

SOINS DE SANTE : PART A LA CHARGE DES PATIENTS

INTRODUCTION

PARTIE 1 – APERÇU SUR LES SOINS DE SANTE

1. Généralités

Une bonne assurance en cas de maladie ainsi que de bons soins médicaux constituent des acquis importants pour les citoyens européens. Les systèmes de soins de santé sont toutefois soumis à un changement considérable en raison de l'évolution démographique et du progrès technologique. Dans la communication de la Commission de 1999¹ intitulée « *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale* », la garantie de soins de santé répondant à des exigences élevées en matière de qualité et finançables à long terme est décrite comme un objectif essentiel de la collaboration renforcée entre les États membres.

En mars 2000, le Conseil européen de Lisbonne a repris cette initiative et a souligné que des efforts et réformes considérables doivent être entrepris dans les soins de santé afin de pouvoir relever de manière appropriée les défis qui se posent. En outre, le Conseil européen de Göteborg a invité le Conseil en juin 2001 à rédiger un rapport sur les directives en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées.² La méthode ouverte de coordination a été définie comme cadre, lequel repose sur la coopération de tous les acteurs participant aux soins de santé en fonction de leurs compétences respectives.

La communication de la Commission qui a suivi, intitulée *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*³, décrit trois domaines qui se répercutent sur les dépenses dans les soins de santé. Il s'agit du développement démographique, du développement de nouvelles technologies et de thérapies ainsi que de l'amélioration du bien-être et du niveau de vie. Face à cette situation qui, sans mesures adéquates, entraînera une augmentation considérable des dépenses pour les soins de santé, il convient d'atteindre trois objectifs à long terme :

- un accès généralisé indépendamment du revenu ou de la richesse,
- des soins de santé d'une qualité de premier plan et
- une viabilité financière à long terme des systèmes de soins de santé.

¹ COM (1999) 347 final

² Cf. COM (2001) 723 final

³ COM (2001) 723 final

Le défi particulier réside dans le fait que ces trois objectifs, qui sont reliés entre eux et qui s'influencent mutuellement, doivent être atteints simultanément.

Les objectifs cités ont été repris par le Conseil européen de Barcelone, qui a invité la Commission et le Conseil à examiner de plus près ces trois thèmes. Dans ce cadre, un *rapport conjoint de la Commission et du Conseil « Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées⁴ »* a été rédigé, dans lequel sont présentées des conclusions ainsi que des propositions pour les étapes à venir, sur la base d'une enquête menée auprès des États membres.

Dans sa communication du printemps 2004 intitulée *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 »⁵*, la Commission a présenté un plan définissant la marche à suivre dans les années à venir. Elle analysera ensuite les situations actuelles et les objectifs des pays et sur cette base fixera les objectifs communs du processus de protection sociale « rationalisé ». À partir de là naîtra en 2006 la première série de « stratégies de développement et de réforme » couvrant la période 2006-2009.

Le présent MISSOC Info 2/2005 « *Soins de santé – Part à la charge du patient* » est consacré, dans ce cadre ambitieux, à la prise en charge des coûts par les bénéficiaires. Cet aspect est ancré dans le troisième objectif de la viabilité à long terme des systèmes de soins de santé. Avant que ne soit présentée en partie 2 une synthèse des rapports des États membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse, il convient d'abord de dépeindre la situation actuelle des soins de santé en Europe. Pour ce faire, il est nécessaire d'examiner en particulier les dépenses pour la maladie et les soins de santé ainsi que leur évolution.

2. La situation actuelle dans les soins de santé

L'Europe est caractérisée par des soins de santé d'une qualité de premier ordre. « *Une raison importante [...] est la généralisation de la couverture du risque maladie-invalidité qui a permis de protéger les individus contre les conséquences financières de la maladie et, en même temps, de soutenir les progrès rapides et continus de la médecine et des thérapeutiques.* »⁶

La majeure partie des dépenses totales pour la maladie et les soins de santé est prise en charge par les systèmes de sécurité sociale. Les représentations graphiques 1 et 2 indiquent l'importance de ces dépenses – calculées en parité du pouvoir d'achat par tête – et le pourcentage du produit intérieur brut qu'elles représentent. La source utilisée est EUROSTAT de février 2005, avec des bases de données de l'année 2002. Ces données incluent principalement les États membres de l'Union européenne ainsi que l'Espace économique européen et la Suisse. Toutefois, il manque les chiffres de quelques pays (Estonie, Chypre,

⁴ Rapport conjoint de la Commission et du Conseil CS 7166/03.

⁵ COM (2004) 304 final

⁶ COM (2001) 723 final

Lettonie, Lituanie, Pologne et Liechtenstein), de telle sorte qu'aucune valeur moyenne n'a pu être établie pour l'Union européenne ou l'Espace économique européen.

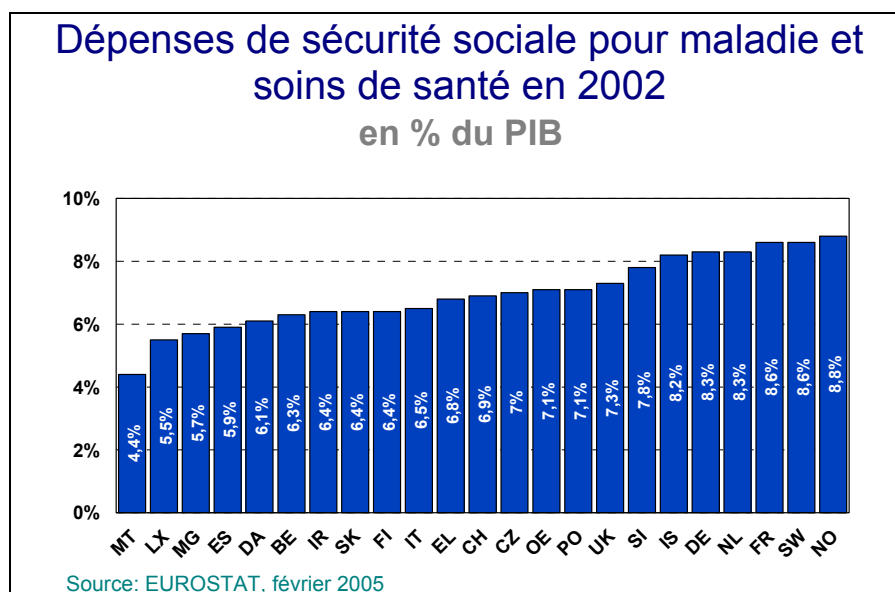
Les dépenses en matière de protection sociale pour la maladie et les soins de santé en 2002 sont très différentes dans les pays concernés : ainsi, les dépenses en Norvège atteignent 2.885 PPA par tête maximum et sont quatre fois plus élevées que les dépenses de Malte, qui s'élèvent à 721 PPA par tête. Outre Malte, la Slovaquie et la Hongrie affichent des dépenses inférieures à 1.000 PPA par tête. La Tchéquie, le Portugal, la Grèce, l'Espagne et la Slovénie affichent des coûts un peu plus élevés situés entre 1.000 et 1.500 PPA par tête. Ce groupe est suivi par la Finlande, l'Italie, la Belgique, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse dont les dépenses oscillent entre 1.500 et 2.000 PPA par tête. Enfin, les dépenses atteignent plus de 2.000 PPA par tête en Islande, Suède, France, Pays-Bas, Luxembourg et Norvège, ces deux derniers excédant les 2.500 PPA par tête.

Figure 1 : dépenses en sécurité sociale pour la maladie et les soins de santé – en PPA par tête



En 2002, les dépenses en sécurité sociale pour la maladie et les soins de santé vont de 4,4 % du PIB à Malte à 8,8 % du PIB en Norvège. Malte est suivi du Luxembourg, de la Hongrie et de l'Espagne, avec des parts du PIB allant de 5,5 % à 5,9 %. Une situation similaire mais moins marquée caractérise également le Danemark, la Belgique et l'Irlande, où les dépenses représentent entre 6 % et 7 % du PIB. La République tchèque, l'Autriche, le Portugal, le Royaume-Uni et la Slovénie affichent quant à eux des dépenses atteignant 7 % à 8 % du PIB. Arrive ensuite le groupe de tête composé de l'Islande, de l'Allemagne, des Pays-Bas, de la Suède, de la France et de la Norvège, où les dépenses en sécurité sociale pour la maladie et les soins de santé représentent plus de 8 % du PIB.

Figure 2 : Dépenses en sécurité sociale pour la maladie et les soins de santé – en % du PIB



Le montant des dépenses et la part du PIB qu'elles représentent donnent une idée sur la situation des dépenses dans les pays concernés. Toutefois ces chiffres ne permettent pas de tirer de premières conclusions quant à la qualité des systèmes de soins de santé dans les pays respectifs, car un système, par exemple, peut également engendrer des coûts élevés en raison d'inefficacités, sans pour autant atteindre un niveau de performances proportionnel aux dépenses et donc élevé du point de vue qualitatif.

C'est pourquoi la politique en matière de santé et la politique en matière de retraites sont notamment au centre des débats visant la stabilisation des systèmes de protection sociale, car par le passé les coûts ont connu une croissance énorme et vont poursuivre leur progression à l'avenir à la suite des raisons précitées, en l'occurrence le développement démographique, les progrès techniques et le niveau de vie élevé. Les données OCDE de 22 pays⁷ permettent de déterminer dans quelle mesure les dépenses globales pour la santé – sans tenir compte des sources de financement – se sont modifiées au cours des derniers quatre à cinq ans.

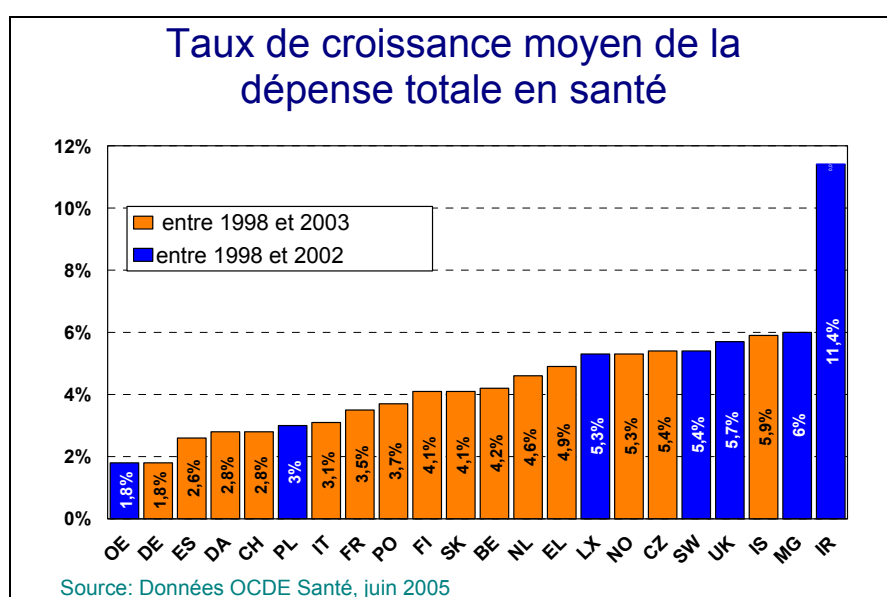
Les taux de croissance des dépenses en matière de santé des quatre à cinq dernières années indiquent de grandes différences entre les pays et vont de 2 % à peine en Allemagne ou en Autriche à plus de 11 % en Irlande. Le taux de croissance de l'Irlande s'écarte clairement des autres pays et est presque deux fois plus élevé que celui de la Hongrie, qui arrive en deuxième position des taux de croissance des pays comparés.

Outre l'Allemagne et l'Autriche, l'Espagne, le Danemark et la Suisse affichent également un taux de croissance vraiment faible inférieur à 3%. Les taux de croissance respectifs de la

⁷ L'Estonie, La Lettonie, la Lituanie, Chypre, Malte, la Slovaquie et le Liechtenstein n'en font pas partie. Les données des deux sources utilisées (EUROSTAT et OCDE) n'ont évidemment pas été comparées entre elles dans les diagrammes et les conclusions présentés ici.

Pologne, de l'Italie, de la France et du Portugal se situent entre 3 et 4 % et ceux de la Finlande, de la Slovaquie, de la Belgique, des Pays-Bas et de la Grèce sont inférieurs à 5 %. Outre la Hongrie, le Luxembourg, la Norvège, la Tchéquie la Suède, le Royaume-Uni et l'Islande affichent des taux de croissance compris entre 5 et 6%. La représentation graphique suivante illustre à nouveau cette situation. Les taux de croissance de l'Autriche, de la Pologne, du Luxembourg, de la Suède, du Royaume-Uni, de la Hongrie et de l'Irlande se réfèrent aux années 1998 à 2002, tandis que les taux de croissance des autres pays sont calculés pour la période allant de 1998 à 2003.

Figure 3 : Taux de croissance moyens des dépenses en soins de santé



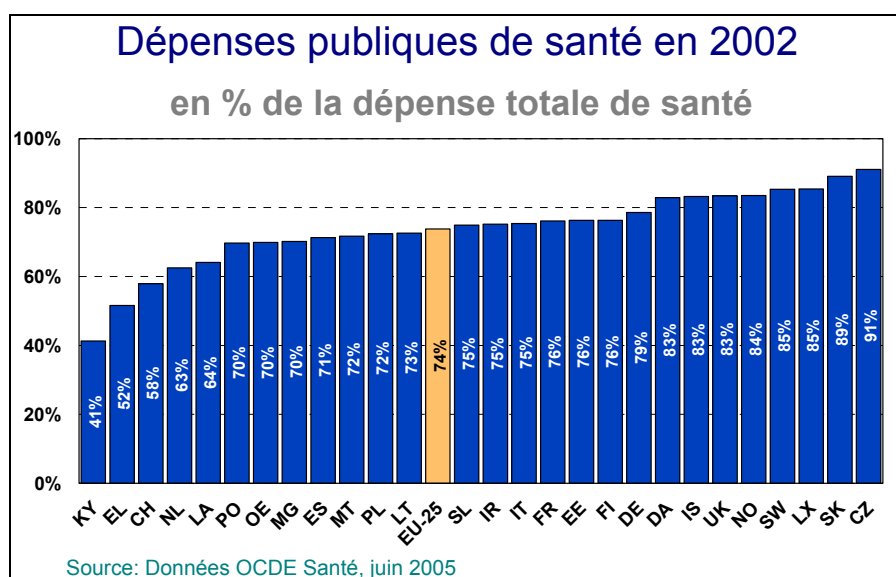
Pour se donner une idée de la participation des patients aux frais, il est intéressant de savoir quelle est la part des dépenses publiques sur les dépenses totales pour les soins de santé. Selon la définition de l'OCDE, les *dépenses publiques de santé* sont financées par les autorités publiques, régionales et locales ainsi que les systèmes de sécurité sociale. En outre, les investissements publics dans les installations de soins de santé et les transferts de capitaux vers le secteur privé pour la construction et l'équipement des hôpitaux font partie des dépenses publiques en soins de santé. À l'inverse, les paiements privés (sous la forme de franchise comme de paiements directs), les dépenses d'assurances privées et d'institutions de bienfaisance dans le domaine de la santé ainsi que les dépenses pour les prestations de santé professionnelles⁸ font partie des dépenses privées en soins de santé.

Les données des dépenses publiques en soins de santé datent de l'année 2002 pour tous les États membres de l'OCDE (sauf la Belgique) ainsi que pour les six nouveaux États membres de l'UE qui ne sont pas membres de l'OCDE (Estonie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Malte et Slovaquie).

⁸ Cf. <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/411010.html>

La part des dépenses publiques en soins de santé sur les dépenses totales pour la santé varie entre 41 % à Chypre et 91 % en Tchéquie, pour une moyenne de 74 % dans l'Union européenne. Après Chypre, qui affiche clairement la proportion la plus faible, suivent la Grèce, la Suisse, les Pays-Bas et la Lettonie avec des parts situées entre 52 % et 64 %. Dans 14 des pays représentés, les dépenses publiques en soins de santé atteignent 70 à 80% des dépenses totales en soins de santé. Le Danemark, l'Islande, le Royaume-Uni, la Norvège, la Suède et le Luxembourg affichent un résultat vraiment élevé, avec un rapport de 83 % à 85 %, la palme revenant enfin à la Slovaquie et la Tchéquie, avec 90% et donc le score le plus élevé parmi les pays représentés.

Figure 4 : Part des dépenses publiques en soins de santé sur les dépenses totales



Les très fortes variations de la part des dépenses publiques en soins de santé par rapport aux dépenses totales peuvent s'expliquer d'une part par les modèles de sécurité sociale différents dans ces pays : à titre d'exemple, les pays nordiques sont dotés de systèmes de sécurité universels et sont au-dessus de la moyenne, leurs dépenses publiques en soins de santé représentant une grande partie des dépenses totales. En revanche, dans les autres pays dotés d'un modèle marqué de participation propre, comme Chypre ou la Suisse, qui possèdent un modèle de franchise, la part des dépenses publiques en soins de santé sur les dépenses totales s'avère vraiment faible. D'autre part, le niveau de prestations différent dans ces pays joue un rôle important quant à la part des coûts de santé pris en charge par le domaine public. Dans certains pays, les prestations légales pour certains traitements sont fortement limitées, de telle sorte qu'une majorité des patients doivent les financer eux-mêmes, ce qui entraîne ces décalages dans la part des prestations supportées par le public et le privé.

Après ce bref aperçu de la situation des dépenses en soins de santé en Europe, voici à présent une synthèse des rapports des différents pays.

PARTIE 2 – APERÇU SUR LA PARTICIPATION DES PATIENTS

1. Présentation

Comme souligné, la part globale des dépenses de santé dans le PIB augmente dans tous les pays. Ceci résulte non seulement du coût élevé de l'innovation technologique mais aussi de la consommation croissante de prestations médicales par les patients ; les Etats ont donc été encouragés à introduire des mesures de contrôle des coûts. De toutes les mesures mises en œuvre à cet effet, la contribution des patients aux coûts des soins est indubitablement celle qui a été privilégiée. Ce Missoc-Info étudie ce type de mesure et fournit un aperçu des modalités de contribution des patients dans les différents systèmes de soins de santé des pays membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse.

Qu'entendons-nous par « contribution des patients aux coûts des soins de santé » ou « part à la charge des patients »? Ces termes font ici référence à la contribution financière demandée aux patients en échange de soins de santé ; cette contribution ne couvre en général pas la totalité du coût des soins et n'est pas indemnisée par une assurance santé. Elle peut être nulle quand elle est entièrement payée par un tiers, et parfois aller jusqu'à représenter la totalité du coût des soins, dans lequel cas ceux-ci sont intégralement supportés par le patient. Il existe parfois une distinction entre le partage direct et le partage indirect des coûts de santé: le premier recouvre des mécanismes tels que le "ticket modérateur" (d'un montant ou forfait fixe par prestation) ou la "co-assurance" (un certain pourcentage de la contribution totale). Le partage indirect des coûts désigne les mesures qui se traduisent par des dépenses à la charge des patients alors même qu'aucune contribution n'est directement demandée. C'est par exemple le cas des mesures comportant des exclusions de couverture ou encore des mécanismes de régulation du marché des médicaments tels que la substitution par les produits génériques.

De nombreux arguments sont avancés en faveur ou défaveur de l'introduction d'une part à la charge des patients.

Certains évoquent par exemple à son encontre le risque de voir certains patients se priver de soins médicaux nécessaires, phénomène susceptible d'entraîner une dégradation de la situation sanitaire du pays. La contribution des bénéficiaires au coût de leurs soins serait également une source d'injustice et mettrait les assurés malades en position de faiblesse.

Par ailleurs, la participation peut être ressentie différemment selon la situation financière de l'intéressé (riche ou pauvre).

D'autres pensent au contraire que certains gouvernements n'auraient peut-être jamais mis en place de service public de santé sans cette contribution. Dans quelle mesure l'introduction d'une faible contribution des patients, justement destinée à éviter les injustices, pourrait-elle sanctionner les bénéficiaires ? Certaines études soulignent que la contribution des patients participe au financement du système de santé et à la maximisation des bénéfices (Autriche, Belgique, Grèce) alors que d'autres notent que cette contribution n'a pratiquement aucune influence sur la réduction des coûts de santé (Danemark, Luxembourg – du moins pour la plupart des prestations). Le principal argument ne repose cependant pas tant sur ces

considérations financières, dans la mesure où pratiquement aucun Etat membre ne considère la contribution des patients comme une source de financement des soins de santé, et donc comme une source additionnelle de revenu. Il repose en fait sur l'idée que l'absence de contribution stimulerait la demande de soins de façon excessive et ferait exploser les dépenses. Il s'agit de la fameuse « question de danger moral ». Le principal objectif de la contribution des patients est de mieux faire prendre conscience du coût des soins de santé à ces derniers et de les responsabiliser en les incitant à modifier leur comportement médical (Allemagne, Italie, Luxembourg). Les prestations de santé doivent être utilisées à meilleur escient et plus efficacement (Autriche, Pays-Bas). En Autriche, on souligne néanmoins que la contribution des patients n'a en général eu qu'un effet temporaire sur leur comportement.

La tendance croissante des Etats membres à réglementer au niveau national la part à la charge des patients est tout à fait en ligne avec la réglementation européenne et internationale, qui autorise l'introduction de ce type de contribution. Le Code européen de la sécurité sociale de 1964 et le Code révisé de la sécurité sociale de 1990 du Conseil de l'Europe tout comme les conventions 102 et 130 de l'OIT comportent des dispositions similaires. Le « bénéficiaire », ou celui qui en a la responsabilité financière, est susceptible de devoir participer au coût des soins médicaux. Cependant, les règles relatives au partage des coûts doivent faire en sorte de prévenir les situations de détresse financière. Ces textes internationaux traduisent un compromis entre le caractère facultatif du principe de la contribution des patients d'un côté, et de l'autre, en cas d'adoption d'une législation nationale allant dans ce sens, la modération de cette contribution, afin de ne pas compromettre les objectifs de protection médicale et sociale.

Une telle contribution pourrait en effet avoir d'importantes conséquences pour les personnes à faibles revenus ou celles qui vivent dans un dénuement quasi-complet. Cette contribution ne doit certes pas donner lieu à une « situation de détresse financière » mais il s'agit là d'une expression générale, car aucune convention internationale ne donne de chiffres clairs et précis sur la part à la charge des patients, notamment parce qu'elle diffère selon qu'elle est proportionnelle ou forfaitaire. Alors que le protocole au Code européen de 1964 prévoyait explicitement la limitation de cette contribution à 25% pour les prestations médicales et 33% pour les prestations dentaires, le Code révisé ne mentionne plus de chiffres précis et adopte la règle générale selon laquelle le partage des coûts ne doit pas être à l'origine d'une situation de détresse financière ou compromettre l'efficacité du système de protection sociale et médicale.

Il n'est dès lors pas surprenant de constater que même les pays en faveur de l'introduction d'une participation des patients aient accepté, dans certaines circonstances (en particulier pour les personnes les plus démunies), que des exceptions soient faites. Le même raisonnement prévaut en cas de maladie nécessitant des soins prolongés. La recommandation 134 de l'OIT relative aux soins médicaux prévoit donc que le bénéficiaire ne soit pas obligé de contribuer au coût de ses soins si ses moyens sont inférieurs au montant réclamé ou s'ils sont relatifs à une maladie répertoriée nécessitant des soins prolongés.

Les rapports nationaux reflètent cette réglementation internationale.

2. Situation actuelle

En raison du coût élevé des soins de santé, mais aussi, en particulier, de l'incertitude relative à la demande, la part à la charge des patients ne couvre en général qu'une faible proportion des dépenses globales de santé. Quelles que soient les modalités, publiques ou privées, les individus n'ont pas à payer le coût financier total des services requis.

Le pourcentage de la contribution des patients diffère néanmoins significativement d'un pays à l'autre. Alors que ce pourcentage est très faible, 0% à 5% dans certains pays (par exemple 0% à Malte et en Espagne pour la plupart des prestations à l'exception des prescriptions de médicaments, ainsi qu'en République Tchèque et au Danemark ; moins de 1% dans les Pays-Bas ; et de 3% à 5% en Lettonie et au Liechtenstein), il est beaucoup plus élevé dans d'autres pays et atteint 10% à 12% en France et au Luxembourg, 15% à 20% en Finlande et en Norvège, et près de 30% en Pologne. Les rapports font clairement ressortir que les modalités d'organisation du système de santé d'un pays n'ont aucune influence sur la question du paiement ou non d'une contribution par les patients. Cette part à la charge des patients existe tant dans les systèmes appliquant le principe du remboursement, que dans ceux offrant des prestations en nature ou ceux dotés d'un service national de santé.

Même les systèmes fournissant des prestations de santé dans le cadre d'un service national de santé réclament une contribution –mineure il est vrai- aux patients. En général, les prestations sont gratuites en Espagne et en Hongrie, à l'exception des prescriptions médicamenteuses et de certaines prestations d'orthodontie ou de prothèses, qui donnent lieu à une contribution de la part des bénéficiaires. Le Royaume-Uni admet également des exceptions au principe de gratuité des soins dans le cas des frais de transport pour se rendre à l'hôpital. Au Portugal, les patients doivent s'acquitter d'un montant fixe pour les soins ambulatoires. Dans la plupart des cas, les produits pharmaceutiques donnent lieu au paiement d'une contribution par les patients. Les travailleurs espagnols doivent payer 40% du prix des médicaments s'ils ne sont pas hospitalisés. Au Portugal, la contribution des patients représente 0% à 80% du prix des médicaments selon les cas. À Malte, les médicaments ne sont offerts gratuitement qu'à certaines personnes, sous condition de ressources. En Pologne, la législation prévoit des cas de contribution limitée pour certains médicaments.

La participation des patients revêt différentes formes. Les plus courantes sont d'une part le "ticket modérateur", qui donne lieu au paiement d'un montant ou forfait fixe par prestation par le bénéficiaire et sur la base duquel tous les bénéficiaires s'acquittent du même montant (Norvège, Suède, Autriche, Finlande, Hongrie pour les soins médicaux et dentaires ; Islande, Lettonie, Portugal, Slovaquie) ; et, d'autre part, le calcul des contributions individuelles sur la base d'un pourcentage des coûts réels (Norvège, Suède, Belgique, France, Grèce, Luxembourg, Portugal). Ces deux méthodes sont très souvent utilisées conjointement.

La contribution sous la forme d'un pourcentage des coûts réels, peut être cependant assortie d'un montant minimum et maximum, comme en Allemagne, où les patients payent 10% du coût des produits pharmaceutiques et auxiliaires avec un montant minimum fixé à 5 euros et un montant maximum fixé à 10 euros.

Au Liechtenstein et en Suisse, les patients doivent s'acquitter d'un montant fixe annuellement et d'un certain pourcentage des coûts au-delà, qui est plafonné lui aussi. En Pologne, un forfait fixe est appliqué aux médicaments à l'exception des médicaments complémentaires.

La part à la charge des patients s'applique à toutes les catégories de soins médicaux.

L'hospitalisation donne habituellement lieu au paiement d'un tarif fixe journalier (Allemagne, Finlande, France, Belgique, Estonie, Suède, Luxembourg, Pologne, Suisse), plafonné en nombre de jours (Estonie, Allemagne, Luxembourg).

Les prestations dentaires donnent en général lieu aux contributions les plus élevées, car elles sont souvent considérées comme marginales dans les systèmes de santé publics (elles en sont pratiquement totalement exclues aux Pays-Bas, en Norvège – pour les adultes – au Liechtenstein, en Espagne et au Portugal) et les patients sont la plupart du temps dirigés vers les assurances privées, qui réclament généralement une contribution élevée aux patients au titre de ces prestations. Les prestations préventives de bases (République Tchèque, Danemark, Grèce, Hongrie, Autriche, Finlande) ou celles effectuées sur les enfants (Danemark, Estonie, Islande, Malte, Hongrie, Norvège, Finlande, Suède et Royaume-Uni) sont souvent gratuites.

Les médicaments demeurent néanmoins le domaine privilégié du partage des coûts, et du partage indirect en particulier. Par exemple lorsque le pourcentage de la part à la charge des patients n'est pas basé sur le prix réel mais sur un prix de référence, ou bien lorsque le remboursement est effectué sur la base du prix du produit générique de substitution.

La plupart du temps, un pourcentage du coût, variant en fonction du type et de la catégorie de médicament, est réclamé à titre de contribution. Les médicaments administrés pour traiter les maladies très graves ou ceux ayant d'importants effets thérapeutiques bénéficient généralement d'un taux de contribution inférieur à celui des médicaments améliorant seulement marginalement la qualité de vie des malades.

3. Conditions générales de participation: exemptions et autres mesures

En ligne avec les obligations découlant des accords internationaux, bon nombre de pays prévoient des exemptions de paiement de la contribution des patients ; dans certains pays, certaines personnes sont exonérées du paiement de la part à leur charge alors que d'autres, en fonction de leur revenu, doivent s'acquitter d'un forfait à taux réduit. C'est le cas à Chypre, où certaines catégories de personnes, comme les parlementaires, les étudiants de l'Université de Chypre, et les fonctionnaires actifs et retraités, ne sont soumis à aucun paiement. D'autres pays appliquent également ce système et accordent à certaines catégories de personnes, en fonction de leur revenu, une couverture médicale gratuite (c'est par exemple le cas des porteurs de la «carte médicale» (*medical card*) en Irlande et de la «carte rose» (*pink card*) à Malte. En France, les personnes ayant des moyens de subsistance insuffisants pour souscrire une assurance complémentaire bénéficient d'une couverture médicale universelle, dont l'objectif principal est de limiter la contribution financière de ceux qui en bénéficient.

En Italie, les handicapés bénéficient d'une exonération totale quelle que soit leur situation financière ou familiale.

Les enfants sont dans la plupart des cas exonérés du paiement de la part à la charge des patients, mais le champ d'application de cette exonération et l'étendue des prestations visées varient d'un pays à l'autre (exonération totale pour les moins de 7 ans en Norvège ; pour les moins de 18 à 20 en Suède ; exonération partielle sur les médicaments pour les moins de 18 ans au Danemark ; taux réduit sur les médicaments pour les 4-16 ans en Estonie ; gratuité de certains soins pour les moins de 18 ans en Finlande ; gratuité des produits et services médicaux pour les enfants en Allemagne ; exonération pour les moins de 21 ans au Liechtenstein ; pour les moins de 12 ans au Portugal ; gratuité pour les enfants en Slovaquie et participation réduite pour les enfants en Suisse). Des exonérations sont aussi prévues au titre de certaines maladies (Grèce, Irlande, Norvège) ; au bénéfice d'autres catégories de personnes, telles celles recevant des pensions de base (Norvège, Autriche, Hongrie pour certains médicaments, Portugal, Suisse [sous conditions de ressources], Royaume-Uni) ; en cas de soins prolongés en établissement (France, Islande, Finlande) ; ou en cas de maladie chronique (Belgique, Liechtenstein, Portugal, Luxembourg).

Une tendance semble néanmoins se dégager en vertu de laquelle même les personnes jusqu'ici exonérées du paiement de la part à la charge des patients ont désormais à s'acquitter d'au moins quelque chose, en complément de la part à la charge des patients (par exemple les montants forfaitaires pour chaque visite ou produit médical). A Chypre, les personnes bénéficiant de soins médicaux gratuits doivent payer un montant fixe par visite. En France, chaque consultation médicale donne lieu au paiement d'un montant forfaitaire de 1 euro. Afin d'inciter les gens à changer de comportement médical, des mécanismes ont été mis en place pour dissuader les assurances complémentaires de couvrir cette somme.

De nombreux pays ont cependant introduit des mesures fiscales ou sociales visant à limiter le nombre total des contributions payées par un même patient, afin d'éviter les situations de détresse financière. Le montant annuel de la part à la charge des patients au titre des frais médicaux est plafonné dans divers pays; toute somme excédant cette limite est remboursée en totalité. En Belgique, la contribution totale facturée aux patients est soumise à un maximum social et fiscal. Dès que le montant total des contributions devant être acquittées par un patient dépasse ce plafond, le fond maladie ou l'administration fiscale rembourse toute contribution supplémentaire. Le plafond varie en fonction de la situation sociale des personnes (à cet égard, le maximum social n'est applicable qu'à certaines catégories sociales) alors que le plafond fiscal est applicable aux familles disposant de revenus supérieurs également, et varie en fonction du revenu déclaré. L'administration fiscale rembourse les contributions dépassant le plafond au bout de deux ans seulement. Il convient néanmoins de souligner que tous ces systèmes ne prennent en compte que certaines contributions pour certains actes médicaux pour calculer le plafond. Au Danemark, il existe un mécanisme de subvention continue pour les prescriptions de médicaments coûteuses, qui instaure, de fait, un montant maximum de contribution à ce titre ; un mécanisme similaire existe en Islande en cas de revenus inférieurs à un certain niveau. En Allemagne, les patients ne paient de contribution qu'à concurrence d'un certain plafond fiscal individuel (voir le Luxembourg également). Au Liechtenstein et en Irlande, un plafond maximum annuel de

contributions est prévu. Plusieurs autres pays ont des mécanismes similaires, par exemple la Finlande, la Lettonie et la Suisse.

Un nombre croissant de mesures ont été introduites par les Etats membres pour modifier le comportement des assurés et prévenir le nomadisme médical, afin de réduire les dépenses de santé. Certaines de ces mesures incitent les patients à choisir un médecin référent qui suivra leur dossier médical et coordonnera les soins à administrer. En Belgique par exemple, les patients qui confient l'intégralité de leur dossier médical à un seul et même médecin voient leur contribution minorée de 30%. Ce mécanisme devrait éviter les examens inutiles et les double traitements. Il existe un mécanisme équivalent en France, où les patients qui ne suivent pas ce parcours coordonné sont doublement pénalisés : d'un côté en étant plus faiblement indemnisés par les caisses d'assurance maladie, et de l'autre en donnant la possibilité aux médecins consultés directement de majorer leurs honoraires légaux. En Lettonie, les patients doivent être référés par un médecin généraliste pour recevoir les soins d'un spécialiste. Les patients qui consultent directement un spécialiste sans référence d'un médecin généraliste, doivent payer les honoraires du spécialiste de leur poche ou recourir à une assurance santé privée. La Lituanie applique le même mécanisme.

La même méthode prévaut pour les médicaments : les patients sont incités à acheter des produits génériques pour réduire les dépenses. Toutes ces mesures visent à promouvoir un bon usage du budget par le patient. En Hongrie, les produits génériques équivalents sont subventionnés à hauteur d'un montant fixe indexé sur le prix du produit alternatif le moins cher dans un groupe de produits donné.

Bon nombre de pays ont introduit un système de prix de référence afin de contrôler les dépenses pharmaceutiques et rationaliser l'utilisation des médicaments. C'est le cas en Espagne, par exemple, où le prix de référence a un impact sur le prix des médicaments appartenant à ce qu'il est convenu d'appeler un « groupe ». Un groupe est une catégorie de médicaments contenant le même principe actif et incluant au moins un produit générique dont la composition est qualitativement identique en terme de substances médicinales. Un montant de subvention maximum, ou prix de référence, est assigné à chaque groupe et les pharmacies ne sont pas autorisées à vendre un produit de ce groupe plus cher. On constate une nette tendance des pays à orienter les patients vers les produits génériques. C'est particulièrement évident en Belgique, troisième plus gros consommateur de médicaments en Europe, où un débat de grande ampleur sur le prix des médicaments a eu lieu récemment. Il y a été proposé d'adopter le système d'appels d'offre publics en vigueur en Nouvelle-Zélande (appelé aussi "modèle Kiwi"), où une variété de mécanismes est utilisée pour fixer le prix des médicaments subventionnés. Lorsque plusieurs produits génériques de substitution sont disponibles, un appel d'offre public est lancé à l'issue duquel l'autorité chargée de gérer les médicaments subventionnés, la *Pharmaceutical Management Agency*, propose des droits de remboursement exclusifs à la meilleure offre, droits qui sont souvent accordés pour trois ans. Fin 2004, une version édulcorée du modèle néo-zélandais a été incluse dans la loi belge sur la santé pour l'année 2005. Cette loi prévoit l'introduction progressive d'un système d'appels d'offre. Pour une pathologie donnée, le médicament le moins cher bénéficiera d'un taux de remboursement supérieur (de 25% environ) à celui des produits concurrents. Mais ce mécanisme ne sera appliqué qu'aux médicaments non brevetés.

En Suisse, les pharmaciens sont autorisés à remplacer les préparations originales de la liste des spécialités (liste des médicaments remboursés) prescrites par des produits génériques, à moins que le docteur n'ait expressément prescrit la préparation originale en question. De même, en Estonie, des prix de référence ont été instaurés et servent d'index au fond d'assurance maladie qui ne rembourse les médicaments qu'à hauteur du prix de référence.

Au Danemark, la réduction de la part acquittée par les patients pour leurs médicaments n'est pas toujours indexée sur le prix réel des médicaments mais sur leur prix subventionné, qui n'est pas nécessairement identique. En principe, le prix subventionné est le tarif légal en vigueur au Danemark ou en Europe. Le prix « européen » est une sorte de prix moyen utilisé pour vendre les médicaments dans la plupart des pays d'Europe où le prix est nivelé, comme au Danemark. S'il existe un prix « européen », le prix subventionné des produits anciens correspond, au Danemark, au prix le plus bas du marché. Les médicaments sont classifiés de telle sorte que les produits ayant les mêmes principes pharmaceutiques appartiennent au même groupe de médicaments. Une nouvelle mesure a été introduite selon laquelle les prix subventionnés seront désormais calculés à partir du prix le plus bas du marché danois dans le groupe auquel appartiennent les médicaments.

En Slovénie, d'importantes modifications ont été apportées aux modalités de prescription des médicaments. Un mécanisme de contribution supplémentaire a été instauré pour les médicaments les plus coûteux (ayant une valeur thérapeutique reconnue plus importante et pouvant se substituer à ceux initialement prescrits) mais l'introduction de ce mécanisme a montré que les assurés n'étaient pas prêts à payer ce supplément pour changer de médicament et l'utilisation des médicaments soumis à cette majoration a chuté de manière spectaculaire.

4. Remarques conclusives

S'il est nécessaire d'instaurer une participation des patients, les modalités de cette introduction relèvent de choix politiques et il n'existe pas d'argument en faveur d'un mécanisme plutôt que d'un autre.

Peut-être l'attitude du public est-elle, à cet égard, déterminante. Selon le rapport polonais, l'inscription dans la loi d'une quelconque part à la charge des patients suscite un refus marqué. Certains pays rapportent que l'introduction d'une telle contribution s'oppose au principe de solidarité qui prévaut dans le secteur de la santé et affecterait ou restreindrait le droit fondamental d'accès des patients aux soins de santé.

L'efficacité de la part à la charge des patients et son effet en terme d'équité sociale ne peuvent être débattus ici. Même si des études montrent que l'introduction d'une contribution des patients tend à faire diminuer la demande et l'utilisation de prestations de santé, des effets négatifs sont possibles dans les cas où la demande diminue tant pour des soins justifiés que superflus. Des effets ont parfois été notés au sein des populations à faibles revenus, ce qui soulève des interrogations sur l'équité du mécanisme. Des études montrent que la part à la charge des patients a un impact négatif sur la santé des personnes à faibles revenus, au chômage ou sans abri. Mais pour porter un jugement sur ces questions, il faudrait recueillir des informations sur le coût administratif de mise en œuvre de ce

mécanisme de contribution. Une des dérives potentielles relevée par le rapport polonais serait de voir l'introduction d'honoraires de soins faire diminuer le nombre de consultations en même temps que les gens réduisent leur fréquentation des médecins; mais par ailleurs de la voir faire augmenter les dépenses en soins coûteux, hospitaliers par exemple, car certaines maladies n'auront pas été diagnostiquées à temps et les malades nécessiteront les soins de spécialistes, plus chers. Il s'agit là d'un point important.

Peut-être est-ce aussi la raison pour laquelle certains pensent que le meilleur moyen de faire baisser les dépenses de santé est plutôt à chercher du côté de l'offre que de la demande. Ne vaudrait-il en effet pas mieux dissuader les médecins de prescrire des soins inutiles?

Il est tout compte fait difficile de comparer entre elles les modalités de contribution des patients des divers systèmes de santé nationaux. Les différences entre les systèmes de soins de santé sont en effet si importantes que la comparaison de la part à la charge des patients est quasiment impossible. Il ressort néanmoins clairement que cette part n'affecte pas, ou ne dit rien, sur la qualité des prestations. Il convient en effet de rappeler que dans certains pays aucune contribution n'est demandée au patient pour certains produits ou soins simplement parce que ces derniers ne sont pas offerts par le système de santé public. Dans de nombreux cas, les patients préfèrent faire appel au secteur privé et à des assurances privées pour accéder à ces prestations ou produits mais même les contrats d'assurance privée exigent parfois une part à la charge des patients. Le fait que le concept diffère d'un pays à l'autre, et n'est donc pas uniforme, constitue une difficulté supplémentaire. La signification des termes « soins spécialisés », « produits auxiliaires », « produits pharmaceutiques », etc. mériterait d'être étudiée davantage.

*Heike Engel
Yves Jorens*