

COMITÉ : ECO SOC

ISSUE : Jusqu'où la société peut-elle accepter le remboursement des traitements médicaux coûteux?

Membres de l'Etat Major : Hira Yassine ; Cantor Brian



François Hollande : « Nous pouvons compter sur de formidables professionnels, mais notre système de santé se dégrade, faute d'investissements. La santé n'est pas une priorité de ce gouvernement : le taux de remboursement par la Sécurité sociale diminue ; il est seulement de 55 % pour les soins courants. »

Les dépenses de traitements remboursables, prescrits et délivrés en ville ont atteint 26,8 milliards d'euros en 2011(1). Les dépenses du régime obligatoire n'ont pas évolué en 2011, mais leur structure a changé avec une augmentation de la part des dépenses prises en charge à 100%. Ce phénomène s'explique à la fois par une augmentation du nombre de personnes souffrant d'une Affection longue durée (ALD) et par le coût élevé de la prise en charge des patients souffrant de maladies rares ou de spécialités dont les médicaments sont prescrits à l'hôpital mais délivrés en officine (2). Ces dépenses, le plus souvent prises en charge à 100% se sont élevées à 13,01 milliards d'euros en 2011, ce qui représente une augmentation de 5,8% par rapport à 2010. Les besoins de financement de l'innovation ne cessent de croître.

Dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint¹, de nombreuses mesures de régulation économique du médicament ont été mises en place par les pouvoirs publics. Elles ont pour objectif de permettre à chaque patient de bénéficier de la stratégie thérapeutique la plus adaptée à leur pathologie, au prix le plus juste pour la collectivité.

Les médicaments génériques constituent un outil majeur de régulation des dépenses de médicaments dans la mesure où ils apportent aux patients le même bénéfice thérapeutique que leurs médicaments de référence, dans les mêmes conditions de sécurité, mais à un coût significativement moins élevé.

La Mutualité Française a été pionnière sur la problématique des génériques, elle s'est engagée en faveur du développement du marché des médicaments génériques qu'elle percevait déjà comme une source de financement de l'innovation thérapeutique à qualité de soins égale. Elle a publié en octobre 2008 un bilan de 25 ans de politique du médicament générique et a formulé ses propositions pour une politique des génériques ambitieuse.

Il est donc naturel et légitime de se demander si, la société peut continuer à accepter le remboursement des traitements médicaux coûteux, et quelles sont les alternatives possibles à ce problème.

Termes clés

Mutualité Française : La Mutualité Française regroupe la quasi-totalité des mutuelles de santé existant en France.

Elle a été créée en 1902 et représente aujourd'hui 38 millions de personnes adhérentes.

Elle a un rôle de représentation du mouvement mutualiste (ensemble des sociétés à but non lucratif dont l'objectif est de développer des actions de solidarité, de prévention et d'entraide) auprès des institutionnels et gère aussi 2000 centres de soins et cliniques.

Elle est en relation avec les pouvoirs publics et l'ensemble de ses parties prenantes, ainsi que les professionnels de santé.

La Mutualité Française coordonne et met en œuvre des actions d'information dans le domaine de la santé, notamment en matière de prévention, de lutte contre la toxicomanie, du bon usage des médicaments et de mise en place des réseaux de soins.

Tiers-Payant : Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensés de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé. Concrètement cela signifie que si vous êtes pris en charge à 100% vous n'aurez rien à régler chez les praticiens acceptant ce mode de fonctionnement ce qui est le cas de la majorité des pharmaciens par exemple. Le tiers payant vous permet, à l'aide d'une carte remise par votre

mutuelle, de ne pas faire l'avance de vos frais de pharmacie pour tout médicament prescrit et remboursable.

Aperçu général

Le système d'assurance maladie dans l'Union européenne relève de traditions nationales profondément ancrées. Les 25 Etats membres se trouvent néanmoins confrontés aux mêmes défis de santé publique - vieillissement de la population, exigences sanitaires de plus en plus élevées, etc. – qui ne peuvent qu'accroître la part des dépenses de santé dans le PIB. Dans ce contexte, malgré des points de départ différents, ils convergent vers le même point d'arrivée, notamment en responsabilisant davantage les acteurs de santé, en fiscalisant partiellement la protection sociale et en menant une politique du médicament privilégiant les génériques. L'UE favorise un tel rapprochement. Différents arrêts de la CJCE ont facilité cette évolution, par exemple en assurant la liberté du patient d'acheter ce qui lui était nécessaire pour ses soins dans tous les Etats de l'UE et aussi en prohibant l'utilisation des cotisations sociales comme variable d'ajustement pour les entreprises afin d'obtenir un avantage comparatif dans un marché ouvert. Le processus de concentration et de rationalisation de l'industrie pharmaceutique, qui appréhende l'espace communautaire comme un marché unique, facilite le rapprochement des modes de gestion de l'assurance maladie par les Etats membres. A défaut d'une procédure d'harmonisation communautaire, une convergence des politiques des Etats de l'UE dans le domaine de l'assurance maladie est ainsi en train de se dessiner.

Le système d'assurance maladie est un symbole national fort dans chaque pays qui, a priori, n'entre pas dans le champ des questions européennes. Considérer l'assurance maladie comme un problème domestique à chaque Etat est néanmoins réducteur. Hors même les dispositions du traité sur l'Union européenne qui vont dans le sens d'une prise en compte des divers aspects de la sécurité sociale par l'Union européenne mais qui ne possèdent pas de caractère normatif, l'UE, pour répondre à des thématiques convergentes dans les Etats membres, promeut une méthode ouverte de coordination pour favoriser la mise en oeuvre des réformes relatives à l'assurance maladie. L'Europe de la santé existe donc bien et possède même, depuis le 1er juin 2004, un symbole fort : la carte européenne d'assurance maladie. L'Europe de la santé existe d'ailleurs à tel point que le 4 avril dernier la Commission a annoncé son intention de présenter une proposition de directive dans le domaine de la santé.

	Vieillessement et survie	Maladie et soins de santé	Invalidité	Famille et enfants	Chômage	Logement et exclusion sociale
EU à 25	46,2	27,9	8,2	8,0	6,2	3,5
EU à 15	46,1	28	8,0	8,0	6,3	3,6

I - Les Etats européens font converger leur modèle de réforme de l'assurance maladie en dépit de la pluralité des modèles d'assurance-maladie au sein de l'Union européenne

L'Europe n'a pas fondé son histoire commune sur la gestion de l'assurance-maladie santé. Le modèle dit « beveridgien », s'est construit en opposition au modèle dit « bismarkien », tandis que le modèle socialiste a profondément marqué, après-guerre, les nouveaux Etats membres [2].

Chacun de ces modèles [3] connaissait des failles : soit la maîtrise des coûts était assurée au détriment de la qualité des soins, soit à l'inverse la qualité des soins s'imposait au détriment de l'équilibre budgétaire. Les pays de l'Europe du Sud qui ont cherché à synthétiser les « modèles » du Nord de l'Europe ne sont pas parvenus à résoudre ce dilemme. En outre, la dualité du système de santé apparaissait être la règle dans les pays de l'Europe centrale et orientale, malgré la prétendue égalité des citoyens, en raison de l'existence d'un « marché gris », c'est-à-dire de la nécessité d'offrir un supplément de rémunération pour obtenir des soins de qualité accrue.

En même temps, l'ensemble des Etats membres se heurtent aux mêmes défis : vieillissement de la population, augmentation des coûts liés à une qualité des soins plus élevés, nécessité de maintenir les charges sociales ou la part des finances publiques à un niveau compatible avec une ouverture du marché domestique à la concurrence internationale.

L'entrée des dix nouveaux Etats membres le 1er mai 2004 n'a pas modifié l'orientation générale de l'Union européenne ainsi que l'indique le tableau ci-dessous :

Cependant, si les dépenses de protection sociale représentaient, en moyenne, 27,7% du PIB de l'UE en 2002 contre 27,3% en 2001, cette moyenne, exprimée en pourcentage du PIB, continuait de masquer de fortes disparités d'un Etat membre à l'autre. La part des dépenses de protection sociale était la plus élevée en Suède (32,5%), en France (30,6%), en Allemagne (30,5%) et au Danemark (30,0%) et la plus faible en Estonie et en Lettonie (14,3% chacune en 2001), en

Lituanie (15,2% en 2001) et en Irlande (16,0%). Ces écarts reflètent des différences de niveaux de vie, mais illustrent la diversité des systèmes nationaux de protection sociale, ainsi que des structures démographiques, économiques, sociales et institutionnelles propres à chaque pays. Toutefois, la caractéristique commune à tous les Etats membres de l'UE se situe dans la croissance accélérée des dépenses de maladie [5].

II- L'implication de plus en plus manifeste de l'Union européenne dans le domaine de la santé

Au delà des textes déjà en vigueur, la santé a fait son entrée dans l'Acte unique de 1987. L'article 152 du Traité d'Amsterdam de 1997 attribue comme objectif à l'Union européenne *"d'améliorer la santé publique, de prévenir les maladies, de favoriser la recherche et d'informer le public"*. De plus, l'article 137.1 dispose que *"la Communauté soutient et complète l'action des Etats membres"* en matière de protection sociale. Enfin, les politiques communautaires, désormais, doivent prendre en compte les exigences de santé publique. Toutefois, le Traité de Nice, en 2001, dans son article 137 alinéa 4, rappelle *"la faculté reconnue aux Etats membres de définir les principes fondamentaux de leur système de sécurité sociale"*.

L'Union Européenne a déjà montré son désir, que les systèmes d'assurance maladies ne deviennent pas des frontières invisibles...

Conclusion : vers l'harmonisation ?

Le système d'assurance maladie ne représente plus une frontière invisible entre les Etats membres. En outre, le caractère semblable des objectifs à atteindre au regard des nécessités de financement et d'élévation de la qualité des soins conduit les Etats membres à mener des réformes de même nature.

Le Centre d'analyse stratégique a indiqué dans son avis sur la réforme du financement de la protection sociale [18] la nécessité d'inscrire toute réforme nationale dans une dynamique européenne. Il a aussi souligné les deux axes majeurs des réformes dans les Etats membres de l'Union : le transfert des cotisations sociales vers la fiscalité directe et la responsabilisation des acteurs du système de santé.

La Commission européenne joue un rôle de mentor efficace et discret dans la convergence des politiques de santé. En effet, le processus de concentration et de rationalisation de l'industrie pharmaceutique qui appréhende l'espace communautaire comme un marché unique facilite le rapprochement des modes de gestion de l'assurance maladie par les Etats membres. Toutefois, il est peu

probable que l'harmonisation communautaire intervienne à moyenne échéance dans ce domaine tellement il est consubstantiel à la culture des Etats. Dans cette perspective, la proposition de directive sur la santé qui sera déposée dans un proche avenir par la Commission et qui devrait notamment couvrir le champ de la mobilité des patients représentera un indicateur pertinent de la volonté de l'Union européenne d'œuvrer vers l'harmonisation des régimes d'assurance maladie.

- <http://www.robert-schuman.eu>
- <http://www.ameli.fr>
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- <http://www.comparer-mon-assurance.com>
- <http://www.atoute.org>