

Compte Rendu de la Conférence UFE
du 1^{er} février 2016 :
Le financement du système de santé au Japon
Par Bruno Rossi,
senior advisor Bayer Yakuhin Ltd.

Le 1^{er} février 2016, l'UFE Japon a eu le plaisir d'écouter Bruno Rossi nous dépeindre le système de santé japonais, avec ses caractéristiques, ses limites et ses défis à relever dus principalement au vieillissement de la population, et son corollaire, l'explosion des dépenses de retraite et de santé. La hausse de 8 à 10% de la TVA, si elle a lieu comme prévu en 2017, est destinée à couvrir une partie de ces dépenses, ce qui en fait un sujet d'actualité qui nous concerne tous.

Le vieillissement

Le Japon est la 3^e économie du monde, mais une économie vieillissante. En 2010, le Japon comptait 128 millions d'habitants. Les estimations pour 2030 sont à 117 millions et 87 millions en 2060 ! En 2025, les plus de 65 ans représenteront 30% de la population japonaise. Dans ce contexte, qui va cotiser et payer ?

Aujourd'hui, 32% du budget de l'État finance la Sécurité Sociale. Sans croissance économique, il n'y a pas de rentrées fiscales, ce qui produit un effet "crocodile": plus de dépenses, moins ou pas assez de rentrées... et ça ne va pas s'améliorer.

En 2008, 8,6% du PNB du Japon était consacré aux dépenses en santé (quand la moyenne de l'OCDE tournait autour de 9,3%). En 2012, il a grimpé à 10,3% ! Ce qui reste conforme à la moyenne des pays européens (France : 11,6%) mais signifie, pour le Japon, une explosion des dépenses. Avec pour causes:

- le vieillissement de la population: plus les malades sont âgés, plus les soins coûtent chers.
- les avances thérapeutiques (au coût plus élevé)
- le système « fee for service » : une tarification aux soins et non au forfait
- la faible productivité des services.

Le système de santé Japonais

D'une façon générale, il existe 4 grands types de financement des systèmes de santé:

- « pas d'assurance maladie »: pays en voie de développement. Mais aussi une bonne partie de la population américaine (d'où la législation "Obamacare") ou par ex. Singapour, sauf si l'employeur offre un plan d'assurance maladie;
- modèle de l'Europe de l'Ouest : « assurance maladie » avec mélange libéral / public pour les hôpitaux et les cliniques. Avec dans certains pays, des assurances complémentaires (France, Suisse);
- modèle anglais : « couverture nationalisée, payée par l'impôt » : médecine quasi gratuite supportée par l'Etat mais sans vraiment de choix laissé au patient pour médecins, services... (+ Australie, Suède);
- modèle « integrated care » qui n'existe qu'aux Etats Unis : l'assureur gère ses propres cliniques et hôpitaux. Système efficace car les assureurs possèdent et analysent leurs données, et maîtrisent leurs coûts (ex. Kaiser Permanente) tout en offrant un choix... mais peu connu hors des Etats Unis.

Depuis 1961, le Japon a mis en place le National Health Insurance (NHI), assez proche des modèles Européens :

- couverture universelle et principe d'équité inscrit dans la Constitution;
- sans restrictions (sauf depuis peu pour consulter dans les hôpitaux universitaires où une lettre de recommandation est nécessaire) mais avec un tiers payant par tranche d'âge pour freiner la surconsommation;
- un seul barème de prix pour tous et quelque soit le type d'institution médicale;

- une grille de remboursement revue tous les deux ans par le Ministère de la Santé et de l'Emploi (qui doit naviguer entre des intérêts variés: contraintes budgétaires, financement de l'innovation, intérêts corporatifs des médecins et pharmaciens, etc.)

Avec le NHI, le Japon fût un modèle dans le passé : pionnier (mis en place très tôt après la 2ème guerre mondiale) et premier pays à couvrir par ex. les maladies orphelines (56 à l'origine remboursées à 100%, 300 depuis 2015 mais avec un défraiement). Le financement est basé sur un principe de contrôle strict des prix de remboursement. A noter les dépenses non couvertes par l'assurance médicale par ex. contraception, ou médicaments sans ordonnance alors que bilans de santé ou vaccinations sont couverts par d'autres systèmes impliquant les collectivités locales.

Compte tenu de la croissance rapide des dépenses de santé, est-ce qu'aujourd'hui le Japon pourrait guider d'autres pays sur la façon de gérer le vieillissement de leur population ou l'isolement des personnes âgées? Le patronat semble très réticent à changer le système par peur bleue que le financement leur incombe... Et pourtant le changement est inévitable !

Les solutions

1. Strict contrôle des prix et préconisation des médicaments génériques pour contrôler une partie (environ 20%) des coûts de santé;
2. Restrictions à l'accès aux soins: produits pas disponibles ou remboursés, "gatekeeper"
3. Elargir le co-paiement / Tiers payant. Au Japon cela concerne de 10 à 30% des frais.
4. L'assurance complémentaire
5. Les gains de productivité, par ex. rediriger le flux de soins
6. Sortir du cadre « soins » pour investir davantage dans la prévention et le bien-être (mesures contre le tabac par exemple).

Pour contrôler les coûts, le Ministère de la Santé a mis en place depuis plusieurs années une large panoplie:

- Baisse des prix des médicaments tous les deux ans, qui finance la hausse des honoraires;
- Remboursement préférentiel des courtes hospitalisations sur la base d'un forfait journalier;
- Développement des soins à domicile;
- Augmentation - encouragée par des primes financières - de la part des médicaments génériques de 60% à 80% pour atteindre le niveau de l'Europe ou des Etats-Unis.

De nouvelles mesures prévoient un contrôle encore plus strict des prix de remboursement, qui devrait être renforcé en 2016-2018 avec le concept du CEA (Cost Effectiveness Analysis) en commençant par les médicaments et certains équipements médicaux. Le CEA est un outil d'analyse qui mesure l'efficacité des soins par rapport à leur coût; très pratiqué au Royaume Uni ou en Australie avec pour conséquences restrictions d'accès et bas prix de remboursement. Selon l'OCDE, en 2013, le Japon serait le 2^e pays au monde pour les dépenses liées aux médicaments par habitant, derrière les Etats-Unis.

Le Ministère a également un plan ambitieux de redistribution des lits d'hôpitaux pour réduire par trois le nombre de lits de soins intensifs, qui sont facturés beaucoup plus cher. Grande analyse en cours de la répartition des lits entre régions, public/privé pour déterminer le niveau idéal. Ou bien repasser le fardeau du financement de l'assurance maladie aux préfectures, à partir de 2018... ce qui pourrait entraîner les entreprises de la santé à chercher de nouvelles opportunités dans les régions.

Bruno Rossi a également évoqué d'autres pistes de réflexion:

- Instaurer un "gate-keeper", coordinateur des soins
- Renforcer le partage d'informations entre médecins. Aujourd'hui, par souci de concurrence, très faible interconnectivité entre médecins d'où un terrible manque à gagner (pas les mêmes référentiels dans les hôpitaux pour décrire les maladies, peu de registres, peu de données pour

l'analyse, etc.) Potentiel considérable pour les entreprises spécialisées dans la collecte et l'analyse des données.

- Réduire les importants blocages de compétitivité. Il existe un certain classement des hôpitaux, aux critères opaques, et manque de suivi.
- Permettre des assurances complémentaires qui pourraient devenir un produit financier.

Discussion

- Comment expliquer le bond dans les dépenses entre 2008/09/2010? Changement de classification, mais aussi pandémie de H1N1 qui a impliqué l'achat de nombreux vaccins.
- La grande force du Japon n'est-ce pas sa prévention (bilans de santé demandés par les autorités)? Oui, mais c'est géré par les municipalités d'où de grandes différences, et ne fait pas partie de NHI. En outre, le bilan ne débouche pas forcément sur des soins pour les patients à risque.
- Pourquoi les caisses d'assurance maladie en Allemagne ne sont pas déficitaires? A suivre!
- A Singapour, le gouvernement force la population à épargner pour sa santé et celle de ses proches. Et au Japon? Il y a une épargne importante des 60/70 ans qui dort... et pourrait être investie pour les frais médicaux... A méditer par les banques et le gouvernement qui pourraient y voir de l'intérêt.