

L'ASSURANCE MALADIE AU JAPON
——SES DIFFICULTÉS ET SA RÉFORME——

Masahiko IWAMURA

Professeur à l' Université de Tokyo

11/2005

This is a draft article forthcoming “Bulletin de Droit compare du travail et de la Securite sociale” (2006). The article is published as a COE Soft Law discussion paper with the permission Prof. Philippe AUVERGNON, the chief editor.

I INTRODUCTION

Il existe plusieurs régimes de l'assurance maladie dans notre pays. La grande expansion économique de notre pays entre la première moitié des années 50 et la fin des années 70 a permis l'amélioration significative de la protection contre les risques maladie et maternité par ces régimes de l'assurance maladie. Pourtant, après cette progression économique très forte, nous sommes entrés dans l'époque de la stagnation économique et de la transformation sociale à partir du début des années 80. Et ce retournement a considérablement ébranlé nos régimes de l'assurance. Des réformes ont été ainsi successivement préparées, discutées et adoptées pour l'adaptation de nos régimes à cette transformation économique et sociale si profonde de notre société. Aujourd'hui, le ministère de la santé, du travail et des affaires sociales (le MSTA) travaille de façon énergique pour l'élaboration d'un projet de la réforme des régimes de l'assurance maladie, qui sera certainement présenté et discuté à la Diète au début de l'année 2006.

Il serait fort intéressant d'exposer des réformes récentes et celle en cours de l'élaboration et d'examiner les discussions sur ces réformes et plus généralement sur la politique de la santé pour deux raisons. D'abord, notre pays et les pays occidentaux font face à des difficultés similaires sur leurs régimes de l'assurance maladie et de la protection de santé. Les cibles choisies et les méthodes adoptés par nos gouvernements successifs (plus précisément par le MSAT) étant un exemple des prescriptions plus ou moins réussies apportant les remèdes à des problèmes, cet exemple donnera à des experts occidentaux quelques éléments de réflexions du point de vue comparative. Ensuite, des difficultés et des réformes mettront en relief les caractéristiques et les problématiques de nos régimes de l'assurance maladie.

Comme il nous paraît que les régimes de l'assurance maladie de notre pays sont très peu connus, il nous conviendra de commencer par donner une esquisse de nos régimes de l'assurance malade (**II**). Nous analysons ensuite très brièvement la réforme en cours de préparation, qui montre bien la complexité des problèmes et illustre des difficultés de trouver des solutions appropriées et équilibrées (**III**).

II LA GRANDE COMPLEXITÉ DES RÉGIMES DE L'ASSURANCE MALADIE

La première législation de l'assurance maladie est la loi n°70 du 22 avril 1922 relative à l'assurance de santé dont la mise en vigueur fut le 1^{er} juillet 1926. Alors que le champs d'application de cette loi fut très limité, la promulgation de plusieurs lois après cette première loi et leur modification postérieure ont permis l'élargissement de la protection contre les risques maladie et maternité. Pourtant,

c'est le 1^{er} janvier 1959 que chacun s'affilie à un des régimes obligatoires de l'assurance maladie par suite de la mise en vigueur de la loi n° 192 du 27 décembre 1958 (ce que nous appelons « la généralisation de l'assurance maladie »). Il faut noter que cette « généralisation » est réalisée au moyen de la juxtaposition de plusieurs régimes obligatoires (**A**). Il existe aussi le régime spécifique de soins pour les personnes âgées, et il serait impossible de comprendre les difficultés de notre système de la protection de santé sans l'aborder (**B**.)

A LA PLURALITÉ DE RÉGIMES DE L'ASSURANCE MALADIE

Une des caractéristiques de l'assurance maladie au japon est la pluralité des régimes obligatoires (*Figure 1*). En effet, il existe, d'une part, les régimes obligatoires pour les salariés du secteur privé et le régime pour les fonctionnaires de l'État et des collectivités locales (**1.**) et, d'autre part, le régime obligatoire pour les travailleurs non salariés et les personnes n'exerçant aucune activité professionnelle (y compris les retraités) (**2.**).

1. Les régimes pour les salariés et le régime pour les fonctionnaires

Les salariés de secteur privé et les membres de leur famille sont assujettis aux régimes pour les salariés de ce secteur qui sont marqués eux-mêmes par la pluralité ((**1**)). À côté de ces régimes pour les salariés de secteur privé, il existe le régime pour fonctionnaires d'État et des collectivités locales ((**2**)).

(1) Les régimes pour les salariés de secteur privé

Deux régimes coexistent pour les salariés de secteur privé. D'une part, il y a le régime auquel s'affilent les salariés occupés dans les établissements industriels, commerciaux et agricoles et d'autre part, il existe le régime pour les marins¹⁾. Le nombre des assurés de ce dernier est progressivement diminué pour atteindre à environ 65.000 en 2003 par suite du déclin de transport maritime et de pêche. Pour

1) En fait, le régime pour les marins est tout à fait particulier. Il couvre non seulement les risques maladie et maternité de caractère non professionnel, mais aussi les risques des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les risques du chômage. Auparavant, ce régime gérait l'assurance vieillesse des marins, mais la gestion de celle-ci a été transférée au régime de l'assurance vieillesse pour les salariés de secteur privée en 1985 à cause de l'évolution démographique très défavorable du secteur du transport maritime et de pêche.

cette raison, le MSTA envisage aujourd'hui, soit la création d'une caisse autonome gérant l'assurance maladie de marins, soit la suppression pure et simple de ce régime pour affilier les marins au régime pour salariés privés. Ainsi, l'étude sur ce régime de marins n'a aucun intérêt, nous nous en tiendrons à aborder le régime pour les salariés de secteur privé (*Figure 2.*).

Sont obligatoirement assujettis à ce régime, d'une part, les établissements d'une entreprise individuelle qui exercent au moins une des activités limitativement énumérées²⁾ et qui occupent habituellement au moins 5 salariés et, d'autre part, les établissements d'une personne morale (par exemple une société anonyme) occupant habituellement au moins 1 salariés.

Les bénéficiaires de ce régime sont d'abord les assurés qui sont les salariés réguliers occupés dans les établissements assujettis ci-dessus. Par les salariés réguliers, il s'entend les salariés engagés sous le contrat de travail à durée indéterminée ou sous le contrat de travail à durée supérieure à 2 mois³⁾ qui remplissent deux conditions imposées par une lettre ministérielle. C'est-à-dire que leur durée hebdomadaire de travail est au moins 30 heures et ils travaillent au moins 16 jours par mois (soit $\frac{3}{4}$ des jours ouvrables mensuels (22 ou 23 jours) de salariés à temps plein). Ainsi les salariés ne remplissant pas une de ces conditions (c'est-à-dire les salariés à temps partiel) sont-ils exclus du champs d'application de l'assurance maladie des salariés. Cela signifie que l'employeur n'est pas imposé la cotisation pour ces salariés à temps partiel n'étant pas assurés de l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle l'employeur trouve beaucoup d'intérêts financiers à engager surtout les salariées à temps partiel, ce qui entraîne la progression considérable des emplois de

2) La loi relative à l'assurance de santé énumère ; production, façonnage, triage, emballage, réparation ou démontage des objets ; bâtiments et travaux publics (y compris transformation, conservation, réparation, changement, destruction, démolition ou préparation des ces actes) ; mines ; production ou alimentation de l'électricité ou de la force motrice ; transport des marchands et des passagers ; charge et décharge des marchandises ; incinération, nettoyage et abatage ; vente et distribution des marchandises ; banque, finance et assurance ; entrepôt et location des objets ; courtage ; encaissement, guide et publicité ; éducation, formation, recherches et enquête ; soins des malades, sages-femmes et autres activités médicales ; communication et presse ; activités d'action sociale. Presque toutes les activités industrielles, commerciales se trouvent dans ce liste. Pourtant, un établissement d'une entreprise individuelle exerçant exclusivement une des activités non énumérées ne sont pas assujettie à l'assurance maladie de secteur privée. Par exemple, café, restauration et hôtellerie ; exploitation agricole. Il faut remarque que la restriction des activités ci-dessus ne s'applique pas à des établissements d'une personne morale.

3) Certains salariés sont exclus du champs d'application de ce régime ; les salariés journaliers (à condition qu'ils ne soient pas engagés pendant plus de 2 mois dans un même établissement); les salariés engagés sous contrat de travail à durée de 2 mois maximum (sauf le cas de renouvellement de ce contrat) ; les salariés engagés pour une activité saisonnière (sauf le cas où la durée de l'emploi prévue est plus de 4 mois); les salariés occupés dans un établissement temporaire.(sauf le cas où la durée de l'emploi prévu est plus de 6 mois) . Ces salariés s'affilent à un régime de l'assurance maladie pour les salariés journaliers.

femmes travaillant en tant qu'une salariée à temps partiel.

Les membres de famille d'un assuré(e) bénéficient des droits dérivés s'ils sont pris en charge par lui. Les membres de la famille d'un assuré(e) comprennent son mari ou femme (y compris son concubin(e)), ses enfants, ses petits-enfants et ses frères et sœurs. Pour être qualifié d'être pris en charge par un assuré, un membre de famille doit vivre au foyer de l'assuré ou bien doit percevoir effectivement les aliments de la part de l'assuré et, en plus, son revenu annuel ne peut pas dépasser 1.300.000 yen (soit environ 9.300 Euros). Il faut noter aussi que le membre de famille ne pourra plus bénéficier des droits dérivés dès lors qu'il acquiert, pour son propre compte, le titre d'assuré d'un des régimes de l'assurance maladie. Cette dernière condition et celle de revenu annuel évoquée ci-dessus incitent surtout les femmes des assurés à travailler en tant que la salariée à temps partiel sans perdre leurs droits dérivés.

C'est l'Agence des assurances sociales, un organisme étatique attaché au MSTA qui assure la gestion financière et administrative du régime de l'assurance maladie de salariés de secteur privé. Cet Agence a son réseau de bureaux des assurances sociales répartissant en l'ensemble du territoire qui s'occupent de l'assujettissement, l'immatriculation, le recouvrement des cotisations, la délivrance d'un certificat du titre d'assuré, la réception du dossier d'une demande de prestation en espèce et le versement de l'indemnité journalière et des autres prestations en espèce. Ces bureaux sont dotés le pouvoir d'effectuer une visite dans un établissement et un examen les dossiers.

Pourtant, une entreprise occupant au moins 700 salariés assurés ou un groupe d'entreprises (par exemple, le groupe composé d'une entreprise mère et ses filiales, celui composé d'entreprises appartenant à la même branche d'activité) occupant au moins 3.000 salariés assurés peuvent créer une caisse d'entreprise de l'assurance maladie en ayant l'agrément du Ministre de la Santé, du Travail et des Affaires sociales. Il existait 1674 caisses d'entreprise à la fin de mars 2003 et la diminution de caisses d'entreprise à cause de la dissolution ou de la fusion est la tendance constante depuis 10 ans.

Par suite de la création de la caisse qui est qualifiée d'une personne morale de caractère administratif, les établissements s'y adhérant et leur salariés assurés cessent d'être assujettis à l'assurance maladie gérée par l'Agence des assurances sociales et c'est la caisse qui assure désormais la gestion financière et administrative de l'assurance maladie pour le compte de ces salariés assurés. Ainsi l'employeur verse-t-il les cotisations patronales et celles salariales retenues à la source sur les rémunérations des salariés assurés (dénommés « adhérents ») à la caisse d'entreprise. La caisse prend en charge des frais médicaux et paramédicaux des adhérents et de leurs

membres de famille, et verse l'indemnité journalière et les autres prestations en espèce. Les adhérents et leurs membres de famille bénéficient très souvent des avantages sociaux gérés par la caisse tels que les prestations supplémentaires, les examens médicaux, la maison de vacances, les subventions aux vacances. Les caisses de grande entreprise ont même un ou des hôpitaux et/ou une ou des cliniques.

Une caisse d'entreprise est attractive et avantageuse surtout pour de grandes entreprises et leurs salariés « adhérents », car la loi l'autorise à fixer le taux de cotisations entre 30‰ et 95‰ avec l'agrément ministériel. En effet, les taux de cotisations fixés par les caisses de grandes entreprises sont souvent moins élevés⁴⁾ que celui (82‰) pour les entreprises et les assurés assujettis à l'assurance maladie gérée par l'Agence des assurances sociales (dite « l'assurance maladie gouvernementale ») en faveur de laquelle le Trésor prend en charge 13% de dépenses de prestations en nature et 16,5% de contributions au régime de soins pour les personnes âgées. Cela signifie que, même si ces grandes entreprises ayant leurs caisses prennent en charge plus de la moitié de cotisations à verser à leurs caisses (donc la part supportée par des « adhérents » est inférieure à 50% alors qu'elle est 50% sous « l'assurance maladie gouvernementale »), la totalité de leur charge de cotisations patronales reste inférieure à celle sous « l'assurance maladie gouvernementale ».

(2) Le régime pour les fonctionnaires

Pour les fonctionnaires de l'État et ceux des collectivités locales, il existe un régime spécial. Ce sont les Caisses mutuelles des fonctionnaires qui assurent la gestion de ce régime en percevant les cotisations et en prenant en charge des prestations. Ces Caisses mutuelles assument le rôle similaire à celui des caisses d'entreprise, l'État-employeur et les collectivités locales-employeurs versent à ces Caisses mutuelles les cotisations patronales et salariales, et récupèrent celles salariales en les retenant à la source sur les rémunérations des fonctionnaires. Les Caisses mutuelles fournissent les prestations supplémentaires et les avantages sociaux comme les caisses d'entreprise. Les bénéficiaires de ce régime spécial sont tout d'abord les fonctionnaires assurés (appelés « adhérents ») et leurs membres de famille pris

4) Signalons quelque exemples; le taux fixé par la caisse du groupe Panasonic est 77‰, celui de Sony est 57‰, celui de Toyota est 62‰, celui de Honda est 61,8‰.

en charge par eux⁵⁾.

2. Le régime pour les travailleurs non salariés et les inactifs

Les personnes n'étant couvertes par aucun régime pour salariés ni à titre d'assuré, ni à titre de membre de famille pris en charge par l'assuré, sont obligatoirement assujetties au régime pour les travailleurs non salariés et les inactifs (en particulier les retraités). Ce régime dénommé « l'Assurance maladie pour des nationaux » sont composés de l'assurance gérée par les communes ((1)) et de celle gérée par les Caisses autonomes ((2)).

(1) L'assurance maladie gérée par les communes

Les travailleurs non salariés et leurs membres de famille n'étant couverts par aucun régime professionnel sont assujettis à l'assurance maladie gérée par la commune où ils sont domiciliés sauf le cas où ils s'affilent à une des Caisses autonomes sur lesquelles nous aborderons ci-dessous. Il en est de même, d'une part, pour les retraités et les autres types d'inactifs et, d'autre part, pour leurs membres famille s'ils ne sont bénéficiaires d'aucun régime pour des salariés. Cela signifie que les personnes en dehors du champ d'application des régimes pour des salariés et des fonctionnaires (donc les régimes professionnels) sont soumises à l'assurance maladie gérée par leur commune (donc il s'agit du régime « territorial ») et que c'est justement ce régime territorial qui réalise la couverture de toute la population par l'assurance maladie (« la généralisation de l'assurance maladie »).

Le financement de l'assurance maladie de chaque commune est assuré, d'une part, par les cotisations versées par les assurés et,

5) Le régime de la fonction publique de l'État et celui des collectivités locales sont très compliqués, ainsi existe-t-il, d'abord, des travailleurs occupés dans les institutions « spécifiques » de caractère administratif mais indépendant des ministères (ou des collectivités locales) qui, en conservant le statut de fonctionnaire, s'affilent ainsi à une Caisse mutuelle, et en suite, les salariés occupés dans les institutions de caractère administratif et indépendant qui, malgré leur qualité de salarié de *droit privé*, sont pourtant des « adhérents » d'une de ces Caisses mutuelles, et finalement, des salariés occupés dans les administrations ministérielles ou les collectivités locales qui, en n'étant pas qualifiés de fonctionnaires, ne sont pas admis à des Caisses mutuelles. Pour ces derniers, les administrations ministérielles et les collectivités locales doivent procéder à leur assujettissement au régime du *secteur privé* s'ils remplissent les conditions de la durée du travail hebdomadaire et des jours de travail mensuels évoquées ci-dessus. Si non, leur position à l'égard de l'assurance maladie sera déterminée selon leur revenu annuel et le régime du chef de leur famille à laquelle ils appartiennent.

d'autre part, par les subventions de l'État et celles des départements et par le budget de chaque commune. D'abord, les cotisations sont composées de celles proportionnelles à des revenus annuels de l'assuré (et en plus éventuellement au valeur immobilier de ce dernier) et de celles forfaitaires. Le taux de cotisation proportionnelle et le montant de cotisation forfaitaire sont très inégaux d'une commune à une autre. En effet, la comparaison du montant de cotisation perçue par assuré entre les communes montre que celui le plus élevé est à peu près 6 fois de celui le moins cher en 2001. Tout dépend du volume de la dépense de la santé d'une commune, sa condition démographique et du nombre d'assurés y domiciliés. En suite, le poids des ressources provenant de l'État, du département et de la commune elle-même est plus considérable que l'on n'imagine. Si nous totalisons les comptes municipaux de l'assurance maladie pour les travailleurs non salariés et les inactifs, les cotisations ne représentent que environ 42,2% de la recette en 2002, le reste étant la charge de l'État (environ 52,6%), celle de départements et de communes. La part de cotisations dans la recette est moins élevée (un tiers par exemple) s'il s'agit des communes dans les régions rurales. Une explication de cette faiblesse du poids des cotisations dans la recette est la présence de nombreux assurés à bas revenu (les petits commerçants et artisans, les agriculteurs cultivant un petit champ, les retraités (surtout ceux de PME) et s.). Les subventions de l'État et des départements n'assurent pas toujours la stabilité du régime à cause de la multiplicité de communes de petite taille qui n'ont pas de capacité financière de supporter les grands risques (l'insuffisance rénale nécessitant l'épuration extrarénale, par exemple).

L'assujettissement des retraités à ce régime pour travailleurs non salariés et les inactifs géré par les communes signifie que les salariés passent du régime pour les salariés à ce régime municipal au moment de leur départ à la retraite. Ce passage provoque la détérioration des comptes municipaux de l'assurance maladie. Car, la grande majorité des assurés des régimes pour les salariés, en particulier les adhérents des caisses d'entreprise, sont moins de 60 ans et ainsi leur consommation de la santé n'est-il pas si menaçante pour le régime alors que les dépenses de la santé pour les retraités sont très coûteuses pour le régime municipal. Autrement dit, les régimes pour les salariés laissent partir leurs anciens assurés retraités au régime municipal pour lui faire prendre en charge les coûts de soins de ces retraités. C'est ainsi que depuis 1984, les régimes pour les salariés sont imposés de verser les contributions au régime municipal pour couvrir une partie des coûts de soins de leurs anciens assurés. En fait, la difficulté financière du régime municipal était d'autant plus grave qu'il prenait en charge non seulement les anciens salariés retraités, mais également les travailleurs non salariés vieillissants et leurs membres de

famille vieilliss.

(2) L'assurance maladie gérée par les Caisses autonomes

Les travailleurs non salariés exerçant la même activité professionnelle dans une circonscription territoriale (dans une ou plusieurs communes, ou dans un ou plusieurs départements selon les Caisses autonomes) sont autorisés à créer une Caisse autonome avec l'agrément du préfet du département où son siège se situe. Les travailleurs non salariés et leurs membres de famille n'étant couverts par aucun régime professionnel peuvent s'inscrire à l'assurance maladie gérée par une Caisse autonome dont ils sont dans le champ d'application professionnel et territorial. Dès leur admission comme « adhérent » à une Caisse autonome, ils et leurs membres de famille cessent d'être assujettis au régime municipal.

Il existe 166 Caisses autonomes en 2002. Entre les activités professionnelles entrant dans le champ d'application des ces Caisses qui sont très variées, nous trouvons surtout les médecins et les chirurgiens, les chirurgiens-dentistes, les avocats, les consultants fiscaux ayant beaucoup d'intérêts à s'affilier à ces Caisses en raison de leur revenu élevé qui ferait peser sur eux la charge de cotisations lourde s'ils restaient s'inscrire à l'assurance maladie municipale. Cela signifie que ces Caisses sont un des éléments dégradant les comptes de l'assurance maladie municipale en permettant à de certaines catégories de travailleurs non salariés à haut revenu de s'enfuir devant le régime municipal. C'est justement pour cette raison que les préfets ne donnent plus d'agrément à la création d'une nouvelle Caisse autonome conformément à l'instruction du MSAT.

B LE RÉGIME POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Ne se fondant pas sur le technique de l'assurance sociale, ce régime ne fait pas partie de régimes de l'assurance maladie proprement dits. Le régime pour les personnes âgées constitue pourtant une des caractéristiques de notre système de la protection de santé. Ainsi ce régime doit-il être l'objet de l'analyse de notre politique en matière des régimes de l'assurance maladie. Il nous vaut mieux commencer par la précision très brève sur l'origine de ce régime spécifique (1.) et ensuite, nous décrivons l'essentiel de ce régime et ses difficultés (2.).

1. La gratuité de soins pour les personnes âgées

La réalisation de « la généralisation de l'assurance maladie » en 1958 a permis à tous les anciens salariés retraités et tous les travailleurs non salariés âgés ne relevant d'aucun régime professionnel d'être assujettis à l'assurance maladie municipale où ils étaient domiciliés. Par cette « généralisation », toutes les personnes âgées pouvaient ainsi bénéficier de soins médicaux servis comme des prestations en nature, soit par l'assurance municipale si elles y sont assujetties, soit par un des régimes professionnels à titre d'assuré ou de membre de sa famille.

Pourtant, le taux de ticket modérateur du régime municipal était 50% au moment de « la généralisation » en 1958, et même si nous tenons en compte la réduction du taux de ticket modérateur à 30% pour le chef de famille assuré en 1963 et pour les membres de famille en 1968 et notre système du tiers payant généralisé, les coûts à être supportés au moment de la consultation et l'hospitalisation étaient jugés très lourds pour les personnes âgées. Parce que, d'une part, leur situation économique manquait souvent la stabilité et était parfois à bas niveau à cause du sous-développement du régime de retraite à l'époque et, d'une part, leur état de santé fragile et parfois mauvaise à cause du vieillissement entraînaient la multiplicité de consultations et hospitalisations davantage que la jeune génération. Il en était de même pour les personnes âgées couvertes par un des régimes pour les salariés à titre de membre de famille de l'assuré car le taux de ticket modérateur appliqué à elles étaient 50% au début pour être réduit à 30% en octobre 1973 et à 20% pour l'hospitalisation (pour la consultation et le traitement ambulatoire, le taux restait fixé à 30%) en mars 1981.

Le constat de la lourdeur de la charge de soins supportée par les personnes âgées a conduit certaines communes à adopter une mesure destinée à rembourser à des personnes âgées au revenu annuel inférieur au seuil déterminé le montant du ticket modérateur dans le cadre de l'action sociale facultative pour les personnes âgées au cours des années 1960. L'augmentation des communes suivant cette orientation a incité le législateur à intervenir. C'est ainsi que, par suite de la modification de la loi sur l'action sociale pour les personnes âgées, le régime du remboursement du montant du ticket modérateur à des personnes âgées de 70 ans et plus a été mis en vigueur comme l'action sociale obligatoire des communes en 1973 (« la gratuité de soins »). Le mode de calcul de revenu annuel pour estimer si une personne âgée est éligible à ce régime étant très favorable à des personnes âgées, la majorité entre elles bénéficiait de la gratuité de soins.

2. Le régime de soins pour les personnes âgées

La gratuité de soins de personnes âgées était considérée comme un des succès significatifs de l'expansion économique glorieuse des années 1960. Pourtant, 1973 était la fin du rêve ; c'est justement à la fin de 1973 où le premier choc pétrolier a attaqué le Japon. L'économie japonaise se plongeait profondément dans la dépression et le financement de l'État et des collectivités locales se dégradaient considérablement. La gratuité de soins de personnes âgées s'est ainsi transformée en le cauchemar pour l'État et les collectivités locales.

En fait, la gratuité de soins, qui avait été jugée de très bonne idée, avait un effet pervers ; elle stimulait énormément la consommation de soins par les personnes âgées. En effet, le nombre mensuel moyen de consultations par 100 assurés (y compris membres de leur famille) croissait très rapidement, et l'évolution significative a été aussi constatée en matière des coûts de soins moyens par une personne âgée qui étaient passés de 2.4 fois de coûts moyens par une personne pour la jeune génération en 1971 (donc avant l'instauration de la gratuité de soins) à 4.6 fois en 1977. La charge de soins pesait ainsi très lourdement sur l'État et des collectivités locales qui assuraient le financement du régime et sur le régime de l'assurance maladie municipale qui servait à des personnes âgées les prestations en nature. La gravité du problème était d'autant plus sérieuse que le vieillissement de notre population entraînant la croissance de dépenses de santé avait été déjà confirmé et que notre population vieillirait très rapidement selon la prévision.

La gratuité de soins a été finalement abandonnée par suite de longs débats, la nouvelle loi n° 80 du 17 août 1982 portant le régime de santé pour les personnes âgées a été ainsi adoptée pour créer le nouveau régime de soins pour les personnes âgées en 1983. Cette réforme a pour but, d'une part, d'introduire le forfait mensuel de soins à être supporté par les personnes âgées de 70 ans et plus et, d'autre part, d'imposer à des gestionnaires (nous utilisons aujourd'hui plutôt la terminologie « assureurs » sous l'influence des économistes) de régimes de l'assurance maladie (l'Agence des assurances sociales, les caisses d'entreprises, les Caisses mutuelles, les communes et les Caisses autonomes) les contributions destinées à affecter à la recette de ce régime. D'abord, une personne âgée devait verser au moment de sa première consultation au cours d'un mois chez un médecin un forfait mensuel tandis qu'elle ne versait rien au moment de ses consultations consécutives au cours du même mois chez le même médecin. Le mécanisme était identique pour le traitement ambulatoire dans un hôpital et l'hospitalisation. Ensuite, les contributions imposées à des assureurs, ayant pour objet de répartir les dépenses de soins

de personnes âgées de 70 ans et plus entre les assureurs et surtout de les faire charger à des Caisses d'entreprise qui prennent en charge essentiellement les salariés actifs, devaient représenter 70% de la recette du régime, le reste étant supporté par l'État et les collectivités locales (donc par les impôts et les taxes).

Même sous ce nouveau régime, la croissance de dépenses de santé de personnes âgées persistait et même a été accentuée à cause de plusieurs facteurs. Le vieillissement de la population se progressait plus rapidement que prévu, l'innovation technologique était et est toujours coûteuse pour ce régime (aussi pour l'ensemble de régimes de l'assurance maladie), les personnes âgées dépendantes n'ayant aucun besoin de soins médicaux ont été placées dans certains types de hôpitaux, ce qui coûtait très cher pour ce régime, les médecins ont souvent donné les traitements (y compris l'hospitalisation) et les prescriptions excessifs et parfois même inutiles parce qu'il ne leur été pas nécessaire de se préoccuper de la charge supportée par les personnes âgées sauf le forfait mensuel⁶⁾ et enfin le mécanisme du forfait mensuel était toujours le stimulateur de la consommation de soins de personnes âgées.

Le MSAT et aussi le Ministère de la finance qui intervient pour maîtriser les dépenses du Trésor en faveur des régimes de l'assurance maladie et de soins pour les personnes âgées, poursuivaient la politique de la maîtrise de dépenses de soins depuis la deuxième moitié des années 1980 et même l'a renforcée depuis des années 1990, pourtant sans obtenir beaucoup de succès. À partir de la fin des années 1990, ces deux ministères cherchent une autre voie, c'est-à-dire la transformation totale de ce régime pour les personnes âgées.

III LA RÉFORME ENVISAGÉE EN 2006

Nos régimes de l'assurance maladie et celui de soins pour les personnes âgées connaissent les difficultés de plus en plus critiques depuis des années 1990, les mesures ont été successivement adoptées afin d'améliorer la situation pourtant sans avoir de grand succès (A.). La prévision des comptes de l'ensemble de régimes étant très défavorable, le gouvernement engage les travaux préparatoires du projet de

6 L'accueil de personnes âgées dépendantes dans les hôpitaux est très coûteux pour le régime de soins pour les personnes âgées. C'est un des motifs essentiels qui ont incité au MAST de mettre en place l'assurance de soins pour les personnes âgées dépendantes en 2000. Les institutions de hébergement et de soins de personnes âgées dépendantes (y compris certains types de hôpitaux) ont été transférées sous la compétence de l'assurance de soins pour les personnes âgées dépendantes, ce qui devait avoir l'effet réduisant les coûts de soins supportés par le régime de soin pour les personnes âgées. Mais, le résultat est moins que prévu pour ce moment.

loi réformant les régimes qui sera présentée et discutée au Diète en 2006 (**B.**).

A. LES DIFFICULTÉS

Les difficultés que connaissent les régimes de l'assurance maladie et celui de soins pour les personnes âgées sont à la fois politiques (**1.**) et structurelles (**2.**).

1. La pluralité des intéressés

La complexité de régimes constitue un obstacle à trouver un consensus ou un compromis entre les groupes voulant conserver leurs avantages acquis sous les régimes actuels et ceux cherchant de nouveaux avantages et gains par la réforme. En fait, la situation est d'autant plus complexe qu'un groupe d'intéressés pourrait être le gagnant et en même temps le perdant dans la réforme.

Les premiers intéressés sont certainement les médecins, surtout les médecins de ville. L'Association Japonaise de Médecins est un des groupes de pression les plus puissants dans notre pays, et elle a l'influence politique très forte sur le Parti libéral-démocrate, c'est-à-dire le parti au pouvoir. Elle préfère le statut quo permettant de garder leurs avantages acquis. Elle s'oppose ainsi systématiquement à toutes les mesures destinées à maîtriser vigoureusement les dépenses de santé, même parfois au détriment des hôpitaux. C'est pourquoi la politique de la maîtrise de dépenses de santé s'avance pas à pas. Par exemple, l'abandon total de mécanisme de forfait mensuel qui fait l'objet des critiques sévères, mais qui est très avantageux à des médecins nécessite à peu près 20 ans⁷⁾.

Ensuite, le patronat est toujours fortement favorable à des mesures vigoureuses de la maîtrise de dépenses de santé pour empêcher l'augmentation du taux de cotisation. Il dénonce d'une voix forte les contributions au régime pour les personnes âgées sur lesquelles il n'a aucun moyen de contrôle et qui menacent les comtes de caisses d'entreprise et réduisent progressivement les avantages tirés des caisses d'entreprise. Il s'oppose également l'élargissement du champ d'application à des salariés à temps partiel qui entraînerait l'augmentation des coûts de mains-d'œuvre.

7 C'est par la loi n° 102 du 2 août 2002 qu'a été finalement abandonné le mécanisme du forfait mensuel pour introduire le ticket modérateur proportionnel. À partir du 1^{er} octobre 2002, les personnes âgées sont imposées le ticket modérateur représentant 10% de coûts de soins, ce taux étant fixé à 20% pour les personnes âgées à haut revenu.

La position de la Confédération de syndicats du Japon (appelée « Rengo ») est marquée par son ambiguïté. D'une part, en matière de taux de cotisation et des contributions au régime pour les personnes âgées, son discours est à peu près similaire à la position du patronat. La Rengo est en réalité l'organisation groupant les syndicats de grandes entreprises qui trouvent eux aussi des intérêts d'avoir les caisses d'entreprise, car par suite d'un consentement avec eux, l'employeur accepte normalement de fixer le taux de cotisation patronale à plus de 50%, ce qui est avantageux pour leurs membres assurés. D'autre part, se considérant comme le représentant de l'ensemble d'assurés et de patients auprès du MSAT, la Rengo n'est pas favorable à la politique de la maîtrise de dépenses de santé destinée à l'augmentation des charges supportées par les assurés et les patients⁸⁾ et à la réduction de la protection servie par l'assurance maladie.

Les collectivités locales (les communes et les départements) sont opposées à toutes les mesures entraînant l'augmentation de leurs charges financières. Le Ministère de la finance exige la maîtrise de dépenses de santé plus vigoureuse pour cesser l'alourdissement de la charge du Trésor. La pression de la part de ce Ministère est de plus en plus forte à cause de la politique de la réduction des charges de l'État conduite par le gouvernement.

2. Les problèmes structurels

La pluralité des intéressés dont les positions sont souvent contradictoires provient évidemment de la structure très compliquée des régimes de l'assurance maladie et du régime pour les personnes âgées.

D'abord, la multiplicité des régimes, plus exactement celle des assureurs pose des problèmes. Entre les caisses d'entreprise, les Caisses autonomes et les communes, il existe celles de petite taille dont la situation financière est parfois fragile. L'inégalité entre les assurés persiste sur le plan de la charge de cotisation⁹⁾ et cette inégalité est souvent importante entre les communes comme nous l'avons

8 Il nous faut noter que le taux du ticket modérateur à être chargé par l'assuré des régimes pour les salariés a été progressivement relevé pour atteindre 30% en octobre 2002 à l'exception des assurés entre 70 ans et 74 ans pour lesquels le taux a été abaissé à 10 % (pourtant 20% pour ceux à haut revenu). Sous les régimes pour les salariés, le taux du ticket modérateur est toujours fixé à 30% pour les membres de famille alors que la loi n° 102 du 2 août 2002 a abaissé ce taux à 20% pour les membres de famille de 3 ans et moins, à 10% pour les membres de famille entre 70 ans et 74 ans sauf ceux à haut revenu pour lequel le taux est fixé à 20%.

9 Par contre, l'inégalité sur le plan du ticket modérateur qui existait surtout entre les assurés de régimes pour les salariés et ceux de régimes pour les travailleurs non salariés et les inactifs n'existe plus par suite du relèvement du taux du régimes pour les salariés en octobre 2002.

déjà évoqué. Les adhérents de caisses d'entreprises et leurs employeurs bénéficient du taux de cotisation plus réduit que l'assurance gouvernementale. Le taux de cotisation de cette dernière est fixé à relativement haut niveau car elle couvre les salariés assurés de PME (leurs salaires sont plus faibles que ceux de grandes entreprises) et l'âge moyenne de ses assurés est plus élevée que les assurés de caisses d'entreprise (ce qui entraîne l'expansion de dépenses). Les caisses d'entreprise ne peuvent pas s'échapper à la crise économique de l'entreprise et au déclin de secteur d'activité concernée. Les Caisses mutuelles seront frappées par la politique de la réduction de fonctionnaires et par la privatisation.

Ensuite, les régimes pour les salariés excluent de leur champ d'application les salariés à temps partiel et les travailleurs engagés sous la forme atypique alors que les entreprises recourent de plus en plus à des salariés à temps partiel et à des travailleurs atypiques pour diminuer la charge de cotisation patronale. Même dans le secteur public, le recours à des salariés à temps partiel est fortement encouragé pour la réduction de dépenses publiques et l'amélioration de la qualité de service. Cette politique de l'emploi poursuivie plus sérieusement par les entreprises réduit la recette des régimes alors que les dépenses continuent de progresser. L'élargissement du champ d'application à des salariés à temps partiel a été envisagé dans le cadre de la réforme de l'assurance vieillesse de salariés en 2000 mais subi un échec à cause de la contestation vigoureuse du patronat.

La multiplicité des communes constitue un des facteurs majeurs fragilisant la situation financière de l'assurance maladie municipale. L'évolution démographique par suite du vieillissement de habitants, du déclin du secteur de l'activité professionnelle installé dans le territoire et de la fuite des habitants causée par l'urbanisation a un effet négatif sur les comptes de l'assurance municipale. Les communes de petite taille ne peuvent pas résister à cette transformation, comme nous l'avons déjà répété. Par suite de la politique poursuivie depuis 2002 incitant des communes à s'unifier pour leur réduction et l'agrandissement de leur taille, le nombre de communes est passé de 3232 au 31 mars 1999 à 2149 au 17 novembre 2005 et atteindra 1821 au 31 mars 2006. Cette politique de l'unification des communes permettrait l'amélioration de la situation financière de l'assurance municipale, mais le problème subsistera parce que, même au 31 mars 2006, il y aura encore 1821 communes!

Le régime de soins pour les personnes âgées complique les problèmes. Les contributions à ce régime pèsent lourdement de manière progressive sur les assureurs, le Trésor et les collectivités locales, ce qui fragilise l'ensemble de régimes. La loi n° 102 du 2 août

2002 a réduit le champ d'application (l'âge de l'assujettissement au régime sera progressivement relevé à 75 ans) pour cesser l'alourdissement de la charge de contribution sans modifier la charge du Trésor et des collectivités locales, mais le vieillissement de la population beaucoup plus rapide et grave que prévue n'aggrave que la situation. Le manque de mécanisme pour maîtriser l'augmentation de contributions irrite le patronat, les caisses d'entreprise et la Rengo qui réclament tout ensemble leur intervention dans la gestion du régime pour les personnes âgées. Les bénéficiaires du régimes demeurent d'être les assurés de l'assurance municipale s'ils ne font pas d'activité salariale entraînant l'assujettissement à un régime pour les salariés alors que la plupart entre eux sont exonérées la cotisation en raison du mode de calcul de leur revenu très favorable subsisté toujours malgré l'amélioration de leur situation économique par suite de la maturation des régimes de retraite.

B LA RÉFORME EN COURS DE PRÉPARATION

La complexité extrême de problèmes ne nous permet pas de trouver une solution miraculeuse. La méthode poursuivie par le MSAT « une réforme après une autre » est très souvent dénoncée, pourtant la réforme à résoudre toutes les difficultés n'est pas du tout réalisable. Avancer progressivement en apportant une solution à un problème et une autre solution à un autre problème afin de diminuer les difficultés à résoudre est en réalité une seule possibilité, et c'est justement la voie que le MSAT a choisie.

En effet, la dernière loi réformatrice est celle n° 102 du 2 août 2002 qui a déclaré les orientations à poursuivre¹⁰⁾. Entre elles, il se trouve une déclaration gouvernementale que le gouvernement établira une orientation de principe concernant : 1° la restructuration des régimes de l'assurance maladie en recourant éventuellement l'unification ou la réorganisation des assureurs ; 2° la création du nouveau régime de l'assurance maladie pour les personnes âgées qui devra être accomplie dans deux ans ; 3° la révision du mode de calcul de rémunérations de soins¹¹⁾.

Cette orientation de principe a été établie par la décision du gouvernement le 28 mars 2003 et le MAST a procédé aux travaux

10 Une orientation importante est le maintien du taux maximum du ticket modérateur à 30% pour les assurés et les membres de leur famille.

11 Ceci signifie en réalité la remise en cause du paiement à l'acte qui est la modalité principale de rémunération et qui est jugé le stimulateur de dépenses de santé.

préparatoires de la prochaine réforme envisagée en 2006. Les résultats de ces travaux ont été publiés le 19 octobre 2005 sous le titre de « le projet de la réforme structurelle du régime de santé ». Voici les propositions essentielles élaborées par le MSAT.

1°) Le pouvoir public poursuivra la politique de la maîtrise de dépenses de santé. La politique de la prévention des maladies chroniques (l'hypertension, le diabète par exemple) en imposant à des assureurs à organiser l'examen médical périodique et l'orientation de santé pour leurs assurés et membres de famille. Pour diminuer le nombre de jours de séjours dans les hôpitaux sera prises les mesures telles que la stimulation de soins à domicile, le contrôle sur le nombre de lits.

2°) La participation de personnes âgées aux coûts de soins sera augmentée. Le ticket modérateur de personnes âgées de 70 ans et plus à haut revenu sera relevé à 30% au lieu du taux en vigueur (20%) à partir du 1^{er} octobre 2006. Celui de personnes âgées (sauf celles à haut revenu) entre 65 ans et 74ans sera passé de 10% à 20% à partir du 1^{er} avril 2008. Les frais de séjour et de repas en cas de l'hospitalisation devraient être pris en charge par les personnes âgées hospitalisées de 70 ans et plus à partir du 1^{er} octobre 2006.

3°) La gestion administrative et financière du régime de l'assurance maladie gouvernementale sera transférée à une personne morale de caractère administratif à créer en octobre 2008. Les taux de cotisation de ce régime seront variés selon les départements à cause de la grande disparité de la situation financière au niveau départemental. Pour le régime géré par les communes, le rôle de départements sera renforcé.

4°) Un nouveau régime de l'assurance maladie pour les personnes âgées de 75 ans et plus sera constitué en avril 2008. Les personnes âgées assurées devront cotiser à ce régime. La cotisation sera composée en la part proportionnelle à leur revenu annuel et la part forfaitaire, le montant de cotisation moyen étant prévu 70.000 yen (soit environ 500 euros) par an. Les cotisations de assurés retraités seront prélevées sur leurs pensions de retraite. La gestion de ce régime sera confiée à des communes, mais les mesures destinées à assurer la stabilité financière de comptes municipaux seront introduites. En ce qui concerne le financement du régime, les autres assureurs devront prendre en charge les soutiens financiers qui représenteront 40% de la recette du régime, et les subventions du Trésor et des collectivités locales couvriront 50% de la recette.

5°) Les personnes âgées entre 65 ans et 74 ans demeurent assujetties aux régimes pour les salariés ou ceux pour les travailleurs non salariés et les inactifs selon leur activité professionnelle et selon leur situation familiale. Pourtant, la compensation

financière entre les régimes sera introduite pour atténuer l'inégalité financière provenant de la disparité de la situation démographique entre les régimes.

Les discussions sur ce projet sont engagées au sein du gouvernement et les partis au pouvoir. C'est surtout le Ministère de la finance qui adopte une position très ferme. Il exige par exemple l'introduction du mécanisme de l'exonération à l'égard de petits risques qui ne sera pas adoptée à cause de la contestation du MAST, des partis au pouvoir et de l'Association Japonaise de Médecins. Il demande aussi une mesure de la maîtrise de dépenses de santé vigoureusement stricte imposant le plafond du taux de croissance annuelle de dépenses de santé qui ne devrait pas être supérieur à taux de croissance annuelle de PIB. Cette proposition sera également écartée alors que l'objectif de montant global annuel de dépenses de santé serait introduite.

IV CONCLUSION

Aucune décision finale sur la réforme envisagée n'est pas encore prise, nous la verrons dans quelques mois. En tous cas, la prochaine réforme ne résoudra jamais toutes les difficultés connues par nos régimes de l'assurance maladie. Elle ne constitue qu'une étape pour avancer vers une autre réforme. Notre objectif final est d'assurer la subsistance de nos régimes de l'assurance maladie garantissant la protection de santé de meilleure qualité à l'ensemble de la population, en résistant au vieillissement, en renforçant la stabilité financière et en maîtrisant davantage les dépenses de santé sans détériorer la protection et sans restreindre l'accès au soins. Le long chemin à parcourir pour l'atteindre existe devant nous.

Figure 1. LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LES RÉGIMES ET SELON LES ASSUREURS EN 2002
(en mille personnes; en pourcentage)

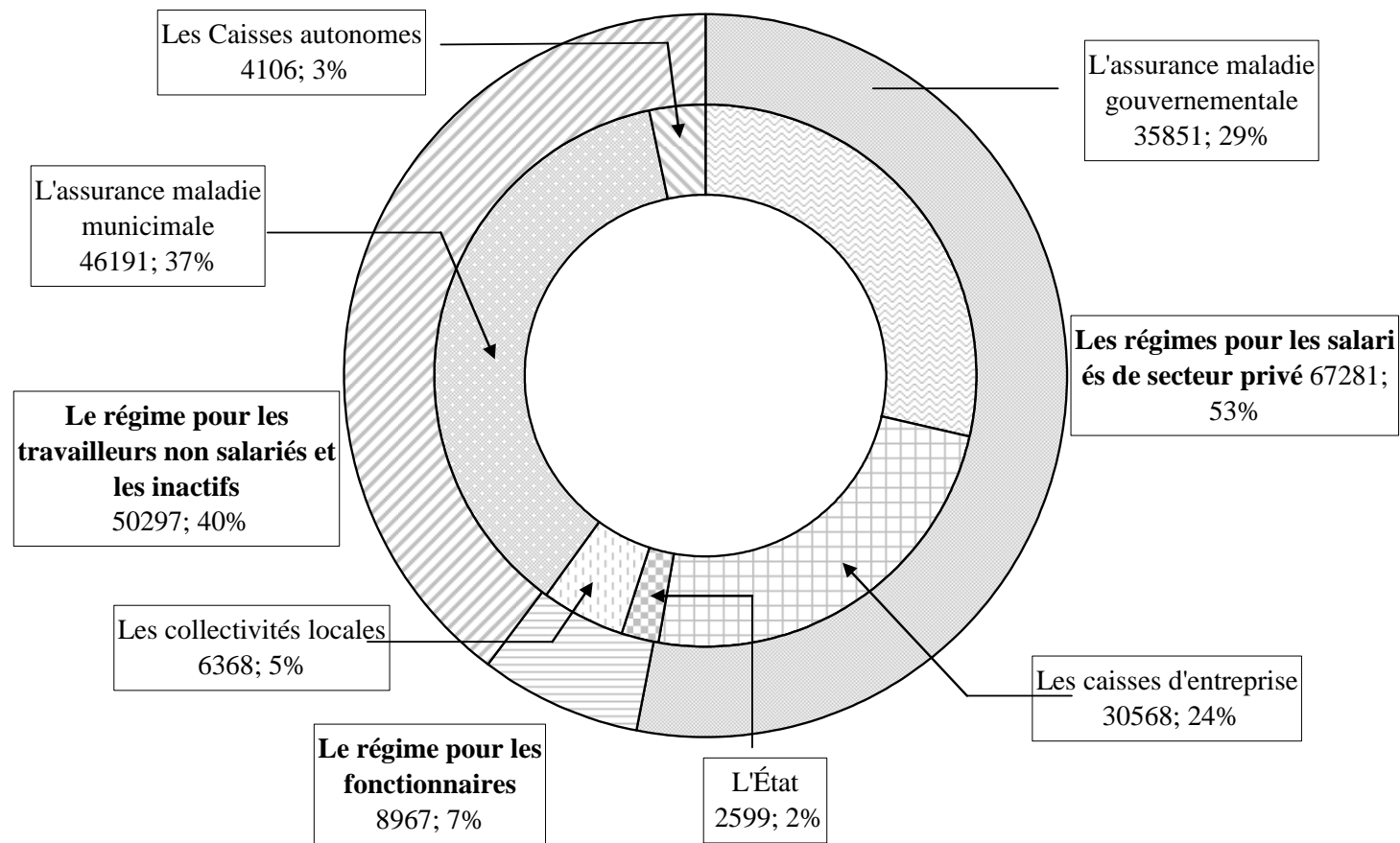
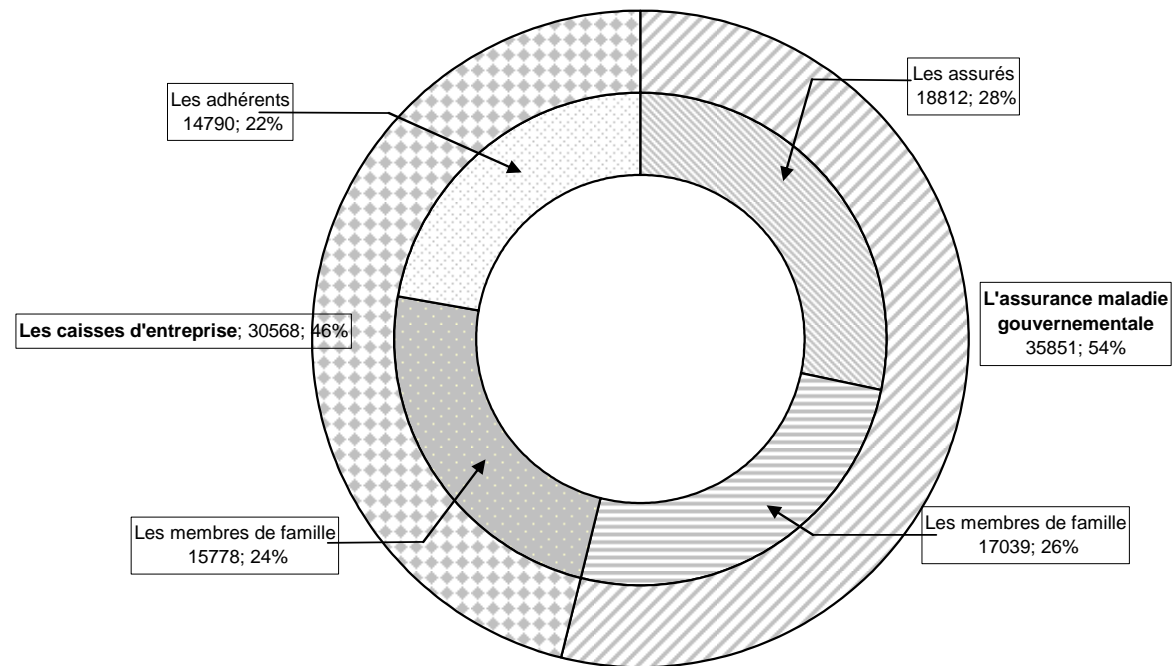


Figure 2. LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME POUR LES SALARIÉS DE SECTEUR PRIVÉ EN 2002

(en mille personnes ; en pourcentage)



L'assurance maladie gouvernementale	35851	Les régimes pour les salariés de secteur privé	67281
		Les régimes pour les fonctionnaires	8967
Les caisses d'entreprise	30568	Les régimes pour les travailleurs non salariés et les inactifs	50297
Les assurés	18812	L'assurance maladie gouvernementale	35851
Les membres de famille	17039	Les caisses d'entreprise	30568
Les membres de famille	15778	L'État	2599
Les assurés	14790	Les collectivités locales	6368
		L'assurance maladie municipale	46191
		Les Caisses autonomes	4106