour le réseau des services d'urgence, etc.) fonctionnent comme des "entreprises hospitalières" dotées d'une organisation semblable à celle de l'ASL et jouissant d'une totale autonomie et responsabilité en matière de budget. Les autres hôpitaux rentrent dans le budget de l'ASL, en tant que centres de coûts spécifiques.

Dans le cadre des "entreprises hospitalières" susmentionnées, d'autres mesures ont également été adoptées, telles que :

- La création, dans les hôpitaux, d'espaces réservés au libre exercice de pratiques médicales « *intramoeniaintra muraria* », par l'instauration de chambres payantes (représentant entre 5 % minimum et 10 % maximum du nombre total de lits). Les frais destinés au personnel ayant effectué les prestations libérales intramoenia (coûts) sont, en 2006 d'un montant total de 990.605.000 euros.

1.6. Les "entreprises hospitalières" se doivent de respecter le budget qui leur est alloué. À cette fin, un nouveau système de comptabilité analytique a été uniformément introduit au 1er janvier 1994, pour toutes les ASL et "entreprises hospitalières" du territoire national.

2. FINANCEMENT

La loi n° 833 de 1978 définit la circulation des flux financiers du Système national de santé. Ses ressources sont inscrites au budget de l'État. L'objectif principal de cette réforme vise à changer les modes de financement, la fiscalisation devant se substituer au modèle contributif antérieur. Toutefois, le financement du service reste, aujourd'hui encore, essentiellement de type contributif.

À l'heure actuelle, tous les travailleurs salariés et les indépendants paient une quote-part contributive obligatoire (secteur privé et secteur public). Des facilités particulières sont accordées à certains secteurs de production (contribution prise en charge directement par l'État selon le système de "fiscalisation" (*fiscalizzazione*) et aux travailleurs du secteur agricole des régions désavantagées (zones montagneuses, zones de calamité naturelle, etc.).

Le recouvrement des cotisations sociales est centralisé au siège de l'Institut national de prévoyance sociale (*Istituto Nazionale Previdenza Sociale* – INPS) qui les verse aux régions et provinces. Cette décentralisation des recettes constitue la nouveauté essentielle introduite par le décret législatif n° 502 de 1992.

Aux comptes des régions sont aussi créditées les quotes-parts du Fonds sanitaire national établies par la loi de finances. Ces quotes-parts sont financées à l'aide des cotisations liées aux revenus, lesquelles diffèrent de celles des travailleurs salariés, qui sont calculées et versées conformément à la déclaration annuelle des revenus.

La quote-part attribuée à chaque région est établie sur la base de la population résidante, de la mobilité sanitaire, de la qualité des infrastructures et de la technologie sanitaire. Un mécanisme d'équilibre a été prévu pour les régions particulièrement désavantagées et celles offrant des services de niveau supérieur à la norme.

Les régions assument directement la couverture des dettes des ASL et le financement des niveaux d'assistance supérieurs à ceux définis par le Fonds sanitaire national.

La loi de finances a déterminé une couverture des dépenses sanitaires de 97.040.000.000 EUR pour l'année 2007, y compris les compensations pour le renouvellement des contrats, et de 101.457.000.000 EUR pour 2008.

3. POPULATION COUVERTE

Tous les résidents, y compris les étrangers résidant en Italie, bénéficient des prestations du SSN depuis le 1er janvier 1980. Au 1er janvier 2006, la population résidente (y compris les étrangers) était de 58.751.711 unités (28.526.888 femmes et 30.224.823 hommes). Sur la base du recensement de la population effectué en 2001, le nombre de résidents s'élève à 56 305 000.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. Conditions d'accès

Pour bénéficier du SSN, les résidents doivent s'inscrire auprès d'une ASL et recourir à ses services à l'intérieur de sa sphère de compétence territoriale, excepté en cas de déplacement ou de prestations spécialisées ne pouvant être fournies par l'ASL locale.

L'universalité de la protection sociale donne le droit à chaque citoyen de bénéficier des prestations sanitaires nécessaires dès le début de la maladie et pour une durée illimitée.

4.2. Exemption de ticket modérateur

Selon les revenus:

- les titulaires d'une pension de retraite vieillesse, ayant un revenu inférieur à 8236 EUR par an;
- les titulaires d'une pension sociale;
- les chômeurs;
- les personnes à charge des deux catégories précitées;

L'exemption est totale pour les visites et prestations de spécialistes ainsi que pour les examens cliniques. En ce qui concerne l'assistance pharmaceutique, l'exemption est en principe totale pour 16 prescriptions sur l'année.

Selon les pathologies: l'exemption est appliquée en relation avec les traitements médicaux et les prestations nécessaires pour soigner une pathologie.

Autres conditions objectives: invalides civils; non-voyants; sourds-muets; invalides de guerre ou à la suite d'un accident de travail ou de service.

4.3. Étendue de la couverture par type de soins

4.3.1. Médecine générale

Chaque usager du SSN s'inscrit sur la liste du généraliste qu'il a choisi parmi les médecins conventionnés exerçant dans son ASL. Il peut consulter un spécialiste, quand son généraliste l'estime nécessaire, dans les dispensaires de l'ASL ou parmi les spécialistes conventionnés de son ASL.

Selon ce qui est établi par la Loi de Finance et par les Régions, le patient doit (dans la plupart des cas) s'acquitter d'un ticket modérateur pour les consultations et les actes prodigués par un spécialiste. Les soins dispensés par des généralistes, des spécialistes et des infirmiers peuvent être assurés à domicile. Le personnel médical auquel l'usager peut faire appel est soit salarié, soit conventionné avec l'ASL.

Depuis le 1er janvier 1994, les établissements sanitaires, les spécialistes et les établissements privés de soins ne sont plus liés par une convention avec les ASL selon un forfait annuel prédéterminé, mais selon un tarif à l'acte. Les bénéficiaires du Service national de santé peuvent choisir librement, sur la base de la prescription du médecin, l'institution ou le spécialiste.

Pour les prestations gratuites garanties par les structures publiques, le citoyen doit payer le ticket modérateur éventuel. Pour les prestations garanties par les structures privées conventionnées, les citoyens sont soumis aux tarifs en vigueur.

- Prestations de spécialiste: 50 % du montant total avec une participation maximale de 36,15 EUR par prescription.
- Cures thermales: 50 % du montant total des soins avec une participation maximale de 36,15 EUR par prescription.

Sur la base des dispositions des lois des finances, les régions peuvent faire payer le ticket modérateur pour les prestations de premiers secours. Le ticket modérateur n'est pas à payer pour les prestations de premiers secours quand on est hospitalisé, et lorsque l'on est exonéré suite aux dispositions établies pour les exonérations de payement du ticket modérateur selon ce qui est décrit par la suite.

4.3.2. Soins hospitaliers, cures thermales et séjours en sanatorium

Le secteur hospitalier relève, dans sa grande majorité, du secteur public; seulement 20 % des lits appartiennent au secteur privé. La plupart des cliniques privées concluent des conventions avec le SSN. Dans ce cas, le remboursement des dépenses s'effectue via l'ASL.

Le patient peut choisir librement, dans tout le pays, l'établissement dans lequel il désire être hospitalisé (hôpital ou sanatorium). L'assistance hospitalière est gratuite. Les cures thermales doivent être autorisées préalablement par l'ASL et la participation aux dépenses prévues pour le patient ne peut excéder 36,15 EUR.

4.3.3. Soins dentaires

Les soins sont gratuits dans les centres du Service national de santé et auprès des spécialistes conventionnés.

4.3.4. Médicaments

Sur indication du ministère de la santé, les "Assessorats régionaux à la santé" (*Assessorati Regionali alla Sanità*) procèdent à la classification des médicaments.

On distingue ainsi trois catégories de médicaments:

1) Les médicaments essentiels pour traiter les maladies les plus graves: gratuité pour tous;
2) Les médicaments pour le traitement de maladies importantes mais moins graves que celles visées au point A): gratuité uniquement pour les enfants de moins de 6 ans, les personnes âgées et à revenus modestes, les personnes souffrant de maladies graves ou en attente de transplantation et les handicapés. Les autres patients paient normalement 50 % du prix total;
3) Les autres médicaments sont entièrement à charge du patient.

En vertu des lois sur les finances de 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 les régions peuvent opter pour l'exemption ou, au contraire, le paiement du ticket modérateur pour la prescription (ordonnance) de médicaments. Lorsque le ticket modérateur est appliqué, le coût varie dans les limites de 1,00 EUR à un maximum de 4,00 EUR.

Aux termes du décret-loi n° 347 du 18 septembre 2001 et de la loi n° 405 du 16 novembre 2001, chaque médicament breveté peut être remplacé par le médicament générique correspondant. Le médicament générique est un produit pharmaceutique non exclusif et interchangeable (*interchangeable multisource pharmaceutical product)*.

Pour les soins prescrits par son médecin traitant, le patient est libre d'opter pour un médicament breveté, auquel cas il sera tenu de payer la différence entre le prix du médicament générique et celui du médicament breveté.

Les dépenses pharmaceutiques conventionnées (année de référence 2006)

Les dépenses pharmaceutiques conventionnées (à la charge du SSN) pour l'année 2006 ont atteint 12.334 millions d'euros environ. Les citoyens ont payé une somme totale 415 millions d'euros à leur propre charge. Cette contribution inclut le versement de la différence du prix de la spécialité prescrite par rapport à la valeur du remboursement, ainsi que le payement du ticket modérateur, dans les régions

qui l'ont réintroduit. Pour les dépenses pharmaceutiques non conventionnées, les frais pour l'année 2006 ont été d'environ 495 millions d'euros.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Si le financement du système de soins est principalement public, l'offre de soins est, quant à elle, mixte : publique et privée.

Les **médecins généralistes** inscrits sur la liste de l'ASL reçoivent un montant annuel par patient, calculé selon des barèmes prenant en considération l'âge du patient et l'expérience du médecin. Ce mode de rémunération résulte d'une convention passée entre le ministère de la santé, les régions et les organisations médicales. Depuis le 1er janvier 1994, tous les médecins généralistes doivent être munis d'une attestation relative à la reconnaissance d'une formation spécifique, conformément aux directives européennes.

Les **spécialistes** des dispensaires privés conventionnés avec le SSN reçoivent un paiement forfaitaire pour leurs prestations de la part de l'ASL.

Les patients ont la possibilité de consulter, dans le secteur privé, les généralistes et les spécialistes de leur choix. Les honoraires pour ces prestations sont fixés librement par le praticien selon un barème minimum national, et les dépenses sont entièrement à charge du patient, de son assurance privée ou d'une mutuelle complémentaire.

Les **médecins hospitaliers** perçoivent un traitement mensuel fixe de l'établissement qui les occupe selon leur catégorie professionnelle.

Les tâches des médecins, du personnel paramédical et des infirmiers sont bien définies (pour les maladies chroniques, tout comme pour la radiologie, les examens en laboratoire, etc.). Il n'existe aucune tendance à déléguer les tâches des médecins à d'autres profils professionnels de la santé.

6. LA REFORME EN COURS

Depuis 1992, le Service national de santé a considérablement changé de visage. Le processus de réforme découle d'un ensemble de dispositions entrées simultanément en vigueur, à savoir:

- les décrets-lois n° 502/92, n° 517/93 et n° 229/99 qui ont défini les interventions législatives liées à la réorganisation du Service national de santé;
- les Plans nationaux de santé pour les périodes 1994-1996, 1997-1999, 2000-2002, 2001-2004; 2003-2005, 2006-2008;
- les lois de finances de 1994, 1995, 1996, 2001, 2002, e 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

Les modifications prévues ont un triple objectif: améliorer la qualité des prestations, faciliter l'accès des citoyens aux services et aux structures sanitaires et maîtriser les dépenses publiques de santé.

Les principes fondamentaux de la réorganisation du Service national de santé sont exposés ci-après. On rappellera, pour mémoire, les réformes déjà présentées précédemment, qui accordent un statut autonome à certains hôpitaux spécialisés et un nouveau rôle aux mutualités.

De même, la région se voit reconnaître une autonomie accrue en matière de santé, assortie en outre de la responsabilité des résultats obtenus, tant en termes de qualité des prestations que de conséquences financières des choix de gestion.

6.1. Le modèle d'organisation des services de santé

La structure organisationnelle des organes de gestion du service de santé subit une transformation radicale. Le modèle d'organisation choisi est celui de "l'entreprise sanitaire" (*azienda sanitaria*) à direction technique unique. L'objectif visé est le suivant :

- un nouvel aménagement du territoire moins éparpillé;
- la reconnaissance de la personnalité morale et l'octroi d'une totale autonomie de gestion pour les ASL et certains hôpitaux;
- la non-immixtion de la politique dans l'administration (disparition des comités de gestion, baptisés aussi "comités des garanties", et des unités sanitaires locales (USL) préexistantes);
- l'introduction de techniques de gestion et de contrôle propres aux entreprises;
- l'introduction de nouvelles règles, inspirées du secteur privé, dans les rapports de travail.

6.2. Le modèle de programmation

Les dispositions précitées confirment la mise en œuvre générale du modèle de programme adopté par le législateur en vertu de la loi n° 833/78 et complètent le processus visant à introduire de nouveaux concepts pour l'amélioration de l'organisation générale du Système national de santé.

Le Plan national de santé pour la période 1994-1996 a été le premier plan réellement adopté. Il a énoncé les principes suivants qui sont aujourd'hui encore en vigueur : son contenu repose sur l'indication des niveaux uniformes d'assistance repris ci-après:

- assistance sanitaire collective dans la vie courante et sur les lieux de travail;
- assistance sanitaire de base;
- assistance spécialisée (soins prodigués en partie à domicile) et territoriale;
- assistance hospitalière;
- assistance sanitaire à domicile aux personnes dépendantes et aux personnes victimes d'une invalidité permanente;
- aide à l'enfance et aux personnes âgées.

Le Plan prévoit en outre la réalisation d'un certain nombre d'objectifs:

- la suppression ou la forte réduction de la mobilité hospitalière interrégionale;
- la réduction du recours aux structures hospitalières étrangères;
- la réduction des temps d'attente pour les activités ambulatoires;
- l'intensification des activités des hôpitaux de jour;
- le développement des "soins à domicile".

Le Plan Sanitaire National 2006-2008 repose sur les contenus suivants :

- les scénarios internationaux : scénario communautaire et international;
- le contexte institutionnel et normatif ;
- les droits du citoyen : la centralité des niveaux essentiels de l'assistance (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA);
- le cadre épidémiologique : l'évolution démographique et l'évolution des besoins ;
- le contexte socio-économique national ;
- les ressources pour le Service Sanitaire National ;
- les instruments de la programmation ;
- le rapport avec les cycles programmateurs et le Plans Sanitaires Régionaux ;
- le Service Sanitaire National : principes d'inspiration, Universalité du Service, Egalité, Coopération ;
- la garantie et la mise à jour des LEA ;
- la santé italienne en Europe, l'Europe dans la santé italienne ;
- la Prévention Sanitaire et la promotion de la santé ;
- la réorganisation des soins primaires ;
- l'intégration des réseaux d'assistance : système intégrés de réseaux informatiques sur-régionaux et nationaux ;
- l'intégration entre les différents niveaux d'assistance ;
- l'intégration socio-sanitaire ;
- la douleur et la souffrance dans les parcours de soins ;
- le réseau d'assistance pour les soins palliatifs ;
- promouvoir l'innovation, la recherche et le développement ;
- le rôle du citoyen et de la société civile dans les choix et dans la gestion du SSN ;
- les politiques pour la qualification des ressources humaines du SSN ;
- la promotion du Gouvernement hospitalier et la qualité au sein du SSN, y compris la thématique des listes d'attente ;
- le développement en tant qu'entreprise et l'évolution du SSN ;
- les expériences gestionnaires ;
- la politique du médicament, des nouvelles médecines, des vaccins et des dispositifs médicaux ;
- la santé dans les premières étapes de la vie, enfance, adolescence ;
- les grandes pathologies : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires ;
- la non-autosuffisance : personnes âgées et handicapées ;
- la protection de la santé mentale ;
- les dépendances liées à des styles de vie spécifiques ;
- soutien familial ;
- les interventions en matière de santé sur les immigrés et les classes sociales marginales ;
- le contrôle des maladies répandues et la surveillance syndromique ;
- la sécurité alimentaire et la nutrition ;
- la Santé Vétérinaire ;
- la protection de la santé et la sécurité sur les lieux de travail ;
- environnement et santé ;
- le rôle du Nouveau Système Informatif Sanitaire dans l'évaluation du SSN ;
- le suivi du Plan Sanitaire National.

6.3. Temps d'attente

Le 11 juillet 2006, la Conférence État Régions a approuvé le document sur les modalités d'accès aux prestations diagnostiques et thérapeutiques et les orientations d'application sur les listes d'attente. Le document met en œuvre le point a) de l'Accord État Régions du 14 février 2006 qui prévoit l'indentification de solutions plus efficaces afin, au moins, de fixer des délais maximums d'attente pour les prestations sélectionnées relatives à des pathologies déterminées. Le document fournit des indications générales sur les critères de priorités hospitalières, sur les catégories prioritaires et les délais maximums d'attente, sur le territoire régional et national, pour les prestations ambulatoires et en régime d'hospitalisation. De plus, il prévoit le suivi des prestations critiques dans le cadre du flux d'informations sur les délais et les listes d'attente, en se reliant à une expérimentation déjà en cours promue par le Ministère de la Santé, et souligne la nécessité de mettre en place des instruments adéquats d'information pour les patients sur le parcours d'accès à l'hospitalisation – Centro Unico di Prenotazione, CUP (Centre Unique de Réservation).

Pour abréger la liste d'attente, il est possible de s'adresser aux ambulatoires et aux cliniques privées (autorisées à l'exercice professionnel par le Ministère de la Santé) non conventionnée avec le SSN. Le barème des prix est établi par les professionnels qui œuvrent dans les structures et ne pourra jamais être inférieur au barème minimum national.

6.4. Nouveau système de financement

Le modèle de financement adopté reflète le schéma de la répartition des pouvoirs entre l'État et les régions, et répond aux caractéristiques suivantes:

- la loi de finances fixe le budget du Fonds sanitaire national en déterminant le pourcentage à charge de l'État en fonction du montant global présumé des cotisations d'assurance maladie;
- le Fonds est réparti en quotes-parts homogènes, déterminées en fonction de l'importance de la population résidante, avec une réserve de compensation pour faire face aux situations de déséquilibre éventuel des structures;
- les autres besoins éventuels sont couverts par les ressources propres des régions qui peuvent, le cas échéant, recourir à une augmentation de la participation des citoyens aux dépenses et à une hausse des impôts régionaux.

6.5. Contrôle de l'évolution des dépenses de santé

Acquérir des informations ponctuelles et opportunes sur l'évolution des dépenses en matière de soins de santé constitue, depuis toujours, un des objectifs fondamentaux des organes responsables de l'administration du système au niveau central et régional. Afin de garantir la rentabilité et l'efficacité du Service national de santé, les dépenses de santé sont contrôlées et analysées au regard des prestations fournies et des principales variables qui entrent en ligne de compte. Ce contrôle a pour finalité d'identifier les facteurs ayant une incidence sur l'augmentation des dépenses de santé.

Pour cerner l'évolution des dépenses de santé courantes, il est nécessaire de se référer à la période entre 1995 (année où les dispositions présentes dans le Décret Législatif N° 502/92 on été mises en œuvre) et 2005. Il ressort de façon évidente de l'analyse des données que, pendant la période envisagée (1995-2005), les dépenses sanitaires courantes totales se sont accrues en passant de 48.136 millions d'EUR à 92.804 millions d'EUR, confirmant ainsi la dynamique évolutive, du reste comme c'est le cas dans tous les autres pays OCSE.

Les domaines soumis à un suivi particulièrement attentif, aux cours des années de 2001 à 2005, 2002 et 2003 ont été les suivants:

- les dépenses consenties pour le personnel du Service de santé et notamment les coûts afférents au renouvellement des contrats;
- les dépenses des "entreprises sanitaires" en biens et services;
- les dépenses pharmaceutiques à la suite des modifications introduites dans la loi de finances 2001.

6.6. La carte Sanitaire

Dans l'optique du suivi des dépenses dans le secteur sanitaire, il a été prévu de créer et de remettre progressivement la carte Sanitaire par le Ministère de l'Economie et des Finances en collaboration avec le Trésor Public. La carte sanitaire remplacera de façon graduelle la carte plastifiée du code fiscal pour tous les citoyens ayant droit aux prestations du Service Sanitaire National et munis de code fiscal. La carte Sanitaire contient, outre les données personnelles et d'assistance, également le code fiscal sur bande magnétique tout comme au format code-barres, elle est valable sur tout le territoire national et permet d'obtenir des services sanitaires également dans les autres pays de l'Union Européenne, en remplacement du modèle papier E111. Le Ministère de l'Economie et des Finances, par le biais du Trésor Public, se charge d'envoyer la carte Sanitaire à toutes les personnes ayant droit, à l'adresse résidentielle résultant de la base de données des registres de la population au moment de l'envoi. La carte Sanitaire a une validité de 5 ans sauf indication différente de la Région/ASL d'assistance. À l'approche de l'échéance, le Trésor Public se charge automatiquement d'envoyer la nouvelle carte sanitaire à toutes les personnes pour lesquelles le droit d'assistance est échu. La carte Sanitaire doit être présentée pour l'achat de médicaments ainsi que pour toute prestation sanitaire.

6.7. Niveaux essentiels d'assistance

Aux termes de la loi n° 129 de 2001 et de l'accord consacré par la Conférence "État-Régions" du 8 août 2001, le gouvernement s'est engagé à adopter une mesure pour définir des niveaux essentiels d'assistance conformément à l'article 1er du décret législatif n° 229 du 19 juin 1999.

Dans la mesure où la définition des niveaux essentiels d'assistance doit s'effectuer conjointement à la détermination des ressources financières destinées au Service national de santé, il importe d'établir une corrélation entre les divers niveaux d'assistance et les coûts correspondants, de manière à vérifier l'adéquation entre les ressources financières susmentionnées et les niveaux d'assistance à garantir aux citoyens. Les données recueillies ont permis, notamment, de mettre en lumière la ventilation actuelle des ressources financières par les régions, dans les divers

domaines d'assistance: prévention, assistance territoriale (médecine de base, assistance pharmaceutique, soins spécialisés, soins à domicile, assistance semi-résidentielle et résidentielle, soins d'urgence, placement de prothèses, traitements complémentaires et cures thermales) et assistance hospitalière. L'analyse des données précitées a permis en outre d'identifier, lors de la définition des niveaux d'assistance, les valeurs de référence pour l'affectation des ressources financières dans le cadre du prochain plan triennal: 5 % seront destinés à la prévention (contre 3,6 % actuellement), 49,5 % à l'assistance territoriale (contre 46,7 % actuellement) et 45,5 % à l'assistance hospitalière (contre 49,7 %). Les éléments caractérisant la mesure relative aux niveaux essentiels d'assistance peuvent être résumés comme suit: *plus de prévention, plus d'assistance territoriale et plus d'intégration socio-sanitaire*, eu égard aux critères de non-autosuffisance et de fragilité sociale; lutte contre les hospitalisations abusives; révision de la nomenclature des prestations de spécialistes, suivant des critères d'efficacité et d'opportunité; classification des produits pharmaceutiques en trois catégories: la première catégorie est intégralement prise en charge par le Service national de santé, la deuxième est soumise à un ticket modérateur à charge du patient et la troisième est entièrement à charge du patient.

Le déficit global dû aux dépenses pour les niveaux essentiels d'assistance s'est réduit de 1.621.000.000 € entre 2001 et 2003.

6.8. Nouveau système de paiement des prestations de santé

La reforme du système de paiement des prestations sanitaires a imposé les mesures et principes suivants. Le système de paiement des prestations a été réformé en vue d'améliorer la qualité des services offerts. Les mesures introduites reposent sur les principes suivants:

- créer un système d'organismes publics et privés qui fournissent des prestations pour le compte du Service national de santé, choisis librement par le citoyen et rétribués exclusivement sur la base des prestations effectivement fournies. Ce régime favorise l'optimisation de l'offre publique, grâce à la suspension ou à la transformation des structures sous-utilisées;
- en conséquence, faire abstraction (dans le secteur de l'assistance hospitalière et dans celui des soins spécialisés) de la convention en tant qu'instrument régulateur des rapports entre le Service national de santé et les structures privées, fondé sur la programmation des rentrées et sur les rétributions des prestations effectivement fournies. Il s'agit, au contraire, de favoriser la libre entrée de nouveaux organismes dans le système de distribution mixte public/privé;
- réserver au Service National de Santé le pouvoir de définir préalablement les conditions minimales, sur le plan structurel et organisationnel, que les organes de santé doivent remplir pour accéder au système de distribution du Service National de Santé et procéder à leur classification en ce qui concerne la typologie des prestations autorisées.

Le rapport conventionnel n'est maintenu que pour le médecin généraliste et pour les produits pharmaceutiques. Cependant, celui-ci doit être adapté au principe liant le montant de la rémunération au volume des prestations effectivement fournies.

6.9. Contrôle de la qualité de l'assistance

Afin de fournir à la population un maximum de garanties quant à la qualité des prestations, les régions sont tenues de mettre sur pied des services d'inspection compétents qui sont chargés de vérifier si les structures répondent aux conditions minimales préalablement fixées. Le ministère de la santé, pour sa part, conserve et renforce son pouvoir de haute surveillance dans ce domaine. Les dispositions institutionnalisant l'adoption par toutes les structures de la méthode de vérification et de révision de la qualité des prestations poursuivent les mêmes fins.

D'une manière plus générale, un système national d'indicateurs est établi afin de contrôler les résultats obtenus en termes d'efficacité et de qualité. Sur un plan différent, mais tout aussi significatif et novateur, le *service de santé* se prépare à introduire un système d'indicateurs de qualité destiné à évaluer les services sous l'angle de la personnalisation et de l'humanisation, ainsi que du point de vue des services d'hébergement.

6.10. Qualité et accréditation

En Italie, on a assisté au cours de ces dernières années à une prise de conscience de plus en plus diffuse, tant à l'échelon international qu'en Italie, selon laquelle la gestion et l'organisation des services publics doivent être fondées sur le principe de la qualité des services et des soins dispensés. L'accréditation est l'un des instruments définis par la législation (décret législatif n° 502/92, Plan national de santé pour la période 1998-2000 et décret législatif n° 229/99) pour promouvoir les principes d'efficacité et d'opportunité dans la pratique clinique et dans les choix organisationnels.

Les finalités de l'accréditation sont les suivantes:

- assurer la sécurité et la qualité des soins dispensés aux citoyens qui exercent leur droit de choisir librement l'établissement et les prestataires de soins de santé auxquels ils désirent s'adresser, parmi ceux ayant reçu l'accréditation et avec lesquels des accords contractuels ont été conclus ou qui entretiennent des rapports avec le Service national de santé;
- veiller à ce que les structures soient dotées de technologies et d'équipements appropriés – en termes de quantité, de qualité et de fonctionnalité – aux prestations fournies et garantir des conditions adéquates d'organisation interne;
- déterminer les critères d'entrée et de sortie du système (accès et exclusion).

Pour atteindre ces finalités, il convient d'assurer:

- l'équité en matière de rémunération des fournisseurs;
- des conditions de base identiques.

L'obtention des conditions et objectifs susmentionnés se traduira par:

- des avantages propres à un climat de saine compétition,
- la protection du patient en termes de qualité des résultats,
- une politique d'amélioration continue de la qualité des structures sanitaires.

6.11. Les dispositions récentes

Bien que la réforme introduite par les décrets législatifs n° 502/92 et n° 517/93 ait donné lieu à des améliorations significatives dans le domaine de la gestion des services et de la qualité des prestations, une rationalisation des changements introduits par cette réforme s'est avérée nécessaire pour promouvoir les processus de régionalisation et de "conversion du Système national de santé en entreprises sanitaires". À cette fin, le gouvernement a été chargé d'édicter un ou plusieurs décrets législatifs visant à atteindre les objectifs fixés (loi n° 419/98 et décret législatif n° 229/99).

Il y a lieu de souligner, par ailleurs, l'adoption des plans nationaux de santé pour les périodes 1997/1999, 1998/2000/2002 et 2006/2008; ceux-ci définissent les objectifs de santé pour ces périodes triennales ainsi que les principes régissant la détermination des "*niveaux uniformes et essentiels d'assistance*" (soins hospitaliers, assistance territoriale et prévention) et la diffusion, à l'échelle nationale, des lignes de conduite pour certaines maladies spécifiques. Le décret législatif n° 229/99 comporte, en outre, d'importantes innovations en matière de systèmes complémentaires d'assistance sanitaire, parmi lesquels sont reprises les "sociétés de secours mutuels" (*Società di Mutuo Soccorso*). Ces nouveaux fonds d'assistance sanitaire complémentaire peuvent fournir, à partir de 2009, des prestations supplémentaires par rapport à celles prévues dans le cadre des "niveaux uniformes d'assistance". Cela s'applique en particulier aux secteurs à haut niveau de risque (personnes en état de dépendance ou atteintes du SIDA), aux prestations odontologiques, à la médecine non conventionnelle (homéopathie, acupuncture), aux cures thermales et aux soins dispensés, au sein des hôpitaux, sous le régime du "libre exercice des pratiques médicales".

6.12. Les Droits du Patient – le Tribunal des Droits du Malade

Le Tribunal des Droits du Malade est une institution sans but lucratif, créée en 1980 pour sauvegarder les droits des citoyens dans le cadre des services sanitaires et d'assistance et pour contribuer à une organisation plus humaine et rationnelle du Service Sanitaire. Le Tribunal se constitue de citoyens ordinaires, mais aussi d'opérateurs des services et de professionnels qui s'engagent à titre bénévole. Il opère par le biais de ses divisions locales sur tout le territoire national.

À travers la législation nationale, le patient a droit, s'il le demande, à toutes les informations administratives. De même, il a droit aux informations sur la justesse des soins médicaux qui lui ont été donnés.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

1.1. Importance de l'assurance maladie privée

En Italie, l'assurance maladie a connu une évolution très variable au cours de ces dernières années, atteignant des chiffres record autour des années 80 puis accusant une diminution au cours de la dernière décennie. À l'heure actuelle, le marché s'est stabilisé à 6 % de l'ensemble des primes perçues dans le cadre de la branche "*risques*", pour un total d'environ 8,5 millions de polices individuelles et collectives, couvrant grosso modo 18 % de la population.

1.2. Système de réglementation concernant l'assurance privée

Les charges fiscales sur les primes des polices d'assurance maladie privée sont versées par les compagnies mais portées à charge de l'assuré. La prime d'assurance maladie est fiscalement déductible jusqu'à un maximum de 1.291,14 EUR, le contribuable peut, lors de la déclaration de ses revenus annuels, déduire les dépenses de santé admissibles (soins spécialisés, soins hospitaliers, dentaires etc.), même si elles ont été remboursées par la compagnie, à concurrence de 19 % du montant brut total jusqu'à un maximum annuel de 15.493,71 EUR.

La prime d'assurance varie en fonction de l'âge de l'assuré, de son état de santé et de la couverture souhaitée.

1.3. Type de couverture proposé

Le système de polices d'assurance maladie proposé par les compagnies privées à but lucratif, dont la souscription est entièrement volontaire, est en fait complémentaire au système public (bien qu'il n'existe toutefois aucun lien concret entre les deux systèmes).

2. ASSURANCES PRIVEES PAR LA MUTUALITE

2.1. Rôle de la mutualité

La loi n° 833/78 a introduit le principe selon lequel la mutualité volontaire est libre et a interdit aux organismes, sociétés et entreprises publiques de contribuer, sous quelque forme de financement que ce soit, aux associations mutualistes librement

constituées et ayant comme finalité de fournir des prestations complémentaires à l'assistance sanitaire assurée par le Service national de santé.

La réforme introduite par les décrets législatifs n° 502 de 1992 et n° 229 de 1999 prévoit de nombreuses innovations quant au rôle de la mutualité.

La mutualité propose à ses adhérents la couverture de services complémentaires des risques non couverts par le Système national de santé. Son rôle consiste, en outre, à rendre effective la liberté de choix entre les diverses structures et à garantir le libre accès, la qualité et le prix des services, en assurant un fort pouvoir contractuel, même aux couches sociales les plus faibles. À l'heure actuelle, les dépenses en matière de soins de santé privés s'élèvent à 35.250.000.000 EUR, dont 2.115.000.000 EUR sont gérés par les mutuelles.

Le décret législatif n° 502/92 a introduit le concept de l'assistance sanitaire complémentaire, en prévoyant la création de Fonds sanitaires complémentaires visant à fournir des prestations complémentaires à celles assurées par le Service national de santé. Ces fonds peuvent être constitués sur la base de contrats et accords collectifs, d'accords entre travailleurs indépendants ou entre professions libérales, ou des règlements régissant les entreprises, collectivités locales, associations sans but lucratif ou sociétés de secours mutuels. À l'instar des sociétés d'assurance, les sociétés de secours mutuels sont habilitées à gérer des fonds sanitaires complémentaires.

La loi prévoit un règlement – qui entrera en vigueur en 2009 – pour régir:

- les modalités de constitution des fonds sanitaires complémentaires;
- la composition des organes d'administration et de contrôle;
- les formes de contribution;
- les modalités de surveillance du ministère de la santé.
- les modalités de dissolution.

L'article 9 du décret législatif n° 229/99 institue les fonds complémentaires prévus par le Service national de santé et leur attribue pour mission de renforcer l'affectation de prestations et traitements non inclus dans les niveaux uniformes et essentiels d'assistance.

Tous les organismes publics et privés qui créent des fonds complémentaires sont tenus d'adopter des politiques de non-sélection des risques. Les bases constitutives des fonds sont celles déjà prévues par le décret législatif n° 502/92 et englobent également les organisations d'utilité sociale, les sociétés de secours mutuels et tous autres organismes publics et privés. Les domaines d'application des nouveaux fonds sanitaires complémentaires sont les suivants:

- les prestations complémentaires non reprises dans les niveaux uniformes d'assistance, à savoir: les prestations relevant de la médecine non conventionnelle; les cures thermales non assurées par le Service national de santé, les soins odontologiques qui ne sont pas pris en charge par le Service national de santé, à l'exclusion des programmes de protection de la santé odontologique durant le développement de l'enfant et des traitements prothétiques à certaines catégories de personnes particulièrement vulnérables.

Les fond sanitaires complémentaires seront déductibles fiscalement jusqu'à un maximum de €3.615,20.

À compter du 1er janvier 1995, les régions peuvent aussi confier la gestion de l'assistance pharmaceutique aux mutuelles.

2.2. Fonction de la mutualité

Après la loi n° 833 de 1978 qui a introduit le Système national de santé, la mutualité a joué en Italie un rôle essentiellement complémentaire. Toutefois, à la suite de la réforme introduite par les décrets législatifs n° 502/1992 et n° 229/99, elle a acquis une importance croissante en tant que système complémentaire au service public, notamment en ce qui concerne les prestations spécialisées extra-hospitalières. À l'heure actuelle, les mutuelles dispensent directement des services, remboursent les dépenses supportées pour l'achat de ces services, remboursements partiels sur ticket modérateur, remboursements forfaitaires sur l'exploitation de services sanitaires, et élaborent des plans sanitaires dans le cadre des processus de réassurance. La valeur ajoutée des mutuelles réside dans la solidarité horizontale, l'auto responsabilisation, l'apport de la demande, la protection et la prévention.

Il existe plus de 170 sociétés mutualistes qui sont liées au mouvement coopératif italien et environ 50 fonds sanitaires sectoriels. Le rôle de la mutualité en Italie reste limité en matière de politique de santé et dans le secteur de l'assistance social mais devrait se renforcer dans un proche avenir.

En moyenne, les Italiens dépensent 32.965.000.000 EUR par an pour financer des prestations privées de santé et les mutuelles gèrent environ 648 millions de cotisations d'adhésion.

L'activité de la mutualité en Italie est toujours régie par le décret royal n° 3818 du 15 avril 1886. Cette loi impose des limites précises en ce qui concerne les interventions précises, surtout pour le montant des remboursements aux adhérents.

A l'heure actuelle, la Loi 3818/1886 est en cours de révision, afin de l'adapter aux nouvelles exigences et aux besoins des citoyens. Certaine Régions ont promulgué des lois et protègent le patrimoine historique, immobilier, culturel, le rôle social et d'assistance qu'effectuent les Sociétés de Secours Mutuel. Du point de vue fiscal, les sociétés mutualistes sont considérées comme des sociétés non commerciales, ce qui implique que les cotisations sont fiscalement déductibles dans la déclaration de revenus annuels jusqu'à un maximum de 1.291,14 EUR.

A l'heure actuelle, les sociétés de secours mutuel sont en train de se doter de sites Web où elles font connaitre leur histoire, les services qu'elles offrent et les activités qu'elles effectuent.

2.3. Types de protection

2.3.1. Catégories d'adhérents assurés

En Italie, on distincte actuellement plusieurs catégories d'adhérents assurés: les "fonds d'entreprises" qui assurent exclusivement les salariés ou les employés occupés par l'entreprise, les mutuelles professionnelles (journalistes, indépendants)

et, enfin, les sociétés mutualistes qui agissent au sein du mouvement coopératif, sont intersectorielles et ouvertes aux principes de solidarité.

L'art. 51 alinéa 2, lett. a) du TUIR (texte unique des revenus Décret du Président de la République n. 917/86) régit les cotisations versées par l'employeur et par le travailleur en établissant des conditions et des limites pour la non contribution de ces mêmes au revenu de l'emploi. L'alinéa 2 de l'article susmentionné stipule : " ne contribuent pas à former le revenu: a) les cotisations d'assistance sanitaire versées par l'employeur ou par le travailleur à des organismes ou caisses ayant exclusivement des finalités d'assistance conformément aux dispositions du contrat ou de l'accord ou du règlement d'entreprise pour un montant ne dépassant pas *3.615,20* EUR.

2.3.2. Types de couverture

S'agissant du risque maladie, il existe, en Italie, un rapport de collaboration entre les sociétés mutualistes qui agissent dans le cadre du mouvement coopératif et les compagnies d'assurance de ce mouvement coopératif.

Les mutuelles représentent les usagers; elles peuvent conclure des conventions avec les compagnies d'assurance pour la couverture des risques maladie et, plus précisément :

- pour tous les frais hospitaliers en cas d'intervention chirurgicale;
- pour les frais des spécialistes extra-hospitaliers;
- pour l'assistance post-opératoire à domicile;
- pour l'assistance de nuit durant le séjour à l'hôpital;
- dans certains cas, pour les frais de dentisterie et d'orthodontie qui ne sont, en Italie, pratiquement pas couverts par le système de santé publique.

Les mutuelles se chargent aussi de conclure des accords avec des structures sanitaires privées, des centres spécialisés pour les visites et examens de contrôle, des coopératives pour l'assistance à domicile, des fournisseurs d'appareils sanitaires pour les personnes handicapées, etc. Ces conventions permettent de mieux contrôler le prix des prestations, la qualité des traitements et la rapidité des soins.

C. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[136] DES SERVICES DE SANTE

A l'heure actuelle, en Italie, il n'y a aucune tendance logique de marché dans le secteur de la santé. Les maisons de repos et de soins sont pour la majeure partie

[136] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

privées, elles peuvent être conventionnées avec le SSN et doivent répondre à ce qui est établi par le ministère de la santé.

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

Il existe des Caisses Maladie et des Mutuelles d'entreprise réservées aux employés des entreprises (Telecom, ENEL, Banca d'Italia, etc.), mais elles sont très limitées.

3. REORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Les soins ambulatoires ne comprennent pas l'hospitalisation à domicile.

Les soins à domicile sont principalement la physiothérapie et les soins pour les malades en phase terminale.

Les soins aigus sont traités dans la quasi-totalité des hôpitaux publics, les soins résidentiels sont traités en quasi-totalité dans des structures privées conventionnées avec le SSN.

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGES D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Organisation

Il existe un système informatique entre les structures hospitalières et ambulatoires pour l'échange d'informations et données médicales, les données administratives concernent exclusivement chaque ASL et sont contrôlées par le Service Sanitaire Régional.

4.2. Perspectives et investissements prévus

Les perspectives et les interventions sont établies par le Ministère de la Santé et par l'Agence pour les Services Sanitaires Régionaux en collaboration avec les Régions.

4.3. Droits du patient

La loi italienne défend les droits du patient, il existe un Tribunal des Droits du Malade (Citoyenneté Active) qui l'assiste et le défend en cas de nécessité.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS / DISPOSITIFS MEDICAUX

Le prix des nouveaux médicaments et vaccins est établi par les entreprises pharmaceutiques, leur efficacité pour les soins est établie par le Ministère de la Santé qui en autorise la vente.

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

Les rôles et les tâches des médecins, du personnel paramédical et des infirmiers sont bien définis (pour les maladies chroniques tout comme pour la radiologie, les examens de laboratoire, etc.). Il n'y a aucune tendance à déléguer les tâches des médecins à d'autres profils professionnels de la santé.

7. EXISTENCE DE MEDECINE A DOUBLE VITESSE

Il n'existe pas une médecine à double vitesse, on s'adresse aux structures privées conventionnées avec le SSN pour réduire les listes d'attente. Afin d'améliorer les services d'attente, les ASL ont créé un Centro Unico di Prenotazione (Centre Unique de Réservation). A l'heure actuelle, les Mutuelles n'ont pas un rôle très net à cet égard.

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

Après la Loi n. 833/78 qui a introduit le SSN, la mutualité a joué en Italie un rôle essentiellement résiduel. Un rôle qui aujourd'hui, après la reforme introduite par les Décrets-lois n. 502/92 et n. 229/99, devient de plus en plus important à titre de système complémentaire au service du public, surtout en ce qui concerne les prestations spécialisées extra-hospitalières. A l'heure actuelle, les Mutuelles fournissent directement des services, remboursent les frais supportés pour l'achat des services, assurent le remboursement partiel sur ticket modérateur, les remboursements forfaitaires sur le bénéfice de services sanitaires. De plus, elles fournissent des plans sanitaires à travers les processus de réassurance. La valeur ajoutée des Mutuelles réside dans la solidarité horizontale, l'auto-responsabilisation, l'apport de la demande, la protection et la prévention. Il existe plus de 170 sociétés mutualistes liées au mouvement coopératif et environ 50 fonds sanitaires de catégorie. La mutualité en Italie joue un rôle encore peu incisif en matière de politique sanitaire et dans le secteur de l'assistance, mais il s'agit d'un rôle qui est destiné à prendre de l'ampleur dans un futur proche. La dépense moyenne annuelle des Italiens dans le domaine des prestations sanitaires privées est de 32.965.000.000 EUR et les mutuelles gèrent approximativement *648* millions de parts associatives. L'activité mutualiste italienne est encore régie par le Décret Royal n. 3818 du 15 avril 1886. Cette loi impose des limites en ce qui concerne les interventions des associés. A l'heure actuelle, la révision de la loi 3818/1886 est en cours afin de l'adapter aux nécessités et aux besoins des citoyens. Certaines Régions ont promulgué des lois et protègent le patrimoine historique, immobilier, culturel, le rôle social et d'assistance qu'effectuent les Sociétés de Secours Mutuel. Du point de vue fiscal, les mutuelles sont considérées comme des sociétés non

commerciales. Donc, les parts associatives sont déductibles fiscalement dans la déclaration des revenus annuelle jusqu'à un maximum de 1.291,14 EUR. A l'heure actuelle, les sociétés de secours mutuel sont en train de se doter de sites Web où elles font connaître leur histoire, les services qu'elles offrent et les activités qu'elles effectuent.

LU

Luxembourg

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	367	382	409	436	455	460 ′1
Espérance de vie - Femmes à la naissance Années	77,9	78,5	80,2	81,3	82,3	81,9 ′1
Espérance de vie - Hommes à la naissance Années	70,6	72,3	73,0	74,6	76,7	76,8 ′1
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	339	591	841 b	1367	2525	2686 ′1 e
Dépenses totales de santé - % PIB	5,9	6,1	6,4 b	5,8	7,8	7,3 ′1 e
Dépenses publiques santé-% dépenses tot. de santé	89,2	93,1	92,4 b	89,3	90,2	90,9 ′1 e

′1, ′2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; b : Rupture de série ; e : Estimation *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

L'assurance maladie-maternité constitue une des six branches de la sécurité sociale luxembourgeoise. Un système d'assurance sociale obligatoire contre les risques de maladie a été établi au début du siècle dernier pour les ouvriers et s'est ensuite progressivement étendu aux autres catégories professionnelles.

La multiplicité des caisses et des prestations octroyées ont abouti en 1974 à la création d'un organe coordinateur : le Comité central de l'Union des caisses de maladie. Cette réforme de 1974 avait pour but d'harmoniser les prestations servies aux affiliés des caisses et de redéfinir la participation de l'Etat au financement de l'assurance.

En 1978, le taux de cotisation et le plafond servant au calcul des cotisations sont uniformes pour les affiliés de toutes les caisses. A cette fin, il a été procédé à une "mise en commun des risques" : les caisses excédentaires comblent les déficits des autres.

La situation financière du système se détériorant, une nouvelle réforme a été entreprise en 1992 afin de rendre la gestion de l'assurance maladie plus

performante. L'assurance maladie est depuis lors un système unifié et quasi universel dont le financement est assuré par les cotisations sociales des affiliés, des employeurs et par les interventions de l'Etat. Le financement des hôpitaux est revu à partir de 1995, ceux-ci sont financés par un système de budget séparé et négocié entre eux et les caisses de maladie.

1. ORGANISATION

Au Luxembourg, deux ministères se partagent les compétences relatives aux soins de santé :

- L'organisation des hôpitaux, les soins préventifs et la médecine sociale (les soins psychiatriques, les soins à domicile,) sont de la compétence du **Ministère de la Santé**.
- L'assurance maladie relève quant à elle de la compétence du **Ministère de la Sécurité Sociale** et de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale.

L'assurance maladie est gérée conjointement par l'Union des caisses de maladie et les 9 caisses de maladie suivantes, chacune s'adressant à différents groupes socio-professionnels :

1) la Caisse de maladie des ouvriers;
2) la Caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED;
3) la Caisse de maladie des employés privés;
4) la Caisse de maladie des employés de l'ARBED;
5) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics;
6) la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux;
7) l'Entraide médicale de la Société Nationale des Chemins de fer Luxembourgeois;
8) la Caisse de maladie des professions indépendantes;
9) la Caisse de maladie agricole.

Les professions libérales sont obligatoirement affiliées à la Caisse de maladie des employés privés. La Caisse compétente pour les bénéficiaires d'une pension est la caisse des assurés actifs dont ils relevaient en dernier lieu avant l'octroi de leur pension.

Toutes ces institutions ont le statut d'établissements publics, dotés de la personnalité juridique, à l'exception des trois caisses d'entreprise (ce sont les caisses 2, 4 et 7).

L'Union des caisses de maladie a une compétence générale pour toutes les affaires sous réserve des compétences d'attribution dévolues aux caisses de maladie. Elle a notamment pour fonction de :

- mener les négociations avec les prestataires de soins;
- établir le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité;
- établir une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie;
- refixer les taux de cotisation le cas échéant;
- établir le décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie;
- établir et modifier les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations;

- prendre en charge directement certaines prestations de soins (système du tiers-payant).

Les décisions prévues sont soumises à l'approbation du ministre de la sécurité sociale sur avis de l'inspection générale de la sécurité sociale. L'approbation du budget et du taux de cotisation se fait en fonction de leur conformité avec les lois, règlements, statuts et conventions, du caractère réaliste des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que de la croissance globale des frais d'administration.

Les organes de l'Union des Caisses de Maladie sont l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration

Les différentes caisses de maladie gardent essentiellement pour mission le service aux personnes protégées (liquidation des prestations en nature avancées par les assurés, des indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, ainsi que de l'indemnité funéraire). Les caisses sont compétentes pour la gestion de leur patrimoine. Elles disposent de l'autonomie financière et sont gérées par les partenaires sociaux.

2. FINANCEMENT

Au Luxembourg, le mode de financement de l'assurance maladie-maternité est de type contributif. Depuis 1992, l'intervention financière de l'Etat est définie en fonction des cotisations versées par les assurés (et les employeurs pour ce qui est des salariés) et non plus au départ des prestations (exception faite des seules prestations de maternité).

Au 1er janvier 2007, les taux de cotisation sont fixés comme suit :

prestations en nature	5,40%
prestations en espèces	4,70% (ouvriers) 0,20% (employés privés, professions indépendantes)

Les cotisations sont prélevées sur des revenus plafonnés (plafond annuel de salaire: 94.216,8 €)

Pour les salariés, le taux de la cotisation est réparti équitablement entre les assurés salariés et les employeurs. Les mêmes taux sont applicables aux bénéficiaires de pensions et d'indemnités de chômage.

L'Etat supporte 37% des cotisations dues au titre des soins de santé et 10% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires.

3. POPULATION COUVERTE

Sont affiliées obligatoirement aux caisses de maladie les personnes exerçant une occupation professionnelle, soit à leur propre compte, soit pour le compte d'autrui, ainsi que les bénéficiaires de pension et les chômeurs.

Sont également assurés les membres de famille qui font partie du ménage de l'assuré et qui sont à sa charge.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

Le droit aux prestations de santé est accordé dès le début de la maladie et ce pour une période illimitée. En cas de cessation de l'affiliation, le droit est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents.

4.1. PRESTATIONS COUVERTES

Les caisses de maladie prennent en charge, pour tous les assurés, les soins de santé suivants :

1) les soins de médecine et de médecine dentaire;
2) les traitements paramédicaux;
3) les analyses et examens de laboratoire;
4) les prothèses dentaires et orthopédiques ; les orthèses et épithèses ; les greffes d'organes;
5) les produits et spécialités pharmaceutiques;
6) les moyens curatifs accessoires et adjuvants;
7) les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
8) les cures thérapeutiques et de convalescence;
9) rééducation et réadaptation fonctionnelles et traitement psychiatrique ;
10) les frais de voyage et de transport.

La médecine préventive, est organisée dans le cadre de programmes communs réalisés par le Gouvernement et l'union des caisses de maladie. Il s'agit notamment des examens prénuptiaux, des examens pré- et postnataux, des mammographies pour la détection précoce du cancer des seins des femmes qui sont convoquées par le Ministère de la Santé dès l'âge de 50 ans. A signaler en outre les programmes de vaccination contre l'hépatite B, contre la grippe et contre la méningite à ménincoque C.

L'assurance maladie prévoit également la couverture d'autres prestations telles que la prise en charge des prestations de maternité, le paiement d'une indemnité pécuniaire de maladie et le paiement d'une indemnité funéraire.

4.2. Le niveau de couverture par type de prestation

4.2.1. Hospitalisation

Le traitement stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, sont pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention visée à l'article 75 du code des assurances sociales, sauf les exceptions ci-après:

Les personnes protégées participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de 12,03 € pour chaque journée d'hospitalisation entamée.

Sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance.

Les médecins sont payés à l'acte. La convention conclue entre les médecins et l'Union des caisses de maladie prévoit des suppléments en cas d'hospitalisation en première classe. Par contre, les visites et consultations en cas de traitement stationnaire en milieu hospitalier sont prises en charge intégralement.

Les médicaments ne donnent pas lieu à participation de la personne protégée lorsque ces médicaments sont dispensés dans le cadre d'un traitement hospitalier.

Les frais d'entretien en cas d'hospitalisation sont accordés aussi longtemps qu'il ne s'agit pas d'un cas de simple hébergement. Est considéré comme cas de simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier.

4.2.2. Les soins médicaux (généraliste et spécialiste)

Au Luxembourg, le conventionnement de tous les médecins (généralistes et spécialistes) est obligatoire. Par conséquent, tous les médecins doivent appliquer les tarifs fixés dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes.

Les actes et services médicaux inscrits dans la nomenclature des actes médicaux et médico-dentaires en dehors d'un traitement stationnaire en milieu hospitalier sont pris en charge au taux de 90 % des tarifs fixés dans la convention collective.

Pour les visites médicales il est déduit une participation de l'assuré, s'élevant à vingt pour cent du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien, sans que cette participation ne puisse se répéter à charge de l'assuré dans un délai de vingt-huit jours, commençant à courir de la date de la visite grevée de participation.

Les autres visites médicales et les consultations sont prises en charge à raison de quatre-vingt-dix pour cent des tarifs.

4.2.3. Les soins infirmiers à domicile

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des infirmiers sont pris en charge au taux de cent pour cent des tarifs fixés conformément à l'article 66 du code des assurances sociales. Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des infirmiers ne sont opposables à

l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les trente jours de la date de l'émission de l'ordonnance.

Les articles de pansement, d'injection, de perfusion et le matériel nécessaire à la dispensation des soins infirmiers, à l'exception des médicaments et des fournitures déterminés par convention, sont mis à disposition de la personne protégée par le prestataire et pris en charge selon des taux différents entre 80 et 100% par l'assurance maladie.

4.2.4. Les médicaments en ambulatoire

La prise en charge des médicaments se limite aux seuls médicaments admis à la vente au Grand-Duché, portés sur une liste positive prévue par la convention conclue entre l'union des caisses de maladie et le groupement professionnel des pharmaciens et est soumise à la condition que ces médicaments soient prescrits dans les indications thérapeutiques pour lesquels ils ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché.

Les médicaments bénéficiant d'une prise en charge sont rangés dans trois classes différentes.

- le taux de remboursement de 100 % s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant en général qu'une seule matière active et destinés à combattre des maladies de longue durée;
- le taux normal de 80 % s'applique à tous les médicaments non visés par une disposition spécifique et pour les prescriptions magistrales
- le taux de 40 % s'applique aux médicaments à indication thérapeutique plus limitée (analgésiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, …)

Notons que dans le traitement de certaines maladies longues et coûteuses, le taux de couverture de 100% s'applique à tous les médicaments repris dans la liste positive

Les médicaments et fournitures de confort (non repris dans la liste positive) ne sont pas pris en charge

4.2.5. Les soins dentaires

Au-delà d'un montant de 42,37 € intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de quatre-vingt-quinze pour cent des tarifs conventionnels.

Les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de quatre-vingt pour cent des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de cent pour cent de ces tarifs. La participation personnelle n'est pas mise en compte pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse. La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

Les anesthésies locales ou régionales ne sont à charge de l'assurance maladie qu'en cas d'extractions, de pulpectomies ou de chirurgie maxillo-buccale. Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par année de calendrier.

Aucune position de la nomenclature relative aux actes médico-dentaires concernant l'orthodontie ne peut être prise en charge plus d'une seule fois. Le traitement d'orthodontie n'est pris en charge que s'il est fait sur autorisation préalable et sous surveillance du contrôle médical. Le remboursement des frais du traitement d'orthodontie ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

Des suppléments pour les convenances personnelles des personnes protégées, des dépassements de tarifs des médecins et médecins-dentistes pour l'hospitalisation en première classe, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical. Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

4.2.6. La physiothérapie

Le traitement des victimes d'accidents ou d'affections qui nécessitent une rééducation ou une réadaptation fonctionnelle continue dans un établissement spécialisé, sous la surveillance d'un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle, est pris en charge par l'assurance maladie. Les frais résultant du traitement sont pris en charge directement par l'assurance maladie.

Par journée de traitement, les personnes protégées participent à leur entretien à raison de

- 12,03 € par jour en cas de traitement stationnaire
- 6,02 € par jour en ambulatoire

4.2.7. Les soins résidentiels pour personnes âgées

Conformément aux dispositions de la loi du 19 juin 1998, portant introduction d'une assurance dépendance, l'assurance dépendance prend en charge les aides et les soins dont les personnes dépendantes bénéficient lorsqu'elles sont hébergées en établissement d'aides et de soins.

L'assurance dépendance applique dans ce cas le système du tiers payant, ce qui revient à dire que l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, à savoir l'Union des caisses de maladie, prend directement en charge les prestations en nature qui sont fournies à la personne dépendante dans un établissement d'aides et de soins.

L'assurance maladie couvre les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance dépendance, comme c'est notamment le cas pour les frais de médicaments et les frais médicaux.

Seuls les frais d'hôtellerie, à savoir les dépenses pour l'hébergement et les repas, restent à charge de la personne dépendante qui se trouve en établissement d'aides et de soins. Il appartient aux gestionnaires des établissements d'aides et de soins de fixer un prix journalier pour cette catégorie de dépenses.

4.3. Mode de liquidation des prestations

Les prestations sont accordées soit sous forme de remboursement par les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par l'Union des caisses de maladie ; dans ce dernier cas, le prestataire de soins ne réclame au patient que le ticket modérateur.

A défaut de disposition conventionnelle contraire, le mode de la prise en charge directe ne s'applique qu'aux actes, services et fournitures ci-après :

- les analyses et examens de laboratoires;
- en cas de séjour de douze heures au moins en milieu hospitalier, l'ensemble des frais d'entretien et de traitement, à l'exception des honoraires médicaux;
- les produits et spécialités pharmaceutiques, dispensés en dehors du milieu hospitalier;
- la rééducation et la réadaptation fonctionnelles dans un établissement spécialisé;
- la transfusion sanguine.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Chaque patient bénéficie du libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier.

Tous les médecins sont autorisés à exercer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg. Ils tombent obligatoirement sous le champ d'application de la convention conclue entre l'Union des caisses de maladie et l'Association des médecins et médecins-dentistes.

Comme la quasi-totalité de la population résidante est couverte par l'assurance maladie obligatoire, les médecins n'ont guère la possibilité d'avoir des patients privés. Les médecins sont rémunérés à l'acte et les honoraires sont adaptés a) au coût de la vie (échelle mobile des salaires) et b) tous les deux ans (adaptations extraordinaires) après négociation.

En cas d'échec de la négociation est mise en place un médiateur, choisi par les parties signataires de la convention sur une liste établie préalablement par ces mêmes parties.

En cas d'échec de la médiation, le Conseil Supérieur des Assurances Sociales, juridiction suprême en matière de législation sur la sécurité sociale, rend une sentence arbitrale non susceptible de recours.

6. ROLE DES MUTUALITES

Les sociétés mutualistes n'exercent aucune fonction au sein du régime d'assurance maladie obligatoire. Elles n'ont donc pas de moyen d'action dans la détermination des prestations et des cotisations et elles ne participent pas à la gestion des caisses de maladie.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

L'assurance maladie-maternité a été réformée en profondeur par la loi du 27 juillet 1992. Les principaux changements instaurés sont:

- la modification du système de financement de l'assurance maladie avec la participation de l'Etat au niveau des cotisations et non plus au niveau des prestations. Le budget global de l'assurance maladie doit en outre être en équilibre. En cas de déficit, le taux des cotisations doit être relevé.
- le nouveau système de financement des hôpitaux : système budgétaire intégrant toutes les prestations à l'exception des honoraires des médecins et des professionnels de la santé qui ne sont pas des salariés de l'hôpital.

Suite aux élections de juin 2004 le nouveau Gouvernement, se composant des chrétiens-sociaux et des socialistes (nouveau partenaire dans la coalition et remplaçant les libéraux) le Ministère de la Sécurité sociale et le Ministère de la Santé sont placés sous un ministre socialiste.

Compte tenu d'une situation financière favorable pendant trois exercices par l'effet de mesures prises prévoyant des participations des assurés plus élevées et une augmentation des taux de cotisation, l'ancien ministre libéral avait augmenté les tarifs des médecins et procédé à des investissements importants en matière d'infrastructure hospitalière.

Pour l'exercice 2004 et 2005 les caisses de maladie accusent de nouveau un excédent des dépenses, dû également à une réduction des recettes en cotisation.

Lors d'une conférence de presse le 2 février 2005 le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale a présenté les grandes lignes de sa politique en matière d'assurance maladie et des mesures qu'il entend prendre en vue du maintien du rétablissement de l'équilibre financier.

Plutôt que de remettre en question les principes du libre accès aux soins et du financement solidaire, les acteurs (Gouvernement, partenaires sociaux et prestataires de soins) se sont mis d'accord d'œuvrer dans un esprit de solidarité pour garantir la pérennité du système d'assurance maladie. Dans ce contexte, des mesures dans tous les domaine, notamment de la prévention, de la détection précoce, de l'information, de la qualité, du contrôle de la qualité et des critères de contrôle, ainsi que les sanctions en cas d'infractions dûment constatées, ont été retenues. Ceci pour provoquer un changement des attitudes et une responsabilisation de tous les acteurs actifs et passifs, prescripteurs et prestataires, bénéficiaires et financiers du système d'assurance maladie.

7.1. Mesures prises

7.1.1. Mesures adoptées par l'assemblée générale de l'UCM

Lors de sa réunion du 15 novembre 2005, l'assemblée générale de l'UCM a décidé majoritairement d'augmenter de 5 % à 10 % la participation des assurés pour les consultations et visites médicales.

Depuis lors, le budget de l'assurance maladie se caractérise par un équilibre fragile, n'ayant nécessité aucune autre adaptation.

7.1.2. Mise en place d'un comité de pilotage

Sous le patronage du Ministre de la Sécurité sociale, un comité de pilotage regroupant des experts gouvernementaux en matière de santé et de sécurité sociale a été mis en place pour suivre l'évolution des recettes et des dépenses et accompagner l'action concertée. Un comité de pilotage élargi comprenant en plus les représentants des partenaires sociaux, de l'AMMD et de l'EHL sera mis en place et se réunira entre les réunions de la quadripartite pour suivre de près l'évolution des mesures proposées par celle-ci.

7.1.3. Mise en place d'un conseil scientifique

La mise au point et l'application de guides de recommandations de pratiques cliniques soutient une pratique médicale fondée sur l'expérience et les résultats d'études cliniques. Ceci implique à terme une meilleure information de tous les acteurs concernés et permet de mieux gérer la demande pour certaines prestations ou certains soins discrétionnaires et d'en réduire la consommation inadaptée sans remettre en cause le droit des patients à des prestations de haute qualité et à la garantie d'accès aux soins.

Bien que la maxime de « l'utile et du nécessaire » se trouve ancrée depuis longtemps dans le Code des assurances sociales, le choix de «l'utile et du nécessaire» a, dans le passé, été laissé le plus souvent à l'appréciation individuelle sans pourtant fournir le support, les critères et le référentiel en conformité duquel le système revendique ce choix.

L'introduction des recommandations de bonnes pratiques entend influencer les comportements des praticiens en leur proposant de se fier à des guides élaborés par des communautés scientifiques. Ces recommandations sont basées sur l'analyse critique d'un grand nombre d'études scientifiques et se concentrent sur les résultats concrets et mesurables des actions cliniques (« evidence based medicine»).

L'ambition de transposer un principe tel que «l'utile et le nécessaire» dans une réalité tangible a amené le Comité quadripartite à proposer l'institution d'un Conseil scientifique.

La première mission du Conseil scientifique, composé avant tout de praticiens, est d'identifier, ensemble avec les principaux acteurs (partenaires sociaux, médecins, hôpitaux, etc), les thèmes médicaux prioritaires et de récolter les informations scientifiques disponibles sur ces sujets.

Le Luxembourg se trouve dans l'impossibilité matérielle de se doter d'instituts scientifiques possédant les compétences pour déterminer des recommandations à partir de ses propres recherches et évaluations scientifiques. Dans ses travaux, le Conseil scientifique doit dès lors collaborer avec des instituts renommés de l'étranger qui disposent des bases de données nécessaires.

Les résultats des travaux du Conseil scientifique sont diffusés au corps médical luxembourgeois, à l'EHL et aux représentants de l'UCM sous forme de recommandations de bonne pratique.

Cette aide permet aux médecins de disposer de recommandations écrites pour les guider dans leur pratique journalière. Ces recommandations constituent également

un instrument de soutien précieux dans leurs relations avec les patients et feront l'objet de campagnes d'information ciblées de la part de la Direction de la santé.

7.1.4. Usage judicieux des médicaments

En ce qui concerne la consommation des médicaments, il est impératif pour une bonne santé des bénéficiaires et une meilleure maîtrise des dépenses en soins de santé de promouvoir l'usage judicieux des médicaments. La campagne lancée pour l'usage raisonné des antibiotiques en est un premier exemple. Elle sera suivie d'une initiative concernant le bon usage des médicaments psychotropes.

7.1.5. Organisation hospitalière

Afin de mieux réguler la capacité hospitalière, tout en tenant compte des nouveaux besoins de santé, et d'optimiser l'allocation des ressources nécessaires, le Ministre entend traiter de façon prioritaire les domaines d'action suivants :

- L'évaluation du mode de fonctionnement actuel de l'attribution des services hospitaliers.
- La poursuite des synergies et regroupements entre établissements hospitaliers devant aboutir à la création de centres de compétence.
- L'analyse de la gestion hospitalière et du management des hôpitaux.
- L'étude des moyens appropriés pour associer le corps médical de manière renforcée à la gestion hospitalière.
- L'analyse des besoins réels en matière de recrutement de médecins spécialistes.
- Le strict respect des crédits alloués pour les nouveaux investissements.

7.1.6. Conclusion

Tout en continuant à assurer une couverture optimale des soins de santé, il est retenu d'éviter des doubles, voire des triples emplois, coûteux en matière d'analyses, d'imagerie et de dispensation des soins de santé. Pour éviter l'évolution non contrôlée du coût des prestations et pour maîtriser les dépenses de soins de santé, « à soigner mieux en dépensant mieux », il sera essayé d'arriver à un partage équilibré de l'effort entre l'ensemble des acteurs concernés que sont les prescripteurs, les prestataires, les bénéficiaires et les financiers.

7.2. Mesures proposées pour accroître la performance du système de santé

7.2.1. L'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales

Objet : L'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales permettra le partage des données médicales nécessaire à une organisation et une dispensation des soins efficiente.

La liberté du patient comme du médecin constitue une des forces de notre système de santé. Cette liberté peut hélas conduire à un manque de transparence au niveau des données médicales, favorisant ainsi la multiplication des actes techniques, la redondance et la duplication tout en augmentant inutilement les dépenses et certains risques.

L'optimisation de l'efficience du système de santé passe donc aussi par la responsabilisation du prestataire de soins et du patient. Une meilleure information du patient lui permettra de participer aux décisions le concernant et conduira donc à une responsabilisation accrue du patient dans la prise en charge de sa maladie.

L'outil le plus efficace de la coordination des soins et d'une meilleure information est le dossier médical informatisé ou électronique qui vise les échanges de données pour un patient par support informatique (transfert d'images – radiologie, endoscopies, etc. -, transmission de résultats d'examens biologiques…). Ce dossier médical devra satisfaire à toutes les obligations découlant de la loi sur la protection des données et son accès devra être soumis au contrôle du patient.

Le projet pilote du dossier médical du médecin généraliste (DMG), dont la mise en place est prévue dès que la Commission nationale pour la protection des données aura donné son approbation, en constitue une première approche qui devra ensuite être soumise à évaluation. Notons que ce dossier ne pourra pas encore recourir à un échange des données médicales par voie électronique, mais que cet échange se fera sur base de documents établis.

Par ailleurs, le projet du « carnet radiologique digital », qui entend mettre à disposition des praticiens et des médecins prescripteurs, sous forme électronique, des informations sur le passé radiologique du patient, poursuit le même objectif d'échange de données médicales.

Enfin, le comité quadripartite a retenu qu'un système intégré de données du patient pour améliorer la coordination et la qualité ainsi que l'efficience de la prise en charge du patient devra à moyen terme être développé. A cette fin, des entrevues ont d'ores et déjà été programmées avec les acteurs concernés.

7.2.2. L'évaluation régulière des prescriptions

Objet : L'évaluation régulière des résultats des mesures introduites permettra d'améliorer les performances du système de santé et s'inscrira dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

La publication de recommandations concernant la bonne pratique médicale n'aura pas d'effets concrets, si des évaluations systématiques ne sont pas introduites. Cette évaluation peut être globale ou individuelle. Chaque prestataire sera soumis à une évaluation périodique, mais à échéance aléatoire, et devra alors le cas échéant rendre compte de son activité par rapport aux recommandations émises. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux personnes concernées.

Comme mesure corollaire, les critères de mesures, les instruments juridiques ainsi que les sanctions possibles devront être élaborés et inscrits dans la loi.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale procède annuellement à l'évaluation des prescriptions en matière de médicaments. Chaque prestataire disposera sous peu de son profil de prescripteur comparé à une moyenne répondant à des standards internationaux.

Il va de soi, que cette démarche qui vise la normalisation de la consommation et des prescriptions en matière de médicaments et qui poursuit comme objectif la modération des dépenses de l'assurance maladie, dépend aussi de la disposition des médecins à collaborer activement à une maîtrise des prescriptions.

7.2.3. *Réforme structurelle de la sécurité sociale luxembourgeoise*

Objet : Le gouvernement luxembourgeois est actuellement engagé dans une réforme visant à introduire un « statut unique » pour tous les salariés du secteur privé. Cette réforme structurelle, considérée par les Ministres concernés comme étant « la réforme du siècle » met fin aux distinctions, voire discriminations existant depuis toujours entre ouvriers et employés.

Bien que l'introduction d'un statut unique relève essentiellement du droit du travail, elle entraîne toutefois une nouvelle répartition des charges entre les employeurs et la sécurité sociale, en généralisant la continuation de la rémunération par l'employeur en cas de maladie.

a. Les indemnités pécuniaires.

D'après la législation en vigueur, la rémunération d'un employé incapable de travailler pour cause de maladie, reste entièrement à charge de son employeur, à partir du premier jour de l'incapacité de travail jusqu'à la fin du mois en cours, ainsi que pendant les trois mois subséquents. Ce n'est qu'à partir du premier jour du quatrième mois suivant celui de la survenance de l'incapacité de travail que la rémunération est prise en charge par l'assurance maladie.

Pour les ouvriers la situation est tout à fait différente, dans la mesure ou toute incapacité de travail est dès le premier jour de sa survenance, à charge de la sécurité sociale.

Avec l'introduction d'un statut unique, tous les salariés de droit privé bénéficient en cas d'incapacité de travail de la continuation de leur rémunération, pendant une période pouvant varier entre 77 et 107 jours, à compter à partir de la survenance de la maladie. L'assurance maladie intervient, le cas échéant, pour le reste de la période d'indemnisation.

La répartition exacte entre la sécurité sociale et l'employeur se fait suivant un mode de calcul basé sur le cumul des périodes d'incapacité de travail des douze derniers mois.

La période minimale à couvrir par l'employeur pendant cette période de référence de douze mois est fixée à 77 jours. Quand l'employeur a complété la période de 77 jours, il est toutefois obligé à maintenir le paiement de la rémunération jusqu'à la fin du mois en cours.

A partir du premier jour du mois suivant, l'assurance maladie prend en charge l'indemnisation des incapacités de travail, tant que le cumul des jours d'incapacité de travail pris en compte par l'employeur au cours des douze mois précédents, reste supérieur à 77 jours.

Au bout de cette période, la charge retourne à l'employeur et ce à partir du début du mois suivant.

	9 / 2005	10 / 2005	11 / 2205	12 / 2005	1 / 2006	2 / 2006	3 / 2006	4 / 2006	5 / 2006	6 / 2006	7 / 2006	8 / 2006	9 / 2006	10 / 2006	11 / 2206	12 / 2006	1 / 2007	2 / 2007	3 / 2007	4 / 2007	5 / 2007	6 / 2007	7 / 2007	8 / 2007	9 / 2007	10 / 2007	11 / 2207	12 / 2007	1 / 2008	2 / 2008	3 / 2008
total			1			5								2	30	31	31	28	31	10			5			10	30	31	31	28	31
charge employeur			1			5								2	30	31	31											31	31	28	
cumul 12 mois *)			1	1	1	6	6	6	6	6	6	6	6	8	37	68	99	94	94	94	94	94	94	94	94	92	62	62	62	90	90
charge caisse																		28	31	10			5			10	30				31

**) Nombre total de jours d'incapacité de travail au cours de la période de référence de douze mois pour lesquels l'employeur a maintenu la rémunération.*

La nouvelle répartition des charges entre l'assurance maladie et l'employeur va de pair avec une uniformisation du taux de cotisation prévu en matière d'indemnisation des périodes d'incapacité de travail. Actuellement ce taux se situe à 4,70 % pour les ouvriers et à 0,20 % pour les employés. Le taux unique prévu s'élève à 0,50 % et apporte ainsi à tous les salariés à salaires bruts égaux des salaires nets égaux.

Le nouveau système entraîne donc un transfert de la charge de la sécurité sociale vers les employeurs, qui doivent dès lors s'affilier obligatoirement à une mutuelle en vue du remboursement au taux de 80 % des rémunérations ainsi payées.

b. L'organisation administrative de la sécurité sociale.

L'introduction d'un statut unique ne se répercute pas seulement au niveau des prestations de l'assurance maladie. La suppression des distinctions socioprofessionnelles entraîne en outre une réorganisation de la structure organisationnelle de la sécurité sociale. En effet, depuis la création de l'assurance maladie en début du siècle dernier, la sécurité sociale luxembourgeoise a été organisée en fonction des différents groupes socioprofessionnels.

Ainsi on distingue aujourd'hui en ce qui concerne l'assurance maladie, entre neuf organismes différents tels que la caisse de maladie des ouvriers, des employées privés, des fonctionnaires etc ..., chaperonnés par l'Union des caisses de maladie. Les caisses de maladie assurent la liquidation des indemnités pécuniaires, ainsi que le remboursement des soins de santé avancés par les assurés. L'Union des caisses de maladie se charge entre autres d'établir le budget global de l'assurance maladie, de fixer les taux de cotisations, de définir le catalogue des prestations et de mener les négociations avec les prestataires de soins.

L'introduction d'un statut unique ne permet plus de maintenir pour les salariés du secteur privé, un système de sécurité sociale où l'affiliation aux organismes se fait suivant le statut socioprofessionnel.

La réforme prévoit en conséquence la création d'une Caisse nationale d'assurance maladie, regroupant l'Union des caisses de maladie, les quatre caisses de maladie des salariés du secteur privé, ainsi que les deux caisses de maladie des non salariés. Seules les trois caisses de maladie du secteur public sont maintenues avec leurs compétences actuelles, c'est à dire le remboursement des prestations à leurs assurés.

La Caisse nationale d'assurance maladie est placée sous l'autorité d'un comité directeur auquel il appartient entre autres de statuer sur le budget global de l'assurance maladie, d'établir et de modifier les statuts et de fixer les taux de cotisations.

Ce comité directeur est composé paritairement de représentants des différents syndicats d'un côté et du groupement des employeurs de l'autre, l'Etat étant représenté par un président fonctionnaire.

Dans le souci d'assurer la représentation de toutes les catégories socioprofessionnelles, les membres du comité directeur sont désignés par les différentes chambres professionnelles, telles que la Chambre des salariés, la Chambre de commerce, la Chambre d'agriculture,
etc ...

c. Les prestations en matière de soins de santé.

L'introduction du statut unique se répercute donc tant sur l'organisation de la sécurité sociale, que sur l'indemnisation par l'assurance maladie des périodes d'incapacité de travail. Elle n'a cependant aucune influence sur les prestations en matière de soins de santé, une harmonisation de ces prestations ayant déjà été réalisée en 1974.

Le projet de loi portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé a été déposé à la Chambre des députés en août 2007, après de longues discussions avec toutes les parties concernées.

L'entrée en vigueur est prévue pour le 1er janvier 2009.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

Les domaines couverts par une assurance privée sont limités. Ils concernent :

- la participation personnelle des assurés aux frais médicaux laissés à leur charge;
- les frais supplémentaires en cas de séjour à l'hôpital dans le régime particulier (dit "séjour en 1ère classe");
- le paiement d'une indemnité journalière pour les incapacités de travail des travailleurs indépendants.

Ces domaines ont toujours été le champ d'activité classique et exclusif des mutualités. Au cours des dernières années, les assureurs privés (sociétés commerciales) ont entrepris de s'engager sur ce terrain.

La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste (C.M.C.M.), qui est l'organisme assureur mutualiste en matière de soins de santé, est la mutualité la plus importante du pays (trois quarts de la population y sont affiliés).

Les prestations de la C.M.C.M. et des autres sociétés mutualistes (pour une part minime toutefois) dans le domaine de l'assurance maladie privée représentent 2% des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Les prestations des assurances commerciales représentent 1% du volume des prestations du régime obligatoire.

2. ASSURANCES PRIVEES PAR LA MUTUALITE

2.1. Fonctions de la mutualité

La Mutualité luxembourgeoise a une fonction complémentaire au régime d'assurance maladie obligatoire. Elle prend en charge la partie des frais que le patient doit supporter après l'intervention de la caisse de maladie.

Par ailleurs, la mutualité participe avec les caisses de maladie et le Ministère de la Santé aux campagnes de sensibilisation des assurés dans le cadre de l'éducation à la santé.

La loi du 7 juillet 1961 sur les sociétés de secours mutuel détermine le champ d'activités de la mutualité, ses modes de gestion et sa tutelle administrative (Ministère de la Sécurité Sociale). Cette loi a remplacé la loi du 11 juillet 1891, qui fut la première loi à reconnaître officiellement le mouvement mutualiste. Cette loi est antérieure à la création de la première loi de 1901 sur l'assurance maladie des ouvriers.

2.2. Types de couverture

2.2.1. Catégories des membres assurés

Il y a lieu de faire la distinction entre :

- les membres participants ou "membres effectifs";
- les membres honoraires qui versent des cotisations mais ne perçoivent aucune prestation.

Les membres participants ont des personnes à charge qui peuvent bénéficier de certaines prestations. Les statuts de certaines sociétés, notamment ceux de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste, désignent les membres participants par "affiliés" et les autres personnes protégées par "coaffiliés".

La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste maintient la coassurance des enfants à charge jusqu'à l'âge de 19 ans accomplis et au-delà si l'enfant poursuit des études. Aucune limite d'âge supérieure n'est prévue par les statuts de cette caisse.

2.2.2. Types de couverture

Les prestations offertes par la C.M.C.M. sont les suivantes :

1) les frais de séjour hospitalier non remboursés par la caisse de maladie;
2) les suppléments réclamés en chambre particulière;
3) les frais de traitement pré- et postopératoire;
4) les fournitures de prothèses dentaires;
5) les cures de convalescence et de rééducation;
6) les frais d'investigation, médicaux, d'opération, d'hospitalisation et les frais connexes en cas d'intervention chirurgicale à l'étranger[137].
7) les services d'assistance offerts en cas de séjour à l'étranger.

En règle générale, les frais sont avancés par les affiliés et sont remboursés par la C.M.C.M. Toutefois, la prise en charge directe (système dit du "tiers-payant") s'applique pour les frais suivants :

- frais de séjour dans les hôpitaux du pays (découvert non pris en charge par les caisses de maladie);
- tous les frais occasionnés par une intervention chirurgicale à l'étranger, accordée par la C.M.C.M. dans le cadre des conventions conclues, ou intervenue d'urgence à l'étranger dans le cadre des contrats d'assistance.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. FORMES DE REMUNERATION

1.1. Principes directeurs

1.1.1. Système conventionnel

Les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Il est conclu une convention distincte pour:

1) les médecins;

[137] La prise en charge est totale en cas d'hospitalisation dans un centre hospitalier avec lequel la C.M.C.M. a conclu une convention ou avec un organisme mutualiste étranger (par exemple en Allemagne pour tous les centres hospitaliers). Au cas où il n'existe pas de convention, le remboursement est partiel (forfaitaire).

2) les médecins-dentistes;
3) chacune des professions de la santé;
4) les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique;
5) les établissements de cures thérapeutiques;
6) les établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles;
7) les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses;
8) les pharmaciens;
9) les opticiens;
10) la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés;
11) les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés.

Tout arrangement conclu par les parties, à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu.

Les conventions déterminent obligatoirement :

- les dispositions organisant la transmission et la circulation des données entre les prestataires de soins, les assurés, le contrôle médical de la sécurité sociale, l'Union des caisses de maladie ainsi que les caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication;
- le respect de la nomenclature des actes par les prestataires concernés;
- la période de validité;
- les modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant l'échéance.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- des engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel;
- des dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale.
- les modalités du dépassement des tarifs ;
- les références médicales opposables aux médecins et médecins-dentistes élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire;
- les sanctions financières en cas de non observation des références médicales opposables consistant dans la restitution, éventuellement forfaitaire, de tout ou partie des honoraires afférents ou du paiement d'une partie des soins ou prescriptions à l'union des caisses de maladie;
- les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins.

1.1.2. Mode de fixation des tarifs

Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins et qui sont pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans différentes nomenclatures. Ces nomenclatures sont arrêtées conjointement par les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale et la santé, sur

base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de Nomenclature, le Collège Médical et le Conseil Supérieur des professions de santé saisis pour avis.

Dans chacune de celles-ci, chaque acte ou service est désigné par une lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte. Les tarifs des actes sont fixés en multipliant les coefficients par la valeur des lettres-clé respectives.

1.2. Procédure de fixation

1.2.1. Organe de négociation

Les conventions sont conclues par l'Union des caisses de maladie et par les groupements professionnels possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements professionnels s'apprécie au niveau de la profession en fonction des effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté du groupement.

Les litiges sont portés par tout groupement professionnel intéressé devant le Conseil Supérieur des Assurances Sociales dans les dix jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le Conseil Supérieur des Assurances Sociales statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les quinze jours de la saisie.

A défaut du groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le Ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale sur avis de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, et, le cas échéant, sur la base de la convention-type proposée par l'Union des Caisses de Maladie.

Lorsque des prestations sont dispensées par un service public ne disposant pas de la personnalité juridique, le service intéressé est valablement admis à titre de partie aux conventions par l'organe du responsable de sa direction ou de son remplaçant dûment mandaté.

1.2.2. Procédure de négociation et validation des accords

Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation de la valeur des lettres-clé ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans certaines conditions.

Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune de ces parties, moyennant un préavis de douze mois. Les négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de l'Union des caisses de maladie.

A défaut d'entente collective sur une nouvelle convention dans les six mois suivant la dénonciation de l'ancienne convention ou en l'absence d'accord avant le 31

décembre sur la revalorisation de la lettre-clé, l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de cinq ans par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le Ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Lorsque la médiation n'aboutit pas à une nouvelle convention ou à un accord sur la revalorisation de la lettre-clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil Supérieur des Assurances Sociales. Ce dernier rend alors une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucun recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

Les conventions et leurs avenants, y compris ceux ayant pour objet l'adaptation de la valeur de la lettre-clé, sont notifiés au Ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale qui, s'il les estime contraires aux lois et règlements, dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

1.2.3. Sanctions

Une commission de surveillance, composée d'un président désigné par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, de deux délégués désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et de deux délégués désignés par le ou les groupements signataires de chacune des conventions, est compétente:

1. pour les litiges lui déférés par les prestataires de soins dans le cadre de la prise en charge directe par l'union des caisses de maladie ;

2. pour les litiges lui déférés par un assuré ou par un prestataire de soins au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs

Si, dans les litiges visés sous le numéro 1), la commission de surveillance décide que c'est à tort que l'union des caisses de maladie a refusé le paiement ou opéré un redressement des factures présentées, elle prononce le paiement ou le redressement qui s'impose au profit du prestataire de soins.

Dans les litiges visés sous le numéro 2), la caisse de maladie et, suivant le cas, l'assuré ou le prestataire de soins sont mis en intervention par le président de la commission de surveillance. Si la commission de surveillance décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mis en compte. Dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

Ces décisions de la commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie, l'assuré ou le prestataire de soins devant le conseil arbitral des assurances sociales. L'appel est porté devant le conseil supérieur des assurances sociales quelle que soit la valeur du litige.

En outre, la commission de surveillance est compétente pour examiner :

- les rapports d'activité qui lui sont soumis par le directeur du contrôle médical de la sécurité sociale concernant l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater éventuellement la non observation des références médicales opposables ou toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- les faits signalés par le président de l'union des caisses de maladie ou le président d'une caisse de maladie et susceptibles de constituer une violation répétée par un prestataire d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle.

La commission convoque le prestataire pour l'entendre dans ses explications. Elle peut procéder à toute mesure d'investigation qu'elle peut déléguer à son président. Si la commission estime être en présence de la non observation des références médicales opposables, de toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire ou de la violation répétée d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle, elle renvoie l'affaire devant le conseil arbitral des assurances sociales, à moins qu'une transaction n'intervienne dans la limite des sanctions prévues à l'alinéa qui suit.

Après avoir instruit l'affaire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du contrôle médical ou bien du président de l'union des caisses de maladie, d'autre part, le conseil arbitral a autorité pour prononcer à l'encontre du prestataire en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable:

1. une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser 12.394,68 €
2. la sanction financière prévue par la convention en cas de non observation des références médicales opposables;
3. la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par patient en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents; ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Le conseil arbitral des assurances sociales peut ordonner les mesures de publicité à donner à sa décision qui est susceptible d'appel devant le conseil supérieur des assurances sociales quelle que soit la valeur du litige.

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANT)

2.1. Principes directeurs

Les rapports entre l'assurance maladie et tous les prestataires de soins exerçant en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Par conséquent, il y a lieu de se référer au point lll.1

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[138] DES SERVICES DE SANTE

Une privatisation des services de santé n'existe pas au Luxembourg, en raison du conventionnement obligatoire des prestataires de soins et de santé, ainsi que de la budgétisation des hôpitaux.

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

La fusion de certaines caisses de maladie se situe dans le cadre de la réforme structurelle de la sécurité sociale traitée sous A.7.2.3.

3. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS / DISPOSITIFS MEDICAUX

3.1. Processus de décision pour la mise sur le marché, l'utilisation et le remboursement

a. Mise sur le marché

La mise sur le marché de toute spécialité pharmaceutique et de tout médicament préfabriqué est subordonnée à l´octroi d´une autorisation préalable délivrée par le Ministre de la Santé.

Dès que le demandeur a obtenu l´autorisation de mise sur le marché il devient titulaire de ladite autorisation. Il est dès lors tenu de transmettre immédiatement au Ministre de la Santé tout élément nouveau constituant un complément d´information aux éléments du dossier d´enregistrement et notamment toute interdiction ou restriction imposée par les autorités responsables du pays d´origine et des pays où le médicament est dans le commerce.

Le Ministre de la Santé refuse l´autorisation de mise sur le marché lorsque :

- le médicament est nocif dans les conditions normales d´emploi;
- l´effet thérapeutique fait défaut ou est insuffisamment justifié par le demandeur;
- le médicament n´a pas la composition qualitative ou quantitative déclarée.
- Remboursement

[138] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

Les médicaments sont pris en charge sur présentation d'une ordonnance médicale au taux normal de 80 %. Le taux préférentiel de 100 % s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, destinés à combattre des maladies de longues durées (p. ex. antiasthmatiques, antidiabétiques, antihypertenseurs, antitumoraux). Le taux réduit de 40 % s'applique aux médicaments à indication thérapeutique plus limitées. Les médicaments et fournitures de confort ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

4. EXISTENCE DE MEDECINE A DOUBLE VITESSE

4.1. Situation

Une médecine à double vitesse n'existe pas au Luxembourg, en raison du conventionnement obligatoire des prestataires de soins et de santé, ainsi que de la budgétisation des hôpitaux.

Pays-Bas

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	14492	14952	15459	15926	16320	16346´[1]
Espérance de vie - Femmes à la naissance – Années	79.6	80.9	80.4	80.5	8106	81.9´[1]
Espérance de vie - Hommes à la naissance – Années	73.1	73.8	74.6	75.5	77.2	77.6´[1]
Dépenses totales de santé - Millions US$, PPA	14307	21504	28227	35976	52091	55428´[1]
Dépenses totales de santé - % du PIB	7.4	8.0	8.4	8.3	9.2	9.3´[1]
Dépenses publiques santé/% des dépenses totales de santé .	70.8	67.1	71.0	63.1	62.5´[3]	-

-: Données non disponibles ; ´[1, ´2, ´3 Données des 1, 2 ou 3 années précédentes *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

La population des Pays-Bas s'élève à 16 millions d'habitants. Comme chez ses voisins, le système de soins de santé y est très développé et constitue un élément important de l'économie néerlandaise. Son financement est essentiellement couvert par un système public et privé d'assurances. Le système de soins de santé offre à la fois une couverture universelle (100 % de la population) et complète (la majorité des types de soins).

En 2006, un régime d'assurance maladie de base ou standard a été introduit. Ce nouveau régime remplace l'ancien système dual de l'assurance maladie sociale obligatoire et de l'assurance maladie privée volontaire de substitution dans le deuxième bloc.

L'assurance maladie standard ou de base

L'assurance maladie standard a été introduite en 2006.L'objectif consistait à introduire une assurance standard pour les coûts des soins curatifs ainsi qu'à élargir

la liberté de choix des assurés. Cette assurance maladie standard ou de base met un terme au précédent système dual des fonds d'assurance maladie obligatoires (*Ziekenfondsen*), régis par la Loi sur l'assurance maladie générale (*Ziekenfondswet*) et de l'assurance maladie privée volontaire.

Les principaux éléments permettant de préserver la solidarité dans le cadre de l'assurance maladie standard ou de base sont les suivants :

- **Libre inscription**

  Tous les citoyens néerlandais sont obligés de souscrire une assurance maladie et tous les organismes assureurs néerlandais sont tenus d'accepter tous les citoyens. La sélection des risques par les assureurs en soins de santé n'est pas autorisée, ce qui garantit une couverture à 100% de tous les citoyens néerlandais.

- **Couverture standard ou de base**

  Le ministre de la Santé a défini par loi quels types de soins doivent être couverts par les assureurs néerlandais en soins de santé. Cette couverture de base fixe un minimum et un maximum – les assureurs en soins de santé peuvent offrir une plus grande couverture mais uniquement dans le cadre d'une assurance complémentaire séparée. La nouvelle assurance n'est en principe pas destinée à modifier la couverture. Une réduction avec un maximum de 10 % n'est possible que pour des conventions d'assurance collective, par exemple d'un employeur.

- **Primes fixes/Pooling**

  La différentiation des primes pour une même police d'assurance n'est pas autorisée. Les assureurs néerlandais en soins de santé peuvent offrir différentes polices mais une même police doit avoir le même coût pour toutes les personnes qui veulent y souscrire.

- **Péréquation du risque**

  Pour garantir une libre inscription et l'obligation de contracter une police, les assureurs en soins de santé participeront à un système de péréquation du risque. Ce fonds national redistribue l'argent des assureurs en soins de santé ayant un portefeuille «sain» aux assureurs ayant une population «coûteuse» d'assurés. La redistribution aura lieu selon un système d'ajustement du risque perfectionné et permettra aux assureurs financièrement plus sollicités de rester en activité. Bien entendu, les assureurs en soins de santé sont toujours responsables en cas de mauvaise gestion et seuls la santé et le statut socio-économique de l'assuré sont pris en compte par le système d'ajustement du risque.

1. ORGANISATION

Aux Pays-Bas, l'assurance maladie est réglementée par le gouvernement central (voie législative). Dans le cadre d'un processus de réforme, le gouvernement central a toutefois décidé de conférer aux prestataires de soins et aux organismes assureurs certaines responsabilités en la matière. La planification centrale cède donc peu à peu le pas sur une autorégulation basée sur les mécanismes de marché. Le gouvernement central conserve toutes ses compétences en ce qui concerne

l'assurance obligatoire, la programmation hospitalière et la fixation des tarifs. Il joue également un rôle direct dans la macro-budgétisation de l'ensemble des dépenses de santé, y compris dans le secteur privé.

En ce qui concerne le fondement juridique de la protection obligatoire, il existe une distinction entre les dépenses médicales « normales » et les frais exceptionnels encourus pour des soins chroniques ou des traitements coûteux, où les risques sont trop élevés pour être supportés à titre privé. Cette distinction a donné naissance à deux textes de loi que sont, d'une part, la Loi sur l'assurance soins de santé (*Zorgverzekeringswet,* Zvw) relative aux dépenses médicales « normales » et, d'autre part, la Loi générale sur les frais médicaux spéciaux (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*) relative aux soins de longue durée et traitements coûteux. Ces deux lois sont complémentaires quant aux prestations qu'elles visent.

Loi générale sur les frais médicaux spéciaux (AWBZ)

Le premier volet de l'assurance regroupe les soins de longue durée ainsi que les soins difficilement assurables dans le secteur privé (par ex., le traitement de maladies chroniques). Pour faire face aux coûts énormes de ces types de soins, il existe une assurance maladie obligatoire réglementée par la Loi générale sur les frais médicaux spéciaux (AWBZ). Toute personne résidant aux Pays-Bas et assujettie à l'impôt néerlandais sur les revenus est visée par cette loi. Dès l'instant où ce citoyen remplit les critères énoncés dans la loi, il bénéficie de la couverture sociale - qu'il recoure ou non aux traitements et prestations visées par l'assurance - et est tenu de verser les cotisations y afférentes. La couverture est individuelle, y compris pour les enfants, et les cotisations sont exclusivement liées au revenu.

Parmi les prestations couvertes figurent notamment les soins résidentiels et infirmiers de longue durée délivrés aux personnes âgées, tous les soins psychiatriques, les soins chroniques à domicile et l'ensemble des soins délivrés aux handicapés mentaux et physiques. Le financement de l'AWBZ est assuré par une cotisation obligatoire perçue en même temps que l'impôt sur les revenus.

L'AWBZ est entrée en vigueur le 14 décembre 1967 et la mise en œuvre progressive de ses dispositions a débuté le 1er janvier 1968.

Loi sur l'assurance soins de santé (Zvw)

La loi sur l'assurance soins de santé est pleinement entrée en vigueur le 1er janvier 2006. Elle oblige tout résident à souscrire à une assurance maladie telle que détaillée dans la loi et tout assureur maladie à offrir cette assurance maladie, avec la couverture telle que mentionnée dans la loi, à tous les résidents qui la souhaitent.

L'administration des organismes assureurs est contrôlée par l'Autorité néerlandaise des soins (*Nederlandse zorgautoriteit*, Nza), qui contrôle chaque année les polices proposées aux assurés: ces polices doivent décrire la couverture et respecter les dispositions législatives.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement général

La politique des soins de santé aux Pays-Bas repose sur les principes d'accès aux soins, de qualité des soins, d'égalité et de solidarité. Ces principes imposent que les soins de santé restent abordables, ce qui a amené le gouvernement à fixer des limites en matière de croissance des dépenses dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Un budget global des dépenses de santé est proposé par le ministère compétent et soumis à l'approbation du parlement. L'enveloppe pour le secteur des soins de santé est estimée à 46,0 milliards d'euros pour 2005. Le coût des soins de santé est financé par:

	(En euros, 2007)
Assurance frais médicaux spéciaux (AWBZ)	23,5 milliards
Assurance soins de santé (Zvw)	30,0 milliards
Assurance privée (complémentaire)	3,4 milliards
Subsides de l'État	2 milliards
Paiements directs	PM

Source: Budget national 2007

2.1.1. Assurance frais médicaux spéciaux (AWBZ)

Le mode de financement de l'assurance AWBZ est essentiellement de type contributif. En 2007, la prime a été fixée à 12% du revenu imposable avec un plafond de 33 000 euros. Pour les personnes ne disposant pas d'un revenu personnel imposable, il n'y a pas de cotisation proportionnelle au revenu.

Les personnes qui ne perçoivent ni salaire ni rémunération mais qui sont assujetties à l'impôt et aux cotisations sociales règlent leurs cotisations via un bulletin de versement, tandis que les cotisations des personnes sous contrat d'emploi sont directement déduites de leur salaire et versées à l'administration fiscale par l'employeur. Les cotisations sociales nationales - qui incluent les cotisations pour l'assurance AWBZ - sont prélevées sur le revenu imposable, sous forme de montant forfaitaire, et perçues en même temps que l'impôt sur le revenu.

Les personnes qui recourent aux prestations de santé couvertes par l'assurance AWBZ versent également des cotisations liées au revenu ou une franchise.

Outre l'apport des cotisations liées au revenu, l'assurance AWBZ est également financée par des subsides de l'État. L'enveloppe des prestations couvertes par l'AWBZ en 2007 s'élève à 23,5 milliards d'euros. Il n'y a pas de concurrence entre les organismes assureurs pour ce volet de l'assurance maladie.

2.1.2. Assurance soins de santé (Zvw)

Les diverses sources de financement de l'assurance ZVW sont les suivantes :

- Cotisations: toute personne répondant aux critères établis par la législation est obligée de souscrire à une assurance maladie et doit s'acquitter des cotisations légales en fonction de ses revenus, dont une partie est liée au revenu et l'autre constituée d'une prime forfaitaire (nominale) (cf. 2.2.).
  A- La cotisation liée au revenu varie en fonction du revenu de l'assuré. En 2007, le taux de cotisation a été fixé à 6,5 % pour les employés et à 4,4% pour les personnes percevant un revenu en tant qu'indépendant, pensionné, etc. La règle de base est que les cotisations et la prime nominale sont proportionnelles aux revenus de l'assuré, que ces revenus proviennent d'un salaire ou d'allocations sociales. Les personnes âgées et les prépensionnés doivent également contribuer au système. Les personnes sans revenu ne paient pas de cotisations.
  Cette cotisation est calculée sur le revenu imposable, avec un plafond de 31 231 euros.
  B - La prime forfaitaire est payable par tout assuré dès l'âge de 18 ans. En 2007, le montant de cette prime variait de 900 à 1 200 euros, la moyenne étant d'environ 1 000 euros par an. Pour aider les personnes à faible revenu, un système d'allocations de soins a été mis en place pour les personnes ayant un revenu inférieur à 29 069 euros (isolé) ou 47 520 euros (ménage). Cette allocation peut couvrir jusqu'à 40% de la prime forfaitaire.

- La prime due pour les enfants de moins de 18 ans est financée par le gouvernement.

2.2. Procédure de répartition

2.2.1. Assurance frais médicaux spéciaux (AWBZ)

L'administration fiscale perçoit les cotisations de chaque contribuable en même temps que l'impôt sur le revenu. L'argent est ensuite transféré à la caisse centrale de l'assurance AWBZ et géré par le Conseil des assurances soins de santé (*College voor zorgverzekering*, CVZ). À charge de ce dernier de redistribuer ensuite les fonds à ses agences, les offices de soins de santé. Ces offices se confondent avec les mutualités sociales régionales responsables de l'administration de l'assurance AWBZ. Autrement dit, pour tous les citoyens néerlandais, les mutualités sociales régionales sont responsables des prestations couvertes par l'assurance AWBZ. Un macro-budget est fixé chaque année pour couvrir les frais administratifs de l'assurance AWBZ et est alloué aux différents offices de soins de santé.

2.2.2. Assurance soins de santé (Zvw)

Depuis 1991, les organismes d'assurance maladie (à l'époque, les caisses d'assurance maladie relevant de l'ancienne Loi sur l'assurance maladie) participent davantage au risque financier de la gestion de l'assurance soins de santé en ce sens que les fonds qui leur sont alloués pour couvrir les prestations et paiements afférents à cette assurance ont été budgétisés. L'objectif est d'inciter les organismes d'assurance maladie, dans leur intérêt, à acheter et à organiser de la manière la plus rentable possible les soins nécessaires pour leurs assurés. Les organismes d'assurance maladie doivent désormais consulter les prestataires de soins afin de fixer la quantité, la qualité et le prix des prestations fournies.

Les cotisations liées au revenu sont transférées dans une caisse générale gérée par le Conseil des assurances soins de santé. Pour chaque assuré, les organismes d'assurance maladie reçoivent un versement capitatif lié aux risques, lesquels sont évalués sur la base des paramètres suivants:

- âge
- sexe
- degré d'invalidité
- région
- revenus tirés de l'aide sociale ou d'emplois
- état de santé par rapport à plusieurs catégories (notamment les maladies chroniques).

Le système comporte actuellement plus de 200 catégories de versement capitatif.

Il inclut également un règlement des risques excédentaires.

Les budgets qui résultent de ce mécanisme d'allocation couvrent environ 50% des dépenses des organismes d'assurance maladie. Les déficits doivent être couverts par la prime nominale (forfaitaire) fixée par chaque organisme d'assurance maladie. Les organismes d'assurance maladie se font concurrence en jouant sur l'importance de cette prime nominale (voir ci-dessus, 2.1.2). Celle-ci reflète la différence entre les versements capitatifs et les coûts réels, favorisant ainsi les organismes d'assurance maladie les plus compétitifs et les plus efficaces. L'importance du budget capitatif lié aux facteurs de risque dépend des marges de risque et du macro-budget dont le niveau est fixé par le gouvernement sur la base des prévisions de dépenses en matière de santé.

3. POPULATION COUVERTE

L'assurance AWBZ s'étend à la totalité de la population pour les soins de longue durée et les soins difficilement assurables par une assurance privée (traitement des maladies mentales, soins délivrés aux personnes handicapées, soins à domicile). Toute personne ayant légalement souscrit à l'assurance AWBZ est également tenue de souscrire à l'assurance soins de santé de base (ZVW). A défaut, elle devra acquitter une amende proportionnelle à la période de non-assurance. Cette amende correspond à 130% de la prime due pendant la période de non-assurance (avec un maximum de 5 ans).

Le point faible de ce système est que le non-assuré ne perçoit les conséquences de son comportement qu'au moment où il veut s'inscrire auprès d'un organisme assureur. Avant cela, rien ne se passe (tant qu'il n'a pas besoin de soins médicaux).

Le gouvernement prépare actuellement un système comportant d'autres incitations: un registre des personnes soumises à l'obligation de souscrire à l'assurance maladie de base sera établi et comparé avec les registres de tous les organismes assureurs. Passé un délai de trois mois, le non-assuré se verra imposer une amende correspondant à 130% de la prime moyenne jusqu'à ce qu'il souscrive à cette assurance. Le système devrait être opérationnel en 2012 ou 2013.

Outre ces types de protection, certains autres soins jugés moins nécessaires (soins dentaires pour adultes, certaines formes de physiothérapie, chirurgie esthétique, soins homéopathiques, acupuncture, médecine complémentaire, etc.) sont couverts par une assurance médicale complémentaire privée.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ

4.1. Prestations couvertes

En matière d'assurance des soins de santé, les prestations se répartissent en trois blocs.

4.1.1. Premier bloc: les soins de longue durée

Les traitements et prestations couverts par l'assurance AWBZ sont les suivants:

- admission et séjour en hôpital au-delà du 365e jour (la première année étant couverte par l'assurance Zvw);
- soins infirmiers à domicile;
- soins à domicile;
- foyers ou centres de jour pour handicapés physiques;
- soins de jour en maison de soins;
- soins de rééducation et de réadaptation;
- soins en hôpital psychiatrique au-delà du 365e jour (la première année étant couverte par l'assurance Zvw);
- soins des personnes aveugles et malvoyantes;
- soins des personnes sourdes et malentendantes;
- soins des handicapés mentaux (en établissements résidentiels /centres de jour);
- certains types de tests (hépatite B, PCU, CHT, etc.);
- soins délivrés aux parents et enfants durant la petite enfance;
- vaccination des enfants ;
- allocations personnalisées (*persoonsgebonden*) pour certaines prestations.

L'assurance AWBZ fournit des prestations en nature qui, pour la plupart, sont gratuites. Les assurés de plus de 18 ans admis dans un établissement agréé par l'assurance AWBZ doivent payer une cotisation liée au revenu. Les paiements se font directement aux bureaux de soins de santé (*zorgkantoren*).

4.1.2. Deuxième bloc: les soins et traitements nécessaires « normaux »

Tandis que les organismes assureurs privés remboursent les dépenses médicales de leurs affiliés, la couverture de l'assurance soins de santé de base donne droit à des prestations en nature sous forme de soins et de traitements médicaux. Depuis quelques années, le gouvernement néerlandais vise une harmonisation progressive des systèmes privé et social d'assurance maladie. À cet effet, le gouvernement a tenté de convaincre les compagnies privées d'offrir une couverture de base comparable à celle proposée par l'assurance soins de santé de base. Plusieurs d'entre elles ont répondu positivement à cette demande.

En règle générale, l'assuré opte au départ entre une police d'assurance avec prestations en nature ou avec remboursement ultérieur par son organisme assureur. S'il opte pour la première formule, il ne recevra aucune facture pour les soins reçus. Cette formule peut contraindre l'assuré à consulter uniquement les prestataires de soins ayant une convention avec son organisme d'assurance maladie.

Les traitements et prestations couverts par l'assurance soins de santé de base sont les suivants:

- traitements médicaux et chirurgicaux délivrés par les médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, soins d'obstétrique (normalement délivrés par une sage-femme);
- soins dentaires des enfants et soins dentaires préventifs des adultes;
- produits pharmaceutiques;
- admission et séjour en hôpital;
- soins psychiatriques ambulatoires;
- centres régionaux de soins psychiatriques ambulatoires (RIAGG);
- soins psychiatriques hors clinique;
- traitements psychiatriques à temps partiel;
- soins en hôpital psychiatrique ;
- prothèses et appareillages médicaux;
- transport (ambulance);
- prestations de maternité ;
- soins délivrés par un centre d'audiologie;
- tests génétiques;
- hémodialyses;
- traitement des patients souffrant de problèmes respiratoires chroniques;
- soins de rééducation;
- services d'unités de prévention des thromboses.

Si le patient reçoit des soins hospitaliers pendant une période supérieure à un an, il doit participer aux frais, conformément aux dispositions de la loi AWBZ.

Les médicaments prescrits par un médecin sont gratuits s'ils figurent sur la liste officielle (positive) des spécialités pharmaceutiques. Le patient peut en outre s'inscrire dans une pharmacie agréée par son organisme assureur, qui paiera alors directement les médicaments à la pharmacie.

Certains soins dentaires et prestations de kinésithérapie sont couverts dans certains cas, mais pas de manière systématique.

- Les soins dentaires des enfants de moins de 22 ans sont toujours couverts par le système d'assurance obligatoire. Par contre, pour les adultes, seuls les soins préventifs, les prothèses dentaires et le traitement de problèmes spécifiques sont encore couverts par l'assurance obligatoire.
- Pour ce qui est de la kinésithérapie, la couverture dépend du type d'affection. Pour les enfants, un maximum de 18 visites est prévu dans le cadre de l'assurance, les adultes ne bénéficiant d'aucune couverture, sauf si l'affection figure sur une liste de maladies exigeant un traitement prolongé ou intermittent. Les patients concernés ont alors droit au nombre de traitements nécessaires. Mais dès l'âge de 18 ans, les 9 premiers traitements sont à charge financière du patient.
- Pour les soins dentaires normaux et les séances supplémentaires de kinésithérapie, il est possible de souscrire à une assurance maladie complémentaire privée relevant du troisième bloc d'assurance. La plupart des assurés optent pour cette formule. Pour une telle couverture, la prime peut varier de 25 euros à plus de 100 euros. Pour ces assurances complémentaires, une enquête sur l'état de santé de l'assuré est autorisée.

4.1.3. Troisième bloc: les soins de « luxe »

Il existe un marché libre de couverture des prestations dites « de luxe ». Ces prestations supplémentaires sont proposées par les organismes assureurs sociaux et privés et incluent habituellement les soins dentaires des adultes, les prestations en « extra » lors de séjours en hôpital (chambre particulière, etc.) ainsi que les traitements médicaux « alternatifs » tels que les soins médicaux délivrés par des homéopathes ou des médecins d'orientation anthroposophique. Ces prestations ne sont pas couvertes par les premier et deuxième blocs d'assurance. Pour cette assurance, une enquête sur l'état de santé de l'assuré est autorisée.

4.2. Étendue de l'assurance maladie obligatoire

Aux Pays-Bas, le régime d'assurance maladie obligatoire se caractérise par un système d'octroi de prestations en nature pour les assurés ayant opté pour cette formule ou un système de remboursement a posteriori pour les assurés ayant opté pour cette formule. Dans le premier cas, les patients ne reçoivent pas de factures et les participations personnelles aux frais médicaux sont limitées.

La majorité des polices d'assurance maladie appliquent le système des prestations en nature. La plupart des organismes assureurs proposent les deux formules, mais pas tous. Certains ne proposent que la formule d'assurance avec remboursement a posteriori (notamment lorsque leur clientèle est dispersée dans le pays), d'autres ne proposent que des polices avec prestations en nature.

En ce qui concerne les médicaments ambulatoires, les patients ont à leur charge le montant qui dépasse le prix de référence. L'enregistrement des produits pharmaceutiques est réglementé par la loi. L'introduction du système de prix de référence (GVS) en 1991 est l'une des mesures essentielles adoptées par le gouvernement pour réduire les dépenses publiques de produits pharmaceutiques. Le système de prix de référence est un mécanisme de remboursement fixant les prix maxima de produits pharmaceutiques à propriétés thérapeutiques similaires. La valeur thérapeutique d'un produit pharmaceutique est déterminée par l'ensemble de ses effets bénéfiques et de ses effets nocifs. Le prix maximum remboursé par groupe de produits ayant des propriétés thérapeutiques similaires correspond au prix immédiatement en deçà du prix moyen de tous les produits du groupe en termes de coût journalier de la thérapie. Les patients ont le droit de demander la prescription de médicaments coûteux. Toutefois, s'il s'agit d'un produit faisant partie d'un des groupes, l'assurance maladie ne remboursera que le prix de référence maximum et le patient devra prendre le solde à sa charge. En 1996, une Loi sur les prix des produits pharmaceutiques est entrée en vigueur. L'objectif de cette loi était d'instaurer un système de comparaison des prix des produits pharmaceutiques aux Pays-Bas et dans les pays voisins. Lorsque le niveau de prix d'un produit pharmaceutique aux Pays-Bas est substantiellement supérieur à la moyenne européenne, la loi a prévu un mécanisme permettant d'aligner le prix maximum remboursé sur cette moyenne.

Pour tous les soins en établissement couverts par l'assurance AWBZ - par exemple les soins infirmiers à domicile -, les patients doivent acquitter une contribution proportionnelle à leurs revenus. La règle appliquée pour déterminer le montant de cette contribution varie selon que le conjoint de la personne âgée reste ou non dans son habitation. Lorsque le conjoint d'une personne âgée emménageant dans un centre résidentiel conserve son logement initial, la règle appliquée sera celle de la contribution minimale. Dans le cas contraire, ce sera la règle de la contribution maximale.

Règle de la contribution minimale: la contribution équivaut à 12,5% des revenus imposables avec un minimum de 138,60 euros et un maximum de 727,60 euros par mois.

Règle de la contribution maximale: la contribution maximale dans un établissement résidentiel pour personnes âgées représente 8,5% du revenu imposable avec un maximum de 1804,60 euros par mois. Les patients conservent au minimum un montant fixe pour leurs petites dépenses personnelles. Ce montant est fixé par le gouvernement et varie, selon le statut civil et l'âge.

En ce qui concerne les prestations et soins de santé à domicile, les patients paient une contribution forfaitaire. Celle-ci est liée au revenu avec un maximum de 12,20 euros l'heure et de 592 euros la semaine. Depuis quelques années, il est possible d'opter pour un budget personnalisé pour les soins à domicile. Ce système permet aux patients chroniques d'acheter et d'organiser librement les soins qui leur seront délivrés par des professionnels et/ou des bénévoles au lieu de recourir à des services réguliers.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Aux Pays-Bas, les soins de santé primaires sont assez développés. Les soins de santé sont délivrés par des prestataires indépendants ainsi que par divers établissements. Pour obtenir des prestations médicales, les patients ayant opté pour la formule des prestations en nature doivent s'adresser à des prestataires ou établissements avec lesquels leur organisme d'assurance maladie a conclu une convention. Ceux-ci sont alors considérés comme des prestataires associés. Si le patient a opté pour la formule du remboursement, il a le libre choix du prestataire.

Les médecins généralistes exercent en partie leur activité en solo et à titre indépendant, bien que l'on observe de plus en plus de groupements en cabinets ou d'autres formes de coopération. La majorité des Néerlandais sont inscrits auprès d'un médecin généraliste. Pour les patients enregistrés, le médecin est payé de deux façons: il perçoit une rémunération de 52 euros par an, qu'il voie ou non son patient, et pour chaque visite, un montant de 9 euros est payé séparément par l'organisme assureur du patient. Aux Pays-Bas, les médecins généralistes remplissent une fonction de répartiteur-contrôleur en ce sens que ce sont eux qui adressent les patients aux spécialistes. Sans référence d'un médecin généraliste, un patient n'aura pas accès aux prestations d'un spécialiste.

La majorité des médecins spécialistes qui exercent en hôpital général ont un statut d'indépendant. Les autres sont des salariés. Les spécialistes indépendants sont rémunérés à la prestation. Les cliniciens indépendants exerçant la même spécialité s'organisent généralement en associations. La plupart des médecins spécialistes ne pratiquent qu'en milieu hospitalier. Une autorisation de pré-admission délivrée par l'organisme d'assurance maladie est requise pour une hospitalisation, excepté dans les cas d'urgence.

6. AUTRES RÉGLEMENTATIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES ASSUREURS

Selon les dispositions de la Loi sur l'assurance soins de santé, les assureurs-maladie sont les seuls autorisés à gérer l'assurance maladie obligatoire. La majorité d'entre eux ont la structure juridique de mutuelles (certaines sont des fondations). L'assureur-maladie ou la fondation qui désire être reconnue comme assureur-maladie, doit être enregistrée par l'Autorité de Santé Néerlandaise et satisfaire à certaines exigences juridiques, à savoir:

- être gérée conformément aux souhaits des assurés,
- pouvoir remplir correctement les fonctions d'un organisme d'assurance maladie.

La banque centrale (*de Nederlandse Bank*, DNB) supervise les activités des compagnies d'assurance privées. La DNB vérifie surtout si les conditions de solvabilité sont remplies et se préoccupe peu des questions de soins santé.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

Depuis les réformes de l'assurance maladie entrées en vigueur le 1er janvier 2006, il ne reste pas grand-chose de l'ancien marché de l'assurance maladie privée.

1.1. L'assurance complémentaire

La troisième composante du système d'assurance est une assurance qui porte sur les prestations qui ne sont couvertes ni par l'assurance maladie légale (AWBZ ou ZVW) ni par des régimes d'assurance privée équivalents. En principe, il existe un marché libre de couverture des prestations supplémentaires. Les organismes assureurs peuvent proposer la couverture de prestations complémentaires, parmi lesquelles, généralement, les soins dentaires des adultes, les prestations en « extra » lors de séjours en hôpital (chambre particulière, etc.) ainsi que les traitements médicaux « alternatifs » tels que les soins médicaux délivrés par des homéopathes ou des médecins d'orientation anthroposophique. Pour ces types d'assurance complémentaire, seules les règles générales de l'assurance privée sont applicables (enquêtes de solvabilité, supervision par le Conseil de contrôle des assurances et pensions). Le chiffre d'affaires dans ce type d'assurance est relativement restreint. Près de 90% des assurés ont opté pour les avantages d'une assurance maladie complémentaire. Cela n'a cependant pas empêché certaines personnes de souscrire une autre police auprès d'une compagnie d'assurance privée afin de couvrir le coût de soins hospitaliers de luxe.

2. ASSURANCES PRIVÉES

Une autre catégorie d'assurance maladie privée encore présente sur le marché est l'assurance maladie privée pour ceux qui ne peuvent obtenir une assurance maladie relevant du régime de l'assurance soins de santé. Il s'agit en général de personnes qui ne vivent pas et ne travaillent pas aux Pays-Bas mais qui effectuent une courte période de séjour en tant que touriste ou pour des raisons familiales. La couverture offerte par cette assurance peut être restreinte en fonction de l'état de santé de l'assuré.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MÉDICAUX

1.1. Principes directeurs

Aux Pays-Bas, l'assurance maladie légale dans le cadre de la Loi sur l'assurance soins de santé (ZVW) et de la Loi sur les frais médicaux spéciaux (AWBZ) repose, généralement, sur le principe de prestations en nature. Cela signifie que les assurés ont droit aux soins de santé en tant que tels et non pas à un remboursement des coûts de ces soins.

Par conséquent, des conventions doivent être passées entre les prestataires de soins et les organismes responsables de l'administration de l'assurance maladie obligatoire. Ce système de conventions constitue l'une des caractéristiques essentielles du système néerlandais d'assurance maladie légale, même après les réformes de l'assurance maladie opérées en janvier 2006. Les conventions sont considérées comme un instrument essentiel pour le contrôle de la qualité, du volume et du prix des soins de santé.

Dans le cadre de l'assurance AWBZ, les conventions conclues avec les prestataires ou les établissements de soins sont établies par des organes d'exécution désignés par la loi, appelés « bureaux de soins de santé » (*zorgkantoren*). Chaque bureau régional négocie dans sa zone de compétence des conventions pour tous les types de soins couverts par l'assurance AWBZ. Les négociations portent, par exemple, sur les séjours en établissement de soins infirmiers, en institution pour handicapés mentaux ou en centre pour handicapés physiques. Les patients admis dans ces établissements peuvent venir des quatre coins du pays.

Des conventions sont conclues avec les prestataires et établissements de soins suivants:

- hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques (pour les séjours dépassant 365 jours) ;
- autres établissements de soins de santé ;
- établissements pour handicapés mentaux;

- établissements pour handicapés sensoriels;
- communautés/centres de jour pour handicapés ;
- institutions régionales de foyers-logements;
- institutions régionales de soins de santé mentale ;
- organismes de soins à domicile.

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base (ZVW), les organismes assureurs concluent des conventions avec les prestataires suivants, en fonction des prestations couvertes par l'assurance.

- Généralistes
- Spécialistes
- Dentistes
- Dentistes-spécialistes
- Kinésithérapeutes
- Ergothérapeutes
- Logopèdes
- Sages-femmes
- Hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques
- Psychiatres
- Services d'ambulance
- Maternités
- Centres de santé
- Pharmaciens
- Fournisseurs d'appareillages médicaux

Les systèmes de tarifs varient selon le groupe professionnel ou la catégorie d'établissement. Voici quelques exemples de systèmes de tarifs:

- Médecins généralistes: système d'abonnement (somme forfaitaire annuelle par assuré inscrit),
- Spécialistes : tarif par prestation fournie,
- Kinésithérapeutes : tarif par séance,
- Pharmaciens : tarif par ligne de prescription et remboursement du coût des médicaments,
- établissements: tarif par coût journalier et frais supplémentaires.

1.2. Procédure de négociations

1.2.1. Conventions modèles

L'Association néerlandaise des organismes d'assurance maladie (*Zorgverzekeraars Nederland*) et les prestataires de soins jouent un rôle important dans les négociations des conventions médicales. En vertu de la législation, le contenu des conventions doit faire l'objet d'une concertation entre les organisations représentant les assurances maladie et les prestataires de soins. La législation ne stipule plus la forme obligatoire de chaque convention, sauf les règles générales. Les conventions modèles précisent notamment les droits et obligations réciproques, les types de soins à fournir, les instruments de contrôle du respect de la convention, le début et la fin de la validité de la convention, les procédures de règlement des litiges. Les conventions individuelles peuvent naturellement s'écarter des conventions modèles.

1.2.2. Tarifs

La Loi sur la tarification des soins de santé (*Wet Tarieven Gezondheidszorg*, WTG) est entrée en vigueur aux Pays-Bas en 1982. En 2006, toutes ces tâches basées sur la Loi WTG ont été transférées par une loi sur l'organisation du marché des soins de santé (*Wet marktordening gezondheidszorg*, Wmg). Cette loi réglemente les tâches et les compétences de l'Autorité de santé néerlandaise (NZA), responsable de l'exécution des règlementations sur la tarification des soins de santé ainsi que d'autres tâches liées aux procédures de marché, conformément à la Loi sur l'assurance soins de santé de base. Cet organisme a pour mission d'équilibrer les intérêts des citoyens et ceux des différents acteurs du secteur de la santé. Bien qu'étant un organisme indépendant, ses tâches sont clairement définies dans la loi.

Les directives sont à la base de la politique de tarification des soins de santé aux Pays-Bas. Ces directives sont formulées par l'Administration des tarifs de soins de santé puis approuvées par les ministres compétents. Sur la base de ces directives, des budgets sont élaborés qui, eux-mêmes, serviront de référence pour la fixation des tarifs. Les tarifs applicables par les hôpitaux diffèrent des tarifs applicables par les prestataires individuels. La rémunération des hôpitaux est beaucoup plus complexe que pour les autres établissements de soins.

1.2.3. Critères de qualité et d'efficacité

Les organismes d'assurance peuvent vérifier la qualité des prestations par le biais des conventions. Les déclarations de prestations remplies par les prestataires permettent également de contrôler la pratique en matière de soins de santé. Les organismes assureurs demandent régulièrement des comptes aux prestataires de soins, par exemple, lorsque le nombre de prestations fournies est supérieur à la moyenne ou lorsque le volume des médicaments prescrits varie considérablement par rapport à celui d'autres prestataires de soins.

1.2.4. Sanctions et règlements de litiges

La sanction suprême est la suspension définitive de la convention. Des prestations indûment déclarées peuvent faire l'objet d'une procédure de récupération de fonds. Des sanctions particulières sont prévues dans chaque convention.

Toutes les conventions prévoient un système d'arbitrage des litiges par la Commission de jurisprudence créée par les organisations nationales.

2. APPAREILLAGES MÉDICAUX

L'assurance maladie ne réglemente pas les appareillages médicaux (implants et prothèses) utilisés dans les hôpitaux. Les critères de qualité et d'efficacité appliqués reposent sur les recommandations des professionnels de santé. Le choix de l'appareillage médical est laissé à un spécialiste. La plupart du temps, l'appareillage est acheté et payé par les hôpitaux. Les organismes d'assurance maladie remboursent l'appareillage médical selon les tarifs négociés entre les organisations nationales. Ces tarifs n'ont aucun rapport direct avec le prix payé par le prestataire de soins au fournisseur de l'appareillage médical.

SR

République Slovaque

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale – Milliers de personnes	5162	5298	5364	5401	5387	5391 ′1
Espérance de vie – Femmes à la naissance Années	74,7	75,4	76,3	77,4	77,9	78,2 ′1
Espérance de vie – Hommes à la naissance Années	66,9	66,6	68,4	69,1	70,1	70,4 ′1
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	-	-	3036 ′2	3257	6086	6086 ′2
Dépenses totales de santé / PIB en %	-	-	5,7 ′2	5,5	7,1	7,1 ′2
Dépenses publiques santé-/ dépenses totales de santé en %	-	-	91,7 ′2	89,4	74,4	74,4 ′2

-: Données non disponibles ;′1, ′2 Données des 1 ou 2 années précédentes *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Jusqu'à la fin des années 1940, le système d'assurance sociale en vigueur sur le territoire de la Slovaquie était basé sur le modèle bismarckien. A l'issue de la Seconde Guerre mondiale, l'adoption de la Loi sur l'assurance nationale a unifié les différents types d'assurances et introduit le principe de l'assurance obligatoire pour tous, garantissant à tous les assurés un accès égalitaire et gratuit aux soins de santé par le biais de caisses d'assurance maladie. À la même époque, le pays a entamé l'unification des services de santé afin de rendre les soins de santé accessibles à tous les citoyens.

En 1951, le système d'assurance sociale a été remplacé par un système de budget national géré de façon centralisée, selon le modèle Semaskho. Le financement était assuré par l'impôt général, mais il n'y avait pas d'allocation précise et systématique des fonds au secteur de la santé.

Aujourd'hui, la Slovaquie dispose d'un système d'assurance sociale couvrant les soins de santé. Entre 1989 et 1993, le système de financement est repassé d'un système fiscal à un système d'assurance sociale.

1. ORGANISATION

Le système d'assurance sociale en vigueur en Slovaquie combine assurance obligatoire et assurance volontaire. La protection obligatoire couvre les risques de santé, l'incapacité de travail (assurance maladie), la vieillesse (assurance pension) et le chômage. Ces composantes de l'assurance sociale obligatoire sont en majeure partie financées par les cotisations versées par les travailleurs, les employeurs et les autorités nationales. L'assurance chômage est à présent administrée par l'Office national du travail (ONT) tandis que les assurances maladie et pension sont gérées par l'Office d'assurance sociale.

La structure de l'organisation du système de soins de santé a subi un changement radical depuis l'ère communiste. Pendant les années 1990, le système de soins de santé intégré a été progressivement remplacé par un système d'assurance sociale comptant plusieurs caisses. La fonction intégrée d'acheteur-prestataire des administrations publiques avec une structure organisationnelle hiérarchique à trois niveaux (local, district et régional) a été abolie. La plupart des prestataires de soins de santé primaires et de nombreux spécialistes s'occupant des soins secondaires sont passés dans le privé.

Le système d'assurance maladie est en place depuis 1993. Dans un premier temps, l'Agence d'assurance nationale (AAN) a été seul responsable des assurances maladie, invalidité et pension. À partir de 1994 et de la division de l'AAN, l'apparition de plusieurs compagnies d'assurance maladie a favorisé le développement d'un modèle d'assurance maladie pluraliste.

En Slovaquie, l'assurance maladie est fondée sur les principes d'équité, de solidarité et de pluralisme et est de nature publique. En vertu du principe d'équité, chaque citoyen bénéficie des mêmes droits aux prestations de santé. Depuis son introduction en 1994, le marché pluraliste de l'assurance maladie s'est rapidement développé. Cependant, on ne peut encore parler aujourd'hui d'une réelle pluralité. Les caisses d'assurance maladie sont des organismes indépendants. Elles sont administrées conformément au principe de solidarité sociale. Cette solidarité est réalisée via un système de péréquation de la structure du risque. Parmi les caractéristiques de ce pluralisme figure aussi le libre choix de l'organisme assureur et des prestataires de soins de santé. Le caractère public et non commercial des caisses d'assurance maladie a été modifié depuis 2005 suivant une réforme assez radicale adoptée. Cependant, en 2007, des amendements à la loi ont rétabli le caractère public et non lucratif d'origine des assureurs maladie en Slovaquie.

La Constitution de la République slovaque jette les bases de l'organisation, de la gestion et du financement du système de soins de santé du pays. Il garantit une couverture universelle et l'accès à des services de santé gratuits sur la base d'une assurance maladie obligatoire, bâtie sur les principes de solidarité et de pluralité. En outre, la constitution donne à tous le droit à la protection de la santé. Cependant, la Slovaquie a eu des difficultés à inventer et mettre en place une stratégie cohérente transformant son secteur de la santé en un prestataire efficace de services de santé vu les ressources disponibles. Les résultats en matière de santé se sont améliorés au fil des efforts permanents de réforme de la santé, mais de sérieux problèmes sont apparus dans le financement et la prestation de services de santé.

En tant que principal organisme public responsable des soins de santé et de la protection de la santé, le ministère de la santé propose les principales orientations

et les priorités en matière de politique de santé publique, définit le réseau d'établissements de soins et l'éventail de services à fournir ainsi que les règles de remboursement des services de santé. Il est responsable des établissements de soins publics et contrôle la qualité des soins. Le ministère de la santé prépare et soumet les projets de législation appropriés au Gouvernement, qui, en dernier ressort, sont approuvés et/ou amendés par le Parlement.

Depuis janvier 2002 (sur la base de la loi n° 416/2001 sur le transfert des compétences de l'administration de l'État aux gouvernements régionaux autonomes et aux municipalités), une majeure partie des pouvoirs du ministère de la santé en matière de délivrance de licences aux prestataires de soins de santé a été décentralisée vers l'administration territoriale locale – gouvernements régionaux autonomes (unités territoriales supérieures).

Par ailleurs, en 2003, le processus de décentralisation s'est poursuivi. La législation a permis aux régions de participer plus complètement à la possession des établissements de soins de santé et des établissements de soins pour avoir les mêmes chances et obligations sans restrictions sur le type de propriété.

L'Assemblée nationale a adopté une loi en octobre 2004 qui a introduit un Office de supervision des soins de santé (ci-après « Office ») pour renforcer le contrôle institutionnel des compagnies d'assurance maladie. La principale tâche de l'Office est de se concentrer sur le contenu et la gamme des services de santé achetés dans le cadre du « package de solidarité » (package de prestations de base) ainsi que sur le contrôle de la fourniture par les établissements de soins de santé de soins de pointe financés à partir des ressources des compagnies d'assurance maladie. L'Office avait été créé en novembre 2004 afin d'être opérationnel lorsque les autres réformes de l'ensemble des réformes allaient entrer en vigueur en janvier 2005.

Jusque fin 2002, le Ministère de la santé possédait, dirigeait et contrôlait pratiquement tous les établissements de soins hospitaliers et détenait l'autorité d'émettre des directives sur leur construction, la nomination et le licenciement de leurs directeurs et l'approbation de l'utilisation de technologie et d'équipement médicaux coûteux. Depuis janvier 2003, un nombre relativement réduit de spécialistes de soins ambulatoires, d'importants hôpitaux régionaux et centres hospitaliers universitaires et certains prestataires spécialisés de soins hospitaliers sont restés la propriété de l'Etat sous gestion centralisée uniquement.

En 2003, la gestion de 44 hôpitaux a été transférée aux régions. Parmi ceux-ci, 16 hôpitaux avec policliniques de type I ont été transférés aux municipalités et 28 hôpitaux avec policliniques de type II ont été transférés aux unités territoriales supérieures. Suite à l'adoption de la loi de « Transformation » n° 13/2002, 14 autres hôpitaux sont devenus des organisations sans but lucratif. Jusqu'en 2004, le ministère de la santé assumait aussi la responsabilité des investissements de capitaux dans les établissements de soins détenus par l'Etat. Cette activité est pratiquement arrêtée et les prestataires de soins de santé doivent couvrir leurs investissements avec leurs propres ressources.

Un changement assez radical à la marchéisation limitée du système s'est terminé en juin 2004, lorsqu'un train de 6 nouveaux projets de loi en matière de santé a remplacé toutes les anciennes lois sur les soins de santé et l'assurance maladie. Ils ont été approuvés et sont en vigueur depuis le 1er janvier 2005.

L'actuel système des soins de santé est régi par ces six lois de base, qui redéfinissent pratiquement toutes les compétences des acteurs de la santé et leurs liens réciproques afin d'améliorer leur responsabilité et de transférer davantage de responsabilités de l'Etat au marché. Elles devraient changer les contraintes budgétaires indulgentes en contraintes sévères, augmenter la transparence des flux financiers dans le secteur de la santé et contribuer à améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles et la qualité de la prestation des soins de santé. Les strictes restrictions budgétaires en vigueur devraient faire en sorte qu'aucun nouveau retard ne s'accumule. Elles devraient changer le système en augmentant le niveau de tickets modérateurs, en introduisant l'assurance maladie libre et en transformant les compagnies d'assurance maladie en sociétés anonymes.

Plusieurs caisses d'assurance maladie se partagent le marché de l'assurance maladie en Slovaquie. En 1997, le pays comptait 11 compagnies d'assurance. À la suite de fusions, ce chiffre est passé à 5 au début du mois de juillet 1999. La population slovaque s'élevait en 2001 à 5 400 000 habitants. La Caisse générale d'assurance-santé (VsZP) couvre pratiquement 56 % du marché en 2007. Le reste (44% de la population) est réparti entre 5 autres compagnies d'assurance.

Les organismes assureurs se composent d'une assemblée générale, d'un Conseil d'administration et d'un Conseil de supervision, dont les compétences et les activités sont spécifiées par des normes légales et les statuts des organismes assureurs. Le Conseil d'administration qui gère l'activité de l'organisme assureur et agit en son nom est un organisme légal. Le Conseil de supervision contrôle l'exercice des compétences du Conseil d'administration et l'activité de la compagnie.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement global

La méthode actuelle de financement du secteur de la santé peut être qualifiée de système oligopolistique. Les établissements de soins de santé sont financés principalement par deux sources :

- les caisses d'assurance maladie qui financent les prestations de soins de santé
- les taxes prélevées par le ministère de la santé qui financent les investissements de capitaux, les programmes de prévention et les subsides.

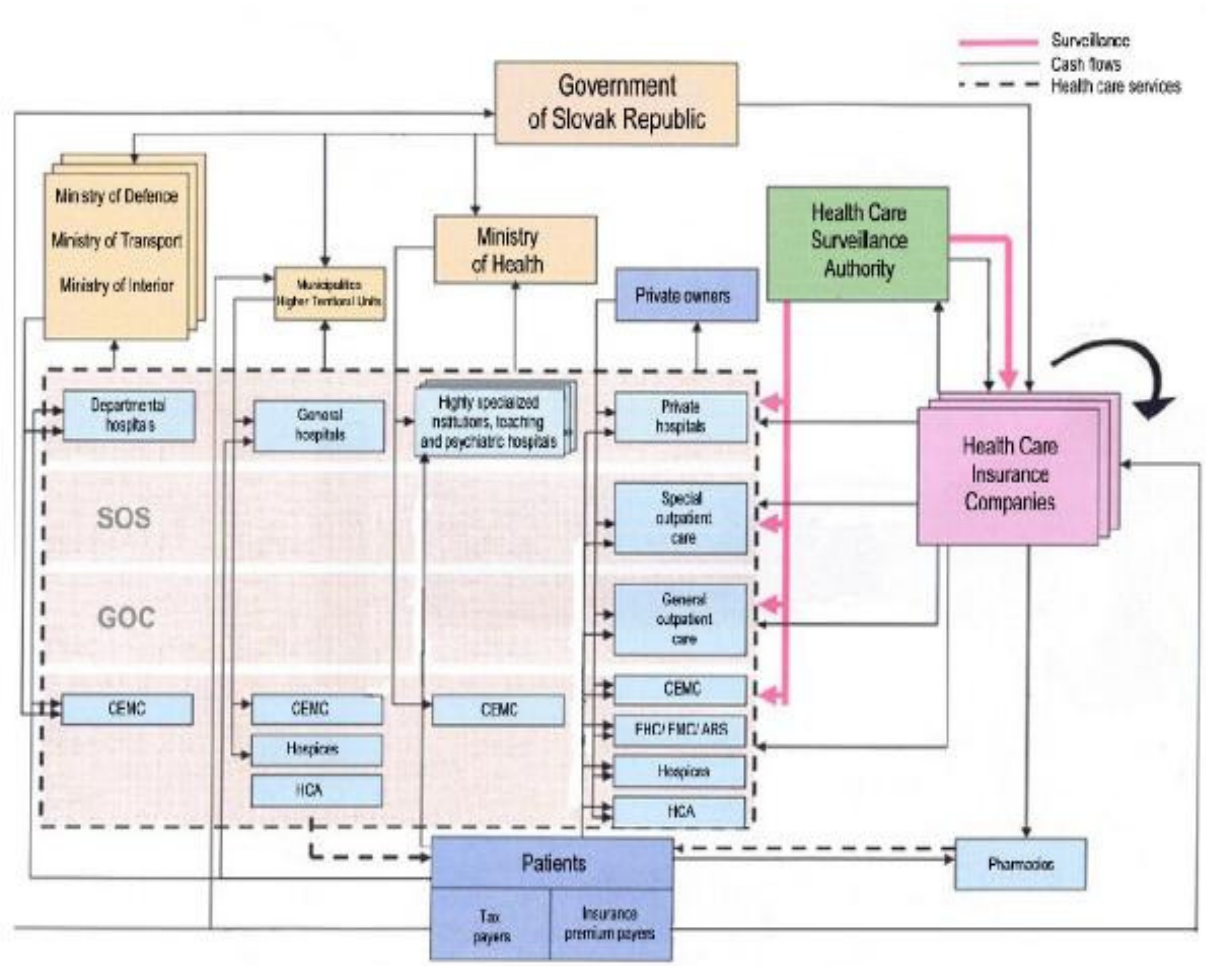
La part des dépenses de santé (jusqu'à 88,7% en 2000) couverte par un financement public est passée à 80,8% en 2006. Ces fonds proviennent des cotisations versées pour l'assurance maladie (74,4%) et des taxes (3,4%). Le reste (19,21%) est financé par des ressources privées (dépenses des citoyens pour des biens et services qui ne sont pas financés par des ressources publiques).

Le changement substantiel du financement de la santé s'est produit en juin 2003 avec l'amendement de la loi sur la prestation des soins de santé qui opérait une distinction claire entre les services de santé et les produits eux-mêmes et les services liés aux prestations tels que les services hôteliers et la nourriture fournis les hôpitaux, le transport non urgent de patients, la collecte de données pour la délivrance de médicaments et les soins de jour, etc. Les tickets modérateurs des patients ont été introduits pour ces services liés aux prestations. Avec les

cotisations plus élevées des patients pour les frais de médicaments, introduites dans la nouvelle classification des médicaments en 2003, l'implication privée dans le financement de la santé est maintenant plus important. Toutefois, la plupart de ces tickets modérateurs ont été supprimés en 2006, le nouveau gouvernement estimant qu'ils étaient contraires à l'aide sociale.

Les relations mutuelles entre les participants particuliers au système public d'assurance maladie sont décrites dans le schéma ci-dessous et sont également décrites en Annexe 3 :

Financement des dépenses de santé en Slovaquie



Source: HCSA: Assurance maladie légale en République Slovaque pour l'année 2006

Les cotisations sociales sont collectées et gérées par chaque compagnie d'assurance maladie. Les taux de cotisation pour l'assurance maladie sont fixés par la loi et sont liés aux revenus de l'assuré. Le plafond de revenus pour le prélèvement des cotisations est fixé à SKK 47 450. Ces cotisations sont dues par les travailleurs salariés, les employeurs, les travailleurs indépendants et l'État. Les cotisations de la majorité de la population sont payées par le budget national puisque 65% des habitants ne travaillent pas ou n'ont pas d'activité économique. Les enfants jusqu'à

l'âge de 26 ans, les militaires, les pensionnés, les chômeurs, les personnes s'occupant de l'éducation de leurs enfants de moins de 5 ans font partie de ce large groupe de bénéficiaires.

Les cotisations représentent un pourcentage du revenu brut de l'assuré ou d'une base de calcul (aperçu des taux de cotisation dans le tableau ci-dessous). Ces cotisations ne reflètent pas les risques individuels (déterminés par l'âge, l'état de santé et le sexe de l'assuré) mais uniquement la capacité financière ou économique des personnes à payer leurs cotisations. L'État prend en charge les cotisations des personnes inactives à un taux de 4,5% de la base de calcul (2007 : 4,5% de la base de calcul d'un montant de SKK 17 274 (ce qui représente un salaire moyen garanti en vigueur en 2006), soit SKK 777 par personne et par mois).

Tableau: Taux de cotisation pour l'assurance maladie obligatoire en 2007

Contributeur	Employeur	Salarié	Indépendant	État
Taux	10 % du revenu brut	4 % du revenu brut	14 % du revenu brut	4,5 % d'une base de calcul d'un montant de SKK 17 274
Montant mensuel en SKK	Minimum : 690 Maximum : 4 748	Minimum: 276 Maximum: 1 899	Minimum : 966 Maximum : 6 647	Moyenne: 777 par personne

2.2. Procédure de répartition du budget global

Depuis 1993, le système d'allocation des ressources financières a été fortement modifié. Les compagnies d'assurance maladie sont devenues les principaux organes de financement des prestations de santé. La mise en œuvre des programmes prioritaires spéciaux est prise en charge par d'autres sources de financement.

Depuis octobre 2002, 85% des cotisations perçues sont redistribués aux organismes assureurs en fonction de l'âge, du sexe et de l'indice de risque des assurés (ce pourcentage a souvent été modifié et a oscillé entre 60 et 80% en 1995 et était de 100% entre 1999 et 2002). Les compagnies d'assurance maladie décident seules de la répartition géographique des fonds. En principe, tous les organismes assureurs élaborent leur plan de répartition en fonction du profil de la demande de la population assurée. Les montants alloués à chaque prestataire sont limités et négociés dans une convention.

Pour le prochain exercice, des critères généraux d'allocation seront établis après discussion entre les représentants du ministère de la santé, les compagnies d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé. Les décisions finales devront respecter les priorités actuelles (médicales, économiques, sociales) définies par les citoyens, les responsables politiques, les prestataires de soins de santé et les compagnies d'assurance. Les montants réservés au financement des soins de santé sont fonction de décisions politiques.

Malgré l'augmentation des dépenses globales de santé en Slovaquie au cours de ces sept dernières années, le ratio dépenses de santé/PIB est en baisse depuis 10 ans (de 6,6% en 1996 à 6,2% en 2006).

3. POPULATION COUVERTE

L'ensemble de la population et tous les résidents permanents en Slovaquie sont couverts par l'assurance maladie obligatoire. Aucun groupe de population n'est exclu de l'assurance maladie obligatoire et il n'y a pas de délai de carence avant de bénéficier d'une couverture.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

Conformément à la Constitution de la République slovaque, tout citoyen a droit à une protection sanitaire ainsi qu'à la gratuité des prestations de santé et des aides médicales précisées dans la loi. Il incombe à l'État de créer les conditions adéquates pour que des soins de santé continus, complets et accessibles soient délivrés par les établissements publics et privés de soins de santé.

L'assurance maladie obligatoire couvre une large gamme de prestations. La couverture standard est définie avec précision dans la loi. Cette loi contient des listes de toutes les prestations de santé couvertes. Au vu des développements récents, cette couverture standard devrait être réduite dans le futur, mais il n'y a pas suffisamment de volonté politique pour soutenir cette décision.

Les soins de santé sont délivrés gratuitement. Seules quelques prestations sont soumises à une contribution personnelle du patient :

- médicaments: les produits pharmaceutiques sont divisés en trois catégories (remboursement total, remboursement partiel, aucun remboursement),
- certains soins dentaires tels que les prothèses et les traitements orthodontiques,
- certaines exigences spécifiques de patients (par ex. l'attestation de santé à fournir aux conducteurs),
- les soins esthétiques.

Compte tenu de la limitation des fonds publics, de l'accroissement du coût des médicaments et de la technologie médicale, d'une part, et de l'accroissement des exigences des citoyens et des prestataires de soins, d'autre part, de sérieuses inquiétudes sont formulées quant à l'efficacité et à la viabilité du système de santé.

Le déficit croissant des finances en matière de santé a donné lieu à l'adoption des mesures de réduction des prestations de santé, à l'allongement des listes d'attente et au rationnement de la fourniture des soins de santé. Les paiements au noir constituent le meilleur moyen de recevoir des soins de santé rapidement et par le médecin de son choix.

Quote-part dans les dépenses de santé (% du total)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 estimation
Soins ambulatoires (soins primaires et secondaires, y compris les soins dentaires et les soins à domicile)	22.6%	17.1%	17.8%	18.9%	17.8%	32.7%
Soins dentaires	44.8%	48.2%	47.0%	42.4%	44.0%	25.7%
Soins hospitaliers	29.7%	28.7%	28.3%	36.7%	37.0%	41.4%
Produits pharmaceutiques	2.87%	6.0%	6.9%	2.0%	1.2%	0.2%
Soins à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres soins	2,87%	6,00%	6,90%	2,00%	1,20%	5,00%
Total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Source: Autorité de surveillance des soins de santé, 2006

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Etendue de l'offre et spécialisations

Un vaste réseau de prestataires de soins de santé réparti dans tout le pays garantit un accès aux soins de santé à toute la population. Fin 2005, 98 829 personnes travaillaient dans le secteur des soins de santé et le secteur social, dont 16,5% de médecins.

À la suite des réformes menées dans les années 1990, les prestations de soins de santé primaire ont été retirées des services de santé publique. Dans le domaine des soins de santé primaire, les médecins travaillent habituellement en cabinet individuel. Les patients étant autorisés à changer de médecin tous les six mois, les médecins ont été poussés à améliorer la qualité des prestations fournies. Parmi les autres types de prestataire, les établissements de cure thermale, la plupart des dentistes, mécaniciens-dentistes, spécialistes et pharmacies sont déjà privatisés. Au 31 décembre 2005, le réseau de prestataires était composé de 10 896 prestataires de soins : 125 hôpitaux (83 hôpitaux généralistes et 42 hôpitaux spécialisés) 26 établissements de soins résidentiels, 51 policliniques, 28 établissements de cure thermale, 8 747 prestataires de soins ambulatoires, 1 038 pharmacies, 109 services d'aide médicale et 772 laboratoires dentaires.

5.2. Honoraires médicaux

Les modes de rémunération des prestataires varient selon les types de soins:

- Soins primaires : rémunération capitative avec rémunération spéciale pour les soins préventifs.
- Soins dentaires : rémunération à l'acte;
- Soins ambulatoires secondaires (spécialisés) : rémunération à l'acte
- Soins hospitaliers aigus: rémunération par pathologie selon le type d'hôpital et de département.
- Soins de longue durée: rémunération par pathologie selon le type d'établissement.

Les assurés ont le libre choix du prestataire de soins. Il n'y a pas de restrictions en ce qui concerne l'accès aux prestataires. Les patients peuvent directement consulter les médecins généralistes pour enfants et adultes, les gynécologues-obstétriciens et les dentistes. Pour consulter un médecin spécialiste, les patients doivent avoir une recommandation de leur médecin généraliste. Le médecin généraliste joue un rôle primordial au niveau de l'accès aux prestations de santé. Les assurés peuvent choisir librement leur médecin généraliste et en changer tous les six mois. Les médecins privés doivent obtenir une autorisation d'exercer auprès du médecin-fonctionnaire du district concerné et être agréés par l'Ordre national des médecins (ou devenir membre de cette organisation).

Malgré quelques améliorations partielles, le problème de la rémunération reste un sujet de préoccupation important. Les médecins qui travaillent dans des établissements publics de soins de santé sont salariés. Les médecins exerçant à titre privé sont remboursés de leurs prestations par les caisses d'assurance maladie. Le salaire moyen des médecins s'élève à SKK 34 653 en 2007.

Le mode de rémunération des prestataires de soins de santé varie selon les types de prestations. Les conditions de rémunération sont précisées dans des conventions conclues individuellement entre les prestataires et les caisses d'assurance maladie, sur la base des résultats du processus informel de négociation entre des compagnies d'assurance maladie individuelles et des représentants de prestataires au niveau national. La tâche principale des assureurs est l'achat de prestations de santé. La conclusion d'une bonne convention avec le prestataire est la condition sine qua non d'un bon fonctionnement de la caisse d'assurance maladie. La convention contient également des dispositions réglementaires eu égard au volume des prestations de santé fournies. Le type, le volume, l'étendue, le contenu, le prix et la qualité des prestations, ainsi que les sanctions en cas de non-respect de la convention figurent parmi les éléments fondamentaux de chaque convention. Depuis peu, des efforts sont menés en vue d'appliquer des critères de différenciation aux prestataires de soins en fonction de la qualité de leur travail, du respect des normes de prestations et des dépenses pharmaceutiques. Cependant, ce système ne trouve pas une large acceptation parmi les prestataires de soins. Le contenu des conventions est négocié individuellement entre l'assureur et le prestataire. L'établissement d'une relation contractuelle équilibrée avec le prestataire de soins est un objectif capital pour les assureurs.

Lorsque les praticiens, médecins et autres prestataires refusent le système de convention, il n'y a aucune correspondance entre leurs honoraires et le taux de remboursement offert par le système d'assurance maladie. Dans la pratique cependant, la plupart des prestataires de soins sont forcés de maintenir leurs honoraires à un niveau raisonnable.

5.3. Qualité des soins

Chaque organisme assureur a ses propres experts examinateurs. Ceux-ci contrôlent la documentation publiée au moyen de systèmes informatiques. Ils contrôlent également régulièrement la qualité des soins dans les cabinets médicaux. Afin d'améliorer la qualité des soins, des lignes directrices médicales devront à l'avenir être acceptées et systématiquement mises en œuvre par les médecins. Par ailleurs, certaines démarches ont été récemment lancées en vue d'introduire un système d'accréditation des hôpitaux, les acteurs du secteur de la santé ayant

progressivement pris conscience de l'importance des organes et des procédures d'accréditation.

6. ROLE DES MUTUALITES

Depuis juillet 1999, l'assurance maladie obligatoire était gérée par 5 caisses d'assurance maladie. Depuis 2006, il y a six caisses d'assurance maladie sur le marché. Les assurés ont le libre choix de leur compagnie d'assurance et peuvent en changer une fois par an.

La caisse d'assurance maladie la plus importante de Slovaquie est la Caisse générale d'assurance-santé (VsZP) qui couvre près des 2/3 de la population (3 000 000 assurés).

Les revenus des caisses d'assurance maladie peuvent exclusivement servir à financer la couverture de prestations de santé. Les frais de fonctionnement peuvent représenter jusqu'à 3,5% du total des revenus de la caisse d'assurance maladie.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

Les principales tendances qui incitent à une réforme du secteur de la santé en Slovaquie sont les suivantes :

- limitation des ressources budgétaires ;
- hausse des coûts (principalement dans le domaine des médicaments et des aides médicales) ;
- vieillissement de la population et baisse du taux de natalité ;
- modifications des types et apparitions de maladies ;
- développement de la technologie médicale ;
- accroissement des exigences de la population.

Le système slovaque des soins de santé après 1989 a été influencé par une série de réformes d'un caractère différent. Les dix premières années de réforme n'ont pas engendré suffisamment de résultats positifs. Pour pouvoir faire face aux défaillances économiques du système persistantes, voire croissantes, une réforme majeure basée sur le marché a été lancée après 2000 et les lois les plus importantes en rapport avec cette réforme ont été votées par le Parlement en 2004 et sont entrées en vigueur dès 2005.

A côté de cela, toutes les réformes entreprises dès le début étaient avant tout axées sur les réformes de l'assurance maladie. Cela pourrait expliquer la gravité des problèmes rencontrés lors de l'établissement d'un système d'assurance maladie social en Slovaquie. Avec le principe de séparation acheteur/prestataire et le changement consécutif vers des relations contractuelles entre acheteurs, prestataires et patients, les structures organisationnelles traditionnelles et les mécanismes de planification sont devenus plutôt obsolètes. En se focalisant sur l'assurance maladie, le pouvoir législatif slovaque a sous-estimé la cohérence nécessaire entre le financement et d'autres réformes en matière de planification et d'organisation. Les fréquents changements de Ministres de la Santé ont encore accentué le fait que cette activité de planification a été négligée.

En octobre 2004, le Parlement a voté une réforme qui introduisait deux types d'assurance maladie. La première est un système d'assurance maladie légale obligatoire créé sur le principe de la solidarité et fourni par des compagnies d'assurance maladie qui ont reçu une autorisation émise par l'Office de Supervision des Soins de santé, avec un contrôle circonspect de solvabilité. Le rôle de ce système d'assurance consiste à financer un paquet de soins de base, le paquet de solidarité, qui inclut le financement du réseau d'urgence. L'autre système est une assurance maladie volontaire qui couvre des dépenses pour des soins de santé fournis en dehors du contexte du paquet de solidarité. Les assureurs maladie peuvent fournir ce système complémentaire sur la base d'autorisations octroyées par l'Autorité du Marché financier. Selon la nouvelle législation, **les sociétés d'assurance par actions à but lucratif** peuvent proposer les deux types d'assurance maladie. Le gouvernement garantit des opportunités et des obligations identiques pour les compagnies d'assurance maladie aussi bien dans le système d'assurance maladie obligatoire que dans le système volontaire.

Suite à la réforme de la législation sur les soins de santé, en vigueur depuis 2005, les compagnies d'assurance maladie ainsi que certains prestataires de soins publics ont donc été transformés en sociétés par actions – des entités de droit privé, autorisées à générer des bénéfices. Toutefois, en 2006, le nouveau gouvernement (social démocrate) a prononcé la suppression de l'aspect bénéfice de la nouvelle législation, ainsi que l'abolition de la transformation des prestataires de soins en sociétés par actions. Il y est parvenu en novembre 2007, lorsque le nouvel amendement de la loi sur l'assurance maladie a été adopté. Cet amendement impose une nouvelle obligation aux assureurs maladie : utiliser tous les bénéfices générés pour les soins de santé uniquement. Cela signifie que les bénéfices ne peuvent pas être distribués aux actionnaires. Tous les assureurs maladie privés ont immédiatement annoncé des procès nationaux et internationaux, revendiquant la protection de leurs investissements. Les arguments avancés à leur encontre reposent sur des affaires plaidées par le tribunal, qui considère que l'assurance maladie n'est pas une activité économique et que les organisations qui gèrent l'assurance maladie obligatoire sociale ne sont pas des entreprises.

Le système actuel de soins de santé est réglementé par les six lois fondamentales suivantes :

La loi sur le service d'urgence

Cette loi est la nouvelle norme légale moins compliquée. Elle stipule que chaque citoyen a le droit à un service d'urgence rapide, disponible dans les 15 minutes maximum. Le service d'urgence sera assuré par toute personne juridique disposant de la licence requise (en respectant le principe de la mixité des secteurs public-privé-civil).

La loi sur les soins de santé et autres prestations liées à la santé, et la loi sur l'étendue des soins de santé financés par l'assurance maladie sociale obligatoire et sur le financement des prestations liées à la santé

Ces deux lois sont plutôt interconnectées. La première est la loi fondamentale, la deuxième spécifie les règles de mise en oeuvre. Cette nouvelle législation intègre dans le système des soins de santé le principe du rationnement : faire la distinction entre ce qui sera disponible gratuitement au point d'utilisation pour chaque personne et ce qui ne l'est pas, en mettant en place la structure suivante des prestations de santé:

A. Soins de santé aigus – fournis à toutes les personnes en danger, indépendamment de leur capacité à payer.

B. Prestations de soins de santé, divisés en deux groupes comme suit:
   - B1: Paquet de base des prestations de santé, entièrement couvert par l'assurance maladie sociale obligatoire
   - B2: Autres prestations de santé, qui font l'objet d'une quote-part payée par le patient

C. Prestations liées à la santé (hébergement et restauration dans les hôpitaux etc.) fournis contre honoraires.

La deuxième loi définit de manière détaillée les règles de remboursement des prestations de santé respectives.

La loi sur l'assurance maladie

Cette loi définit de nouvelles règles pour le système d'assurance maladie. On assiste pour la première fois à la création de deux couches d'assurance maladie:

A. Assurance maladie sociale obligatoire qui fournit des prestations d'assurance conformément à la législation spécifique sur les soins de santé (voir ci-dessus).

B. Assurance maladie (privée) individuelle qui fournit des prestations d'assurance conformément à la loi générale sur les sociétés (droit des sociétés).

La définition du système d'assurance maladie sociale reste très large afin de continuer à garantir l'accès des citoyens au paquet de base des prestations de santé. Il est basé sur des cotisations fixes des employeurs, des travailleurs et de l'état pour le citoyen inactif sur le plan économique, et inclut des mécanismes de redistribution en fonction du risque (pour éviter tout écrémage).

La loi sur les compagnies d'assurance maladie

Selon cette loi, toutes les compagnies d'assurance maladie devaient se transformer en sociétés par actions, l'état devant détenir 100% des actions dans deux d'entre elles (caisse d'assurance maladie générale et compagnie d'assurance maladie conjointe). L'ensemble des droits et des responsabilités des compagnies d'assurance augmente de manière significative pour leur permettre de fonctionner comme de véritables régulateurs du système de soins de santé : plus important encore, il incombe aux compagnies d'assurance d'assurer un réseau minimum d'établissements de soins de santé dans leur région et de conclure des contrats avec des prestataires de soins.

La loi sur les prestataires de soins, les professionnels de la santé et leurs organismes professionnels

Cette loi élargit la liste des types de prestataires de soins (par exemple en intégrant les soins à domicile, les soins d'une journée), elle définit les principes du réseau minimum et prévoit la transformation de tous les prestataires de soins en sociétés sans but lucratif ou par actions (il ne devait plus exister de prestataires de soins publics après 2006).

Les impacts réels de la "marchéisation" sont difficiles à prédire mais le risque est présent que l'on passe d'une série de problèmes, liés au manque d'incitants de marché, à une autre série de problèmes liés au manque de cadre légal dans lequel le marché devrait opérer.

La réforme des soins de santé à pour la première fois en 2006 contraint les compagnies d'assurance à conclure des contrats conformément à des critères publiés à l'avance en matière de personnel, de matériel et d'équipement technique ainsi que d'indicateurs de qualité. Les compagnies d'assurance maladie sont tenues d'évaluer des aspects bien spécifiques des prestations de soins de santé selon des indicateurs de qualité définis par une ordonnance gouvernementale. Des indicateurs de qualité ont été préparés pour évaluer cinq aspects des prestations de soins de santé : accessibilité aux soins de santé, efficacité de l'utilisation des ressources, efficacité et adéquation des soins de santé, perception de la personne qui fournit les soins par la personne qui reçoit les soins de santé, et résultats des soins de santé. Conformément à l'intention de départ du législateur, les indicateurs de qualité devraient aider les compagnies d'assurance maladie à sélectionner les prestataires contractuels qui conviennent le mieux.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

Le marché de l'assurance maladie privée est toujours très peu développé en Slovaquie. La couverture importante offerte par l'assurance maladie obligatoire, l'accès aisé à un vaste réseau de prestataires de soins de santé via cette assurance ainsi que des tickets modérateurs peu importants sont en effet des éléments qui ne favorisent pas le développement de l'assurance privée.

Malgré la nouvelle législation adoptée, en l'absence d'un historique de ce marché en Slovaquie, il est plus difficile de démontrer que l'assurance maladie privée joue, ou jouera probablement à l'avenir, un rôle important dans le système de santé slovaque.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

1.1. Principes directeurs

La fixation des prix, dans le sens des prix de services et de prestations fournies, est remplacé par le système de remboursements (paiements). Le système de remboursements correspond à l'ancienne réglementation des prix où le remboursement est compris comme le paiement de la compagnie d'assurance maladie au prestataire des soins de santé ou au médecin pour les services fournis (performances). Le système de remboursements n'a pas été créé en fonction des coûts des prestataires, ni des préférences des patients et des attentes des prestataires mais a été établi par le centre de prix, qui est représenté, dans le cas de prestations de soins de santé, par le Ministère de la Santé et le Ministère des finances de Slovaquie qui adoptait régulièrement le décret sur la fixation des prix jusqu'en 2004. Dès janvier 2004, les systèmes de remboursement étaient élaborés et établis dans des décrets promulgués par le Ministre de la Santé. Les compagnies d'assurance maladie étaient consultées pendant la procédure de préparation mais la réglementation de cette matière était de la compétence du Ministre de la Santé. Les remboursements étaient calculés en fonction des revenus attendus des assureurs maladie et du nombre anticipé d'unités de procédure dans des secteurs individuels de soins de santé. Depuis mai 2006, le décret sur les prix a cessé d'être promulgué. Depuis lors, la fixation des remboursements est une question de négociation de contrat entre les assureurs maladie et les prestataires, mais reste basée sur l'ancien décret historique sur les prix et est estimée en fonction du budget disponible.

La principale controverse au sujet du système naît de l'importante divergence entre les ressources disponibles pour le remboursement des soins de santé et les coûts à charge des prestataires individuels pendant la prestation de soins. Avant le changement organisationnel des compagnies d'assurance maladie en sociétés par actions, les compagnies d'assurance n'étaient souvent pas capables de couvrir à temps ce qui avait été conclu par contrat et cela se terminait par des retards de paiements à l'égard des prestataires qui, à leur tour, accumulaient les dettes à l'égard de leurs fournisseurs. Depuis ce changement, elles paient habituellement dans les temps mais leurs remboursements contractuels ne couvrent toujours pas les coûts des prestataires qui font toujours l'objet de litiges, d'insatisfaction et de méfiance. Par ailleurs, les cas où l'obligation de conclure un contrat n'est spécifiée que pour l'une des parties contractantes, uniquement pour les compagnies d'assurance maladie, rompant ainsi l'équilibre de statut entre prestataires et compagnies d'assurance maladie, reflètent parfaitement bien les imperfections présentes dans les réglementations en vigueur concernant la conclusion de contrats entre les compagnies d'assurance maladie et les prestataires.

Les compagnies d'assurance individuelles n'ont aucune zone géographique définie pour couvrir et implanter leur agence selon leurs besoins réels. Les compagnies concluent des contrats avec des prestataires de soins individuels, les contrats sont indépendants et un prestataire de soins peut conclure un contrat avec les six compagnies d'assurance et vice versa. Les compagnies d'assurance maladie remboursent des prestations fournies tant par des prestataires publics que privés. Il n'existe pas de système séparé pour couvrir les prestataires de soins privés.

Les revenus des prestataires consistent en remboursements payés par les assureurs maladie ainsi que par des quotes-parts (de 2003 à 2006 uniquement – en 2006, les quotes-parts ont été supprimées), les coûts additionnels, à savoir les coûts supplémentaires que le prestataire impose au patient en plus des charges contractuelles d'assurance en raison d'exigences ou de préférences spécifiques et le coût total par le patient dans le cas où l'assurance maladie ne fournit aucune protection (prestations non couvertes, prestataires privés non conventionnés). Le prix de ces prestations spécifiques ou des prestations entièrement payées par le patient doit être approuvé à l'avance par les autorités régionales en charge de la santé et doit être affiché sur le mur en face du bureau du prestataire).

Honoraires médicaux

Les médecins qui travaillent dans des hôpitaux et des services de consultations externes sont employés et rémunérés en fonction de barèmes salariaux nationaux. Les médecins privés pour les soins primaires et secondaires ont des contrats directs avec des compagnies d'assurance maladie. Les médecins privés versent un salaire à leurs infirmières ou à tout autre personnel et doivent louer des locaux et de l'équipement, principalement dans des polycliniques autonomes et plus rarement dans des hôpitaux. **Les médecins de soins primaires** sont remboursés par capitation. A l'origine, les taux de capitation étaient définis par le ministère de la Santé et publiés par le ministère des Finances. Les taux maximum variaient entre les généralistes pour enfants et adolescents et ceux pour adultes et les gynécologues, mais aucune différence n'était établie en fonction de l'âge, de la région ou de toute autre variable. En 2001, parallèlement à la capitation selon l'âge, des honoraires à l'acte pour les soins préventifs ont été introduits en tant qu'incitant afin que les médecins de soins primaires remboursés par capitation fournissent des soins préventifs. Les taux de capitation minimum et maximum ont été fixés mais les taux des compagnies d'assurance maladie individuelles tournent autour du minimum.

En ce qui concerne les **spécialistes** privés disposant d'un cabinet, les services de soins ambulatoires sont remboursés en fonction d'un principe de rémunération des services (base de points). Généralement, les compagnies d'assurance maladie fixent une limite supérieure sur les volumes des services qu'elles rembourseront. Les spécialistes, ainsi que les infirmières et les autres membres du personnel médical employés par les établissements de santé respectifs, sont salariés conformément aux barèmes salariaux nationaux. Dans le cas des spécialistes ambulatoires, un établissement de santé reçoit de la part de l'assureur le paiement sous forme de montant forfaitaire en fonction des points.

Paiement de soins en cas d'hospitalisation

Depuis l'introduction du régime d'assurance maladie, les méthodes de paiement des hôpitaux ont été modifiées à plusieurs reprises, en traduisant principalement des modifications gouvernementales. En réponse à cette situation, un nouveau mécanisme de remboursement a été introduit en décembre 2001. Ce système, qui

peut être considéré comme une forme large de groupes homogènes de diagnostic (DRG), est basé sur des honoraires pour les soins aux patients hospitalisés fournis avec des paiements qui dépendent du type d'hôpital et de la spécialité. Les compagnies d'assurance maladie sont obligées de disposer de contrats structurés avec les prestataires de soins de santé et de surveiller leurs performances. Le système prévoit des incitants pour réduire la durée moyenne du séjour hospitalier ainsi que certains stimulants pour mettre en œuvre des procédures de traitement de jour, dont certaines sont remboursées sur la base d'honoraires à l'acte. Néanmoins, des ressources insuffisantes pour couvrir entièrement l'étendue généreuse des services, des limitations financières dans les contrats passés avec les prestataires de soins de santé et les dettes impayées de la part des compagnies d'assurance maladie ont entraîné des arriérés auprès des prestataires de soins de santé. Afin de solutionner ce problème, le ministère de la Santé a établi, en 2003, une compagnie dépendant de l'état, appelée « Creditor », qui a obtenu une réduction partielle à court terme des dettes et qui s'est attaquée aux dettes des fonds d'assurance maladie en utilisant les bénéfices provenant de la privatisation. Même après cela, les dettes des hôpitaux sont malgré tout de nouveau à la hausse.

2. DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES ET IMPLANTS)

2.1. Principes directeurs

Actuellement, la catégorisation des dispositifs médicaux est similaire au processus de catégorisation des médicaments. Le principe directeur pour la tarification est d'améliorer l'efficacité des ressources pour la promotion de l'action sanitaire et sociale, d'améliorer la qualité des soins de santé, et d'augmenter la capacité de réaction du système de soins de santé face aux besoins de la population.

2.2. Processus de fixation des prix

Plusieurs facteurs entrent en compte dans ce processus :

- L'intuition – assez typique pour les produits à haut profit (certaines orthèses ou prothèses)
- Le calcul – pour le dispositif médical individuel proposé par le fabricant – avec les données exactes sur les coûts et le bénéfice
- La comparaison – le produit comparé à d'autres produits similaires d'autres fabricants
- Les tarifs – fixer les tarifs horaires de chaque fournisseur, en influençant le prix total des dispositifs médicaux individuels
- Les frais supplémentaires – pour les soins rapides ou de longue durée
- La marge – les différents prix des dispositifs médicaux sont influencés par la marge propre à chaque par chaque fabricant

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[139] DES SERVICES DE SANTE

Dans le domaine des soins de santé, le secteur privé à but lucratif, si tant est qu'il existe, a toujours été un phénomène marginal en Slovaquie. En effet, les hôpitaux ont une personnalité juridique sans but lucratif, soit en tant qu'entité légale publique – nationale ou régionale – soit en tant qu'institution sans but lucratif.

Toutefois, la privatisation peut affecter le secteur hospitalier de manière plus latente, non seulement via l'externalisation de certaines activités, comme l'entretien, le stationnement, la restauration, la comptabilité et l'informatique, mais aussi via des activités médicales, comme les anesthésiques par exemple. Par ailleurs, dans certains endroits, certains services médicaux lucratifs (laboratoires, dialyse) ont été transférés des hôpitaux vers des institutions de consultation externe privées.

Les hôpitaux ont la permission de facturer des honoraires supplémentaires et des frais complémentaires pour les chambres si le patient dispose d'une chambre individuelle contenant de l'équipement supplémentaire.

Les médecins et le secteur de la biologie clinique sont principalement privés, mais ils gèrent leur cabinet conformément aux conditions relatives à l'assurance maladie. Toutefois, les généralistes, comme les spécialistes, peuvent facturer des honoraires supplémentaires aux patients.

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

En règle générale, aucune tendance vers des fusions et des concentrations parmi les caisses-maladie n'a été constatée en Slovaquie. Le nombre était de 5 sur dix ans, pour 6 actuellement.

3. REORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Nous pouvons constater ces dernières années le développement de la chirurgie de jour dans les hôpitaux, ainsi qu'en dehors des hôpitaux – dans des institutions spécialisées – visant à réduire la durée des admissions hospitalières et à favoriser les soins à domicile.

Ce processus de restructuration entre les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires peut également être constaté dans l'attribution de budgets. Par

[139] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

exemple, si nous tenons compte de la tendance de l'attribution des dépenses entre les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires entre 1997 et 2006, on peut constater que le montant consacré aux soins aux patients hospitalisés a considérablement diminué : de 44,8% en 1997 à 23,3% en 2006 (cependant, une partie de cette baisse peut également être provoquée par le changement du système de reporting – les anciens chiffres concernant les soins hospitaliers signifient probablement les soins en hôpital (soins hospitaliers + soins ambulatoires).

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGES D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Organisation

Le National Centre for Health Information (NCHI) est une organisation établie par le ministère de la Santé, dont la tâche consiste à développer et à mettre en pratique un système informatique et statistique dans le domaine de la santé. Le NCHI s'occupe de projets de cybersanté en Slovaquie, du développement de normes, de la collecte de données électroniques, de l'établissement du Système national d'information sanitaire (NHIS), de la création de registres nationaux de la santé, de la publication de statistiques sanitaires, etc. Dans le cadre de ces activités, il coopère avec le Bureau statistique slovaque, les établissements de services de santé, les compagnies d'assurance maladie, les instituts de recherche et des organisations internationales, comme l'OMS, l'OCDE, EUROSTAT et l'OEDT.

Selon la Déclaration du programme gouvernemental, l'informatique au service des soins de santé – cybersanté – fait partie des principales priorités du gouvernement.

Les ressources utilisées par l'informatisation des soins de santé sont des tables de codage, l'interface de données et la normalisation des procédures de travail, la mise en œuvre de stockage de données, la mise en réseau des postes de travail des prestataires de soins de santé, la modernisation de l'équipement des prestataires de soins de santé, le développement et la mise en œuvre de l'application de cybersanté, tout cela étant coordonné par le NCHI spécialisé.

L'échange électronique de données entre les fournisseurs et le NCHI, ainsi que l'échange électronique de factures et de données administratives entre fournisseurs et assureurs, est en place en Slovaquie. Néanmoins, l'échange électronique de données médicales (dossier médical, prescription électronique) n'est pas appliqué pour le moment. C'est le sujet de projets menés par le NCHI.

4.2. Perspectives et investissements prévus

Voici les principales tâches de l'informatisation des soins de santé entre 2007 et 2010 :

A. Création d'un Système national d'information sanitaire
B. Création d'un Portail national de la santé
C. Création d'une couche d'infrastructure et d'intégration pertinente
D. Préparation de normes informatiques

E. Finalisation de systèmes d'information sur les fournisseurs
F. Finalisation d'un système d'information sur la santé publique

Le financement proviendra du budget national ainsi que des fonds de l'UE (15%) et des PPP. Jusqu'à la fin de l'année 2009, un investissement de 5,7 milliards de SK est envisagé.

4.3. Droits du patient

Conformément à la loi en vigueur, toute personne a le droit à un consentement éclairé en fonction de conditions définies avec précision. Conformément à cette loi, chaque patient a le droit d'être informé sur son état de santé, ainsi que d'avoir accès aux documents de santé et d'en recevoir une copie. La loi oblige également le médecin et le pharmacien à informer le patient.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS, VACCINS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

(Source: HIT Slovaquie 2004)

Le marché des médicaments a considérablement évolué depuis 1989. Si la production nationale couvrait 80% de la consommation de médicaments en Slovaquie, ce pourcentage n'était plus que de 18% en 2002. Basée à Hlohovec, la plus grande usine pharmaceutique est Zentiva/Slovakofarma ; celle-ci produit des médicaments génériques, notamment pour les maladies cardiovasculaires et gastriques, et des analgésiques (alcaloïdes d'opium). La société privée Imuna-Pharm à Sarissk' Michalany produit des dérivés sanguins, des infusions physiologiques, certains vaccins, etc. Ces dernières années, 12 autres sociétés privées de production massive de médicaments se sont établies en Slovaquie.

En 1998, la loi 140/1998 sur les médicaments et les dispositifs médicaux a été adoptée afin de répondre aux exigences de l'Union européenne en matière de législation sur les médicaments. Cette loi établit la base d'un nouveau système d'enregistrement des médicaments et de contrôle de la production, de la distribution et de la vente de médicaments, etc. Celle-ci fit ultérieurement l'objet de plusieurs amendements. L'Institut public de contrôle des médicaments exécute de nombreuses tâches stipulées dans la loi. Trouver des solutions en matière de politique des médicaments s'est avéré être l'une des réformes des soins de santé les plus complexes en Slovaquie. La Slovaquie s'est notamment heurtée à des difficultés en termes de volumes de médicaments et de prix, qui ont entraîné des problèmes au niveau du financement général des soins de santé. En 2002, les dépenses totales en produits pharmaceutiques pour les soins ambulatoires s'élevaient à 232 dollars par personne, un montant inférieur à ceux de la République tchèque (242), de la Hongrie (280) ou de l'Allemagne (402), mais supérieur à ceux du Danemark (223) ou de la Grèce (211), par exemple. Il n'en reste pas moins que 34% des dépenses de santé totales ont été allouées aux médicaments, soit la part la plus élevée de tous les pays de l'OCDE. Les sources publiques et les sources privées ont couvert respectivement 28% et 6% de ces 34%. L'année dernière, près de 40% du budget des caisses d'assurance maladie ont été affectés aux produits pharmaceutiques.

Les dépenses en médicaments ont connu une croissance rapide depuis 1991. Cela s'explique notamment par le fait que la Slovaquie était un des pays où les médicaments étaient presque gratuits. Cette réalité a incité les médecins à prescrire de manière excessive des médicaments et a stimulé la demande croissante de la population pour les médicaments les plus modernes et, souvent, les plus onéreux. Les campagnes intensives de marketing menées par les sociétés pharmaceutiques dans un nouvel environnement de marché ont encouragé cette évolution, notamment via des prestataires de soins de santé et des formes de publicité cachée.

Très libéral, le système de réglementation des médicaments a entraîné une croissance rapide des dépenses des compagnies d'assurance maladie en médicaments ambulatoires. Alors qu'en 1991 et 1992, celles-ci ne s'élevaient respectivement qu'à 3,3 et 4,5 milliards de CSK, les dépenses des compagnies d'assurance maladie en médicaments sur ordonnance de la Slovaquie autonome ont augmenté de 8,3 milliards SKK en 1994 à 11,8 milliards SKK en 1995, à 19,7 milliards SKK en 2002 et ont atteint 26 milliards SKK en 2006. Trois raisons principales expliquent cette hausse des dépenses : les médecins qui prescrivent d'autres médicaments, plus coûteux (composante structurelle), des conditionnements ou des doses plus grands (composante quantitative) et/ou le prix établi des médicaments a augmenté (composante prix).

Depuis l'adoption de la Loi sur le code de traitement (*Act on Treatment Code*) en 1995, les produits pharmaceutiques enregistrés sur le marché slovaque ne sont plus automatiquement remboursés entièrement par les compagnies d'assurance maladie. Suite à un processus appelé « Catégorisation des médicaments » déployé par une commission spéciale du ministère de la Santé, une liste de médicaments a été annexée à cette loi. Les médicaments sont regroupés selon la classification anatomique-thérapeutique-chimique (groupes ATC). Tous les médicaments enregistrés dans les groupes ont été répartis en trois catégories. La première catégorie comprend les médicaments essentiels entièrement couverts par une assurance santé obligatoire. La seconde catégorie (principalement des équivalents ou génériques brevetés produits par différents fabricants) est partiellement remboursée. Les médicaments de la troisième catégorie, principalement des vitamines et des minéraux, ont été inclus dans la liste négative et ne sont pas du tout couverts.

Sur base du remboursement de référence, ce processus de catégorisation a été régulièrement répété au cours des années suivantes. Mesure isolée, la catégorisation des médicaments s'est avérée insuffisante pour juguler la hausse des prix des médicaments. Aussi a-t-il fallu appliquer plusieurs autres mesures au cours de la réforme pour parvenir à contrôler les dépenses en médicaments. En 1996, des formulaires de médicaments ont été introduits dans les établissements de soins et une liste positive pour les distributeurs de médicaments ambulatoires a été établie en 1998. Ceux-ci n'étaient toutefois pas soutenus par la législation existante et ont dû être abolis en raison de la vive résistance des fournisseurs. En juin 2003, des modifications juridiques ont radicalement changé le système de catégorisation des médicaments. Le nombre de groupes ATC, dans lesquels au moins un médicament doit être entièrement remboursé en vertu de la loi, a été réduit à 122. Un département ministériel spécial conduit des négociations tarifaires. La composition de la commission de catégorisation a été modifiée pour renforcer la participation des représentants des compagnies d'assurance maladie et accorder davantage d'importance aux analyses coût-efficacité. Un système de quote-part constante des patients a été introduit (ce système a toutefois été aboli en 2006). Si le prix d'un médicament est réduit suite à la publication d'une liste de médicaments, la part

remboursée par les compagnies d'assurance maladie fléchit elle aussi. A l'heure actuelle, le processus de catégorisation des médicaments est entièrement conforme à la directive européenne N° 89/105/CEE, recourant aux critères objectifs fondés sur des preuves énumérés dans la version actuelle de la Loi sur le code de traitement. Les demandes d'inclusion dans la liste de médicaments remboursés par les assurances santé obligatoires sont traitées dans les 90 jours.

Dans le cadre de leurs contrats avec les prestataires de soins de santé, les compagnies d'assurance maladie essaient de négocier des limites en termes de prescription, d'individualiser le suivi et de donner des incitants positifs et négatifs à chaque fournisseur, mais se heurtent toujours aux résistances de la part des fournisseurs.

Les dépenses relatives aux dispositifs médicaux ont augmenté de 2,6% des dépenses totales de santé en 1999 à 3,8% en 2006. Environ la moitié des dépenses étaient financées par des sources publiques, l'autre moitié par les patients.

Au début des années 1990, l'achat massif de technologies médicales, principalement sous la forme de location ou de don, a entraîné une hausse des coûts hospitaliers. Les hôpitaux ont souvent éprouvé des difficultés pour financer leur fonctionnement en raison de l'acquisition de ces équipements de pointe. Le tableau ci-dessous illustre la croissance substantielle des technologies diagnostiques et thérapeutiques de pointe au début des années 1990 et la croissance continue depuis 1995.

La densité technologique documentée est plus élevée qu'en Pologne mais plus faible qu'en République tchèque, qu'en Hongrie ou que dans les pays d'Europe de l'Ouest (avec quelques exceptions, tels que les lithotriteurs).

Hautes technologies médicales, 1985-2002, années sélectionnées

Nombre de technologies

	1985	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002
Scanner tomographique assisté par ordinateur	2	7	14	26	38	44	46	57
Unités de tomographie à résonance magnétique	0	0	0	2	5	7	7	11
Equipement de radiothérapie	12	16	27	41	49	58	59	71
Lithotriteurs	12	25	28	33	43	53	52	78
Stations d'hémodialyse	1	64	98	210	26	250	267	510
Mammographes	3	8	13	31	48	43	50	65

Par million d'habitants

	1985	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002
Scanner tomographique assisté par ordinateur	0.4	1.3	2.6	4.8	7.1	8.2	8.5	10.6
Unités de tomographie à résonance magnétique	0	0	0	0.4	0.9	1.3	1.3	2.0
Equipement de radiothérapie	2.3	3.0	5.1	7.6	9.1	10.7	10.9	13.2
Lithotriteurs	2.3	4.7	5.3	6.2	8.0	9.8	9.6	14.5
Stations d'hémodialyse	0.2	12.1	18.4	39.2	48.3	46.3	49.5	94.8
Mammographes	0.6	1.5	2.4	5.8	8.9	8.0	9.3	12.1

Source : Données sur la santé de l'OCDE pour 2004

6. DELEGATION DE TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

Il n'a pas encore été conclu d'accord visant à redéfinir les rôles respectifs des médecins et infirmières. La République Slovaque peut toutefois s'attendre à un manque de personnel médical dans les prochaines années et a donc intérêt à envisager une délégation de tâches entre les médecins et les infirmières.

7. EXISTENCE D'UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

7.1. Situation actuelle

Un système médical à deux vitesses se développe clairement, mais on peut dire qu'il n'est pas encore trop répandu. Certains hôpitaux proposent aux personnes qui doivent se faire opérer les services d'un médecin bien déterminé, moyennant des honoraires supplémentaires (ces honoraires sont ensuite divisés entre l'hôpital et le médecin). Il existe aussi des médecins privés non conventionnés, comme des stomatologues, qui perçoivent leurs honoraires directement auprès du patient et qui, par conséquent, sont surtout fréquentés par les plus nantis. Certains hôpitaux slovaques ont aussi recours à des spécialistes non conventionnels issus du secteur privé à but lucratif, pour éviter les listes d'attente. Les paiements informels continuent bien entendu d'exister, mais le patient est de plus en plus souvent informé et conscient de ses droits. Plusieurs procès ont d'ailleurs déjà été intentés par des patients qui se plaignaient de devoir 'payer des dessous de table' pour éviter, principalement, les listes d'attente.

7.2. Rôle et actions des mutualités pour limiter cette situation

Les mutualités et compagnies d'assurance maladie slovaques sont confrontées à un triple défi. Elles doivent cibler plus efficacement les efforts fournis pour promouvoir un mode de vie plus sain parmi le public le moins qualifié, fournir à leurs membres toutes les informations disponibles, pour les aider à choisir le presataire le plus adéquat si nécessaire, et veiller à ce que les médecins informent toutes les catégories sociales, y compris les moins privilégiées.

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUALITES

En Slovaquie, le rôle des mutualités ou compagnies d'assurance maladie (CAM) est en train de changer. Elles doivent de plus en plus aider le membre à choisir son prestataire de soins de santé. Le développement des technologies de l'information et de la communication transforme progressivement la nature des tâches administratives prestées par les CAM. Ces dernières sont censées maintenir et promouvoir les nouveaux avantages en matière de soins de santé (conseils, information, prévention, etc.). Un autre signe de changement en ce qui concerne le rôle des CAM est le développement de sites web proposant une large gamme d'informations et de services, notamment l'affiliation en ligne.

CZ

République tchèque

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale – Milliers de personnes	10337	10333	10327	10272	10221	10251 ´1
Espérance de vie – Femmes à la naissance Années	74,7	75,4	76,6	78,5	79,2	79,9 ´1
Espérance de vie – Hommes à la naissance Années	67,5	67,6	69,7	71,7	72,9	73,5 ´1
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	-	5739	9014	10070 b	14789	15277 ´1
Dépenses totales de santé / PIB en %	-	4,7	6,9	6,5 b	7,1	6,8 ´1
Dépenses publiques santé-/ dépenses totales de santé en %	92,2	97,4	92,7	90,3 b	88,6	87,9 ´1

´1, ´2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; b : Rupture de série *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Jusqu'en 1948, la Tchécoslovaquie disposait d'un système de protection de santé de type «bismarckien». Après cette date, un système fondé sur le modèle soviétique de contrôle étatique total fut mis en place. En 1992, après la chute du régime communiste, un nouveau système de type «bismarckien» (sécurité sociale) a été introduit.

Aujourd'hui, la République tchèque tente de réformer l'ensemble du régime d'assurance maladie et notamment d'introduire le principe de concurrence dans le système d'assurance obligatoire.

1. ORGANISATION

La base légale du système de protection obligatoire en République tchèque est constituée de quatre lois relatives au système d'assurance maladie, aux primes d'assurance maladie, à la Société générale d'assurance maladie (VZP) et aux sociétés d'assurance des employés. Ces lois ont été votées par le Parlement en 1991 et 1992.

Le système de protection obligatoire relève de la compétence des ministères des finances et de la santé. Cependant, ces ministères n'ont pas de pouvoir exécutif direct, sauf pour ce qui concerne les hôpitaux universitaires et quelques centres hautement spécialisés. Mis à part quelques exceptions, leur responsabilité se limite à l'obligation d'adopter une réglementation régissant le financement des établissements de soins de santé ainsi que le fonctionnement des sociétés d'assurance.

Les organes de direction et d'exécution du système de protection obligatoire et leurs attributions sont les suivants:

- Le Parlement: lois sur l'assurance maladie et les établissements de soins de santé;
- Le gouvernement: réglementation des droits et obligations de tous les acteurs du système (patients, établissements de soins de santé et sociétés d'assurance);
- Ministère des finances: réglementation des budgets internes des sociétés d'assurance;
- Ministère de la santé: panier des prestations et catalogue officiel des médicaments remboursés (en totalité ou en partie) par les sociétés d'assurance;
- Sociétés d'assurance: exécution et administration de l'assurance maladie obligatoire pour le compte de leurs membres;
- La Société générale d'assurance maladie (VZP): contrôle et redistribution des fonds entre les sociétés d'assurance ainsi que gestion du registre central des assurés;
- Associations des prestataires: négociations avec les organismes assureurs sur le remboursement des prestations de santé. En cas de désaccord, c'est le gouvernement qui tranche en dernier ressort.

Les assurés ont le libre choix de leur société d'assurance maladie. Le pays compte 9 sociétés d'assurance maladie, la plus importante étant la Société générale d'assurance maladie (VZP) qui, début 2008, assurait 6 546 398 personnes, soit 63 % de la population totale assurée.

2. FINANCEMENT

Le financement est de type contributif et est basé sur les cotisations d'assurance maladie. Les sociétés d'assurance doivent équilibrer leurs revenus et leurs dépenses.

En 2006, les sources de financement du secteur de la santé étaient réparties comme suit:

- 79,3 % via les sociétés d'assurance maladie (les cotisations des employés, des indépendants et des personnes sans revenus imposables obligées de payer elles-mêmes leurs cotisations représentent 75% de leurs budgets, le reste provenant du budget général de l'État au titre de subside octroyé aux ayants droit à l'assistance publique en fonction de leur statut: enfants, pensionnés, chômeurs, militaires, prisonniers, etc.);
- 8,5 % via les subsides de l'État (budget général de l'État et budgets des gouvernements régionaux) octroyés aux établissements de santé (principalement pour des projets d'investissement);
- 12,3 % via les paiements privés.

Les taux des cotisations sociales obligatoires sont fixés de la manière suivante:

- 13,5 % du salaire brut (1/3 versé par l'employé, 2/3 versés par l'employeur) pour les salariés. Le salaire minimum de référence est de 8 000 CZK (identique à 2007) et le salaire maximum de référence est de 1 034 880 CZK (pas de plafond avant 2007).
- 13,5 % de 50 % des bénéfices bruts, diminués des charges pertinentes, pour les travailleurs indépendants (depuis 2004, la part des bénéfices bruts prise en considération pour déterminer le montant des cotisations sociales a augmenté chaque année de 5%, jusqu'en 2006 où elle a atteint 50 %). Le montant minimal des cotisations est de 1 456 CZK (1 360 CZK en 2007) et le montant maximal correspond à 13,5 % de 1 034 880 CZK, soit quatre fois le salaire moyen (jusqu'en 2007, le montant plafond de référence était fixé à 486 000 CZK).
- 13,5 % du salaire minimum (8 000 CZK en 2008) pour les autres personnes sans revenus imposables mais n'ayant pas droit au financement de leurs cotisations par l'État. Les cotisations sociales s'élèvent donc à 1 080 CZK.
- 13,5 % de 5 013 CZK par mois pour les personnes dont l'assurance maladie est financée par l'État (ces cotisations sont versées pour le compte des assurés directement à partir du budget général de l'État). Les cotisations sociales versées par l'État s'élèvent dont à 677 CZK (680 CZK en 2007).

Depuis 2008, les cotisations à l'assurance maladie sont plafonnées pour les travailleurs indépendants ainsi que pour les travailleurs salariés. Le montant annuel total des cotisations sociales ne peut dépasser 1 034 880 CZK. Un plancher de cotisation annuelle différent a été fixé pour ces deux catégories de cotisants.

Les sociétés d'assurance maladie prélèvent les cotisations auprès des contributeurs, c'est-à-dire, les employeurs dans le cas des salariés, les indépendants, l'État et les autres cotisants sans revenus imposables).

Un mécanisme de compensation des risques entre les sociétés d'assurance maladie veille à équilibrer les différences au niveau de la structure sociale et des tranches d'âge des assurés. Plus précisément, les cotisations prélevées sont redistribuées entre les différentes sociétés d'assurance maladie en fonction de critères médicaux, de coûts et d'âge des affiliés. La transition d'un taux de redistribution de 60% des cotisations prélevées (en vigueur depuis 2003) à un taux de 100% est terminée depuis le 1er janvier 2007.

3. POPULATION COUVERTE

Toute personne qui réside de façon permanente en République tchèque doit obligatoirement être couverte par le régime d'assurance maladie. Les étrangers qui travaillent pour des sociétés établies sur le territoire tchèque sont également couverts. Au total, le registre central des assurés comptait, début 2008, 10 366 432 personnes.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

Les prestations de l'assurance maladie obligatoire sont les suivantes:

Le principe du tiers payant est appliqué pour la plupart des catégories de soins de santé. Seuls certains traitements esthétiques et d'acupuncture, ainsi que les produits homéopathiques, sont exclus de la couverture. De manière générale, les prestations de santé fournies par des médecins conventionnés étaient gratuites sur le lieu de prestation jusqu'en 2008. Depuis le 1er janvier 2008, le système du ticket modérateur a été introduit pour les prestations ambulatoires et hospitalières.

Le patient a le libre choix du médecin généraliste et du spécialiste et le ticket modérateur s'élève à 30 CZK (un peu plus qu'1 euro).

Le ticket modérateur dû pour une hospitalisation est de 60 CZK (2,2 euros) par jour. Lorsque le patient opte pour un séjour en chambre particulière, un supplément peut lui être facturé.

Si la visite d'un patient aux services d'urgence n'est pas suivie d'une hospitalisation, le ticket modérateur est de 90 CZK (3,3 euros).

Les patients paient 30 CZK par produit prescrit et supportent une partie (variant de 0 à 100%) des coûts des médicaments, des dispositifs médicaux, des prothèses dentaires, des soins dentaires non ordinaires et des cures thermales. Les contributions du patient (tickets modérateurs) aux frais de médicaments sont déterminées sur la base du remboursement de référence (fixé en fonction de la substance active) et sont dues à titre de complément de prise en charge personnelle au-delà du remboursement par les sociétés d'assurance.

Une contribution cumulative maximale de 5 000 CZK par an a été introduite pour tous les produits facturés 30 CZK ainsi que pour les médicaments (montant du ticket modérateur du médicament le moins cher d'un même groupe thérapeutique).

Le montant total des dépenses de santé prises en charge par les patients a été estimé, pour 2006, à 11,3 %, contre 88,7 % de prise en charge par des sources de financement public (dont l'assurance maladie obligatoire).

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

5.1. Types de prestataires et compétences (soins de santé primaire)

Les patients choisissent librement leur médecin généraliste et leur hôpital.

Les médecins exerçant à titre privé doivent solliciter une licence auprès de l'Ordre des médecins et être enregistrés auprès de l'autorité gouvernementale de leur région.

Les médecins généralistes se situent au point d'entrée du système de soins de santé. Le patient s'inscrit donc auprès du généraliste de son choix et peut librement en changer. Dans ce cas, le médecin précédent envoie le dossier médical du patient à son nouveau médecin généraliste.

Le médecin généraliste n'a pas une fonction de «garde-barrière». Il peut adresser un patient à un spécialiste, mais tout patient peut également consulter spontanément un spécialiste.

5.2. Honoraires médicaux (professionnels de la santé)

Les médecins généralistes touchent une rémunération capitative (environ 80% du remboursement) combinée à une rémunération à l'acte pour certaines prestations (prestations préventives, visites de patients à domicile, etc.). Les spécialistes qui exercent leur activité en dehors des hôpitaux sont rémunérés à l'acte. Toutefois, le volume de prestations réclamées est strictement limité. Cette limite est fixée, d'une part, sur la base d'un temps théorique total réclamé par un médecin pendant une période déterminée (généralement un trimestre) et, d'autre part, sur la base d'une comparaison avec les périodes précédentes ou avec les prestations d'autres médecins pratiquant la même spécialité.

Entre 2000 et 2004, la plupart des hôpitaux étaient rémunérés sous la forme d'un forfait par patient traité. Depuis 2005, les hôpitaux étaient financés par des budgets globaux prospectifs. Ces budgets étaient établis sur la base du montant réclamé par les hôpitaux pour l'exercice précédent selon le principe de rémunération à l'acte. Quelques hôpitaux étaient en partie rémunérés selon des modèles expérimentaux tels que le système de rémunération par groupes homogènes de pathologies (DRG). Depuis le 1er janvier 2008, la rémunération des prestations hospitalières combine les systèmes de rémunération par DRG pour certaines catégories de pathologies (environ 20 %), de budget global prospectif établi sur la base de l'exercice précédent (environ 70 %) et de «prix global» négocié pour certaines prestations (prothèse de hanche, implant d'un défibrillateur, etc.) (environ 10 %).

Les taux de remboursement sont négociés entre les sociétés d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé. En cas de litige, le gouvernement tranche en dernier ressort. Le taux de remboursement des médicaments qui était précédemment fixé par le ministère de la santé, est, depuis 2008, fixé par l'Institut national pour le contrôle des médicaments.

Les prestataires de soins doivent avoir une convention avec une société d'assurance maladie pour pouvoir soumettre des demandes de traitement de maladies non aiguës. Un prestataire de soins peut conclure des conventions avec plusieurs sociétés d'assurance maladie. Néanmoins, la conclusion d'une nouvelle convention doit se faire par appel d'offres. Ces appels d'offres sont publiés par les autorités régionales en ce qui concerne les soins ambulatoires et par le ministère de la santé en ce qui concerne les soins hospitaliers. Les organismes assureurs ne sont pas tenus de suivre les résultats des appels d'offres. Dans la pratique, pour des raisons essentiellement historiques, pratiquement tous les prestataires ont des conventions avec la plupart des sociétés d'assurance maladie (ou pour le moins avec la Société générale d'assurance maladie -VZP).

Les conventions comportent habituellement des clauses de pénalité en cas de retard de paiement ou de tentative d'abus du système. Les litiges sont réglés par des procédures spéciales convenues entre les sociétés d'assurance maladie et les associations de prestataires de soins.

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

Neuf sociétés d'assurance maladie à but non lucratif assurent l'exécution du système d'assurance maladie obligatoire. Les assurés peuvent choisir leur société d'assurance maladie librement et en changer une fois par an. La plus importante

société d'assurance maladie du pays - la Société générale d'assurance maladie (VZP) - couvre 63% de la population.

Il y a deux mécanismes de compensation des risques:

- Le mécanisme susmentionné de compensation des différences de structure sociale et d'âge des assurés. Les cotisations prélevées sont redistribuées entre les différentes sociétés d'assurance maladie en fonction des coûts statistiques spécifiques aux différentes tranches d'âge.

- Les différences de situation médicale entre les assurés sont compensées par le remboursement partiel des frais pour les patients qui représentent un coût élevé. Lorsque le coût d'un patient est 30 fois supérieur au coût moyen d'un patient, le surplus est remboursé à l'assuré à 80%.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

Le régime tchèque d'assurance maladie obligatoire nécessite sans conteste des changements afin d'augmenter son efficacité financière, d'assurer sa viabilité fiscale à long terme et d'améliorer son orientation client.

Depuis le 1er janvier 2008, les honoraires des prestations de santé sont réglementés et la procédure de réglementation du prix et du paiement des médicaments est devenue une procédure administrative.

Parallèlement, 7 nouvelles lois vont affecter l'évolution du système de santé à partir de 2009. La création d'un Office de surveillance des sociétés d'assurance maladie est prévue, de même que la transformation des sociétés d'assurance maladie en sociétés de capitaux avec utilisation réglementée des bénéfices. Par ailleurs, les prestations remboursées par l'assurance maladie légale seront définies avec plus de précision et une ouverture à la concurrence entre les caisses d'assurance maladie est prévue dans le domaine du contrôle des soins et des déductions. Une nouvelle réglementation est également en cours d'élaboration en vue d'intégrer les principes de direction d'entreprise dans les hôpitaux universitaires et d'organiser les services de secours.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE ET DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE PAR LES MUTUALITES

L'importance de l'assurance maladie privée est très faible en République tchèque. L'assurance voyage et la protection sociale des ressortissants étrangers n'ayant pas accès au régime d'assurance maladie obligatoire sont les seuls sous-secteurs significatifs. Les recettes totales du secteur privé de l'assurance maladie ne représentent que 5/1000 des recettes qui financent le régime d'assurance maladie obligatoire.

L'assurance maladie privée est régie par la loi 363/1999 Coll., telle qu'amendée par les règlementations ultérieures (loi sur l'assurance privée), et peut être proposée par les sociétés d'assurance instituées en sociétés de capitaux ou en mutuelles dûment autorisées par la Banque nationale tchèque. Depuis 2006, les sociétés d'assurance maladie du régime obligatoire ne peuvent plus proposer des prestations d'assurance privée dans un but lucratif.

Les types de couvertures les plus fréquents sont:

- L'assurance voyage: il s'agit d'une assurance complémentaire couvrant les frais de soins de santé délivrés à l'étranger. Dans le cadre de l'assurance obligatoire, les frais de traitements à l'étranger (hors UE) en cas de maladie aiguë ne sont remboursés qu'à concurrence des tarifs applicables en République tchèque. La VZP est la seule société d'assurance qui propose l'assurance voyage en produit propre.
- L'assurance substitutive pour les personnes n'ayant pas accès au régime d'assurance obligatoire (généralement les étrangers). Sont concernés les ressortissants étrangers qui ne sont pas résidents permanents et ne travaillent pas pour un employeur cotisant au régime d'assurance maladie obligatoire.
- Bien qu'il existe des formules d'assurance complémentaire couvrant les prestations non couvertes par le régime obligatoire, celles-ci sont peu proposées en République tchèque. Elles ne peuvent en outre couvrir que des prestations connexes aux soins de santé tels que les coûts de séjour en chambre particulière dans un hôpital, etc.

Le recours à une protection volontaire pour couvrir les frais réclamés aux patients dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire n'est pas interdit par la loi.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DE L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

1.1. Principes directeurs

La loi sur l'assurance maladie publique définit les principes de fixation annuelle des honoraires médicaux couverts par l'assurance maladie obligatoire. Le fondement de ce processus est une réunion de « consensus », pilotée par le ministère de la santé, qui convoque les représentants des caisses d'assurance maladie et des associations professionnelles des prestataires de santé concernés. Les honoraires, y compris les mécanismes de réglementation, sont définis pour chaque segment des soins de santé. Lorsque les parties s'accordent sur les principes de base de ces honoraires, l'accord est officialisé par un décret du ministère de la santé. Dans le cas contraire, les honoraires sont définis par le ministère de la santé puis officialisés par un décret. Les sociétés d'assurance maladie peuvent également convenir avec les prestataires d'une autre forme de rémunération, pour autant que la convention soit conforme au plan d'assurance maladie de la société d'assurance maladie concernée.

1.2. Méthode de fixation des tarifs et des prix

La fixation des tarifs et des prix doit se faire dans le respect des plans d'assurance maladie des sociétés d'assurance maladie, qui doivent être équilibrés. Diverses méthodes sont utilisées et combinées pour déterminer le tarif des prestations de santé dans chaque segment (rémunération capitative, forfait, honoraires par type de thérapie, etc.). Dans la plupart des cas, la rémunération des prestataires se limite à la rémunération établie l'exercice précédent, augmentée chaque année des points de pourcentage convenus. Dans le cas de prestations exceptionnellement coûteuses (traitements oncologiques, soins cardiologiques, etc.), les principes de la centralisation des soins et de la fixation d'honoraires au cas par cas sont de plus en plus appliqués. Les tarifs des prestations de santé sont par ailleurs régis par divers mécanismes de réglementation, par exemple, pour les médicaments prescrits, les soins de santé demandés, etc. Ces mécanismes ne sont cependant pas appliqués automatiquement mais après discussion sur les raisons de l'écart par rapport aux limites fixées.

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANTS)

2.1. Principes directeurs

En ce qui concerne les appareillages médicaux, la République tchèque a transposé les directives européennes dans sa législation, et notamment dans la loi n° 123/2000 Coll. relative aux dispositifs médicaux ainsi que dans le décret gouvernemental relatif aux exigences techniques applicables aux appareillages médicaux.

2.2. Procédure de fixation des prix

Jusque fin 2007, la procédure de fixation des prix était contrôlée par le ministère des finances. Depuis le 1er janvier 2008, cette responsabilité est assumée par le ministère de la santé. L'objectif principal est, d'une part, de minimiser l'interférence administrative dans la fixation des prix des dispositifs médicaux pour lesquels il existe une concurrence en réglementant leurs prix et, d'autre part, d'essayer de réglementer les prix des dispositifs médicaux uniques en leur imposant des prix maximaux. Le décret adopté à cet effet par le ministère de la santé détaille la procédure de fixation des prix des appareillages médicaux, les règles relatives à la réglementation des prix, les exigences concernant la notification, la proposition, la modification et l'annulation des prix ainsi que les règles de fixation des prix plafonds. En principe, le ministère de la santé fixe les prix maximaux des dispositifs médicaux qui satisfont aux exigences énoncées dans ce décret. Pour les autres dispositifs médicaux, le ministère de la santé publie uniquement les règles de calcul des prix réglementés. Il existe également un groupe de dispositifs médicaux non réglementés. Le prix de vente final des dispositifs médicaux (délivrés sur ordonnance et autres, principalement les implants) est calculé par la Société générale d'assurance maladie sur la base des règles générales fixées par le ministère de la santé. Ces tarifs sont publiés dans le Bulletin des dispositifs médicaux de la Société générale d'assurance maladie (VZP) et acceptés par les autres sociétés d'assurance maladie tchèques.

L'amendement à la loi n° 261/2007 Coll. relative à la stabilisation du budget général de l'État place, depuis le 1er janvier 2008, le contrôle des prix des dispositifs médicaux sous la responsabilité de l'Institut national pour le contrôle des médicaments.

Les procédures de paiement des appareillages médicaux sont spécifiées dans la loi n° 48/1997 Coll. Aucune contribution financière n'est réclamée à l'assuré pour les implants placés dans le cadre de soins hospitaliers.

2.3. Comparaison des prix de certains implants et prothèses

Dans ce domaine, contrairement à ce qui se fait pour les médicaments des groupes ATC, aucune classification détaillée n'est accessible au public. Un système harmonisé, avec accès électronique aux informations sur les appareillages médicaux certifiés sur le marché européen et, éventuellement, aux informations commerciales (prix, paiement), serait bienvenu.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[140] DES SERVICES DE SANTE

La privatisation des services de santé a débuté en 1992, avec la révision du système de pluralité de l'assurance maladie publique. Parallèlement à la séparation du financement des services de santé par le budget général de l'État, la privatisation a également progressé dans le domaine de la fourniture des services de santé. Aujourd'hui, pratiquement tous les soins ambulatoires sont délivrés par des médecins privés et la privatisation des hôpitaux se poursuit. En 2006, l'ensemble des établissements hospitaliers étaient contrôlés à 30% par l'État, à 32% par les gouvernements régionaux, à 7% par les municipalités et à 31% par des entités privées. La vente ou la location par bail emphytéotique des hôpitaux régionaux et municipaux s'est poursuivie et en 2007, par exemple, la région de la Bohême centrale a encore vendu 10 hôpitaux (le pays compte actuellement 181 hôpitaux).

Une loi en cours d'élaboration prévoit par ailleurs la transformation des hôpitaux universitaires détenus par l'État en sociétés de capitaux détenues par le ministère de la santé et l'université concernée.

2. CONCENTRATION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES

La République tchèque compte 9 sociétés d'assurance maladie, dont la plus grande est la Société générale d'assurance maladie - VZP (6 546 398 assurés) et la plus

[140] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

petite est la société d'assurance Škoda (131 971 assurés). Le processus de création et de concentration rapide des sociétés d'assurance maladie remonte à la deuxième moitié des années 1990. Après plus d'une décennie de stagnation, le ministère de la santé a autorisé, le 1er janvier 2008, la création d'une nouvelle société d'assurance maladie. Cette autorisation pourrait être suivie par d'autres et entraîner des changements dans le secteur de l'assurance maladie et au niveau du potentiel de marché de ce secteur.

3. RÉORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Les modifications intervenues dans la structure des prestataires de santé sont le résultat d'un processus spontané et ne sont dont pas systématiquement influencées par l'État ou par les sociétés d'assurance maladie.

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGE D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Développement

Le développement de la communication électronique dans le domaine des soins de santé fait l'objet de beaucoup d'attention, partiellement en raison d'un réel besoin et partiellement en raison de l'activité de divers fournisseurs de services au secteur des soins de santé. Les réseaux d'information actuellement utilisés sont les suivants:

- Systèmes informatiques médicaux et hospitaliers. Les hôpitaux recourent principalement à des solutions locales. Les unités de chirurgie ambulatoires sont équipées de systèmes d'origine allemande (80% des cas).
- Bases de données (appelées registres).
- L'échange électronique d'informations commence à faire son apparition dans le secteur des soins de santé (canaux B2B, échange de données par solution de portail, etc.)
- Sites internet «santé»: sur demande du patient, les médecins peuvent encoder les données médicales du patient sur son site internet "santé", avec accès protégé par mot de passe.
- Systèmes d'assurance maladie informatisés: utilisation de solutions principalement locales et privées.
- Systèmes de «managed care»: intérêt marqué pour cette technique, mais offre réduite de solutions à ce jour. La plupart des solutions proposées proviennent de l'étranger et sont basées sur l'ECD.
- Une demande est également constatée pour l'utilisation de systèmes de prescription électronique, d'identification électronique, etc. La République tchèque attend beaucoup des financements de l'UE pour accélérer le développement de l'e-santé.

4.2. Organisation

Les technologies de l'information et de la communication ont fait leur entrée dans le secteur des soins de santé sans grande interférence de l'État. Un programme national d'e-santé est en préparation au ministère de la santé et pourrait amener des changements dans ce domaine.

4.3. Perspectives et investissements prévus

Les investissements seront fonction des résultats du programme national de développement de l'e-santé.

4.4. Droits du patient

Les droits des patients sont similaires à ceux dont jouissent les patients dans d'autres pays de l'UE.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS/DISPOSITIFS MEDICAUX

5.1. Tendance générale

Depuis le 1er janvier 2008, les prix et rémunérations pour les nouveaux médicaments sont déterminés dans le cadre de procédures administratives par l'Institut national pour le contrôle des médicaments. Le système de fixation des prix et rémunérations a été adapté aux règlementations européennes aux fins de transparence et d'aménagement de possibilités de recours.

Les prix des nouveaux dispositifs médicaux sont fixés conformément à la procédure de fixation des prix décrite dans la décision du ministère de la santé. Lorsqu'un nouveau dispositif médical est unique et n'a pas de concurrence sur le marché, son prix maximal est fixé par le ministère de la santé. Les prix des dispositifs médicaux déjà commercialisés sont calculés par la Société générale d'assurance maladie (VZP).

5.2. Processus de décision pour la mise sur le marché, l'utilisation et le remboursement

Le montant et les conditions de remboursement sont fixés par l'Institut national pour le contrôle des médicaments conformément aux règles législatives (amendement à la loi n° 48/2007 Coll. relative à l'assurance maladie légale, selon les dispositions de la loi n° 261/2007 Coll. relative à la stabilisation du budget de l'état). Le montant du remboursement est défini en fonction du niveau d'innovation et du rapport coût/efficacité par rapport aux procédures thérapeutiques existantes. La procédure ainsi que les paramètres d'évaluation sont détaillés dans un décret du ministère de la santé.

Le remboursement des appareillages médicaux prescrits et délivrés dans le cadre de soins ambulatoires est défini par la loi n° 48/1997 Coll. Aucune contribution financière n'est réclamée au patient pour les appareillages médicaux placés dans le cadre de soins hospitaliers. Les implants et autres dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de soins hospitaliers sont donc totalement couverts par les sociétés d'assurance maladie.

5.3. Mécanismes de financement du coût croissant des nouveaux médicaments, vaccins et dispositifs médicaux

L'augmentation du coût des nouveaux médicaments est atténuée par l'absence de remboursement des médicaments de soutien et secondaires, des médicaments jugés inappropriés par les professionnels de la santé, des médicaments dont l'effet thérapeutique n'a pas été suffisamment démontré et des médicaments ne répondant pas aux conditions d'une intervention thérapeutique déterminée (chapitre 15, paragraphe 6 de la loi n° 48/2007 Coll.). Le paiement des examens médicaux et des prescriptions médicales sont à présent réglementés. Les thérapies coûteuses sont concentrées dans les centres spécialisés et/ou font l'objet de restrictions de prescription et d'indication. L'obligation de requérir l'avis d'un expert pour certains médicaments a également été introduite.

L'approbation d'un expert est requise pour l'utilisation d'un dispositif médical totalement nouveau et son efficacité doit avoir été démontrée. Seuls les centres spécialisés peuvent adresser des demandes et effectuer le contrôle de ces dispositifs.

5.4. Controverses

Le système de fixation des prix et de remboursement a été complètement modifié au 1er janvier 2008 et est en phase de mise en œuvre, de sorte qu'une indentification des inévitables problèmes pratiques est actuellement impossible.

Des modifications du système de détermination du remboursement des dispositifs médicaux sont attendues en 2009.

5.5. Perspectives

Parmi les projets figurent l'accroissement du rôle des sociétés d'assurance, la redéfinition de l'étendue de la couverture des soins de santé par l'assurance maladie de base et les options de l'assurance maladie commerciale complémentaire.

6. EXISTENCE D'UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

6.1. Situation

Le système actuel d'assurance maladie n'autorise pas de différentiations des produits d'assurance et du point de vue des sociétés d'assurance maladie, tous les citoyens de la République tchèque sont donc traités de la même façon.

Dans la réalité, les personnes qui connaissent des gens influents dans le secteur ou qui peuvent payer, de manière informelle, un supplément bénéficient généralement de soins de santé de meilleure qualité.

6.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Bien que la loi confère aux sociétés d'assurance maladie le droit de rompre leurs contrats avec les centres de soins de santé qui réclament à leurs clients des suppléments non prévus par la loi, aucune rupture de contrat n'a été observée à ce jour.

7. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

Les mutuelles tendent à devenir des entités commerciales classiques, mais les élections de 2011 pourraient affecter cette évolution.

Royaume-Uni

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	56682	57572	58602	59743	60209	60587′1
Espérance de vie - Femmes à la naissance Années	77.6	78.5	79.2	80.2	81.1	81.1′2
Espérance de vie - Hommes à la naissance Années	71.7	72.9	74.0	75.5	77.1	77.1′2
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	40225	56745	80538	108736	155355 d	167218′1 d
Dépenses totales de santé - % PIB	5.9	6.0	7.0	7.2	8.2 d	8.4′1d
Dépenses publiques santé - % dépenses totales de santé	85.8	83.6	83.9	80.9	86.9 d	87.3′1d

′1, ′2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; d : Différences de méthodologie *OCDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Le National Health Service (NHS) est le principal prestataire de soins de santé au Royaume-Uni. Il offre des prestations de chirurgie, d'ophtalmologie, des médicaments, certains soins dentaires, des soins de maternité, des soins infirmiers à domicile ainsi que des soins hospitaliers résidentiels et ambulatoires. Fondé en 1948, l'objectif du service national de santé était d'offrir des soins de santé locaux et gratuits à tous les résidents du pays, indépendamment de leur âge, de leurs moyens financiers ou de leur état de santé. Le NHS est financé par la fiscalité générale et géré par le ministère de la santé.

Il existe également un secteur privé des soins de santé, essentiellement actif dans le domaine des soins électifs secondaires. Le patient paie ces soins via son assurance ou au moment de la prestation. Le secteur privé de la santé est impliqué dans l'offre publique de soins de santé dans la mesure où, par le biais de conventions locales ou nationales, le NHS utilise ses structures et ses prestations.

Le gouvernement travailliste au pouvoir depuis 1997 a adopté un programme d'investissements et de réformes dans les services publics qui a profondément modifié le NHS et le secteur des prestations sociales. Parallèlement, la

décentralisation a modifié la manière dont sont organisés les soins de santé au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord.

1. ORGANISATION

En 1911, la Loi sur les assurances sociales était adoptée afin d'offrir une assistance médicale à la population. Cette loi instaurait notamment un système de versements hebdomadaires obligatoires effectués par les employeurs, les travailleurs et l'État à une Société de prévoyance. Celle-ci proposait exclusivement des soins de médecine générale et excluait les personnes à charge de l'assuré. Quant aux chômeurs, ils devaient se tourner vers les systèmes de charité.

En 1942, le rapport Beveridge dénonça l'état de santé déplorable de la population, ce qui déboucha sur la création d'un service national de santé offrant des soins de santé à tous les citoyens, indépendamment de leurs moyens financiers. La Loi instituant le Service national de santé fut votée en 1946 et deux ans plus tard, le 5 juillet 1948, le NHS était opérationnel.

Le NHS est un système de santé financé par la fiscalité et géré par le ministère de la santé. Le NHS relève de la responsabilité directe du ministre de la santé, assisté dans sa tâche par plusieurs autres ministres, tous députés au parlement, ainsi que par des fonctionnaires. Le ministère de la santé compte plusieurs directeurs, certains siégeant au comité ministériel, d'autres faisant rapport à ce comité. Ces directeurs sont des fonctionnaires chargés de gérer les activités et les priorités du ministère de la santé. Le comité ministériel compte huit membres, dont le directeur général du NHS. Le ministère de la santé est responsable de la santé publique et de l'aide sociale au niveau national. À la suite de la politique de décentralisation, des différences sont apparues dans l'administration des soins de santé au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord. Le présent rapport se concentre sur l'administration du système de santé en Angleterre.

Le ministère de la santé définit les orientations politiques générales du NHS et négocie son financement global avec le ministère des finances. L'allocation des ressources au NHS relève de la compétence du ministère de la santé. Ce dernier intervient dans l'élaboration des normes et règles de travail du NHS et prend les mesures nécessaires en cas de non-respect des normes ou de défaillance de certains services. Parmi ses autres fonctions, le ministère de la santé est également chargé de surveiller les activités des autorités stratégiques de santé (*Strategic Health Authorities* - SHA) et des hôpitaux (*NHS Trusts)*.

Le gouvernement travailliste élu en 1997 a lancé un vaste programme de réforme visant à mettre en place des services de santé centrés sur les besoins des patients. En 2002, dans le cadre de ces réformes gouvernementales, 28 autorités stratégiques de santé (*Strategic Health Authorities*) ont remplacé les 100 autorités locales de santé (*Health Authorities)*. Les *Strategic Health Authorities* ont un rôle charnière - entre les *NHS Trusts* et le ministère de la santé - en termes d'orientation stratégique et de planification. Leur rôle principal est de développer des partenariats stratégiques au niveau régional, d'assurer le contrôle stratégique des groupements de soins primaires (*Primary care trusts* – PCT) et notamment la capacité et l'offre locale de soins de santé, d'évaluer les PCT et de contrôler leur performance. En juillet 2006, le nombre de SHA a été réduit à 10 pour les inciter à

opérer de manière plus stratégique et à développer davantage leur rôle en matière de commande des prestations[141].

Les *Primary Care Trusts* (PCT) sont responsables de la gestion des services de soins primaires et des services médico-sociaux au niveau de la communauté locale ainsi que de l'organisation des commandes de soins secondaires. Créés en même temps que les *Strategic Health Authorities*, ils ont remplacé les *Primary Care Groups*. Le nombre de PCT en Angleterre est passé de 303 à 152 au 1er octobre 2006. L'objectif était d'instaurer des liens plus étroits entre les services de santé, d'aide sociale et d'urgence, d'améliorer l'organisation des services d'urgence en augmentant leurs ressources pour pouvoir réagir en cas d'incidents majeurs tout en maintenant un service normal, et de renforcer les moyens budgétaires des services de première ligne. Les 152 PCT desservent en moyenne une population de 330 000 personnes et sont responsables de plus de 85% du budget du NHS.

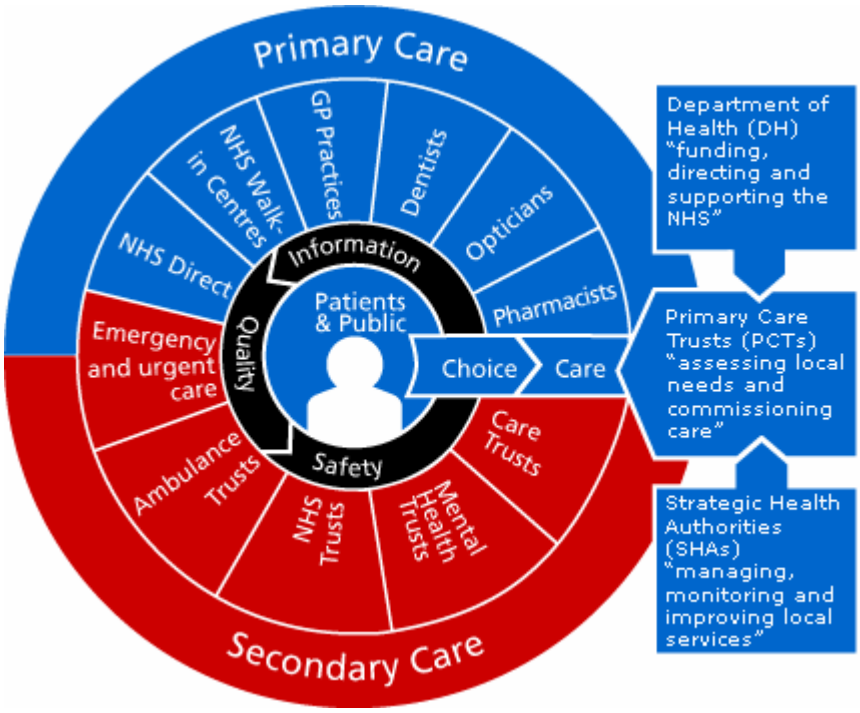
Les trois principaux types de *NHS Trusts* sont les établissements de soins aigus (*Acute Trusts*), les établissements de santé mentale (*Mental Health Trusts*) et les services ambulanciers (*Ambulance Trusts)*. Il existe également des centres de soins intégrés (*Care Trusts*) et des centres de soins pédiatriques (*Children's Trusts)*. Chacun de ces *Trusts* tire ses revenus de la fourniture de soins de santé demandés par les PCT.

En 2004, le gouvernement a en outre introduit une nouvelle catégorie de *NHS Trusts*: les *Foundation Trusts* (fondations hospitalières). En application des réformes du gouvernement travailliste visant à décentraliser le contrôle des services publics, les *NHS Trusts* jugés performants peuvent obtenir le statut de *Foundation Trust* (fondation hospitalière). Ce statut leur confère une plus grande autonomie financière et opérationnelle que les autres *NHS Trusts*. Tout en demeurant au sein du NHS et soumis à son système de contrôle des performances, ces établissements ont le statut d'organisations indépendantes d'intérêt public. Le gouvernement escompte que tous les *NHS Trusts* auront acquis le statut de fondations hospitalières en 2008 (il en existe actuellement 88[142]). Plus de 30 autres ont reçu le soutien du ministère de la santé pour demander ce statut. Les *Foundation Trusts* délivrent plus d'un quart des soins aigus et spécialisés et emploient 185 000 personnes. Un organisme public non ministériel dénommé "*Monitor*" est responsable de l'autorisation, du suivi et de la réglementation des *NHS Foundation Trusts*. La *Healthcare Commission* contrôle la performance des *Foundation Trusts*, comme elle le fait pour toutes les autres organisations du NHS.

[141] «*The NHS in the UK 2007/8: a pocket guide*» publié par la NHS Confederation en 2007, ISBN 1-85947-136-6. Copies disponibles sur www.nhsconfed.org/publications

[142] Source: Monitor, voir http://www.regulator-nhsft.gov.uk/register_nhsft.php

Diagramme illustrant le fonctionnement du NHS



Source: Site web NHS Choices, www.nhs.uk

Les *Acute Trusts* gèrent des hôpitaux et veillent à ce qu'ils offrent des traitements médicaux et chirurgicaux de haute qualité et pratiquent une gestion financière efficace. Il leur incombe également de prendre toutes les décisions relatives à l'amélioration des services et de développer la stratégie de chaque hôpital. L'Angleterre compte 165 *Acute Trusts* et bon nombre d'entre eux gèrent plusieurs hôpitaux.

Les soins spécialisés de santé mentale sont délivrés par les *Mental Health Trusts*, au nombre de 39 en Angleterre.

Les *Ambulance Trusts* sont responsables du transport des patients et de l'accès aux soins médicaux urgents. En Angleterre, 12 services ambulanciers répondent aux appels d'urgence (ligne téléphonique 999), apportent des soins sur les lieux d'accidents et transportent les patients vers l'hôpital le plus proche pour y recevoir des traitements.

Les *Care Trusts* sont des partenariats entre le NHS et les autorités locales. Ils offrent des services intégrés de santé et de soins et assurent une large gamme de prestations sociales pour adultes, de services de santé mentale et de soins primaires. L'Angleterre compte actuellement 12 *Care Trusts*. Les *Children's Trusts* ont été récemment créés dans le but d'intégrer tous les services de santé, d'éducation et d'aide sociale destinés à la jeunesse. Les *Children's Trusts* sont gérés par le gouvernement local.

2. FINANCEMENT

2.1. Financement général

Plus de 90 % du budget du NHS sont financés par la fiscalité. Le reste est financé par les frais réclamés aux patients, les recettes de ventes immobilières, les accises sur le tabac et la génération de revenus. Les fonds alloués au NHS sont inscrits dans les programmes de dépenses publiques adoptés chaque printemps dans le cadre du budget annuel. Le montant global des ressources allouées au NHS est déterminé par le gouvernement en tenant compte, de manière équitable, des besoins du NHS, des exigences du ministère des finances et des priorités économiques et politiques générales du gouvernement.

L'enveloppe budgétaire du NHS sert à financer les services hospitaliers et médico-sociaux ainsi que les services ambulanciers, qui constituent l'essentiel des dépenses. Elle sert également à financer les services de santé de la famille, y compris les services de médecine générale.

2.2. Procédure de répartition du budget général

La base de répartition des ressources au NHS varie selon les endroits, la seule obligation étant d'aboutir à une répartition équitable en fonction des besoins en matière de soins de santé. L'Angleterre, le Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord appliquent des formules différentes adaptées à leurs spécificités géographiques, sociales et sanitaires ainsi qu'à leurs besoins particuliers. En Angleterre, la formule consiste en une allocation capitative pondérée par des critères d'âge, de répartition hommes/femmes et de mortalité. Quelle que soit la formule choisie, elles sont toutes conçues pour garantir une redistribution d'un maximum de ressources à ceux qui en ont le plus besoin à terme.

Les groupements de soins primaires (*Primary Care Trusts* - PCT) contrôlent actuellement plus de 85% du budget du NHS. Le ministère de la santé alloue aux PCT une enveloppe budgétaire couvrant une période de 3 ans et établie selon une formule de capitation pondérée. Les PCT établissent ensuite leurs plans financiers en accord avec l'autorité stratégique de santé dont ils dépendent.

Les fonds sont budgétés pour couvrir les frais d'exploitation et l'infrastructure du PCT, la fourniture de services médico-sociaux, les frais de prescription et l'achat de prestations hospitalières, de santé mentale et de traitement des troubles d'apprentissage.

Les PCT commandent aux *NHS Trusts* et au secteur médical privé indépendant les prestations de santé nécessaires pour leur population locale. À cet effet, les PCT passent avec leurs partenaires des conventions définissant le coût, le volume, la qualité et l'efficacité des prestations.

Outre les revenus générés par les conventions portant sur la fourniture de services hospitaliers et médico-sociaux à la demande des PCT, les *NHS Trusts* ont d'autres sources de revenus et notamment:

- les contrats de formations de type universitaire et post-universitaire en médecine et en dentisterie, ainsi que les contrats dans le domaine de la recherche;
- les contrats de formation d'autres professionnels de la santé;
- la fourniture de soins de santé privés;
- les activités génératrices de revenus telles que la vente de services, l'exploitation de magasins, parkings, etc.

3. POPULATION COUVERTE

Toutes les personnes résidant officiellement au Royaume-Uni ont accès au NHS, sans considération de leur situation financière et professionnelle, de leur état de santé ou de leur âge.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

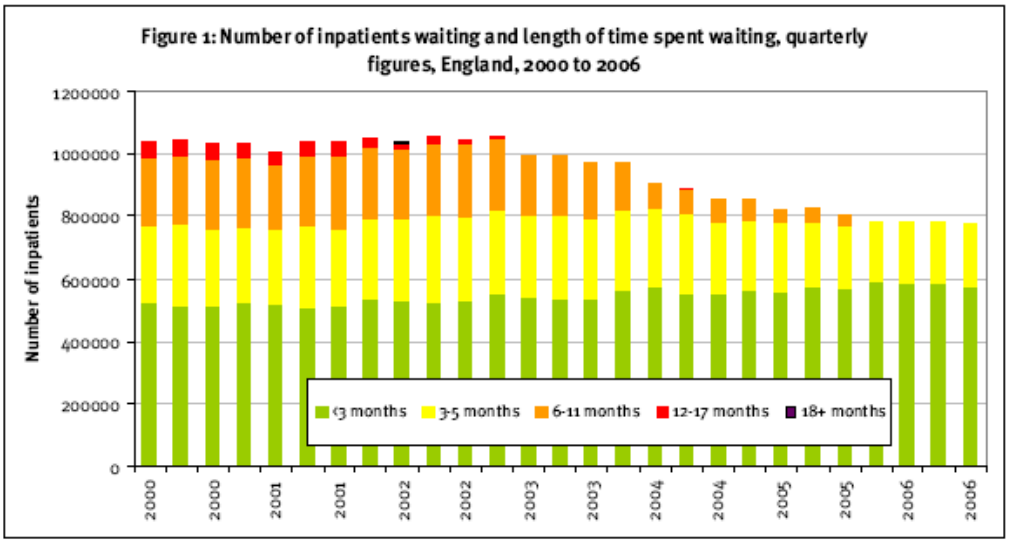
4.1. Prestations couvertes et conditions d'accès

Les prestations du NHS sont accordées gratuitement à tous les résidents du début à la fin d'une maladie, sans limite de temps. Sont couvertes, les dépenses liées aux prestations médicales et hospitalières, à l'exception des soins qui ne sont pas cliniquement indispensables, par exemple, les séjours en chambre privée, les soins en sanatorium et en établissement de cure, les prothèses dentaires et les audioprothèses. Les prestations incluent les soins primaires et les soins hospitaliers résidentiels.

Les médecins généralistes ont un rôle de répartiteur-contrôleur (*gatekeeper*), en ce sens que les patients doivent d'abord consulter leur médecin traitant qui les orientera vers un spécialiste conventionné NHS ou privé (sauf en cas de traitements à caractère urgent).

Les patients doivent généralement attendre un certain temps avant de pouvoir bénéficier de la plupart des traitements à caractère non urgent. Les patients en danger de mort ou en situation d'urgence sont naturellement traités sans délai. Les délais d'attente pour un traitement hospitalier varient selon le type d'admission, mais l'objectif du gouvernement est que d'ici décembre 2008, le délai d'attente maximal sous référence d'un généraliste soit de 18 semaines sauf s'il s'avère cliniquement approprié d'attendre plus longtemps ou si le patient choisit de reporter le traitement. Une étude publiée en août 2007 par le King's Fund[143] indique que le nombre de patients en attente de traitement est au niveau le plus bas depuis que ce paramètre est analysé et que la proportion de patients traités dans les 18 semaines à compter de la demande du médecin généraliste est passée d'un tiers à près de la moitié.

[143] *«18 week waiting times: an update»,* publiée par le King's Fund en 2007, disponible à l'adresse www.kingsfund.org



Source: King's Fund analysis of data from Department of Health 2007e

Source: *«18 week waiting times: an update,* The King's Fund, www.kingsfund.org

Les soins préventifs fournis dans le cadre du NHS sont gratuits. Les dépistages du cancer du col de l'utérus sont assurés par les médecins généralistes et un programme national de dépistage du cancer du sein est proposé aux femmes à partir d'un certain âge. Des systèmes de rappel ont été mis en place de façon à ce que ces examens soient effectués périodiquement. En 2006, le gouvernement a lancé un programme national de dépistage du cancer de l'intestin pour les hommes et les femmes, une première nationale et européenne. Ce programme s'étend maintenant à tout le pays et offre un dépistage tous les deux ans à tous les citoyens âgés de 60 à 69 ans. Le gouvernement a en outre récemment annoncé qu'un dépistage des maladies cardiaques, vasculaires et diabétiques allait être proposé dans le cadre du NHS, dans un premier temps aux groupes vulnérables et ultérieurement à toute la population.

4.2. Étendue de la couverture

Si la plupart des traitements dispensés par le NHS sont accessibles gratuitement, une participation aux frais est réclamée pour certaines prestations, principalement les soins dentaires, les médicaments et les soins ophtalmologiques. Ces contributions personnelles représentent environ 2% du financement du NHS.

Aucun ticket modérateur n'est réclamé au patient pour les soins hospitaliers, les soins délivrés par un médecin généraliste ou un spécialiste, les soins infirmiers à domicile et les traitements de kinésithérapie.

Le ticket modérateur des médicaments ambulatoires s'élève actuellement à 6,85 GBP par produit. Ce montant couvre un peu plus de la moitié du coût brut moyen de chaque médicament prescrit. Lorsqu'il s'agit de médicaments relativement simples, il est souvent moins coûteux pour le patient de payer l'intégralité du prix de vente. Les personnes ayant fréquemment besoin de médicaments et ne bénéficiant pas de la gratuité peuvent obtenir un «ticket saisonnier» (35,85 GBP pour quatre mois ou 98,70 GBP pour un an) couvrant tous les médicaments nécessaires durant cette période). Tous les médicaments prescrits dans le cadre de soins hospitaliers résidentiels sont gratuits.

Les exemptions du paiement du ticket modérateur pour les frais pharmaceutiques et dentaires sont assez répandues et 87% des ordonnances sont en réalité exécutées gratuitement. Selon les estimations, environ 50% de la population ne paient pas de ticket modérateur sur les prescriptions en Angleterre. Les femmes enceintes ou ayant accouché durant l'année écoulée, les enfants de moins de 16 ans, les moins de 19 ans poursuivant une scolarité à temps plein, les personnes ayant atteint l'âge de la retraite, les familles à faibles revenus ainsi que les personnes souffrant de l'une des maladies chroniques reconnues dans une liste spécifique ne paient pas de tickets modérateurs sur les prescriptions de médicaments. Au pays de Galles, le NHS a totalement supprimé les tickets modérateurs sur les prescriptions en avril 2007.

En ce qui concerne les soins dentaires, le système a été réformé en profondeur en avril 2006. Le gouvernement a introduit un nouveau système de contribution du patient qui remplace le système précédent de prise en charge plafonnée à 400 GBP avec trois forfaits selon le type de soins et de traitements reçu. Dans le nouveau système, les patients paient 15,50 GBP pour un contrôle, un diagnostic et des soins préventifs tels que le détartrage, 42,40 GBP pour les obturations dentaires, le traitement endocanalaire et les extractions dentaires, et 189 GBP pour un traitement inclus dans les deux premières tranches de paiement ainsi que pour des procédures plus complexes telles que le placement de couronnes, dentiers et bridges. Les soins dentaires sont gratuits pour les femmes enceintes ou ayant accouché durant l'année écoulée, pour les enfants de moins de 18 ans et les moins de 19 ans poursuivant une scolarité à temps plein ainsi que pour les familles à faibles revenus.

La plupart des prestations ophtalmologiques sont à charge des patients. La majorité des gens doivent financer eux-mêmes les examens de la vue, les verres de lunettes et les lentilles de contact. Un simple examen de la vue coûte environ 19 GBP selon l'opticien, mais est par exemple gratuit en Écosse depuis 2006. Les verres de lunettes ne sont plus couverts par le NHS, sauf pour les enfants de moins de 16 ans, les moins de 19 ans poursuivant une scolarité à temps plein ainsi que pour les personnes à faibles revenus. Ces catégories de personnes ont droit à des examens de la vue gratuits ainsi qu'à des bons d'achat pour leurs verres de lunettes. De même, les patients atteints de glaucome, les personnes âgées de 40 ans et plus ayant un parent, un frère, une sœur, un fils ou une fille souffrant de glaucome, ainsi que les personnes diabétiques ont également droit à des examens de la vue gratuits.

Les soins pour personnes âgées sont fournis dans des homes résidentiels, des logements-foyers, des séniories, des maisons de santé ou des hôpitaux du NHS.

Les logements-foyers sont des établissements spécialement construits pour les personnes âgées. Il s'agit habituellement de petits immeubles à appartements avec certaines zones communes où les résidents se retrouvent pour des activités sociales. Les personnes âgées mènent une vie indépendante à l'intérieur du site, mais il y généralement un gardien qui peut fournir une assistance légère. Ces établissements ne conviennent pas aux personnes âgées fortement dépendantes.

Les séniories sont récemment apparues comme option pour les personnes âgées. Il s'agit d'une formule plus sophistiquée de logements-foyers permettant aux personnes âgées fragiles ou fortement dépendantes de poursuivre leur vie de manière indépendante dans un environnement qui encourage l'autonomie. Dans ces établissements, un personnel est présent ou appelable en permanence.

Seule une faible proportion de personnes résidant dans des homes bénéficie d'une prise en charge totale par le NHS ou les autorités locales de leurs frais d'hébergement. Pour les autres, leur participation financière est calculée sur la base d'un ensemble de règles standards tenant compte des revenus et du patrimoine des résidents:

- pour les résidents dont les revenus et avoirs sont inférieurs à 13 000 GBP, les dépenses de soins et de séjour sont totalement prises en charge;
- les résidents dont les revenus et avoirs se situent entre 13 000 et 21 500 GBP bénéficient d'une aide de l'État mais le solde des dépenses est à leur charge;
- les résidents dont les revenus et avoirs sont supérieurs à 21 500 GBP, en ce compris les biens immobiliers, doivent assumer la totalité des dépenses jusqu'à ce que leurs avoirs se trouvent en dessous de ce seuil.[144]

Étant donné qu'il n'existe aucune obligation légale pour les familles de prendre financièrement en charge les soins délivrés à un parent âgé et que l'aide publique est limitée, les assureurs ont mis sur le marché, en 1991, des polices d'assurance couvrant, du moins en partie, les frais des soins chroniques. Le succès de ces formules d'assurance est resté mitigé, d'une part, en raison de l'inquiétude des consommateurs quant à la capacité de ces polices à répondre pleinement à leurs futurs besoins et, d'autre part, en raison du coût élevé des primes. La faible performance de ce segment a amené plusieurs grandes compagnies d'assurance à abandonner ce marché en 2004.

Lors de son arrivée au pouvoir en mai 1997, le gouvernement travailliste a ordonné auprès d'une commission d'enquête parlementaire une étude sur les soins chroniques délivrés aux personnes âgées. Le rapport de cette commission a été publié en mars 1999 et recommandait la gratuité de tous les soins d'hygiène et de confort (assistance sociale et soins infirmiers).

En juillet 2000, le gouvernement a enfin réagi aux recommandations formulées par la commission d'enquête parlementaire et proposé plusieurs initiatives dont la gratuité des soins infirmiers délivrés dans tous les établissements (hôpitaux et maisons de santé) à dater d'octobre 2001; de nouveaux investissements en matière de soins intermédiaires (déplacement des personnes âgées occupant des lits réservés aux urgences vers des maisons de convalescence); un réexamen du rôle que pourrait jouer le secteur des services financiers en complément des aides publiques. Cependant, en Angleterre, le gouvernement n'a pas suivi la recommandation de la commission concernant le financement des soins d'hygiène et de confort par la fiscalité générale et a continué d'accorder les prestations d'aide sociale sous condition de ressources.

Le 1er octobre 2001, un nouveau processus d'évaluation a été introduit pour les personnes bénéficiant de soins infirmiers dans des maisons de soins. Ces évaluations ont pour but d'établir, pour ces personnes, la proportion de soins pouvant être qualifiée de "soins infirmiers" et, partant, fournis gratuitement par le NHS plutôt que par des services sociaux sous condition de ressources. La contribution aux soins infirmiers agréés (*registered nursing care contribution* - RNCC) correspond à la proportion de soins infirmiers prise en charge par le NHS. Cette contribution est directement versée aux maisons de soins, le NHS ne pouvant rembourser directement les bénéficiaires de ces soins. Depuis octobre 2007, un taux

[144] Laing and Buisson UK Market Survey 2007, *«Care of Elderly People: UK Market Survey 2007»,* ISBN 85440 121 1, www.laingbuisson.co.uk

de participation unique de 101 GBP par semaine a été instauré pour tous les résidents, quel que soit le niveau des besoins[145].

En janvier 2001, l'Exécutif écossais a annoncé qu'il ferait des propositions en vue d'offrir des prestations d'hygiène et de confort gratuites à toutes les personnes âgées résidant en Écosse, conformément aux recommandations de la commission d'enquête parlementaire. Cette gratuité est appliquée en Écosse depuis l'entrée en vigueur, en juillet 2002 du Health and Community Care (Scotland) Act 2002.

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Les patients ont le libre choix de leur médecin généraliste et environ 98% des résidents anglais sont inscrits auprès d'un médecin généraliste. Le nombre d'inscrits par médecin généraliste est, en moyenne, d'environ 1 802 patients en Angleterre. Les médecins généralistes ne sont pas employés par le NHS mais sont des praticiens indépendants qui passent une convention avec le *Primary Care Trust* (PCT) dont ils relèvent. Jusqu'en avril 2004, les médecins généralistes recevaient une rémunération de base ainsi qu'un montant capitatif en fonction du nombre de patients inscrits chez eux. Ils étaient en outre rémunérés pour toutes les prestations spéciales telles que les visites en dehors des heures de consultation, les soins de maternité et les vaccinations.

Afin de susciter un plus grand nombre de vocations et de freiner les abandons, une nouvelle convention pour les médecins généralistes a été négociée en 2003 et est entrée en vigueur en avril 2004. Dans le cadre de cette nouvelle convention, les PCT s'engageaient à fournir des prestations en dehors des heures de consultation, le soir et les week-ends. Lorsque les médecins généralistes n'avaient pas opté pour un service 24h/24, les PCT étaient obligés de faire appel à d'autres médecins. Cette nouvelle convention impliquait qu'une proportion de la rémunération des généralistes était liée à la qualité des prestations fournies. Les généralistes pouvaient choisir de ne pas assurer certaines prestations et opter pour une offre de prestations plus spécialisées. Cette convention a eu pour effet que la plupart des généralistes ont cessé d'assurer les prestations d'urgence et celles en dehors des heures de consultation. En février de cette année, le gouvernement a invité tous les généralistes à prolonger leur temps de travail afin d'assurer aux patients un meilleur accès aux prestations. Les négociations entre le gouvernement et les médecins généralistes sont toujours en cours.

Une nouvelle convention a également été adoptée en 2003 pour les médecins spécialistes hospitaliers. En vertu de cette convention, les médecins spécialistes perçoivent un salaire annuel assorti d'avantages et de gratifications variables et ne sont plus obligés d'effectuer des prestations non urgentes en soirée ou durant les week-ends. La nouvelle convention limite la durée de travail hebdomadaire d'un spécialiste à 40 heures et lui impose de consacrer les trois quarts de son temps de travail au traitement direct de patients. La convention autorise les spécialistes à avoir une clientèle privée, mais uniquement après avoir effectué quatre heures supplémentaires pour le NHS.

Un nouveau système de convention et de rémunération des dentistes a été introduit en avril 2006 dans le but de les inciter à offrir d'avantage de prestations NHS en

[145] Ibid.

leur garantissant un revenu pour ces prestations. Les dentistes qui ont signé cette nouvelle convention ont la possibilité de combiner un travail pour le NHS et un travail privé. En vertu de cette nouvelle convention, les dentistes perçoivent un revenu mensuel fixe directement lié aux prestations qui leur ont été demandées.

La rémunération des pharmaciens se compose du remboursement du coût des produits délivrés aux patients, auquel vient s'ajouter un honoraire professionnel.

Les ophtalmologistes et les opticiens perçoivent des honoraires imposés pour chaque examen de la vue effectué sur des patients couverts par le NHS.

Tous les médecins généralistes et spécialistes qui travaillent pour le NHS peuvent également traiter d'autres patients à titre privé et percevoir des honoraires pour leurs prestations. Les prestations fournies à titre privé concernent en grande majorité des soins secondaires et seulement 3% à 4% des consultations de médecine générale sont des prestations privées. Toutefois, alors que la pratique privée des médecins généralistes n'est pas limitée, celle des spécialistes l'est par voie de convention. Aucun barème national ne régit les tarifs des prestations privées et les médecins peuvent dans ce cas réclamer leurs honoraires directement aux patients non couverts par une assurance.

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

Les sociétés de prévoyance (*provident associations*) et les mutuelles ne jouent aucun rôle dans le système d'assurance maladie obligatoire. Le ministère de la santé a toutefois un programme pilote d'aide à la gestion de 14 PCT en Angleterre par des organismes d'assurance lucratifs et non lucratifs. De manière générale, le rôle des sociétés de prévoyance et des mutuelles fait partiellement double emploi avec celui du NHS.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

L'élection d'un gouvernement travailliste le 1er mai 1997 a marqué le début d'une nouvelle ère d'investissements et de réformes au sein du NHS. Un programme de réforme étalé sur 10 ans a été exposé dans le Plan stratégique pour le Service national de santé («*The NHS Plan*») publié en juillet 2000, qui contient des mesures de modernisation du NHS et de concentration sur les besoins des patients.

Le «*NHS Plan*» a par la suite été développé dans plusieurs autres documents politiques du ministère de la santé au cours de l'actuelle législature, notamment dans le rapport Wanless publié en 2002, qui a calculé les hausses budgétaires nécessaires à la modernisation du NHS. Les recommandations formulées dans ce rapport ont été largement acceptées et des investissements sans précédent (7,2% d'augmentation annuelle en termes réels) ont été effectués au sein du NHS au cours de la période 2000-2008.

L'année 2008 marque le 60e anniversaire de la création du NHS et le gouvernement tient à poursuivre les réformes introduites depuis le début de son mandat. À cet effet, le ministre de la santé et chirurgien Lord Ara Darzi a été sollicité par le gouvernement pour effectuer un audit de l'ensemble du NHS. Ce rapport d'audit, qui devrait se concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services de santé primaire et aux services médico-sociaux locaux, est attendu pour le mois de juin.

En outre, le ministre de la santé Alan Johnson a annoncé en février 2008 la mise en projet de la toute première «Constitution du NHS». Cette Constitution définira les services auxquels ont droit les patients, du délai maximal d'attente pour un traitement au droit aux dépistages et conseils à certains stades de la vie. Elle détaillera également les responsabilités du patient lorsqu'ils recourent aux services du NHS.

Le gouvernement s'attache actuellement à améliorer les soins de santé préventifs et à offrir des «soins personnalisés» tenant compte des préférences des patients quant au lieu et au moment du traitement. Ces dernières années, le gouvernement a investi dans l'augmentation des capacités du système de soins de santé. Depuis janvier 2006, les patients ont le droit de se voir proposer le choix entre au moins quatre lieux de traitement, dont un dans le secteur privé, lorsque leur médecin généraliste demande un traitement complémentaire. Outre les options locales proposées par leur PCT, les patients peuvent désormais faire leur choix dans un «menu national» de services proposés par un réseau très varié de prestataires composé de fondations hospitalières du NHS et de Centre de soins du secteur indépendant (*Independent Sector Treatment Centres*) (pour plus d'informations sur ces centres, voir le chapitre D1)[146]. Après avoir augmenté les capacités de soins, le gouvernement souhaite maintenant se concentrer sur plusieurs réformes destinées à renforcer le commissionnement des soins au sein du NHS.

Les PCT sont principalement responsables de la commande des services de santé délivrés en partenariat avec les généralistes et le gouvernement local. En vertu des nouvelles réformes, les généralistes et les infirmiers praticiens ont aujourd'hui une plus grande influence sur la manière dont le NHS fournit ses services aux patients en ce sens qu'ils ont «une autorisation d'exercer», autrement dit, de commander des prestations de santé en fonction de leur pratique médicale. Depuis 2005, les cabinets de médecine générale peuvent obtenir un «budget indicatif» pour les services de santé secondaires, des fonds qui seraient sinon contrôlés par leur PCT. L'objectif est que les cabinets médicaux rencontrent les préférences de leurs patients et que cette situation débouche sur une plus grande diversité de services offerts par un plus grand nombre de prestataires, sur un plus grand confort pour les patients et sur une utilisation plus efficace des ressources. Les cabinets de médecine générale peuvent conserver jusqu'à 70% des ressources économisées pour les réinvestir dans des équipements, des services ou du personnel. Fin 2006, 7 849 cabinets (93%) avaient une telle «autorisation d'exercer»[147].Le gouvernement a également pris des mesures pour renforcer le système de commissionnement des soins par les *Primary Care Trusts*. En octobre 2007, il a annoncé que plusieurs organisations du secteur privé avaient été sélectionnées pour être intégrées dans une convention cadre destinée à faciliter les achats dans le secteur privé par le biais du système de commissionnement des soins. Cette convention (dénommée FESC) est actuellement en phase de mise en œuvre pilote dans plusieurs *Primary Care Trusts* en Angleterre.

En vue de moderniser et d'améliorer l'accès aux soins primaires, le gouvernement a introduit de nouveaux types de cliniques. À Londres, il est envisagé de créer 150 polycliniques, c'est-à-dire des centres de santé gérés par plusieurs généralistes et proposant des prestations de médecine générale ainsi que des prestations médicales hospitalières. Le gouvernement a également développé des centres NHS

[146] *«The NHS in the UK 2007/8: a pocket guide»* publié par la NHS Confederation en 2007, ISBN 1-85947-136-6. Copies disponibles sur www.nhsconfed.org/publications

[147] Ibid.

de consultation sans rendez-vous (*NHS Walk In Centres*). Ces centres sont gérés par un personnel infirmier et accessibles toute la semaine dans une plage horaire très large. Leur mission consiste à conseiller et à traiter rapidement les affections mineures des patients qui se présentent sans rendez-vous. Les premiers *NHS Walk In Centres* ont ouvert leur porte en 2000 et en mai 2006, l'Angleterre en comptait 75, un chiffre qui devrait s'étendre à 89. En 2005-2006, ces centres ont accueilli plus de 2,5 millions de patients, avec une moyenne de 101 visites par jour[148].

Dans le cadre de la modernisation du NHS, le gouvernement a consenti un investissement de 6 milliards de GBP sur dix ans dans le développement du système informatique du NHS, le plus gros investissement informatique du Royaume-Uni à ce jour. Les systèmes informatiques des différentes organisations, incapables de communiquer entre eux, seront progressivement remplacés par des systèmes nationaux. .

Le projet «Choose and Book» (choisir et réserver) occupe une place centrale dans le nouveau système informatique et dans la politique gouvernementale de renforcement du choix des patients. Ce service de réservation en ligne forme le pilier de la politique gouvernementale et donne aux patients la possibilité de choisir le lieu et la date de leurs consultations hospitalières. Après un démarrage assez lent, fin 2006, 85% des cabinets de médecine générale utilisaient ce système, ce qui représente 28% de l'activité d'orientation vers des soins spécialisés. Lorsque le système sera totalement opérationnel, il devrait recevoir 190 000 réservations par semaine.

Pour aider les patients à faire les bons choix en matière de soins, le gouvernement à mis sur pied un site web, *NHS Choices* (www.nhs.uk), qui fournit des informations sur les services proposés. Ce site contient des informations non seulement sur la qualité des soins médicaux dans les différents hôpitaux, mais aussi sur la propreté des établissements, la qualité de la restauration et les facilités de parking[149].

La phase suivante du programme gouvernemental de modernisation informatique du NHS est la création d'un système de dossier électronique unique pour les patients, auquel auront accès tous les prestataires de soins. En 2006, le National Audit Office a rédigé un rapport sur le programme national gouvernemental de modernisation informatique du NHS. Ce rapport indique que des «progrès substantiels» ont été accomplis mais que des «défis considérables» subsistent, notamment la fourniture dans les délais prévus de systèmes informatiques répondant aux besoins du NHS ainsi que l'obtention du soutien du personnel du NHS et de la population.

Le gouvernement a également mis parmi ses priorités l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et la planification des professionnels de santé. En avril 2007, il a lancé un plan d'action visant à accroître les opportunités d'emploi pour les professionnels de la santé fraîchement diplômés. Ce plan d'action contient une série de recommandations sur ce que peuvent faire dans ce domaine le NHS, les services d'aide sociale, le gouvernement local, les employeurs du secteur indépendant et du secteur bénévole ainsi que les établissements d'enseignement supérieur. Parmi ces recommandations figure la création de pools de talents réunissant tous les nouveaux diplômés à la recherche de leur premier emploi par le

[148] Ibid.

[149] Ibid.

biais du site web NHS Jobs et d'une coopération plus étroite entre les employeurs et les autorités stratégiques de santé pour communiquer une estimation du nombre de nouveaux diplômés qui seront nécessaires.

La santé sur le lieu de travail reste une priorité du gouvernement. En octobre 2005, le gouvernement a publié un ouvrage intitulé «*Health, Work and Wellbeing*», qui définit la stratégie d'amélioration de la santé de la population active. Cet ouvrage suggérait diverses options pour briser l'équation «mauvaise santé = inactivité» et aménager des possibilités de se rétablir d'une maladie tout en travaillant. Sur cette base, en 2007, le gouvernement a demandé à Carol Black, directrice nationale de la santé au travail, un rapport sur la santé de la population active. Les résultats de cette étude sont attendus au printemps 2008 et ses conclusions devraient se concentrer sur la manière d'encourager un plus grand nombre d'employeurs à soutenir la santé de leurs travailleurs.

En 2008-2009, le gouvernement concentrera également ses efforts sur les services d'aide sociale. En janvier 2006, le gouvernement a publié «*Our Health, Our Care, Our Say*», un ouvrage qui exposait sa vision de services de santé et d'aide sociale plus efficaces en dehors de l'hôpital. Il proposait en particulier des mesures pour une meilleure intégration des services de santé et d'aide sociale, pour un meilleur accès aux médecins généralistes, pour une amélioration des soins délivrés aux patients nécessitant des soins de longue durée et pour une réduction des inégalités en matière de santé[150]. Sur cette base, fin 2007, le gouvernement a présenté au parlement un projet de loi visant à renforcer la réglementation en la matière et à instaurer une instance régulatrice intégrée dénommée *Care Quality Commission*. Cette proposition de loi devrait être présentée à la Chambre des lords en mars 2008. En outre, le gouvernement a récemment annoncé son intention de publier vers le mois de juin 2008, un document de consultation sur les propositions de réforme des services d'aide sociale.

La problématique de la santé restera sans doute un thème de préoccupation central, mais il est peu probable que le gouvernement introduise autant de réformes que celles qu'a connues le NHS au cours des 5 dernières années. D'une part, le gouvernement s'est engagé à maintenir une période de stabilité pour permettre aux récentes réformes de se mettre en place et, d'autre part, les pressions actuelles sur les finances publiques risquent de diminuer les ressources financières disponibles. Lors de la dernière revue des dépenses (*Comprehensive Spending Review*), le gouvernement s'est engagé à augmenter les investissements de 4% par an en 2008 et 2009, alors que ces augmentations on atteint plus de 7% au cours de la période 2002-2007.

Il est certain, en tout cas, que le gouvernement veut poursuivre sa politique d'amélioration du commissionnement des services de santé pour accroître l'efficience du NHS ainsi que sa politique de modernisation et d'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires. Le rapport Darzi devrait donner le ton des réformes des prochaines années et combiné au projet de Constitution du NHS, il est clair que le NHS sera encore le centre de toutes les attentions en 2008, année de son 60e anniversaire.

[150] Ibid.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

L'assurance maladie volontaire s'est développée pour répondre aux besoins des personnes préférant recourir à des prestations médicales privées bien que bénéficiant de la couverture légale complète du NHS. Les personnes qui souscrivent à une assurance maladie privée continuent de payer leurs cotisations au NHS via la fiscalité sur le revenu, ce qui signifie qu'elles paient double pour couvrir leurs soins de santé. Les personnes qui décident de souscrire à une assurance maladie privée ou de recourir à des prestations médicales privées conservent néanmoins toujours le droit d'utiliser l'ensemble des services du NHS.

L'assurance maladie privée fait partiellement double emploi avec le NHS au Royaume-Uni. Ceux qui y recourent apprécient la possibilité de pouvoir choisir le moment de leur traitement sans devoir attendre leur tour comme c'est parfois le cas dans le cadre du NHS. Ils apprécient également le fait de pouvoir choisir leur hôpital, d'être soigné dans un environnement confortable et d'avoir un accès aisé aux médecins spécialistes. Environ 18% des patients privés financent eux-mêmes les prestations qui leur sont délivrées par des services privés[151].

L'assurance maladie volontaire est proposée par des sociétés de prévoyance («*provident associations*») et par un certain nombre de mutuelles et de compagnies d'assurances générales privées. La population couverte représente environ 7,3 millions de personnes, en ce compris les personnes à charge des assurés, soit 12,2% de la population totale[152].

L'assurance maladie privée propose une couverture des frais de traitement des maladies aiguës en milieu hospitalier ou ambulatoire privé. Les prestations fournies par le secteur privé concernent surtout les traitements électifs. Les primes d'assurance maladie, comme toutes les primes d'assurance, sont soumises à une taxe de 5% payable par les assurés. Les personnes dont les primes d'assurance maladie sont payées par l'employeur et dont les revenus annuels sont supérieurs à 8 500 GBP doivent acquitter un impôt sur la valeur de la prime.

Le secteur privé de la santé ne reçoit pas de subventions de l'État et bien qu'il s'agisse d'organismes indépendants du NHS, ils se considèrent investis d'un rôle de coopération avec le NHS.

[151] Laing and Buisson's *Healthcare Market Review 2007-8*, www.laingbuisson.co.uk

[152] Ibid.

2. ASSURANCES PRIVEES PAR LA MUTUALITE

2.1. Rôle des mutualités

Quel que soit leur statut (mutuelle, société de prévoyance ou compagnies commerciales), tous les organismes d'assurance maladie privée fonctionnent globalement de manière identique au Royaume-Uni. Le présent chapitre traite donc de l'assurance maladie privée en général et non des organismes ayant le statut de mutuelle ou de société de prévoyance.

2.2. Types de couverture

Les contrats d'assurance maladie privée sont soit individuels, soit de groupe lorsqu'ils sont financés par l'employeur. Il est également possible, à titre individuel, de souscrire à un contrat de groupe parrainé, mais non financé, par un syndicat, une organisation professionnelle ou un groupe d'affinités. Les contrats de groupe parrainés bénéficient d'une réduction des primes. Environ 9,2% des personnes couvertes par une assurance maladie privée ont leurs primes payées par leur employeur[153].

Les contrats individuels et de groupe reposent tous sur le principe du remboursement des frais liés aux traitements médicaux. Il s'agit des frais de séjour en hôpital, des frais pour les soins infirmiers délivrés en milieu hospitalier ou à domicile, des honoraires des chirurgiens et anesthésistes, des honoraires des médecins spécialistes consultés par les patients ambulatoires, des honoraires des généralistes, des coûts de radiothérapie, des honoraires du personnel auxiliaire de salle d'opération, des frais de médicaments et de pansements ainsi que des prestations en espèces dues lorsqu'un assuré reçoit des soins hospitaliers en tant que patient couvert par le NHS. La gamme de prestations couvertes varie en fonction du tarif de la couverture choisie. Les soins primaires, les prestations de chirurgie esthétique, de maternité et de dentisterie ne sont normalement pas couverts.

Lorsqu'un patient est orienté vers un spécialiste par son médecin traitant, il est encouragé à contacter son organisme assureur afin d'obtenir une autorisation préalable pour son traitement. Les médecins ayant traité un patient couvert par une assurance transmettent généralement leur facture par internet à l'organisme assureur en utilisant le système EDI (Electronic Data Interchange). L'organisme assureur règle ensuite la facture, ce qui évite au patient de devoir payer la facture pour se faire rembourser ensuite par l'organisme assureur. Lorsque ce mode de règlement des prestations ne peut être pratiqué, l'assuré doit payer lui-même la facture puis introduire une note de créance auprès de son organisme assureur afin d'être remboursé.

Il n'existe aucun lien juridique entre les organismes assureurs et les médecins exerçant à titre privé. Les médecins sont libres de fixer le montant de leurs honoraires mais ont généralement tendance à les aligner sur les niveaux des prestations offertes par les organismes assureurs.

[153] Ibid.

Les principaux organismes assureurs privés ont négocié des conventions avec des hôpitaux privés en vertu desquelles les assurés sont soignés selon un barème de coûts prédéterminé pour au moins un an. Ces conventions portent sur les frais de séjour, les repas, les honoraires de salle d'opération, les médicaments et les pansements, ainsi que sur les soins infirmiers. Les hôpitaux conventionnés sont généralement directement remboursés par les organismes assureurs privés pour les dépenses liées aux traitements des assurés.

Les sociétés de prévoyance, les mutuelles et les compagnies d'assurance à vocation lucrative proposent des polices d'assurance relativement similaires, bien que des différences puissent apparaître au niveau du montant des franchises, des quotes-parts, etc. Parfois, certaines prestations sont exclues pour réduire le prix de certaines polices.

Le total des primes encaissées pour l'ensemble du secteur de l'assurance maladie privée s'est élevé en 2006 à 3 258 millions de GBP. Les remboursements de prestations pour cette même année ont atteint la somme de 2 522 millions de GBP[154].

Au-delà de leur fonction d'assurance maladie privée, certains organismes assureurs au Royaume-Uni sont également impliqués dans d'autres activités, dont la gestion d'hôpitaux de soins aigus, de centres de dépistage et de médecine préventive, de homes pour personnes âgées, de services de soins psychiatriques, infirmiers et de médecine du travail, de services téléphoniques permanents d'assistance infirmière et de services d'assurance maladie internationale.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. HONORAIRES MEDICAUX

De nombreux assureurs ont passé des conventions avec des hôpitaux dans tout le pays. À cet effet, les hôpitaux et les organismes d'assurance maladie privée négocient individuellement la tarification des prestations dans le cadre de ces conventions. Avant cette négociation, les assureurs effectuent généralement une étude comparative des coûts pratiqués par des hôpitaux comparables. Les taux de remboursement accordés aux hôpitaux varient selon la typologie des cas traités (case-mix). Certains pratiquent des interventions rares mais très complexes, tandis que d'autres misent sur le volume ou présentent des capacités de grande échelle telles que l'achat en gros de médicaments. Les conventions peuvent porter sur une courte durée (un an) ou une longue durée (deux à cinq ans) et sont revues si nécessaire. Depuis que des directives nationales de qualité ont été adoptées dans certains domaines médicaux, certains organismes assureurs commencent à passer des conventions avec des hôpitaux pour les prestations de spécialistes, notamment pour les soins mammaires.

[154] Ibid.

Certains organismes d'assurance maladie privée ont également créé des accords de partenariat avec des médecins spécialistes. Les médecins spécialistes partenaires sont invités à signer une déclaration d'assurance-qualité clinique élaborée par une organisation dénommée «Private Practice Forum» et à soutenir le principe du contrôle clinique dans les hôpitaux privés. En signant cette déclaration, ils adhèrent notamment aux principes suivants: une pratique médicale selon les normes professionnelles les plus élevées pour le patient; la réalisation d'audits cliniques et la formation médicale continue; l'alignement des tarifs sur les niveaux de prestations offerts par les organismes assureurs, sauf cas exceptionnel; une collaboration avec tous les acteurs pour le maintien de bonnes pratiques; la communication immédiate des plaintes à l'organisme assureur. En échange, les organismes assureurs offrent notamment à leurs partenaires la garantie d'un règlement des factures plus rapide ainsi qu'une gratification annuelle en fonction de la quantité d'interventions effectuées.

2. DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES ET IMPLANTS)

2.1. Principes directeurs

La *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* (agence britannique des médicaments) a un rôle de protection de la santé publique en contrôlant l'efficacité et la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux. Elle exerce une surveillance sur les médicaments et dispositifs médicaux et prend les mesures nécessaires de protection rapide des citoyens en cas de problème. Dépendant du ministère de la santé, cet organisme œuvre pour un meilleur accès aux produits médicaux et pour l'introduction opportune de technologies et traitements innovants et bénéfiques pour les patients et la société. Cette agence est notamment chargée de la réglementation des médicaments, des dispositifs médicaux et des équipements utilisés dans les soins de santé ainsi que de la réalisation d'enquêtes sur les incidents y afférents. Elle a le pouvoir de retirer un produit du marché et, en ce qui concerne les médicaments, d'en suspendre la production.

Le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) élabore des recommandations sur la santé publique, les technologies sanitaires et la pratique clinique. Il publie également des recommandations sur l'utilisation dans le cadre du NHS des médicaments et traitements — nouveaux et existants — ainsi que des dispositifs médicaux tels que les audioprothèses ou les inhalateurs. Les recommandations du NICE sont élaborées avec la collaboration d'experts du NHS et de tous les acteurs de la communauté des soins de santé (personnel NHS, professionnels de santé, patients et soignants, industrie et universités).

2.2. Procédure de fixation des prix

En règle générale, les assureurs privés négocient directement le prix des prothèses, au cas par cas, avec les hôpitaux privés. Ces accords peuvent prévoir que l'hôpital achète la prothèse au coût de fabrication et transmette ensuite la facture à l'assureur. L'assureur y ajoute alors les éventuels frais administratifs et impôts indirects encourus en sus par l'hôpital.

2.3. Comparaison des prix de certains implants et prothèses

Les prix recommandés par les fabricants sont les suivants:

Plaque pour OTH (resurfaçage de la hanche)	£495
Plaque de renfort 44MM 540144 (chirurgie du genou)	£115
Vis pédiculaire USS 6X40MM 498-640 (chirurgie rachidienne)	£395,62

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[155] DES SERVICES DE SANTE

Au Royaume-Uni, le secteur indépendant fait référence à toutes les organisations qui ne relèvent pas du NHS. Ces organisations peuvent être des mutuelles, des sociétés de prévoyance ou des compagnies commerciales. Les organisations du secteur indépendant, quel que soit leur statut, ont globalement la même approche en matière d'offre de prestations au NSH. Le présent chapitre est donc consacré au rôle du secteur indépendant en général.

Certains domaines de la santé sont depuis longtemps couverts par le secteur indépendant. C'est notamment le cas des soins dentaires, de l'optométrie, des pharmacies, des services de santé mentale et des homes résidentiels pour personnes âgées. Mais de plus en plus, le secteur indépendant fournit des prestations dans d'autres domaines jusque-là réservés au NHS. En 2005-2006, le NHS a dépensé 3 666 millions de GBP pour des soins de santé délivrés par des prestataires non NHS (3 316 millions en 2003-2004 et 2 239 millions en 2002-2003)[156].

Cette évolution est due à la politique du gouvernement qui, désireux de changer la nature et d'augmenter le volume des services de santé, veut instaurer une plus grande pluralité des prestataires, notamment en y intégrant des prestataires du secteur indépendant. En 2002, le gouvernement a encouragé les opérateurs indépendants à créer des centres de soins (ISTCs) pour effectuer des interventions chirurgicales électives et des examens de diagnostic sur des patients couverts par le NHS. Tous les prestataires du secteur indépendant ont dû démontrer leur capacité à fournir des prestations de haut niveau et d'un bon rapport qualité/prix. Au cours de la première phase (2003-2004), 29 ISTC ont ainsi reçu le feu vert et en 2006, le nombre de patients ayant reçu un traitement ou subi un examen de diagnostic dans un ISTC dépassait les 250 000. Initialement, le gouvernement avait imaginé qu'en 2008, le secteur indépendant pourrait assurer jusqu'à 15% des interventions chirurgicales et un nombre croissant d'examens de diagnostic sur des patients NHS. Toutefois, le ministre de la santé a récemment estimé que la

[155] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

[156] *«The NHS in the UK 2007/8: a pocket guide»* publié par la NHS Confederation en 2007, ISBN 1-85947-136-6. Copies disponibles sur www.nhsconfed.org/publications

contribution actuelle du secteur indépendant représentait environ 10% des interventions électives et environ 1% du budget du NHS[157].

Les prestataires privés établis de longue date au Royaume-Uni ont toujours eu tendance à se limiter aux soins secondaires, mais depuis les incitations du gouvernement, ces prestataires, ainsi que de nouveaux arrivants sur le marché, recherchent également des opportunités dans le domaine des soins primaires. Certains se concentrent sur la gestion de pathologies spécifiques comme le diabète, tandis que d'autres délivrent des prestations distinctes telles que la fourniture de médicaments à domicile pour les patients atteints de maladies chroniques. Parmi les nouveaux prestataires figurent des prestataires nationaux et internationaux de services de diagnostic, des grandes chaînes commerciales ou des entreprises pharmaceutiques. Par exemple, en 2005, la grande chaîne *Boots the Chemist* a décroché un contrat de deux ans pour la fourniture de prestations de dépistage des infections à chlamydia dans ses magasins. En mai 2007, *Virgin* a annoncé son entrée dans le marché britannique des soins primaires avec des projets d'ouverture, à son enseigne, de centres de santé délivrant des prestations NHS de médecine générale, des services de diagnostic, des soins dentaires et des produits pharmaceutiques[158].

Cela fait déjà quelques années que des prestations de médecine générale sont proposées par des sociétés commerciales en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, mais récemment, le secteur indépendant s'est investi davantage dans les soins primaires à travers le développement de nouveaux types de cliniques créées dans le cadre du programme gouvernemental d'amélioration de l'accès aux soins primaires. Les *NHS Walk-in Centres* (maisons médicales de garde) font partie de cette nouvelle offre. Le premier *NHS Walk-in Centre* géré par le secteur indépendant a ouvert ses portes en 2005 et fin 2007, il en existait 11[159].

Le gouvernement a également pris des mesures pour faciliter l'implication du secteur privé dans les efforts d'amélioration du commissionnement des prestations de santé par les *Primary Care Trusts*. En octobre 2007, il a annoncé que 14 organisations du secteur privé avaient été choisies pour être intégrées dans une convention cadre destinée à faciliter les achats dans le secteur privé par le biais du commissionnement des soins. Cette convention (dénommée FESC) est actuellement en phase de mise en œuvre pilote dans plusieurs *Primary Care Trusts* en Angleterre.

Le secteur privé apporte également un soutien au NHS à travers des contrats de *Private Finance Initiative* (PFI). Il s'agit d'un partenariat public-privé entre une organisation NHS et un consortium du secteur privé qui met des capitaux privés à disposition pour des projets dans le domaine des services de santé. Tous les grands projets d'investissement du NHS sont censés examiner l'intérêt d'une telle solution. Les contrats portant sur d'importants PFI peuvent s'étendre sur 30 ans ou plus et concernent généralement des projets de CCFE (conception, construction, financement et exploitation). Début 2007, 84 hôpitaux avaient été construits sous

[157] Ibid.

[158] Laing and Buisson's *Healthcare Market Review 2007-8*, www.laingbuisson.co.uk

[159] Ibid.

contrat PFI, 25 étaient en construction et sept autres projets venaient d'être approuvés[160].

2. CONCENTRATION DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE/MUTUELLES

En 2007, le Royaume-Uni comptait 8 sociétés de prévoyance et 10 organismes privés commerciaux d'assurance maladie. Le marché britannique de l'assurance maladie privée a connu une forte consolidation en 2006 et 2007 et deux grands opérateurs récemment entrés sur le marché ont conclu des joint ventures avec des assureurs déjà bien implantés. La compagnie d'assurance Legal and General Healthcare a été absorbée par *AXA PPP healthcare*, *AIG's healthnow* a suspendu de nouvelles activités et *YourHealth Plus* a cessé son activité commerciale.

Les deux grands nouveaux acteurs du secteur en 2007 sont les chaînes *Tesco* et *Boots the Chemist*. *Tesco*, le plus grand groupe britannique de supermarchés, a commencé, en février 2007, à vendre des produits d'assurance maladie privée en ligne et dans ses 1000 magasins du pays en utilisant des contrats élaborés et signés par *AXA PPP healthcare*. En mai 2007, *Boots the Chemists*, la plus grande chaîne britannique de magasins spécialisés dans les produits de santé et de beauté, a fait son entrée dans le domaine de l'assurance maladie privée en concluant une joint venture avec *Pru Health*. *Boots the Chemists* vend ses produits d'assurance dans ses 1500 magasins.

BUPA est la plus grande compagnie d'assurance maladie privée au Royaume-Uni, avec une part de marché estimée à plus de 42%. *AXA PPP healthcare* occupe la deuxième place avec 24% de part de marché et est suivi par *Norwich Union Healthcare* dont la part de marché est proche des 10%. [161]

3. RÉORGANISATION DE L'ARTICULATION ENTRE SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Le gouvernement s'est embarqué ces dernières années dans une série de réformes visant à favoriser l'innovation, à accroître la productivité et à étendre rapidement les capacités en matière de soins de santé. L'une des réformes les plus importantes a été le développement de centres de traitement combinant les soins traditionnellement délivrés en hôpital et les soins traditionnellement délivrés en établissement de soins ambulatoires.

Ces centres de traitement réalisent des interventions chirurgicales et des traitements planifiés dans les domaines qui enregistraient les plus longs délais d'attente. La séparation de ces prestations des soins non planifiés a permis de réduire le risque d'annulation d'interventions chirurgicales. Les centres de traitement délivrent généralement des prestations hospitalières de courte durée (souvent dans une seule spécialité telle que l'orthopédie ou l'ophtalmologie), des prestations ambulatoires ou d'un jour (centres parfois appelés «Surgi-centres»), des prestations de diagnostic pour la communauté locale (par exemple,

[160] *«The NHS in the UK 2007/8: a pocket guide»* publié par la NHS Confederation en 2007, ISBN 1-85947-136-6. Copies disponibles sur www.nhsconfed.org/publications

[161] Laing and Buisson's *Healthcare Market Review 2007-8*, www.laingbuisson.co.uk

endoscopies et échographies) et des interventions chirurgicales mineures telles que l'excision de kystes et de lésions et des vasectomies. Depuis 2002, plus de 46 centres de traitements gérés par le NHS et 30 centres de traitement gérés par le secteur indépendant (ISTC) se sont ouverts[162].

Outre les centres de traitement, le gouvernement a envisagé la création de polycliniques afin d'offrir dans un même site des prestations de médecine générale et des prestations traditionnellement délivrées en hôpital. Avant d'être nommé ministre de la santé, Sir Ara Darzi, chirurgien réputé, a été sollicité pour effectuer un audit des services de santé à Londres. Dans son rapport, Ara Darzi recommandait d'accroître le volume des soins délivrés à domicile, y compris les prestations de rééducation et de chimiothérapie. Il recommandait également l'expansion rapide de polycliniques équipées d'appareils de radiographie et d'échographie, indiquant que cela permettrait aux médecins spécialistes de gérer des services médicaux plus proches du domicile des patients. Selon lui, un réseau de polycliniques réparti dans la ville de Londres pourrait, d'ici 2017, assurer jusqu'à 50% des traitements ambulatoires actuellement délivrés en hôpital. L'économie réalisée serait d'environ 1,5 milliard de GBP par an vu que la fourniture de soins de santé en dehors d'une infrastructure hospitalière est moins coûteuse. Il est actuellement envisagé d'introduire 150 polycliniques de ce genre à Londres.

Depuis la publication de son rapport, le gouvernement a demandé à Sir Ara Darzi d'effectuer un audit du NHS au niveau national. Son rapport est attendu pour l'été 2008 et devrait révéler s'il recommande également la création de polycliniques dans le reste du pays.

En janvier 2006, le gouvernement a publié un document intitulé «*Our Health, Our Care, Our Say*», qui expose sa stratégie pour la fourniture de services de santé plus proches du domicile des patients. Depuis lors, dans une volonté de rendre l'accès aux soins de santé plus pratique et plus rapide, le gouvernement a opté pour une politique d'augmentation du volume des prestations délivrées dans les établissements de soins ambulatoires ou primaires. En 2007, Patricia Hewitt, alors ministre de la santé, a appelé les médecins généralistes à créer, en coopération avec des médecins spécialistes, des centres de services de santé intégrés permettant d'offrir des interventions chirurgicales mineures (cataracte, hernies) et des prestations ambulatoires auparavant uniquement accessibles en milieu hospitalier. D'autre part, le «*NHS Operating Framework*» (un document qui définit les priorités du ministère de la santé pour le NHS en Angleterre pour la période 2008-2009) encourage les *Primary Care Trusts* à prendre des mesures ambitieuses pour offrir des services de santé les plus proches possible du domicile des patients.

Les projets visant à intensifier la fourniture de soins en milieu extrahospitalier sont soutenus par certains membres de la communauté médicale, mais pas tous. Dans une allocution de 2006, le Dr Gill Morgan, directeur exécutif de la *NHS Confederation* (organe de représentation des organisations NHS) a présenté un rapport intitulé «*Why we need fewer hospital beds*». Elle a énuméré plusieurs domaines dans lesquels une réduction du nombre de lits pourrait entraîner une amélioration des services: un plus grand nombre de chimiothérapies à domicile pourraient être proposées aux cancéreux, les interventions chirurgicales mineures auraient lieu dans des cliniques généralistes plutôt qu'à l'hôpital, les malades chroniques bénéficieraient d'une assistance pour leur auto-traitement et le

[162] *«The NHS in the UK 2007/8: a pocket guide»* publié par la NHS Confederation en 2007, ISBN 1-85947-136-6. Copies disponibles sur www.nhsconfed.org/publications

personnel paramédical des services d'urgence pourrait soigner certaines personnes à domicile au lieu de les emmener à l'hôpital. Alors que de nombreux médecins approuvent le principe général de traiter plus de patients au sein de la communauté locale, d'autres ont réagi avec consternation, craignant que cette politique n'accélère la fermeture des hôpitaux locaux et des cliniques généralistes.

Outre l'intensification des soins à proximité du domicile des patients, le gouvernement a également encouragé les démarches visant à étendre la chirurgie ambulatoire (chirurgie d'un jour). Ce type de chirurgie a commencé à gagner en popularité au Royaume-Uni dans les années 1960 avec l'apparition de nouvelles techniques d'anesthésie, de changements d'attitude du corps médical et de l'accroissement des coûts des soins de santé. La chirurgie d'un jour offre de nombreux avantages aux patients et au NHS. Elle contribue à réduire les temps d'attente, permet aux patients de se rétablir à domicile, limite le risque d'infections croisées et rend les soins plus rentables.

Dans le «*NHS Plan*» publié en 2000, le gouvernement avait fixé comme objectif de parvenir à ce que trois quarts des admissions électives soient des cas traités en un jour**.** Actuellement, 25 opérations courantes sont classées en chirurgie d'un jour, y compris les réparations de hernies et les extractions de la cataracte, de kystes mammaires et de dents de sagesse. Cependant, il n'est pas certain que la chirurgie ambulatoire soit utilisée aussi fréquemment que ne l'envisageait le gouvernement. Ainsi, un rapport de 2005 publié par la *Healthcare Commission* (organisme indépendant de contrôle des soins de santé en Angleterre) a révélé que seulement deux tiers du total des procédures (740 000 par an) sont effectués en tant que procédure de chirurgie ambulatoire.

4. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGE D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

4.1. Organisation

Dans le cadre de la modernisation du NHS, le gouvernement a consenti un investissement de 6 milliards de GBP sur dix ans dans le développement du système informatique du NHS, le plus gros investissement informatique du Royaume-Uni à ce jour. Lancé en 2002, ce programme national décennal pour les technologies informatiques a matérialisé l'objectif du gouvernement de remplacer tous les systèmes informatiques des organisations qui ne communiquent pas entre eux par des systèmes informatiques nationaux. Les systèmes et équipements seront progressivement introduits dans les prochaines années.

Le projet «*Choose and Book*» (choisir et réserver) occupe une place centrale dans le nouveau système informatique et dans la politique gouvernementale de renforcement du choix des patients. Ce service de réservation en ligne forme le pilier de la politique gouvernementale et donne aux patients la possibilité de choisir le lieu et la date de leurs consultations hospitalières. Après un démarrage assez lent, fin 2006, 85% des cabinets de médecine générale utilisaient ce système, ce qui représente 28% de l'activité d'orientation du médecin généraliste vers des soins spécialisés. Lorsque le système sera totalement opérationnel, il devrait recevoir 190 000 réservations par semaine.

Pour aider les patients à faire les bons choix concernant leurs soins, le gouvernement a mis sur pied un site web, *NHS Choices* (www.nhs.uk), qui fournit des informations sur les services proposés. Ce site contient des informations non seulement sur la qualité des soins médicaux des différents hôpitaux, mais aussi sur la propreté des établissements, la qualité de la restauration et les facilités de parking[163].

4.2. Perspectives et investissements prévus

En 2006, le *National Audit Office* a rédigé un rapport sur le programme national gouvernemental de modernisation informatique du NHS. Ce rapport indique que des «progrès substantiels» ont été accomplis mais que des «défis considérables» subsistent, notamment la fourniture dans les délais prévus de systèmes informatiques répondant aux besoins du NHS ainsi que l'obtention du soutien du personnel du NHS et de la population.

La phase suivante du programme gouvernemental de modernisation informatique est la mise en œuvre d'un système de dossier électronique unique pour les patients (Electronic Patient Record), auquel auront accès tous les prestataires de soins. L'instance principale de réalisation de ce projet est le *NHS Care Records Service* (NCRS) qui créera deux systèmes de DPE: le *Summary Care Record* (SCR), à vocation nationale, contenant des informations de base et le *Detailed Care Records* (DCR), à vocation locale, contenant des informations médicales plus détaillées.

4.3. Droits du patient

En 2007, le *Health Select Committee* (commission nommée par la Chambre des communes pour examiner les dépenses, l'administration et la politique du ministère de la santé) a effectué une enquête sur le DPE et son utilisation. La commission a déclaré que si le DPE pouvait potentiellement apporter d'énormes avantages aux patients, il amenait également de nouveaux défis en matière de protection de la vie privée du patient.

La commission a indiqué que les arrangements concernant le consentement pour la création du dossier et l'ajout d'informations ne sont pas toujours bien communiqués aux patients ou aux cliniciens et qu'en particulier, la question de l'utilisation d'un système de consentement «opt-out» ou «opt-in» commençait à faire débat. La commission a soutenu les propositions visant à introduire un système de consentement hybride: un système «opt-out» pour la création du dossier et un système «opt-in» pour l'ajout d'informations cliniques. Elle a également recommandé que ces arrangements soient mieux expliqués aux patients.

[163] Ibid.

5. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS/DISPOSITIFS MEDICAUX

5.1. Tendance générale

Les médicaments et traitements disponibles en Angleterre et au pays de Galle via le NHS sont recommandés par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur la base d'une évaluation de leur rapport coût/efficacité. Le NICE a été créé en 1999 et est une organisation indépendante. Depuis juillet 2006, sa mission a été étendue au NHS en Irlande du Nord. L'organisme équivalent en Écosse est le *Scottish Medicines Consortium*.

Le NICE élabore des recommandations dans trois domaines de la santé:

- Santé publique – recommandations sur la promotion et la prévention sanitaire adressées au personnel du NHS, aux autorités locales, au grand public et au secteur bénévole;
- Technologies médicales (nouvelles et existantes) – recommandations adressées au NHS sur l'utilisation de médicaments, traitements et procédures.
- Pratique clinique – recommandations adressées au NHS sur le traitement et les soins appropriés de patients souffrant de pathologies spécifiques.

Les *Primary Care Trusts* sont chargés de mettre en œuvre les lignes directrices élaborées par le NICE dans leur zone de compétence. Si le NICE recommande la prescription d'un traitement, les organismes de santé (Angleterre et pays de Galle) sont tenus de mettre à disposition les fonds nécessaires à cet effet dans les 90 jours. Si la décision du NICE est d'interdire l'utilisation d'un médicament/traitement dans le cadre du NHS, les patients qui le recevaient déjà continueront de le recevoir, mais il sera interdit de le prescrire à de nouveaux patients.

Les patients couverts par le NHS qui souhaitent payer, à titre privé, des médicaments non disponibles dans le cadre du NHS doivent s'exclure totalement du NHS et payer eux-mêmes la totalité de leur traitement.

Selon la police souscrite, les assureurs maladie privés financent généralement pour leurs membres certains médicaments et traitements non accessibles dans le cadre du NHS et disposent de leurs propres procédures d'évaluation de l'efficacité des nouvelles technologies médicales.

5.2. Processus de décision pour la mise sur le marché, l'utilisation et le remboursement

Le NICE évalue les nouveaux médicaments et traitements aux fins d'utilisation dans le cadre du NHS sur la base de leur rapport coût/efficacité. La procédure d'évaluation se déroule comme suit:

1. Transmission d'un sujet de ligne directrice.

   Le ministère de la santé transmet au Nice des sujets de lignes directrices cliniques sur la base de divers critères, dont la correspondance avec les priorités nationales, l'impact sur les ressources du NHS et les bénéfices thérapeutiques potentiels.

2. Manifestation d'intérêts des acteurs concernés.

   Les organisations nationales de représentation des patients et des soignants, ainsi que des professionnels de la santé, peuvent s'inscrire comme acteurs concernés.

3. Définition du champ d'application.

   Le *National Collaborating Centre* (NCC) chargé d'élaborer la ligne directrice en définit le champ d'application. Il détermine ce que la ligne directrice couvrira et ne couvrira pas. Le NICE, les acteurs concernés inscrits et un panel indépendant d'experts contribuent à cette définition du champ d'application.

4. Constitution du groupe de développement de la ligne directrice.

   Ce groupe est constitué de professionnels de la santé, de représentants des patients, de groupes de soignants et d'experts techniques.

5. Production d'un projet de ligne directrice.

   Lors de cette phase, le groupe de développement évalue les références médicales disponibles et formule des recommandations.

6. Consultation sur le projet de ligne directrice.

   Au moins une phase de consultation publique est prévue pour permettre aux acteurs ayant manifesté leur intérêt de communiquer leurs observations sur le projet de ligne directrice. Un panel indépendant d'experts révise la ligne directrice afin de vérifier s'il a été tenu compte des commentaires des acteurs concernés.

7. Production de la ligne directrice définitive.

   Lorsque le groupe de développement de la ligne directrice a finalisé ses recommandations, le centre de collaboration rédige la ligne directrice définitive.

8. Publication de la ligne directrice.

   Le NICE approuve officiellement la ligne directrice et la transmet au NHS.

5.3. Mécanismes de financement du coût croissant des nouveaux médicaments, vaccins et dispositifs médicaux

Le processus d'évaluation du NICE inclut une évaluation du rapport coût-efficacité des médicaments et traitements. La procédure d'évaluation s'efforce d'équilibrer les paramètres d'efficacité clinique et de rentabilité. Le NICE est chargé d'analyser et de juger les avantages apportés par le nouveau traitement par rapport aux traitements déjà existants et délivrés dans le cadre du NHS. Il tient également compte des éventuels effets secondaires indésirables, des conséquences d'une non-disponibilité de ce traitement dans le cadre du NHS, de l'impact du traitement sur la longévité et la qualité de vie, du coût net pour le NHS et de l'impact du traitement sur les ressources du NHS.

Dans certains cas, le NICE peut s'opposer à l'introduction d'un traitement qui s'est avéré cliniquement efficace au motif que le coût pour le NHS est disproportionné par rapport à ses bénéfices cliniques à long terme.

5.4. Controverses

En janvier de cette année, le *Health Select Committee* a publié un rapport soulignant l'urgente nécessité d'accélérer la procédure d'évaluation des nouveaux médicaments et traitements. Le rapport recommandait que le NICE prenne des mesures pour évaluer des médicaments après leur mise sur le marché et que ses compétences soient étendues à l'évaluation de thérapies plus anciennes, potentiellement non rentables. Le rapport recommandait également que la procédure d'évaluation du rapport coût/efficacité des nouveaux médicaments prenne en considération les avantages sociaux plus larges qu'apporterait leur couverture par le NHS. Le rapport indiquait aussi que le NICE devrait mieux évaluer le taux réel de prise des médicaments et traitements individuels.

5.5. Perspectives

Le ministère de la santé transmet les médicaments et traitements au NICE pour une procédure d'évaluation. En février 2008, le ministre de la santé publique Dawn Primarolo a annoncé qu'elle envisageait, dans le cadre de son programme de travail, de demander au NICE de produire des lignes directrices cliniques sur les troubles liés à la consommation d'alcool, l'autisme infantile, l'hypertension durant la grossesse et les maladies mentales graves liées à la consommation problématique de substances.

6. DELEGATION DES TACHES POUR LES PRESTATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

La réforme menée dans la fonction publique ces dernières années s'est caractérisée par la mise en place d'un cadre national de carrière NHS qui permet de transcender les frontières professionnelles traditionnelles, qui accroît la mobilité et la transférabilité des compétences et qui offre de meilleures opportunités de carrière à tout le personnel.

Les infirmiers ont endossé des responsabilités nouvelles et plus importantes. En septembre 2006, le gouvernement a publié un document intitulé «*Modernising Nursing Careers*», qui définit des stratégies visant à rendre les équipes d'infirmiers plus autonomes et professionnellement responsables et qui introduit des changements permettant aux infirmiers de guider, coordonner et commander des soins et de les délivrer. L'objectif est de développer les soins infirmiers dans et en dehors de l'hôpital, de donner la possibilité au personnel infirmier de travailler dans ces deux contextes selon les besoins et de permettre aux infirmiers de débuter leur carrière en offrant des soins dans la communauté locale.

Dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement a développé le rôle des «infirmiers praticiens» c'est-à-dire des infirmiers agréés spécialisés dans certains domaines des soins de santé. Les infirmiers praticiens occupent de plus en plus de postes dans les soins de santé primaires et dans les hôpitaux. Le gouvernement considère leur rôle comme essentiel pour améliorer les services et libérer les médecins de tâches médicales et chirurgicales relativement mineures. Ces infirmiers rendent des diagnostics, prennent des décisions de traitement de manière autonome pour certaines maladies et conseillent les patients sur la gestion d'affections telles que l'asthme et le diabète. Une étude publiée en 2002 dans le

British Medical Journal a révélé que les patients sont satisfaits des soins délivrés par ces infirmiers praticiens. Cette étude a cependant souligné la nécessité d'une enquête plus approfondie afin de déterminer si ces infirmiers étaient capables de déceler des problèmes de santé rares mais importants.

Outre la profession d'infirmier praticien, plusieurs nouvelles fonctions ont été développées à la suite d'investissements dans les centres de traitement. Les centres de traitement sont des unités qui effectuent des interventions chirurgicales et des traitements planifiés dans les domaines qui enregistraient les plus longs délais d'attente. La séparation de ces prestations des soins non planifiés a permis de réduire le risque d'annulation d'interventions chirurgicales. Le gouvernement s'est intéressé à ces centres en vue de favoriser l'innovation, d'accroître la productivité et d'étendre rapidement les capacités de soins de santé. De nouvelles fonctions sont également en développement dans ces centres, parmi lesquelles celles de praticien périopératoire, d'infirmier praticien spécialisé/conseiller et technicien assistant en radiologie, ophtalmologie et chirurgie[164].

7. EXISTENCE D'UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

7.1. Situation

Il existe un secteur privé des soins de santé, essentiellement actif dans le domaine des soins électifs secondaires. Le patient paie ces soins via son assurance ou au moment de la prestation.

L'assurance maladie volontaire s'est développée pour répondre aux besoins des personnes préférant recourir à des prestations médicales privées bien que bénéficiant de la couverture légale complète du NHS. Les personnes qui souscrivent à une assurance maladie privée continuent de payer leurs cotisations au NHS via la fiscalité sur le revenu, ce qui signifie qu'elles paient double pour couvrir leurs soins de santé. Les personnes qui décident de souscrire à une assurance maladie privée ou de recourir à des prestations médicales privées conservent néanmoins toujours le droit d'utiliser l'ensemble des services du NHS.

L'assurance maladie privée fait partiellement double emploi avec le NHS au Royaume-Uni. Ceux qui y recourent apprécient la possibilité de pouvoir choisir le moment de leur traitement sans devoir attendre leur tour comme c'est parfois le cas dans le cadre du NHS. Ils apprécient également le fait de pouvoir choisir leur hôpital, d'être soigné dans un environnement confortable et d'avoir un accès aisé aux médecins spécialistes. Environ 18% des patients privés financent eux-mêmes les prestations qui leur sont délivrées par des services privés[165].

[164] Ibid.

[165] Laing and Buisson's *Healthcare Market Review 2007-8*, www.laingbuisson.co.uk

7.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Quel que soit leur statut (mutuelle, société de prévoyance ou compagnies commerciales), tous les organismes d'assurance maladie privée proposent des polices d'assurance privée faisant partiellement double emploi avec les prestations disponibles dans le cadre du NHS. Ces organismes offrent un accès plus rapide ou des aménagements de qualité supérieure. Il est actuellement difficile de comparer empiriquement la qualité technique des services de ces deux secteurs mais on peut présumer que dans la mesure où les patients paient le double du prix, ils attendent un service de qualité au moins égale.

8. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

Quel que soit leur statut (mutuelle, société de prévoyance ou compagnies commerciales), tous les organismes d'assurance maladie privée fonctionnent globalement de manière identique au Royaume-Uni. Le présent chapitre traite donc de l'assurance maladie privée en général et non des organismes ayant le statut de mutuelle ou de société de prévoyance.

Le marché de l'assurance médicale privée se montre généralement innovant en développant un choix étendu de couverture médicale pour les entreprises et les particuliers, ainsi que des prestations additionnelles dans les domaines de la santé et du bien-être. Leurs polices d'assurance sont conçues pour répondre de manière flexible à la demande du client et veillent à ce que les produits demeurent financièrement accessibles à une grande partie de la population. Parmi les offres de polices d'assurance figure la couverture de maladies spécifiques telles que les affections cardiaques et les cancers pour certaines catégories de population, une couverture privée qui n'intervient que lorsqu'un traitement particulier délivré par le NHS implique une attente considérable, ainsi que des polices offrant une sélection de couvertures.

Certains assureurs, dont *BUPA Insurance*, ont commencé à développer des réseaux accrédités d'hôpitaux offrant des soins de qualité et rentables dans des domaines médicaux spécifiques tels que le cancer du sein et l'ophtalmologie. D'autres organismes assureurs ont commencé à offrir à leurs clients des primes pour les récompenser de mener une vie saine. En 2005, *PruHealth*, par exemple, a lancé un projet offrant à ses clients la possibilité d'accumuler des points via un programme vitalité qui récompense les assurés qui ont des modes de vie sain en leur accordant des réductions sur leur prime d'assurance contre ces points. Certaines grandes compagnies d'assurance offrent des abonnements à des clubs de gymnastique pour attirer de nouveaux clients. Un autre assureur, *WPA*, a développé une police d'assurance pour les personnes de moins de 55 ans, conçue pour réduire le coût des primes jusqu'à 75% contre des franchises importantes.

Certains assureurs offrent des programmes de prestations supérieures. Ces polices incluent notamment les meilleurs produits du marché avec une couverture significativement plus grande que la police standard. Cela implique l'offre d'une vaste gamme de «plus», dont des prestations en espèces, des tests de forme physique, le remboursement de médicaments complémentaires et divers produits financiers de protection. *Norwich Union*, par exemple, a introduit une police comportant une série de prestations supérieures, dont la gratuité des examens de la vue et deux traitements d'aide médicale à la procréation.

D'autres assureurs ont lancé des polices avec des formules spécifiques de coût et/ou de couverture, dont l'application de réductions pour certains groupes ou particuliers. Parmi ces polices figurent celles qui s'adressent à certaines tranches d'âge et catégories professionnelles. Ainsi, en avril 2005, l'assureur maladie *AXA PPP* a lancé une police d'assurance médicale privée pour les plus de 55 ans couvrant toutes les situations médicales spécifiques à cette tranche d'âge (traitements cardiaques, arthroplastie, ophtalmologie, réparations de hernies). La limitation de la couverture à ces traitements et affections peut conduire à des économies par rapport au coût de la couverture médicale privée complète.

Parmi les innovations de l'assurance maladie privée proposée aux employeurs figurent le développement de services de santé et de bien-être tels que des services d'aide par téléphone, des conseils en matière de santé, des programmes d'amélioration du mode de vie ainsi que d'autres services de soutien aux employés tels que l'assistance-conseil et un soutien administratif.[166]

[166] Ibid.

CH

Suisse

	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Population totale - Milliers de personnes	6470	6716	7041	7184	7437	7484 ´1
Espérance de vie - Femmes à la naissance Années	80,1	80,7	81,7	82,8	84,0	84,2 ´1
Espérance de vie - Hommes à la naissance Années	73,4	74,0	75,3	77,0	78,7	79,2 ´1
Dépenses totales de santé – Millions US$, PPA	9560	13653	18158	23393	30265	32263 ´1 e
Dépenses totales de santé - % PIB	7,8	8,3	9,7	10,3	11,4	11,3 ´1 e
Dépenses publiques santé - % dépenses tot. de santé	50,3	52,4	53,8	55,6	59,6	60,3 ´1

´1, ´2 Données des 1 ou 2 années précédentes ; e : Estimation *CDE Ecosanté 2008*

A. LA PROTECTION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Il n'y a pas en Suisse de législation unique en matière de sécurité sociale. Dix lois régissent les assurances dites sociales parmi lesquelles figure l'assurance maladie. Jusqu'en 1996, celle-ci était facultative sur le plan fédéral mais généralement obligatoire, pour tout ou partie de la population, sur le plan cantonal.

Le peuple suisse a voté une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) le 4 décembre 1994. Celle-ci est entrée en vigueur le 1er janvier 1996 et s'est substituée ainsi à l'ancienne loi datant de 1911 en instaurant un système d'assurance obligatoire pour les prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie (ou, à titre accessoire, un accident) et ses séquelles. En ce qui concerne la maternité, les prestations couvertes par l'assurance sont les mêmes que pour la maladie.

La nouvelle loi poursuit essentiellement trois objectifs:

- le renforcement de la solidarité (hommes/femmes ; jeunes/personnes âgées ; pauvres/riches);

- l'offre d'un éventail complet de prestations pour éviter une médecine à deux vitesses;
- La maîtrise des coûts.

Sauf mention contraire, toutes les informations qui suivent concernent l'assurance maladie obligatoire (assurance de base) conformément à la LAMal.

1. ORGANISATION

1.1. Fondements historiques et juridiques

Le fondement juridique de l'assurance maladie obligatoire est inscrit dans la Constitution. Les règles d'application sont énoncées dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie.

La loi sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur (LAMal) établit une distinction entre l'assurance de base et les assurances complémentaires. L'assurance de base est obligatoire pour toute personne résidant en Suisse et est régie par le droit des assurances sociales. Les prestations couvertes par l'assurance de base sont définies dans la loi et les ordonnances y afférentes. Par contre, les assurances complémentaires ne relèvent pas du droit des assurances sociales mais sont régies par le droit privé, c'est-à-dire, par la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et leur souscription est facultative. Dans ce domaine, les organismes assureurs définissent librement leur catalogue de prestations couvertes et fixent eux-mêmes les primes de leurs polices d'assurance.

Les points essentiels de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sont:

- la portée individuelle de l'assurance (l'assurance ne couvre pas la famille);
- l'introduction d'une obligation générale d'assurance maladie pour l'ensemble de la population;
- le libre choix de l'organisme d'assurance maladie (avec obligation pour les organismes assureurs d'accepter tous les assurés);
- la liberté de changer d'organisme assureur, même pour les personnes âgées et malades (sans préjudice financier);
- un système de compensation des risques entre les organismes d'assurance maladie afin de répartir les risques de façon équitable;
- des primes identiques (par région de primes) pour tous les adultes assurés auprès d'un même organisme d'assurance maladie, indépendamment de l'âge et du sexe, afin de renforcer la solidarité;
- le choix de la franchise annuelle ou la limitation des prestations (médecin de famille, HMO, ….) avec réductions de primes correspondantes;
- des cotisations subsidiées par l'État pour les personnes et les familles à revenus modestes (notamment pour les enfants et les jeunes);
- une nomenclature des prestations unique et complète;
- des mesures de maîtrise des coûts;
- la suppression du système des assurances-groupes professionnelles.

1.2. Autorités compétentes

Au sein de l'administration fédérale, l'Office fédéral de la santé publique est compétent pour toutes les questions relatives à l'assurance maladie. Il s'agit avant tout d'une autorité de surveillance. Il contrôle et supervise l'application correcte du système d'assurance, suit son évolution et élabore les amendements législatifs.

Dans la mesure où les autorités fédérales n'adoptent pas leurs propres règlements en vertu de la Constitution et des autres bases légales, ce sont les cantons qui sont compétents en la matière. Sur la base de ce principe, une large part du secteur de la santé publique relève donc de la compétence des cantons ou même des communes, notamment les institutions publiques telles que les hôpitaux et les services de soins extrahospitaliers (services Spitex).

1.3. Organes de direction et d'exécution

L'existence des organismes d'assurance-maladie (anciennement caisses de maladie), est ancrée dans la Constitution fédérale:

« La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes. Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens.» (art. 34 bis de la Constitution, accepté en votation populaire le 26 octobre 1890). La Loi sur l'assurance-maladie du 1er janvier 1996 repose sur cet article de la Constitution.

Les organismes d'assurance-maladie garantissent à la population la protection nécessaire en cas de maladie (accessoirement d'accident) et de maternité. L'assurance maladie est gérée par 87 organismes (situation 2007) à but non lucratif dont les statuts doivent être approuvés par l'Office fédéral de la santé publique. Ce nombre est en constante diminution puisqu'en 1960, on dénombrait plus de 1 000 caisses d'assurance maladie. Le nombre et le type d'organismes d'assurance maladie varient fortement selon les régions.

Les assurés ont toute liberté de choix entre les 88 organismes d'assurance maladie existants. L'étendue de la couverture de base est toujours identique. En outre, les organismes assureurs sont obligés d'accepter tous les assurés demandeurs.

L'introduction de la liberté d'affiliation et de mutation favorise une migration des assurés vers les organismes d'assurance maladie moins chers ce qui devrait, à terme, amener un nivellement du montant des cotisations. Cette évolution sera également favorisée par un système de compensation des risques entre les organismes d'assurance maladie comptant un nombre de femmes et de personnes âgées supérieur à la moyenne et les organismes comptant parmi leurs affiliés beaucoup d'hommes jeunes. Dès le 1er janvier 2012 le critère supplémentaire de personnes à risque de maladie élevé (séjour de plus de 3 jours dans un hôpital ou un établissement médico-social) entrera en vigueur.

Cette mesure s'appliquera conjointement à la mise en place, dans le domaine hospitalier, d'une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse sous la forme de forfaits liés aux prestations (SwissDRG).

2. FINANCEMENT

2.1. Financement général

En 2005, le secteur de la santé publique représentait un coût total de CHF 52,697 milliards (11,6% du PIB).

Quelque 20 milliards de francs de ces dépenses de santé sont financés par l'assurance maladie obligatoire. Les quelques 33 milliards restants sont financés par les autres organismes d'assurance sociale (essentiellement les organismes d'assurance-accidents), les organismes d'assurance maladie privés, l'État et les particuliers (participation aux frais, paiements directs "out of pocket",…). Les frais administratifs des organismes d'assurance maladie sont assez faibles (en moyenne 5,4% des dépenses) et en tout cas plus faibles que ceux des organismes d'assurance-accidents et beaucoup plus faibles que ceux des compagnies d'assurances privées.

Financement de l'ensemble du secteur de la santé (2005)

Organismes d'assurance sociale (assurance-maladie, assurance-accidents etc.)	43 %
Assurances privées	9 %
Confédération, canton, commune	17 %
Particuliers	31 %
	100 %

2.2. Sources et procédures de financement de l'assurance maladie

L'assurance-maladie obligatoire est financée exclusivement par les primes individuelles des assurés (20 milliards de francs en 2005). Les pouvoirs publics prennent en charge une partie de la prime d'assurance maladie des assurés économiquement faibles (3,2 milliards de francs en 2005). Les assurés financent en outre, par le biais d'une participation aux frais (franchise et quote-part), environ 3 milliards de francs des prestations couvertes par l'assurance.

Le financement de l'assurance maladie est organisé selon le principe de répartition, ce qui signifie que les organismes d'assurance maladie doivent couvrir leurs dépenses courantes par leurs recettes courantes.

Les organismes d'assurance maladie sont soumis à l'obligation de constituer des fonds de réserve en fonction du nombre de leurs affiliés et du montant des primes encaissées. Progressivement jusqu'à fin 2008, les réserves minimales des organismes comptant plus de 150 000 assurés devront correspondre à 10% des primes encaissées, ce pourcentage étant porté à 15% pour les organismes d'assurance-maladie de taille moyenne (50 000 à 150 000 assurés) et à 20% pour les organismes de petite taille (jusqu'à 50 000 assurés). Les organismes assureurs de petite taille sont en outre tenus de contracter une réassurance.

2.3. Cotisations

La loi sur l'assurance-maladie du 1er janvier 1996 a fait de l'assurance maladie de base une obligation générale (100% de la population). Cette obligation a permis d'éviter toute exclusion de maladies et d'introduire une **prime unique** pour tous les adultes (à partir de 26 ans) malgré les énormes différences de risques liés à l'âge et au sexe des assurés.

Les primes payées par les assurés ne sont pas liées à leurs revenus. Il s'agit en fait de "primes capitatives" qui varient selon les cantons et les organismes d'assurance maladie. Au sein d'un même canton, les organismes d'assurance maladie ne peuvent avoir plus de trois tarifs régionaux. Tous les assurés versent donc des primes d'assurance. Il n'existe pas d'assurance maladie couvrant tous les membres d'une même famille. Les enfants (de 0 à 18 ans) paient des cotisations moins élevées. Les jeunes en cours de formation (de 19 à 25 ans) peuvent également bénéficier de primes réduites.

Les personnes vivant dans des conditions économiques modestes ont droit à une **réduction des primes d'assurance maladie**. La Confédération et les cantons prennent alors en charge une partie ou la totalité de la prime versée pour l'assurance maladie de base. Les subsides prévus par la Confédération sont répartis entre les cantons en fonction du nombre d'habitants et de leur capacité financière (depuis 1997). Les cantons, de leur côté, doivent verser un montant complémentaire global équivalent en moyenne à 50% des subventions fédérales pour bénéficier des subsides de la Confédération.

Financement de l'assurance maladie de base (2005)

Primes nettes (primes moins réduction des primes)	71,3 %
Cotisations prises en charge par la Confédération et les cantons (financement par la fiscalité)	14,6 %
Participations personnelles des assurés	14,1 %
	100 %

En choisissant une forme particulière d'assurance, les assurés peuvent abaisser le montant de leurs cotisations. Ces formes particulières d'assurance sont les suivantes:

- restriction du choix de médecins et d'hôpitaux: jusqu'à plus de 20% d'épargne pour les personnes qui souscrivent au modèle d'assurance HMO, PPO ou Médecin de famille (voir point 4.2.);
- choix d'une franchise plus élevée: l'organisme assureur accorde une réduction des cotisations aux assurés qui acceptent de payer une participation plus grande aux dépenses de santé. L'importance des réductions dépend du montant de la franchise choisie (voir point 4.3.);
- souscription d'une assurance "bonus": à partir de la cinquième année de souscription à cette assurance, l'assuré voit ses cotisations diminuer progressivement pour chaque année où l'assurance n'est pas intervenue. La cotisation initiale est 10% plus élevée que les cotisations habituelles. En cinq ans, la cotisation peut baisser jusqu'à 45% par rapport à la cotisation initiale;
- autres modèles d'assurance: certains organismes assureurs accordent une diminution de cotisation lorsque l'assuré s'engage à acheter, dans toute la

mesure possible, des médicaments génériques ou à s'informer auprès de l'organisme assureur avant toute intervention médicale sur la nécessité du traitement (triage téléphonique).

L'organisme d'assurance maladie est tenu d'avertir l'assuré par courrier de l'augmentation des primes au moins deux mois avant son entrée en application. Il doit en outre mentionner la possibilité pour l'assuré de changer d'organisme assureur.

2.4. Compensation des risques

La compensation des risques favorise la concurrence entre les divers organismes d'assurance maladie. Les paiements compensatoires effectués à cet effet entre les organismes assureurs neutralisent les divers risques liés à l'âge, au sexe des assurés et dès 2012 au risque de maladie élevé (cf. point 1.3). Un département autonome a été créé au sein de la fondation "Institution commune LAMal" pour gérer la compensation des risques

3. POPULATION COUVERTE

Depuis le 1er janvier 1996, toute personne résidant en Suisse est obligatoirement couverte par l'assurance maladie de base. Fin 2005, le nombre d'assurés couverts par l'assurance maladie obligatoire était de 7,5 millions de personnes.

L'assurance maladie est une assurance individuelle et seuls les assurés peuvent bénéficier des prestations offertes par cette assurance. Sont couverts par l'assurance maladie obligatoire:

- toutes les personnes domiciliées en Suisse, quelle que soit leur nationalité. Tous les membres d'une famille doivent être assurés individuellement pour bénéficier des prestations de l'assurance. Les nouveaux résidents sur le territoire suisse disposent d'un délai de trois mois pour souscrire à l'assurance maladie obligatoire.
- les ressortissants étrangers munis d'un permis de séjour de plus de trois mois.
- les ressortissants étrangers qui viennent travailler en Suisse pour une période inférieure à trois mois et ne bénéficient pas d'une assurance étrangère équivalente.

Les assurés choisissent librement leur organisme d'assurance maladie. Tous ces organismes appliquent les mêmes dispositions légales, dont le respect est contrôlé par l'Office fédéral de la santé publique.

4. COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

4.1. PRESTATIONS COUVERTES

L'ancienne loi sur l'assurance maladie comportait une série de lacunes telles que la limitation de la durée des soins hospitaliers ou l'exclusion du remboursement des soins extrahospitaliers. La nouvelle loi comble ces lacunes et élargit considérablement l'éventail de prestations couvertes.

Les prestations couvertes par les organismes d'assurance maladie sont définies par la loi et englobent:

- les examens et traitements effectués par des médecins;
- les prestations délivrées, sur prescription du médecin, par d'autres prestataires reconnus;
- les traitements de chiropraxie;
- les traitements et soins délivrés à l'hôpital;
- les médicaments;
- les prestations liées à la grossesse et à la maternité;
- les soins dentaires (dans l'assurance de base, la couverture est strictement limitée aux maladies graves et inévitables ainsi qu'aux lésions causées par un accident);
- les soins fournis à domicile (Spitex) ou dans un home;
- une partie des frais des transports médicalement nécessaires et des frais de sauvetage;
- une partie des frais d'appareillages médicaux selon liste des moyens et appareils (LiMA);
- les traitements à l'étranger (en cas d'urgence);
- les mesures médicales préventives expressément définies (OPAS);.

En cas **de traitement hospitalier**, les organismes d'assurance maladie couvrent les prestations convenues avec l'hôpital et notamment les soins délivrés par les médecins, les médicaments et les analyses de laboratoire ainsi que les frais de séjour.

L'assurance de base paie les frais de traitement et de séjour en salle commune dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence du patient. Lorsque ce dernier choisit de se faire soigner dans un hôpital plus éloigné, l'organisme d'assurance maladie est en droit d'appliquer les tarifs valables dans le canton de résidence du patient. Le choix du(des) médecin(s) et du séjour en chambre privée ou semi-privée n'est accordé que dans le cadre de l'assurance complémentaire.

L'assurance maladie de base rembourse le coût de tous les **médicaments** qui sont prescrits par un médecin et qui figurent sur la liste officielle des spécialités pharmaceutiques. Actuellement, le nombre de médicaments obligatoirement remboursés s'élève à environ 2 500, la liste étant constamment mise à jour en fonction des progrès de la médecine. Sont notamment aussi remboursés, les médicaments génériques qui sont au moins 40% moins chers que les produits pharmaceutiques originaux (entrée en vigueur le 01.01.2008).

L'assurance maladie de base ne rembourse les **soins dentaires** que dans certains cas précis, par exemple, en cas d'affection grave à la mâchoire, en cas de problèmes dentaires liés à une grave maladie générale ou lorsqu'aucune autre assurance ne couvre les frais de soins dentaires consécutifs à un accident. Les frais de traitement usuel des caries ou d'orthodontie ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie de base.

En ce qui concerne les **cures balnéaires prescrites par un médecin**, les organismes d'assurance maladie prennent en charge un montant journalier de CHF 10 (avec un maximum de 21 jours par an), pour autant que la cure ait été prescrite par un médecin et qu'elle ait lieu dans un établissement agréé. À cela viennent s'ajouter les frais de médecin, de médicaments et de kinésithérapie.

Les soins délivrés à domicile (Spitex) ou dans un home (EMS-Etablissement médico-social) sont remboursés par l'assurance maladie de base, à concurrence d'un montant prédéfini, pour autant que les prestations aient été prescrites par un médecin. Par contre, les frais d'aide-ménagère ou de séjour dans un home ne sont pas couverts par l'assurance de base. Pour obtenir cette couverture, le bénéficiaire des soins peut souscrire à une assurance complémentaire. Les malades chroniques ont en outre la possibilité de bénéficier d'allocations de revenus dans le cadre des premier, deuxième et troisième piliers (assurance-vieillesse/assurance-invalidité [AVS/AI], prévoyance professionnelle, prévoyance privée. De plus, lorsque des soins spéciaux ou une surveillance particulière sont requis, ces personnes ont droit à des indemnités d'aide sociale et, en cas de graves difficultés financières, à des prestations supplémentaires dans le cadre de l'AVS/AI.

En ce qui concerne les **soins préventifs**, diverses prestations utiles en matière de prévention des maladies sont couvertes par l'assurance de base et notamment:

- au moins sept examens de contrôle et deux échographies durant la grossesse ainsi qu'un examen de contrôle postnatal et maximum trois consultations d'allaitement dans les 10 semaines qui suivent l'accouchement.
- les vaccins pour les maladies infantiles et leurs rappels (à l'exception des vaccinations spéciales pour un voyage);
- huit examens de contrôle de l'état de santé et du développement normal des enfants en âge préscolaire;
- les examens gynécologiques préventifs (y compris les frottis) sont remboursés tous les trois ans si, au préalable, deux contrôles annuels se sont révélés négatifs;
- mammographie de dépistage du cancer du sein: remboursement d'un examen par an lorsque la mère, la fille ou la sœur de l'assurée a ou a eu un cancer du sein;
- remboursement d'un examen de contrôle tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 ans et plus, dans le cadre d'un programme cantonal de dépistage (depuis le 1.7.1999).
- la vaccination des jeunes filles entre 11 et 19 ans contre le cancer du col de l'utérus - papillomavirus (dès le 1.1.2008)

Structure des coûts de l'assurance maladie obligatoire (2005)

	MILLIARDS DE FRANCS SUISSES	**%**
Traitements effectués par un médecin	4,6	23
Médicaments	4,3	21
Soins en centres spécialisés, soins extrahospitaliers (Spitex)	2,0	10
Soins hospitaliers	7,8	38
Divers (*)	1,7	8
	20,4	**100**

(*) Kinésithérapie, chiropraxie, prestations en laboratoire, moyens et appareils, etc.

Les conditions de remboursement des dépenses de santé sont que les soins doivent être utiles et économiques. Les assurances complémentaires privées sont indiquées

lorsque les assurés désirent s'assurer pour des prestations spéciales ou de confort (taux de souscription d'env. 30%).

Toutes les dépenses liées aux prestations prévues par la loi ou une ordonnance du ministère de la santé compétent dans le cadre de l'assurance obligatoire de base sont remboursées à l'assuré selon des critères identiques (principe du remboursement des frais):

Dépenses attestées (facture contrôlée d'un prestataire de soins) (CHF 20,4 milliards) moins la participation aux frais (ticket modérateur) de l'assuré (CHF 3,0 milliards) = montant remboursé par l'organisme d'assurance maladie (CHF 17,4 milliards)

4.2. Conditions de remboursement des soins

L'organisme d'assurance maladie rembourse en principe tous les soins délivrés par un **médecin**. Les prestations paramédicales ne sont remboursées par l'assurance maladie que si elles ont été fournies sur prescription médicale.

L'assuré choisit librement son médecin dans la région où il réside et son hôpital parmi les établissements qui se trouvent dans sa région.

L'assuré peut également renoncer au libre choix total du médecin et de l'hôpital.

- La nouvelle loi sur l'assurance maladie a introduit le **modèle d'assurance Médecin de famille**. Moyennant une réduction de sa cotisation (de 5 à 15%), l'assuré s'engage à faire d'abord appel à son médecin de famille afin d'éviter des consultations inutiles auprès de nombreux médecins et spécialistes. Le plus souvent, ce système fonctionne sur la base d'une association de médecins indépendants ayant conclu un accord avec l'organisme d'assurance maladie. L'assuré choisit son médecin personnel sur une liste de plusieurs médecins qui lui sont proposés. Ce modèle porte également le nom de modèle "IPA" (*Independent Practioner Association)*. Les médecins IPA sont en règle générale des praticiens généralistes ou ayant une formation de médecin interne. Ce système prévoit que les assurés ne seront dirigés vers des spécialistes que dans la mesure où le traitement le requiert. Les médecins IPA sont rémunérés à l'acte.
- Certains organismes assureurs gèrent, en milieu urbain, des centres de santé (par ex. un cabinet de groupe) dont les médecins ont le statut d'employés permanents. De plus en plus, les centres de santé sont gérés par les prestataires de soins qui perçoivent une rémunération forfaitaire par assuré. Quelle que soit la forme d'organisation, en cas de maladie, les assurés sont systématiquement traités dans ces centres de santé. Lorsque l'assuré opte pour le **modèle d'assurance HMO** (*Health Maintenance Organisation*), aucune participation aux frais ne lui est généralement réclamée et il bénéficie d'une réduction des cotisations allant jusqu'à plus de 20%. Le modèle HMO, comme le modèle Médecin de famille, joue un rôle de répartiteur-contrôleur (*gatekeeper*) en ce sens qu'ils visent à empêcher que les patients consultent trop rapidement ou inutilement des spécialistes coûteux.

Le **modèle d'assurance PPO** (*Prefered Provider Organisation*) instaure quant à lui le principe du choix du médecin ou de l'hôpital le plus intéressant moyennant une

réduction des cotisations d'environ 10%. Contrairement au modèle Médecin de famille, il n'y a pas ici d'obligation à se rendre toujours chez le même médecin ou dans le même hôpital. Les assurés peuvent faire leur choix au cas par cas sur une liste fournie par leur organisme assureur. Certains modèles imposent également que l'assuré s'engage, dans la mesure du possible, à n'acheter que des produits pharmaceutiques génériques ou à s'informer auprès de leur organisme assureur, avant toute intervention médicale, sur la nécessité du traitement (triage téléphonique).

4.3. Participation personnelle du patient aux dépenses de santé

La Loi sur l'assurance maladie impose au patient une participation personnelle aux dépenses de santé (ticket modérateur), quel que soit le type de prestation (en 2005).

La participation personnelle se compose d'un forfait annuel (franchise) de CHF 300. Ce montant est augmenté d'une quote-part de 10% des frais dépassant la franchise. Pour les prestations de maternité, aucune participation aux frais n'est réclamée. Aucune franchise n'est exigée pour les enfants, pour lesquels seule la quote-part de 10% est réclamée. Le montant annuel maximal de la quote-part est de 700 CHF pour les adultes et de 350 CHF pour les enfants. Pour les soins hospitaliers, la participation personnelle des personnes isolées s'élève à CHF 10 par jour d'hospitalisation.

La participation personnelle du patient aux dépenses de santé (franchise et quote-part) ne peut être couverte par une assurance.

Le Conseil fédéral peut imposer une participation aux frais plus importante pour certaines prestations. Ainsi une quote-part de 20% sera perçue sur les médicaments ayant un générique. Cette mesure vise à encourager la prescription de génériques lorsque la préparation originales est plus chère.

Les assurés ont par ailleurs la possibilité d'opter pour le paiement d'une franchise plus élevée (avec en contrepartie des réductions de cotisations jusqu'à 50%:

- Options de franchise pour les adultes (en francs, par an): 500; 1000; 1500; 2000; 2500
- Options de franchise pour les enfants (en francs, par an): 100; 200; 300; 400; 500; 600

5. LES PRESTATAIRES DE SOINS

Les médecins titulaires d'un diplôme de médecine délivré en Suisse (ou équivalent) et apportant la preuve d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil Fédéral, sont autorisés à travailler.

La rémunération des médecins est en principe négociée entre l'association faîtière des organismes d'assurance maladie (santésuisse) et les prestataires représentés par leur association professionnelle. Les conventions doivent être approuvées par les autorités cantonales, ce qui garantit une protection des prix aux patients.

Les médecins qui exercent dans le cadre de l'assurance maladie de base, sont rémunérés à l'acte. Le tarif médical des prestations médicales (TARMED), valable pour toute la Suisse, est établi selon un système de cotation par points auxquels correspond une valeur monétaire cantonale.

Outre les médecins, le secteur de la santé comprend les prestataires suivants: hôpitaux, laboratoires, chiropraticiens, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, ergothérapeutes, infirmiers indépendants, organisations de soins à domicile, établissements de cure balnéaire, entreprises de transport et de sauvetage.

Les hôpitaux conventionnés reçoivent un forfait journalier ou un forfait par cas dont le montant est négocié avec les organismes assureurs. Ce tarif est valable pour les organismes assureurs reconnus et pour les patients résidant dans le canton où se trouve l'hôpital. Pour les autres patients, l'hôpital a le droit de réclamer un prix journalier plus élevé.

En Suisse, comme dans la plupart des autres pays, les dépenses de santé augmentent de manière démesurée depuis le début des années 1970.

Évolution des dépenses de santé par rapport au PIB

Année	**1990**	**1995**	**2000**	**2003**	**2004**	**2005**
Indice des dépenses de santé	100	133	160	184	191	194
Indice du produit intérieur brut	100	112	128	132	136	140

La nouvelle loi offre une série d'instruments qui devraient permettre à la Confédération, aux cantons et aux assurés de freiner l'accroissement des dépenses à moyen terme. Parmi ces instruments figurent

- une liste des hôpitaux et établissements de soins publics et privés- classés par spécialités - qui délivrent des soins à charge de l'assurance maladie;
- un système uniforme d'analyse des coûts des unités de gestion, d'établissement de statistiques des prestations et d'élaboration de modèles de tarification afin de permettre des comparaisons entre les établissements;
- des structures tarifaires applicables sur tout le territoire national en matière de soins stationnaires (Swiss DRG). Pour les tarifs et conventions, la loi n'impose pas de structure tarifaire nationale unique;
- le renforcement de la concurrence entre les prestataires de soins de santé et entre les organismes assureurs. Les organismes d'assurance maladie ont la possibilité de conclure des conventions spéciales avec les médecins. Même si la conclusion de conventions collectives entre fédérations des organismes d'assurance maladie et médecins restera la règle, les assurés auront la possibilité de renoncer à la liberté totale du choix du médecin et d'opter pour des modèles d'assurances qui les lient à des prestataires moins chers. De cette manière, les "*Health Maintenance Organisations*" (HMO) – introduites récemment en Suisse sur la base du modèle américain – ainsi que d'autres modèles d'assurance bénéficieront d'une nouvelle impulsion.

6. LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie obligatoire de base est actuellement administrée en Suisse par quelque 87 organismes d'assurance maladie. Ces organismes passent des conventions avec les prestataires de soins (hôpitaux, médecins, pharmaciens, homes, institutions de soins à domicile, etc). Les négociations relatives à ces conventions sont guidées par la volonté d'obtenir des soins de qualité à des prix raisonnables.

Le plus gros de ces organismes assureurs opère sur tout le territoire national et assure plus d'un million de personnes, tandis que le plus petit a une envergure locale et compte quelques centaines d'assurés. Les 10 plus gros organismes d'assurance maladie couvrent en fait environ 85% de la population.

Grâce aux statistiques qu'ils dressent sur leurs activités et aux échanges de données encouragés par le législateur, les organismes d'assurance maladie disposent de sources d'informations capitales pour une planification et un développement du secteur de la santé en rapport avec les besoins.

Les organismes d'assurance maladie s'attachent à apporter un maximum d'informations et d'assistance à leurs assurés. Cette démarche vise à renforcer la responsabilité personnelle des assurés et des patients en matière de santé, en application de l'adage "Mieux vaut prévenir que guérir".

Les nouveaux modèles d'assurance (Managed Care, HMO, Médecin de famille, etc.) permettent aux organismes d'assurance maladie de renforcer la responsabilité des assurés tout en leur faisant bénéficier d'une réduction de leurs cotisations.

Les assurances complémentaires couvrent notamment les frais de séjour en chambre privée ou semi-privée à l'hôpital et offrent des prestations non couvertes par l'assurance maladie de base. Les assurances complémentaires proposées par les organismes d'assurance maladie visent à satisfaire les souhaits et besoins personnels des assurés et à leur garantir une protection maximale.

Le rôle des organismes d'assurance maladie comporte non seulement une dimension sociale importante, mais aussi une dimension économique considérable puisqu'une bonne moitié du total des dépenses du secteur de la santé est financée par l'assurance maladie. En 2005, les frais administratifs (amortissements compris) des organismes d'assurance maladie représentaient environ 5,4 % des dépenses globales de santé.

Les organismes d'assurance maladie suisses offrent également une multitude d'emplois intéressants et diversifiés. Avec un total d'environ 15 000 collaborateurs, ils figurent parmi les grands employeurs du pays.

7. PRINCIPALES REFORMES EN COURS

Le système d'assurance maladie suisse est totalement transformé depuis le 1.1.1996. Il présente cependant encore des lacunes qui seront comblées progressivement. Les réformes importantes qui devraient être entreprises au cours des 5 prochaines années concerneront les domaines suivants:

- mesures de maîtrise des coûts: renforcement des éléments de marché via, notamment, la suppression de l'obligation de passer des conventions avec les médecins, la planification à l'échelon national du secteur de la médecine de pointe, l'introduction du principe de budgétisation globale, etc.;
- modification du mode de financement des coûts hospitaliers: remplacement du système dual de financement (assurance maladie/État) par un système moniste (financement par l'assurance maladie uniquement) mais assorti d'aides publiques en fonction du nombre de jours d'hospitalisation ou des forfaits de traitement (péréquation des charges et compensation sociale);
- renforcement du système de compensation des risques entre les organismes d'assurance maladie:
    - critères actuels de compensation : âge et sexe
    - Nouveaux critères supplémentaires : nombre de jours d'hospitalisation au cours de l'année précédente (prise en compte des coûts hospitaliers);
- nouveau système de réduction des cotisations pour les familles à revenus faibles et moyens (réduction d'au moins 50% des cotisations pour les enfants);
- financement des soins: il est prévu de neutraliser l'évolution des coûts pris en charge par les organismes d'assurance maladie pour les soins gériatriques, La différence sera portée à la charge des cantons, des communes et des assurés.

B. LA PROTECTION VOLONTAIRE

1. LE MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE

Dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire, les organismes d'assurance maladie qui gèrent l'assurance de base obligatoire, mais aussi d'autres compagnies d'assurances, proposent de nombreux produits. Les assurances complémentaires complètent l'assurance de base obligatoire et sont censées couvrir les besoins supplémentaires de la population en termes d'assurance contre les séquelles liées aux risques de maladie, d'accident et de maternité, en particulier les traitements médicaux. L'assurance complémentaire entre dans le champ d'application de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Cette loi laisse aux organismes assureurs une liberté maximale en termes d'organisation des polices d'assurance. Les primes d'assurance sont généralement calculées en fonction du risque. Le montant des primes est donc lié au sexe et à l'âge de l'assuré(e). Le volume des primes d'assurance obligatoire est environ 3 fois plus élevé que celui de l'assurance complémentaire.

Suite à l'instauration, en 1996, d'un système d'assurance maladie obligatoire, la protection offerte à la population en matière de soins de santé s'est considérablement élargie. Le champ de la protection privée s'est naturellement réduit en conséquence.

2. ASSURANCES PRIVEES PAR LA MUTUALITE

Tous les organismes d'assurance maladie peuvent proposer des polices d'assurance complémentaire à leurs affiliés. Ils ne peuvent toutefois en aucun cas réassurer la participation aux coûts supportée directement par les patients (franchises, quote-part).

3. TYPES DE PROTECTION

Une énumération exhaustive de la gamme de prestations couvertes par les assurances complémentaires est impossible. Ces prestations vont de la prise en charge des frais de séjour en chambre particulière à l'hôpital (offre la plus importante) à une participation aux frais de cure balnéaire et d'appareillages médicaux en passant par une intervention dans les frais de prestations de médecine alternative non remboursés par l'assurance maladie obligatoire. À ce jour, environ 30% de la population disposent d'une assurance hospitalisation en chambre particulière (chambre à un lit) ou semi-particulière (chambre à deux lits). La très grande majorité de population a contracté l'une ou l'autre assurance complémentaire minimale: soins dentaires, médecine alternative, interventions dans les frais de cure balnéaire, de lunettes, etc.

4. LES MODELES MANAGED CARE

La LAMal en vigueur contient déjà la base nécessaire pour la création de modèles Managed Care. Dans le cadre de l'actuelle révision de la LAMal, le Conseil fédéral propose de définir et d'inscrire dans la loi de nouveaux modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés. Dans ces modèles, les organismes assureurs conviennent avec des prestataires de soins regroupés dans un réseau de soins intégrés que le traitement des assurés sera exclusivement effectué par ce réseau. Les prestataires assument la responsabilité financière, dans la mesure convenue par voie contractuelle, pour l'ensemble du processus thérapeutique des assurés du réseau (responsabilité budgétaire). Le réseau de soins intégrés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire et coordonne le processus thérapeutique des assurés tout au long de la chaîne thérapeutique.

Le projet de loi renonce par ailleurs à imposer ces modèles aux organismes d'assurance maladie et stipule que les assurés ne peuvent être contraints d'y adhérer. Pour ces formes particulières d'assurance, les organismes assureurs pourront par contre à nouveau prévoir une durée contractuelle de souscription allant jusqu'à trois ans.

C. FIXATION DES PRIX ET DES TARIFS DANS L'ASSURANCE MALADIE

1. FORMES DE REMUNERATION

1.1. Principes directeurs

Conformément à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance maladie obligatoire (AOS) ne repose pas sur le principe de la prestation en nature, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays, mais sur le principe du remboursement des soins.

Ce principe exclut par définition certains modes de rémunération tels que

- le paiement d'un salaire fixe aux médecins par l'organisme d'assurance maladie
- le paiement d'une rémunération globale aux organisations prestataires de soins en fonction du nombre d'assurés

Étant donné que le principe du remboursement des soins restreint fortement les possibilités pour les assurés d'exercer une influence sur les prestataires, la loi réglemente de façon très détaillée la forme et la fixation de la rémunération des prestataires.

La LAMal garantit aux assurés une sécurité tarifaire pour les prestations de l'assurance maladie obligatoire et énumère les différentes formes de rémunération possibles, à savoir:

- les tarifs au temps consacré
- les tarifs à la prestation
- les tarifs forfaitaires.
- la rémunération dans le cadre des modèles particuliers d'assurance (capitation)

1.2. Rémunération des prestations ambulatoires

Le mode de rémunération des prestations ambulatoires est identique pour les médecins pratiquant en cabinet privé et pour les prestations des hôpitaux. TARMED est le nom de la nouvelle structure tarifaire à l'acte, applicable depuis le 1er janvier 2004 à toutes les prestations médicales ambulatoires délivrées en Suisse dans un hôpital, dans un cabinet médical privé ou au domicile du patient. Le TARMED, englobant plus de 4600 positions, a été élaboré en commun par les partenaires tarifaires suivants du secteur de la santé:

- la fédération des médecins suisses (FMH)
- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- santésuisse - Les assureurs-maladie suisses
- la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM)
- l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM)
- l'assurance-invalidité

Conformément à l'article 43, paragraphe 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les **tarifs à la prestation** se fondent sur une **structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse**.

Des tarifs au temps consacré sont appliqués pour les prestations d'aide et de soins à domicile, ainsi que par les infirmières exerçant en tant qu'indépendantes.

Des tarifs forfaitaires sont par exemple appliqués dans le cadre des prestations de la réadaptation.

Dans le cadre du Managed Care, les forfaits d'assurés (appelés capitation) financent un montant forfaitaire par assuré et par année à un réseau (HMO) ou gatekeeper. Le montant est défini à l'avance indépendamment du fait que l'assuré tombe malade et des médecins consultés, ainsi que les coûts réels finalement engendrés.

1.3. Rémunération des prestations hospitalières

Actuellement, des systèmes très différents sont appliqués pour la rémunération des prestations hospitalières. La rémunération se présente tantôt sous la forme de forfaits journaliers globaux, tantôt sous la forme de forfaits par service hospitalier calculés par jour ou à la date de départ du patient. Par ailleurs, les hôpitaux publics des cantons de Suisse centrale, de Vaud, Tessin, Valais, Genève, Neuchâtel et Berne ont introduit le système APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups), qui permet l'indemnisation des cas de traitement par groupe diagnostique.

Dans le cadre de la 2e révision de la LAMal le Parlement fédéral a adopté les conditions de rémunération des traitements hospitaliers, y compris des séjours en hôpital. À l'avenir, les forfaits seront liés aux prestations et reposeront sur des structures uniques pour l'ensemble de la Suisse. Dans cette perspective, les cinq organisations partenaires de la santé (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS], H+, santésuisse, CMT et FHM) ont fondé la société SwissDRG SA. L'objectif de cette entreprise est d'introduire pour le 1er janvier 2012 un modèle - unifié à l'échelon suisse - de rémunération des prestations fournies dans le cadre de séjours en milieu résidentiel et en soins somatiques aigus. Ce modèle de rémunération sera basé sur un système "perfectionné" de classification des patients par groupe diagnostique. SwissDRG SA s'inspire de ce qui se pratique en Allemagne sous l'appellation German DRG..

1.4. Méthode de fixation des tarifs et des prix

La Loi sur l'assurance-maladie stipule que les tarifs et prix doivent être fixés via des conventions négociées entre les organismes assureurs et les prestataires de soins et qu'ils doivent reposer sur une évaluation des coûts de gestion. Lorsqu'il s'agit de tarifs à la prestation, la loi exige une structure tarifaire uniforme dans tout le pays mais non une uniformité des prix.

En ce qui concerne les tarifs dans le domaine des soins ambulatoires, l'élément "prestation" est pratiquement toujours la composante essentielle de la structure tarifaire. L'élaboration et la négociation de ces structures tarifaires ont lieu au niveau national des fédérations des organismes assureurs et des associations des prestataires. Ces structures tarifaires nationales négociées doivent ensuite être approuvées par le Conseil fédéral.

Les valeurs des points utilisées dans les structures tarifaires du pays sont par contre négociées au niveau cantonal et soumises à l'approbation des gouvernements cantonaux qui doivent vérifier la rationalité économique des tarifs. Une valeur de points applicable à l'échelon national pourrait être introduite. En tous les cas l'on tend vers une convergence nationale.

La Loi sur l'assurance-maladie prévoit en outre que les conventions tarifaires doivent être assorties d'un contrat d'assurance qualité également élaboré et négocié à l'échelon national. Un accord à l'échelon national est en effet requis afin de garantir un niveau de qualité uniforme dans tout le pays. Les critères d'adéquation, efficacité et économicité sont des principes fondamentaux qui doivent dans tous les cas être respectés pour les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

Si, en raison de dissensions entre les associations de prestataires et les fédérations des organismes assureurs (par ex. sur la valeur des points), il n'est pas possible de parvenir à un accord sur une convention tarifaire ou sur le renouvellement d'une convention existante, l'autorité d'approbation des tarifs assume automatiquement la fonction d'autorité de fixation des tarifs étant donné que la protection des prix doit être constamment garantie, même en l'absence de convention tarifaire.

En cas de litige entre un organisme assureur et un prestataire de soins, les parties s'adressent en première instance au Tribunal arbitral cantonal. L'intervention préalable d'organes de conciliation au niveau des fédérations et associations n'est pas exigée mais est néanmoins prévue dans pratiquement toutes les conventions tarifaires. En seconde et dernière instance, c'est le Tribunal fédéral des assurances qui est compétent pour ce type de litige.

1.5. Prix des médicaments

En Suisse, les prix des médicaments obligatoirement remboursés sont définis à titre de prix maximum par l'Office fédéral de la santé publique et publiés dans la liste des spécialités pharmaceutiques (LS).

Les critères qui président à la détermination du prix sont la comparaison avec le prix du médicament à l'étranger et la comparaison avec des préparations équivalentes sur le plan thérapeutique. Le panier des pays de comparaison englobe actuellement l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark et la Grande-Bretagne,et subsidiairement l'Autriche, l'Italie et la France. La nouvelle préparation doit également soutenir la comparaison en termes de valeur thérapeutique. À cet effet, les prix des médicaments du même groupe thérapeutique servent de point de comparaison. Un supplément pour innovation peut être octroyé pour une période maximale de 15 ans. Ces critères sont évalués sur les prix de vente du fabricant au grossiste (prix ex-usine). Pour obtenir le prix public, on lui ajoute les marges des grossistes et des détaillants, ainsi que la TVA (2,4%).

Néanmoins, la comparaison des prix avec l'étranger a fait l'objet de quelques modifications légales. Auparavant, le prix d'un nouveau médicament était réévalué après 24 mois. Le réexamen du prix d'un médicament n'était ensuite requis que 15 ans après son intégration dans la liste des spécialités. Cette protection des prix pendant 13 ans constituait une des principales raisons favorisant des prix élevés des médicaments en comparaison aux prix européens. Ces évaluations sont désormais plus régulières (cf. chapitre 5 ci-dessous)

2. APPAREILLAGE MEDICAL (PROTHESES ET IMPLANT)

2.1. Principes directeurs

Généralement, le remboursement de l'appareillage médical est limité par la loi dans une liste des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (LIMA). Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ne figurent pas dans la LIMA. L'admission de nouveaux moyens et appareils doivent faire l'objet d'une demande auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'admission dans la LIMA

peut être assortie d'une condition limitative (quantité, durée d'utilisation, indication médicale ou l'âge du patient).

2.2. Procédure de fixation des prix

L'OFSP analyse les demandes pour le prix du remboursement par les assurances-maladie, sur la base des recommandations d'une Commission fédérale. Les moyens et appareils ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du prix fixé dans la LIMA (prix de vente ou de location).

Dans plusieurs conventions entre les assureurs-maladie et les prestataires de soins (hôpitaux, EMS, soins à domicile,…), des prix forfaitaires sont déterminés.

2.3. Comparaison de prix de certains implants et prothèses

Les remboursements sont toujours liés aux principes généraux d'adéquation, efficacité et économicité prévus par la LAMal. Autant que possible, les assureurs-maladie négocient des conventions sectorielles à des prix plus avantageux. Dans ce cas, seuls ces prix seront remboursés par l'assurance obligatoire. Plusieurs initiatives parlementaires demandent de favoriser cette limitation du prix et éviter des remboursements automatiques au prix maximum indiqués dans la LIMA.

D. TENDANCES OBSERVÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

1. PRIVATISATION[167] DES SERVICES DE SANTE

Le système de santé suisse s'inscrit fondamentalement dans la perspective d'une favorisation de la concurrence. Le peuple suisse devra d'ailleurs voter sur un article constitutionnel établissant dans l'assurance-maladie les principes de la concurrence, la transparence, la qualité et le libre choix. Ces principes sont sollicités afin de répondre au problème de l'augmentation des coûts de la santé.

Les conditions-cadres étatiques sont dès lors politiquement remises en cause. Comme le relève le récent rapport de l'OCDE, la segmentation fédéraliste du système de santé entraîne des différences de pratiques et de coûts non justifiées. Pour cela, le rôle multiple des cantons est remis en cause (instance de planification pour l'approvisionnement hospitalier, instance de financement et propriétaire des hôpitaux ainsi qu'arbitre en cas de litiges liés aux tarifs). De par sa surface limitée, la Suisse a besoin de marchés suprarégionaux, ne se heurtant pas aux frontières cantonales, pour garantir un approvisionnement en soin efficace. C'est pourquoi le principe de territorialité en vigueur dans l'assurance de base est remis en cause.

Pour les prestataires de soins, les propositions suivantes sont discutées :

[167] Privatisation dans le sens d'une orientation à but lucratif (marchandisation)

- La transparence. Les fournisseurs de prestations doivent transmettre les données requises pour que les patients soient en mesure de choisir en toute connaissance de cause et que les répondants des coûts puissent vérifier les prestations facturées.

- La qualité et la promotion de la qualité. Les dispositions relatives à l'assurance qualité doivent impérativement faire partie intégrale de chaque convention tarifaire. La loi doit obliger les fournisseurs de prestations à informer assureurs et assurés de leur qualité.

- L'obligation de contracter pourrait être levée dans le secteur ambulatoire et stationnaire. La liberté de contracter encourage la transparence. Elle force les fournisseurs de prestations à présenter noir sur blanc la qualité de leurs prestations.

- Le financement hospitalier : avec l'introduction des SwissDRG au niveau national, cela créera la base d'un système national unique d'indemnisation. Hôpitaux publics et privés pourront être traités sur un pied d'égalité, puisque les hôpitaux privés pourront aussi voire leurs prestations en chambre commune remboursées par l'assurance de base, à condition qu'ils soient inscrits dans la planification ou que les assureurs-maladie aient conclu un accord.

- Pour ce qui concerne les différenciations entre le système ambulatoire et stationnaire, les prestations des hôpitaux stationnaires, des maisons de repos et les soins à domicile sont financées en bonne partie par un subventionnement étatique. Afin d'éliminer les incitations dommageables d'une gestion non-liée au marché, un financement par un seul payeur (système moniste) pourrait promouvoir de manière décisive la concurrence, en association avec l'assouplissement de l'obligation de contracter dans le secteur hospitalier.

- La planification hospitalière pourrait se limiter à des conditions-cadre. Des adaptations ou des améliorations structurelles résulteraient ainsi de la concurrence au niveau des prix (benchmarking) et non pas de décisions étatiques.

- Dans les secteurs où l'Etat fixe les prix (médicaments, analyses, moyens et appareils), les prix sont souvent trop élevés. Il faut examiner dans quels domaines les différents acteurs peuvent directement négocier les prix.

2. CONCENTRATION DES CAISSES-MALADIE/MUTUELLES

Depuis plusieurs années, l'assurance-maladie et les assureurs-maladie sont en perpétuelle mutation. On constate un recul fulgurant du nombre d'assureurs-maladie, qui est passé de 1000 dans les années soixante à 250 au début des années nonante, pour s'établir à 87 en 2007.

Les assureurs-maladie peuvent être organisés sous la forme d'associations, fondations, communautés ou nouvellement comme sociétés anonymes. Les fusions et rapprochements entre caisses-maladie qui se sont effectués au cours des dernières décennies transparaissent aujourd'hui dans les chiffres: quatre cinquièmes environ de la population sont assurés auprès des huit principaux

assureurs-maladie ou groupements d'assureurs-maladie. Le processus de fusion s'est accéléré non seulement en raison de l'augmentation du nombre de directives et de prescriptions contractuelles et légales, mais surtout à cause des exigences croissantes dans les secteurs de l'informatique et de la statistique, ainsi que dans le domaine du conseil et des services. S'ajoute à ces facteurs que la concurrence s'est elle aussi accentuée à l'introduction du libre passage intégral stipulé dans la LAMal.

Au cours de ces dernières années, et en particulier depuis l'introduction de la LAMal, la mission des assureurs-maladie a par ailleurs changé de nature. L'époque est bien révolue durant laquelle les assureurs-maladie étaient seulement considérés comme des gestionnaires financiers qui réglaient les prestations sans rien demander. De nos jours, priorité est donnée à la maîtrise des coûts qui ne cessent de croître. Les tâches visant à obtenir une meilleure économicité en termes de prestations payées sont par conséquent placées en tête de liste des préoccupations, en l'occurrence la politique tarifaire, le contrôle des coûts et la promotion des instruments de Managed care.

3. EXISTENCE ET TYPE DE RESEAUX D'ECHANGES D'INFORMATIONS ELECTRONIQUES

3.1. Organisation

En 2007, le gouvernement suisse (le Conseil fédéral) a approuvé une stratégie nationale en matière de cybersanté (« eHealth ») pour la période allant de 2007 à 2015. L'objectif visé est d'optimiser l'efficacité, la qualité et la sécurité des services électroniques dans le domaine de la santé. La stratégie se compose de deux éléments fondamentaux. Le premier est la mise en œuvre progressive d'un dossier électronique du patient. Celui-ci permettra aux médecins et autres fournisseurs de prestations d'avoir accès, avec le consentement du patient, aux informations pertinentes pour son traitement. Quand au second, il prévoit l'extension des « services en ligne ». En vue de concrétiser cette stratégie, la Confédération et les cantons créeront un organe de coordination qui sera doté d'un service administratif.

3.2. Perspectives et investissements prévus

Même si les technologies de la communication se sont déjà bien implantées dans le secteur de la santé, l'organisation fédéraliste de la couverture sanitaire freine l'élaboration de solutions en réseau et les informations concernant les patients sont dispersées. D'autre part, les médecins et les hôpitaux ne se les transmettent qu'au moment où ils prennent en charge la personne concernée.

Grâce à la création du dossier électronique du patient, les professionnels de la santé accèderont progressivement, d'ici à 2015, aux informations dont ils ont besoin. Les « services en ligne » visent à renforcer les compétences individuelles en matière de santé en utilisant le potentiel Internet. Les critères relatifs aux normes de qualité des informations médicales pertinentes seront étudiés pour savoir lesquels peuvent être utilisés sur Internet, du point de vue des autorités. Puis, les offres en ligne proposées par la Confédération, les cantons et les communes seront regroupées sur un portail de la santé. Dès que celui-ci répondra aux critères d'assurance-qualité, il sera accessible aux prestataires privés.

3.3. Droits du patient

Le système sera conçu de telle sorte que les patients auront la possibilité de décider, au cas par cas, s'ils souhaitent rendre leurs données accessibles et, si tel est le cas, lesquelles. Lors de l'élaboration du dossier, il conviendra également de veiller tant à la sécurité des données qu'à leur protection et à leur maîtrise. Par ailleurs, il importera de s'assurer que les droits de la personnalité restent garantis.

4. PRIX DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ET VACCINS / DISPOSITIFS MEDICAUX

4.1. Tendance générale

Les médicaments représentent environ …% des coûts de la santé et … pour l'assurance obligatoire. Dès lors, ce domaine fait l'objet d'attentions particulières dans le monitorage des coûts. L'industrie pharmaceutique étant un acteur économique important en Suisse, les incitations politiques pour une meilleure maîtrise des coûts avancent lentement, car les enjeux économiques pour l'emploi sont importants. Néanmoins, des mesures ont permis ces dernières années de limiter l'augmentation des coûts pharmaceutiques à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, tout en maintenant la qualité thérapeutique à son meilleur niveau. La mesure la plus importante concerne les génériques : le pourcentage à la charge du patient (ticket proportionnel) est de 10% au lieu de 20%, si le patient choisit le générique plutôt que le médicament original. Cette mesure ne peut être appliquée que dans le cas d'une différence de prix entre le médicament générique et l'original de 30%. Dès l'introduction de cette mesure, plusieurs médicaments originaux ont baissé leurs prix afin de maintenir le ticket proportionnel à 10%. Cette tendance a favorisé une diminution du prix des médicaments. Ces effets concurrentiels devenant limités par le seuil de rentabilité, le Gouvernement suisse a augmenté la différence de prix minimum à 40%.

4.2. Processus de décision pour la mise sur le marché, l'utilisation et le remboursement

Tous les médicaments disponibles en Suisse ou destinés à l'exportation à partir de notre pays sont enregistrés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, à Berne.

L'autorisation d'un nouveau médicament par Swissmedic est fondée sur un examen approfondi de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité. La vaste documentation de recherche pré-clinique et clinique est en général remise par les sociétés pharmaceutiques. Pour la procédure d'enregistrement, Swissmedic a généralement besoin de six à huit mois. L'institut est soutenu dans son travail par le collège d'experts, constitué d'un groupe d'experts indépendants.

Les médicaments qui sont autorisés en Suisse ne doivent pas tous être remboursés par les caisses-maladie. Les médicaments dont le remboursement par les caisses-maladie est obligatoire sont répertoriés sur une liste appelée liste des spécialités (LS), établie par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La LS sert de liste

positive depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Autrement dit, elle est pourvue par la loi d'un effet obligatoire pour les caisses-maladie.

Les critères déterminants relatifs à l'inscription d'un médicament sur la LS sont son efficacité, sa valeur thérapeutique et sa fiabilité, de même que son caractère économique. L'OFSP décide de l'admission d'un médicament sur la LS, en consultation avec la Commission fédérale des médicaments (CFM), qui est en fait une commission d'experts extraparlementaire. Le caractère économique d'un remède est évalué sur la base des critères suivants:

- efficacité par rapport à d'autres médicaments de même indication ou dont le mode d'action est similaire;
- coûts journaliers ou par cure, en fonction des coûts des médicaments de même indication ou dont le mode d'action est similaire;
- supplément à titre d'innovation, pour une durée de quinze ans au maximum, les coûts de recherche et de développement devant être pris en compte équitablement;
- prix à l'étranger.

4.3. Mécanismes de financement du coût croissant de ces nouveaux médicaments - vaccins / dispositifs médicaux

Les prix des médicaments protégés par un brevet qui ont été inscrits sur la liste des spécialités (LS) entre 1993 et 2002 seront, pour la première fois, comparés avec ceux pratiqués à l'étranger. Mise en œuvre à l'automne 2007, cette mesure concerne quelque 1000 médicaments, la date d'entrée en vigueur des nouveaux prix étant fixée au 1er janvier 2008. Cette mesure devrait entraîner des «économies de l'ordre de dizaines de millions de francs».

- Les prix des médicaments pour lesquels une application élargie (indication élargie) a été admise après leur inscription sur la liste des spécialités – et qui sont donc susceptibles d'être utilisés par un plus grand nombre de patients – doivent être réexaminés sept ans après l'admission des médicaments en question dans la LS.

- Jusqu'ici, le prix des médicaments nouvellement admis dans la LS faisait l'objet d'un examen deux ans après leur inscription. A l'avenir, il y sera procédé trois après l'inscription, afin d'assurer une meilleure comparabilité des prix avec ceux pratiqués à l'étranger. Dans d'autres pays européens, la plupart des nouveaux médicaments sont commercialisés plus tard qu'en Suisse.

4.4. Controverses

- Les prix des médicaments en Suisse sont très élevés, entre autres aussi parce que les autorités ne tiennent compte, lors de la fixation des prix, que des pays de comparaison chers que sont l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark et la Grande-Bretagne. Les pays comme la France, l'Italie et l'Autriche ne sont pris en considération qu'à titre «subsidiaire», si un médicament n'est pas encore tarifié ou admis dans un des pays principaux. Il serait opportun qu'ils deviennent des pays de comparaison à part entière pour la fixation des prix

des médicaments.

- Les écarts de prix entre la Suisse et l'étranger sont nettement plus importants si l'on se base sur les prix publics que sur les prix d'usine, ce qui signifie que la marge de distribution est comparativement élevée en Suisse. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) examine l'éventualité d'une réduction des parts de distribution sur la vente des médicaments.

- Lorsque l'OFSP refuse qu'un médicament soit pris en charge par les caisses-maladie, le fabricant a un droit de recours. A l'inverse, lorsque les assureurs-maladie, qui sont les répondants des coûts, estiment qu'un médicament est inscrit à tort ou à un prix excessif sur la liste des spécialités, ils ne peuvent pas recourir.

- Les ventes de génériques ont fortement progressé suite à l'introduction de la quote-part différenciée. Mais des génériques ne sont délivrés que dans la moitié environ des cas où leur utilisation serait possible, sans compter que les génériques les plus chers sont alors généralement prescrits. Il faudrait dès lors créer des incitations à choisir le plus souvent possible des génériques bon marché. La prescription de la substance active serait la meilleure solution pour ce faire, puisque l'assurance-maladie ne rembourse alors «que» le prix du générique le moins cher. Ce système est déjà mis en œuvre avec succès dans quelques pays européens.

- Les génériques doivent aussi être soumis à une comparaison des prix avec l'étranger avant d'être inscrits sur la liste des spécialités.

- Les « pseudo innovations », appelés aussi « me too » ne devraient plus bénéficier d'une protection de brevet identique à celle des vraies innovations.

- L'admission de certains médicaments ou vaccins devraient faire l'objet d'analyses médicales (recherche clinique appliquée) plus importants avant leur prise en charge par l'assurance de base. L'Avastin vs. Lucentis, ou la prise en charge de la vaccination contre le col de l'utérus en sont des illustrations.

5. EXISTENCE DE MEDECINE A DOUBLE VITESSE

5.1. Situation

En comparaison avec beaucoup de pays voisins, le constat d'une médecine à double vitesse reste dans des proportions « acceptables », car le catalogue des prestations remboursé par l'assurance-maladie de base est très étendu, aussi en ce qui concerne les médicaments. Par exemple, le remboursement des médecins en pratique privée est quasiment réduit à l'assurance-maladie de base. Les remboursements liés à l'assurance privée pour les soins (assurance complémentaire) visent entre autres des domaines limités comme les hospitalisations en chambre privée ou semi-privée, une partie de la médecine alternative ou des médicaments hors-liste. Aussi, grâce au subventionnement partiel ou total des assurés les plus démunis, il n'y pas de discriminations à grande échelle entre personnes au revenu aisé ou modeste.

Les principes de solidarité fortement ancrés dans la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) incitent à ce que les décisions politiques en matière de santés soient exemptées de mesures de rationnement explicite. Le principe de rationalisation des coûts est favorisé. Néanmoins, plusieurs cas de rationnement implicite (rationnement caché) sont rendus publics, surtout pour certaines opérations (p.ex. listes d'attente pour opération de la hanche).

5.2. Rôle et actions des mutuelles pour limiter cette tendance

Les assurances-maladie souhaitent favoriser les mesures de rationalisation des coûts (transparence, concurrence, qualité) en limitant les prestations aux conditions fondamentales de la LAMal : adéquation, efficacité et économicité. Dans tous les domaines des soins (médicaments, hôpitaux, médecins, etc.) une rationalisation des coûts est encore largement possible, sans prétériter la qualité des soins et sans favoriser une médecine à deux vitesses.

6. ROLE EVOLUTIF DES MUTUELLES

Les discussions politiques liées au rôle des assureurs-maladie concernent entre-autres leur implication en tant que conseiller de santé pour les organisations de Managed Care. L'assureur-maladie n'est pas seulement vis-à-vis des assurés un rôle fiduciaire pour le remboursement des prestataires de soins, mais en tant que professionnel de la santé, il est à même de conseiller au mieux ses assurés sur les différents produits ou réseaux de Managed Care, en tenant compte des critères essentiels de qualité, économicité, adéquation et efficacité.

Un autre thème important est celui de l'obligation faite à l'assurance-maladie obligatoire de rembourser tous les médecins exerçant en cabinet privé (obligation de contracter). Le législateur devra se prononcer sur le maintien de ce système ou éventuellement introduire une suppression de l'obligation de contracter avec tous les médecins exerçant en cabinet. Des compromis politiques pourraient être au final trouvés sur une obligation de contrat avec les assurances-maladie limitée à certaines catégories (par exemple, quelques options évoquées vont dans le sens d'une obligation de contracter limitée aux médecins inclus dans un réseau de soins, ou uniquement pour les médecins généralistes).

Coût à charge des patients (comparaison)

ALLEMAGNE

(situation: 1.1.2008)	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale par le patient
Soins hospitaliers	-	10 € par jour calendrier (1)	-	-	-	-
Médecin généraliste	-	10 € à la 1è consultation dans un même trimestre	-	-	-	-
Spécialiste	-	10 € à la 1è consultation dans un même trimestre (sauf recommandation par le médecin traitant)	-	-	-	-
Soins à domicile	10 %	€10,00 par ordonnance	-	-	-	-
Médicaments ambulatoires	10 % (5 à maximum 10 €)	-	-	Au-delà du forfait (4)	-	Médicaments et pansements non couverts par l'assurance maladie obligatoire
Soins dentaires (5)	-	10 € à la 1è consultation dans un même trimestre (sauf traitements prophylactiques)	-		-	-
Prothèses dentaires	En principe 50% (6)	-	-	Oui (7)	-	
Soins paramédicaux (dont kiné) (8)	10 % du coût total	10 € par ordonnance	-	-	-	-
Appareillages médicaux	10 % (5 à maximum 10 €)	-	-	Au-delà du forfait (4)	-	Lunettes (sauf les enfants et les jeunes atteints de graves déficiences visuelles)

1) Assurés âgés de 18 ans au moins; maximum 14 jours par an.
2) Les soins infirmiers à domicile sont accessibles uniquement sur prescription médicale d'un médecin conventionné. Il y a lieu de distinguer et de séparer les soins infirmiers à domicile des prestations liées à l'assurance-dépendance.
3) Par pièce, mais la contribution personnelle ne peut dépasser le prix réel du produit et s'applique sauf exemption légale (enfants, clause d'exemption, lorsque le prix de vente du médicament est inférieur de 30 pour cent au montant forfaitaire fixé).
4) Outre le ticket modérateur, les assurés paient également la différence entre le prix du médicament/de l'appareillage et le montant forfaitaire fixé.
5) Les traitements et soins dentaires délivrés par un dentiste conventionné sont généralement des prestations en nature.
6) En principe, il s'agit de la quote-part de l'assuré pour les prothèses dentaires médicalement nécessaires. Une réduction est appliquée lorsque l'assuré a régulièrement subi des soins dentaires et des visites de contrôle (40 pour cent et 35 pour cent des coûts si l'assuré apporte la preuve qu'il reçoit des soins de longue date.
7) Seuls les frais dépassant les forfaits par diagnostic fixés par l'assurance maladie obligatoire sont à charge de l'assuré.
8) Sur prescription médicale d'un médecin conventionné, les assurés ont droit à des prestations de soins paramédicaux (kinésithérapie) pour autant que celles-ci ne soient pas légalement exclues.

BELGIQUE

	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur forfaitaire Applicable au 1er janvier 2008	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale
Hospitalisation	Pour les honoraires (cfr. médecins spécialistes).	**Frais de séjour** • B.I.M. : 1er jour et suivants : € 4,83 • titulaire avec pers. à charge : 1er jour : € 40,86 2ème jour : € 13,59 91ème jour : € 4,83 • titulaire sans pers. à charge : 1er jour : € 40,86 2ème jour et suivants: € 13,59 • descendant et chômeur : 1er jour : € 32,10 2ème jour et suivants : € 4,83 **Forfait médicaments par jour:** Forfait médicaments : € 0,62 **Honoraires forfaitaires par admission :** • prest. Tech.: B.I.M: € 0 et autres : € 16,40 • biol. Clin.:B.I.M. : € 0 et autres : € 7,44 • imag. méd: B.I.M. : € 1,98 et autres: € 6,20	-	Matériel médical + implants + prothèses	Chambres privées ou 2 lits : Supplément de chambre + supplément d'honoraire des médecins non conventionnés (dans tous les types de chambre et aussi des conventionnés en chambre individuelle	Médicaments non remboursés Frais divers
Médecin généraliste	30%	-	-	-	Médecins non conventionnés	-
Médecin spécialiste	40% au maximum	-	-	-	Médecins spécialistes non conventionnés	-
Soins infirmiers à domicile	25%	-	-	-	-	-
Médicaments (ambulatoire)	0% à 80% en fonction de la catégorie	Préparations magistrales (intervention de € 0 à € 2,2)	-	-	-	Médicaments non-repris dans la liste positive
Dentiste	5% à 25% (Pour les traitements préventifs: 90% si moins d'1 consultation dans l'année)	-	-	-	Dentistes non conventionnés	-
Physiothérapie	0%-10%-15%-40%	-	-	-	Physiothérapeutes non conventionnés	-

FRANCE

	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût : en cas de dépassement de tarif	Prise en charge intégrale par le patient
Soins hospitaliers	Du 1er au 30ième jour : • 20 % (actes < 91 €) ; • 0% (actes > 91 €). A partir du 31ième jour (selon les modalités prévues par la tarification à l'activité) : 0%	Forfait journalier de 16€; 12€ pour les soins psychiatriques	18€ pour les actes supérieurs à 91€	-	-	Prestations de confort (Télévision, chambre individuelle, téléphone, …)
Médecin généraliste	Conventionnés secteur 1 et 2 : 30% du tarif conventionne (1); Non-conventionnés 30% du tarif d'autorité (2)	Participation d'un euro par consultation	-	-	Conventionnés secteur 2 + non-conventionnés	-
Médecin spécialiste	idem généralistes	idem généralistes	-	-	idem généralistes	-
Soins infirmiers à domicile	40% du tarif conventionnel	-	-	-	-	-
Médicaments (ambulatoires)	0%-35%-65%	-	0.50€ par boîte.	-	Médicaments dont le prix est supérieur au tarif forfaitaire de responsabilité	Médicaments non admissibles au remboursement
Soins dentaires	30% du tarif de responsabilité (soins et prothèses dentaires). Jusque 16 ans, 0% pour les frais d'orthodontie.	-	-	-	Prothèse et orthodontie; certains dentistes peuvent demander des suppléments	-
Physiothérapie	40% du tarif conventionnel pour les kinés.	-	0.50€ par acte paramédical	-	-	-

1) A noter que la loi sur la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 qui définit un parcours de soins, prévoit que le ticket modérateur pourrait être majoré en cas de non respect de ce parcours.

2) Les tarifs conventionnels sont fixés par le biais d'accords entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des professions de santé concernés. Les tarifs d'autorité s'appliquent aux médecins qui n'adhèrent pas à la convention sus-mentionnée et qui souhaitent déterminer leur propre honoraire. Par conséquent, l'assurance maladie limite son remboursement au tarif d'autorité (les tarifs d'autorité sont très faibles ; 1,22 € pour une consultation spécialiste en 2005)

GRÈCE

	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale par le patient
Soins hospitaliers	%	€15 par admission €3 par consultation ambulatoire	-	-	-	-
Médecin généraliste	%	-	-	-	-	-
Médecin spécialiste	%	-	-	-	-	-
Soins infirmiers à domicile	%	-	-	-	-	-
Médicaments ambulatoires	25% 10% pour certaines catégories de médicaments	**-**	-	-	**-**	**-**
Soins dentaires	%	**-**	-	-	**-**	**-**
Kinésithérapie	%	-	-	-	-	-

IRLANDE

	Ticket proportionnel	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale par le patient
Soins hospitaliers	-	Oui (1) 66 € par jour (660 € maximum par an)	-	-	-	Patients soignés dans des hôpitaux privés; Patients résidentiels "privés" soignés dans des hôpitaux publics
Médecin généraliste	-	-	-	-	-	Patients de la catégorie II
Médecin spécialiste	Non (si patient adressé par un généraliste)	-	-	-	-	Patients de la catégorie II pour les soins ambulatoires
Soins infirmiers à domicile	-	-	-	-	-	-
Médicaments ambulatoires	-	-	Patients de la catégorie II : jusqu'à 90 euros par mois et par famille (2)	-	-	Les patients de la catégorie II paient d'abord 90 euros par mois
Soins dentaires	-	-	-	-	-	Patients de la catégorie II (3)
Kinésithérapie	-	-	-	-	-	-

(1) Soins en salle commune dans les hôpitaux publics
(2) Sauf pour les personnes bénéficiant du régime spécial maladies chroniques: accès gratuit aux médicaments nécessaires à leur traitement.
(3) Sauf pour les enfants en âge préscolaire et scolaire ou sur recommandation d'une clinique pédiatrique ou à la suite d'un examen médical scolaire.

Note : Tous les traitements sont gratuits pour les patients de la catégorie I, à l'exception des traitements délivrés dans le cadre de la médecine privée.
Les patients de la catégorie II peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de soins infirmiers à domicile et de traitements de kinésithérapie.

ISRAEL

Les participations au coût (coassurance/ticket modérateur) varient selon les caisses d'assurance maladie. Les chiffres indiqués ci-dessous représentent la fourchette de ces montants.

	Ticket modérateur	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût en cas de dépassement de tarif	Prise en charge intégrale
Hospitalisation	0	0	-	-	-	-
Médecin généraliste	0	0-6 NIS (1 euro) par visite trimestrielle	-	-	-	-
Médecin spécialiste	0	13-19 NIS (2,3 euros) par visite trimestrielle	-	-	-	-
Soins infirmiers à domicile	0	0	-	-	-	-
Médicaments (ambulatoires)	15%	12-13 NIS (2,1-2,3 euros) minimum par médicament	-	-	-	-
Dentiste	100%	Non couvert par l'assurance maladie obligatoire	-	-	-	-
Physiothérapie	0	0-25 NIS (4,5 euros) par visite trimestrielle	-	-	-	-

LUXEMBOURG

	Ticket proportionnel	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale
Hospitalisation	-	Frais d'hôtellerie par journée d'hospitalisation : 12,03 €/jour	-		Honoraires des médecins dans les chambres 1ère classe (66 %)	Confort : téléphone, télévision, …
Médecin généraliste	10 % (visites: 20%)	-	-	-	Convenance personnelle, consultations sur rendez-vous	-
Médecin spécialiste	0 % / 10 %	-	-	-	Convenance personnelle, consultations sur rendez-vous	-
Soins infirmiers à domicile	0%	-	-	-	-	-
Médicaments (ambulatoire)	0% /20%/ 60% selon la catégorie	-	-	-	-	Médicaments non repris dans la liste positive
Dentiste	0%/ 5%/ et 20% pour les prothèses dentaires du tarif conventionné	-	-	-	Orthodontie et prothèses (dépassement autorisé)	Métaux précieux
Physiothérapie	0% / 20%	Rééducation fonctionnelle: 12,03 € en cas d'hospitalisation; 6,02 € sans hospitalisation par jour)				

PAYS-BAS

	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale par le patient
Soins hospitaliers	-	-	-	-	-	-
Médecin généraliste	Non (le patient doit être inscrit auprès d'un généraliste de sa région)	-	-	-	-	-
Médecin spécialiste	Non (sous la référence d'un généraliste)	-	-	-	-	-
Soins de santé à domicile		Oui (avec plafond)-	-	Oui, si le patient a opté pour un budget personnalisé	-	-
Médicaments ambulatoires	-	-	-	Oui	-	Certains frais non remboursés (médicaments homéopathiques et produits OTC)
Soins dentaires	Non (non pour l'assurance obligatoire, oui pour l'assurance supplémentaire)	-	-	Non (non pour l'assurance obligatoire, oui pour l'assurance supplémentaire)	-	Oui
Kinésithérapie	-	**-**	-	-	-	Oui
Soins infirmiers à domicile/ institutions pour personnes âgées		Oui (avec plafond lié au revenu**)**	**-**			

REPUBLIQUE SLOVAQUE

	Ticket modérateur proportionnel	Ticket modérateur	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale
Hospitalisation	-	50 SKK par jour en 2003 - 2006	-	Choix du chirurgien Chambre particulière	-	Prestations non couvertes
Médecin généraliste	-	20 SKK par cas en 2003-2006	-	-	-	Prestations non remboursées Prestataires privés non conventionnés
Médecin spécialiste	-	20 SKK par cas en 2003-2006	-	-	-	Prestations non remboursées Prestataires privés non conventionnés
Soins infirmiers à domicile	-	-	-	-	-	Prestations non remboursées Prestataires privés non conventionnés
Médicaments (ambulatoire)	-	20 SKK par reçu en 2003-2006	-	-	Médicaments partiellement remboursés	Médicaments non remboursés
Dentiste	-	20 SKK par cas en 2003-2006	-	-	Prestations partiellement remboursées	Prestations non remboursées Prestataires privés non conventionnés
Physiothérapie	-	20 SKK par cas en 2003-2006	-	-	-	Prestations non remboursées Prestataires privés non conventionnés

REPUBLIQUE TCHEQUE

	Ticket modérateur	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût en cas de dépassement de tarif	Prise en charge intégrale
Soins hospitaliers	0	60 CZK/jour	0	-	500 – 1000 CZK/jour pour un séjour en chambre non standard	800 CZK par séjour (sans prestations hors norme)
Médecin généraliste	0	30 CZK/visite	0	-	-	150 CZK par an*
Médecin spécialiste	0	30 CZK/visite	0	-	-	150 CZK par an*
Soins infirmiers à domicile	0	0	-	-	-	0
Médicaments ambulatoires	0	30 CZK/visite	-	Montant supérieur au remboursement de référence d'un produit	-	Jusqu'à 5000 CZK*
Soins dentaires	0	30 CZK/visite		Montant supérieur aux frais couverts par l'assurance maladie légale	Choix de produits de qualité supérieure	3 000 – 80 000 CZK
Kinésithérapie	0	0	-	-	-	0

ROYAUME-UNI

	Ticket modérateur	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale
Soins hospitaliers	-	-	-	-	-	-
Médecin généraliste	-	-	-	-	-	-
Médecin spécialiste	Non (sous la référence d'un généraliste, sauf en cas de soins à caractère urgent)	-	-	-	-	-
Soins infirmiers à domicile	-	-	-	-	-	-
Médicaments ambulatoires	-	Oui (1) (pour les non-exemptés)	-	-	-	Médicaments non prescrits dans le cadre du NHS
Soins dentaires	Oui (2) (pour les non-exemptés)	-	-	-	-	-
Kinésithérapie	-	-	-	-	-	-

1) 6.85 GBP par médicament prescrit ou achat d'un «ticket saisonnier» pour les patients qui ont fréquemment besoin de médicaments mais qui n'ont pas droit à la gratuité (35.85 GBP pour quatre mois ou 98.70 GBP pour un an avec couverture de tous les médicaments nécessaires durant cette période)

2) (2) 15,50 GBP pour un contrôle, un diagnostic et des soins préventifs tels que le détartrage, 42.40 GBP pour les obturations dentaires, le traitement endocanalaire et les extractions dentaires, et 189 GBP pour un traitement inclus dans deux premières tranches de paiement ainsi que pour des procédures plus complexes telles que le placement de couronnes, dentiers et bridges.

SUISSE

	Ticket proportionnel	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Surcoût	Prise en charge intégrale
Soins hospitaliers	10%	10.-/jour	Selon choix	-	Si hospitalisation hors du canton de domicile sans urgence ou -	maternité
Médecin généraliste	10%	-	Selon choix	-	Si traitement hors du canton de domicile selon valeur de point Tarmed	maternité
Spécialiste	10%		Selon choix	-	Dito	dito
Soins infirmiers à domicile	10%		Selon choix	-	-	-
Médicaments ambulatoires	10/20%	-	Selon choix	-	-	-
Soins dentaires	10%	--	Selon choix	--	-	-
Kinésithérapie	10%	-	Selon choix	--	-	-