

La métamorphose silencieuse de l'assurance maladie japonaise

Absence de débat sur un véritable enjeu

*Eri Kasagi**

- I. Introduction
- II. Système de l'assurance maladie et contexte : deux enjeux essentiels
 1. L'assurance maladie japonaise
 2. Le contexte de la métamorphose récente du système de l'assurance maladie – deux enjeux essentiels
- III. Des réformes récentes qui pourraient métamorphoser l'un des principes majeurs de l'assurance maladie obligatoire au Japon
- IV. Conclusion : fixer la frontière des soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire, la boîte de Pandore ?

I. INTRODUCTION

Au Japon, le domaine du droit de la protection sociale, notamment celui de l'assurance maladie, est fortement marqué par la fréquence des réformes législatives et des changements de normes administratives. A l'occasion de ce colloque sur le sujet de la « réforme », nous ne traiterons pas directement des réformes explicites, même si nous ne négligeons pas leur importance. En effet, depuis les années 2000, nous observons une métamorphose – importante mais silencieuse – de l'assurance maladie japonaise, accompagnée, certes, de quelques réformes législatives et administratives, mais qui est marquée par une absence de débat sur le véritable enjeu existant derrière ces réformes.

Notre article sera composé de deux parties : dans un premier temps, après avoir présenté très brièvement le système de l'assurance maladie japonais dans son ensemble, nous présenterons le contexte de cette métamorphose. Il s'agit de deux enjeux essentiels, liés l'un à l'autre, mais dont le lien n'est pas très souvent mis en évidence. Cela nous conduira en même temps à découvrir que l'assurance maladie est une construction juridique extrêmement fragile et opaque. Dans un second temps, nous en présente-

* Chargée de recherche au CNRS, Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC UMR5114), Université de Bordeaux.

rons la métamorphose récente, implicite et graduelle, qui se déroule sans véritable débat et sur laquelle nous souhaitons attirer l'attention.

II. SYSTEME DE L'ASSURANCE MALADIE ET CONTEXTE : DEUX ENJEUX ESSENTIELS

1. *L'assurance maladie japonaise*

L'assurance maladie japonaise est un système d'assurance sociale universelle, qui couvre toute la population ayant une résidence stable sur le territoire japonais, sans condition de nationalité. Il existe plusieurs régimes pour différentes catégories d'assurés – salariés, non-salariés, fonctionnaires, personnes âgées (ceux qui ont 75 ans ou plus), etc. – tous fondés sur les différentes lois.¹ Dans cet article qui traite des enjeux communs à ces lois, nous simplifierons en les appelant « les lois sur l'assurance maladie », sauf quand il est nécessaire de préciser les articles de certaines d'entre elles.

Afin de bien comprendre les enjeux dont nous allons traiter, il est essentiel de présenter également le mécanisme de remboursement des soins médicaux. Les assurés ont le droit de bénéficier de soins fournis par les cliniques ou les hôpitaux agréés par le Ministère de la Santé, de l'Emploi et de la Protection sociale. Les frais sont directement payés par les assureurs² aux établissements médicaux et les patients règlent uniquement le ticket modérateur, qui est en principe de 30% de la totalité de frais.³ Pour cette prise en

-
- 1 Entre autres, la *Kenkō hoken-hō* [Loi sur l'assurance maladie], loi No. 70/1922, la *Kokumin kenkō hoken-hō*, [Loi sur l'assurance maladie nationale], loi No. 192/1958, ainsi que la *Kōrei-sha iryō kaku-hō* [Loi pour garantir les soins médicaux pour les personnes âgées], loi No. 80/1982. Ces trois régimes représentent les trois principaux piliers de l'assurance maladie obligatoire japonaise, le premier couvre les travailleurs salariés et leurs conjoints (et les ayants droits), le deuxième pour tous les habitants du territoire japonais qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance maladie, le troisième pour les personnes qui ont plus de 75 ans. C'est grâce au deuxième régime, fondé sur la loi sur l'assurance maladie nationale, que l'universalité de l'assurance maladie japonaise est garantie. Tous les résidents au Japon non couverts par d'autres régimes sont obligatoirement affiliés à ce régime.
 - 2 Différentes institutions gèrent les différents régimes de l'assurance maladie. Par exemple, le régime des salariés, est géré soit par "l'Association nationale de l'assurance maladie" fondée par la loi, soit par des associations organisées à l'initiative des entreprises individuelles ou des groupes d'entreprises, avec l'accord de leurs salariés.
 - 3 Les taux exceptionnels sont fixés pour les enfants qui ont moins de 6 ans (20%) ainsi que pour les personnes qui ont plus que 70 ans (10%-20% en fonction de leurs âges et leurs revenus). Il existe également un système de plafonnement pour le ticket modérateur, dont le montant est variable selon l'âge et le niveau de revenu de patient.

charge directe,⁴ le Ministère de la Santé, de l'Emploi et de la Protection a décidé d'une liste qui détermine à la fois les soins médicaux remboursables et leur prix pour tout le territoire japonais, ce que nous appelons « tableau de points de frais des soins » (*shinryō hōshūtensūhyō*),⁵ car le prix y est indiqué par un nombre de points^{6,7}. Ce tableau revêt une grande importance dans l'ensemble du système de l'assurance maladie, car 1) seuls les soins qui sont inscrits au tableau sont remboursables et 2) il fixe les frais de chaque traitement.

2. *Le contexte de la métamorphose récente du système de l'assurance maladie – deux enjeux essentiels*

Il s'agit de deux enjeux qui sont étroitement liés même si nous ne voyons pas le lien à première vue. En effet, de notre point de vue, c'est surtout ce lien qui doit être mis en évidence pour mieux comprendre le développement récent de l'assurance maladie. Le premier enjeu concerne la portée des soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire, ce qu'on appelle souvent en français « le panier des soins remboursables ». Le deuxième enjeu concerne la combinaison des soins remboursables et ceux qui ne le sont pas, dont la pratique est strictement réglementée au Japon (*kongō shinryō*). Alors que le deuxième enjeu attire beaucoup l'attention et fait l'objet de débats depuis les années 2000, peu de débats portent sur le premier enjeu.

a) *Le panier des soins remboursables*

Il faut d'abord observer que le remboursement par l'assurance maladie au Japon a été, et est toujours, relativement généreux si nous le comparons avec d'autres pays qui ont des systèmes similaires, notamment la France.⁸

4 Plus exactement, les assureurs délèguent le remboursement soit à la Fédération des caisses de l'assurance maladie nationale (*Kokumin Kenkō Hoken Rengō-kai*) soit au Fonds de remboursement de l'assurance sociale (*Shakai Hoken Shinryō Hōshū Shiharai Kikin*).

5 Notice ministérielle du Ministère de la Santé, de l'Emploi, et de la Protection Sociale, numéro 2008-59 (5.3.2008), intitulé « Normes sur le calcul du tarifs des soins » (*shinryō hōshū no santei hōhō*).

6 Un point représente la valeur de 10 yens. Les frais de soins sont fixés de manière universelle pour tout le territoire japonais et pour tous les assurés, indépendamment des régimes auxquels ils appartiennent.

7 Ce tableau couvre principalement les soins médicaux effectués par les médecins de villes ou dans les hôpitaux. Sans entrer dans le détail, il existe également une liste à part pour les soins dentaires, ainsi qu'une liste pour les médicaments remboursables.

8 N. IKEGAMI, Should Providers be allowed to Extra Bill for Uncovered Services? Debate, Resolution, and Sequel in Japan, *Journal of Health Politics, Policy and Laws* 31-6 (2004), 1129–1149.

Une comparaison intégrale et exacte entre les systèmes d'assurance maladie de différents pays n'est certes pas très simple, toutefois la différence est assez évidente, si nous comparons le domaine des soins dentaires.⁹ Ils sont largement remboursés par l'assurance maladie au Japon alors qu'en France, ils ne le sont que très peu et le système laisse la complémentaire santé jouer un rôle très important.¹⁰

Il est également important de noter ici qu'aucun article ne garantit directement ce panier de soins remboursables. Il est uniquement indiqué que l'assurance maladie fournit des consultations, des médicaments, du matériel médical, etc. (selon l'art. 63 de la loi sur l'assurance maladie),¹¹ sans aucune précision sur les soins qui doivent être couverts, ni aucun critère pour leur détermination. S'agissant du tableau de points de frais de soins (*supra*) qui définit concrètement les soins remboursables dans le cadre de la loi, aucune règle générale au niveau administratif ne guide les décisions de ce tableau, lesquelles sont prises une fois tous les deux ans par le Ministère.

Les lois imposent uniquement que la décision ministérielle soit contrôlée par un comité consultatif, le « Comité Central de Concertation sur l'Assurance Maladie Obligatoire » ('3CAMO', *chūō shakai hoken iryō shingikai* couramment appelé *chūikyō*). Bien que les lois n'exigent que la « consultation » de ce comité par le ministre, en pratique, il lui revient de proposer un projet de tableau. Et bien que le ministre ne soit pas lié par la proposition du 3CAMO, il est de coutume bien établie depuis la création de ce système dans les années 1950, qu'il adopte entièrement et sans modification la proposition qui lui est faite. Le 3CAMO, qui détient en réalité le véritable pouvoir de décision sur la liste des soins remboursables, est composé de trois types de membres : les représentants des médecins, dentistes et pharmaciens, ceux des assureurs, assurés et des employeurs, et les représentants de l'intérêt général. On peut ainsi considérer que le comité permet une sorte de négociation entre les représentants des différents groupes d'intérêt, notamment les fournisseurs – les professions médicales – et les demandeurs – les assureurs et les assurés – de soins médicaux, afin de décider de la liste des soins remboursables et de leur prix. Il est également important de noter que cette négociation est fortement encadrée et influen-

9 Il ne faut toutefois pas négliger le fait que certains soins sont mieux couverts en France, en comparaison avec le Japon. Un exemple typique est celui des soins pour affection de longue durée (ALD), dont les frais sont intégralement remboursés par la Sécurité Sociale.

10 Sur le rôle de la complémentaire santé en France et la comparaison avec le Japon, E. KASAGI, *Shakai hoshō to shi-hoken – Furansu no hosokuteki iryō hōken* [Entre la Sécurité sociale et l'assurance privée – la couverture complémentaire en France] (Tōkyō 2012).

11 Voir *supra* note 2.

cée officieusement par deux ministères : de la Santé, de l'Emploi et de la Protection sociale (ci-après « Ministère de la Santé ») d'une part, et celui des Finances d'autre part. Ce dernier insiste généralement sur la question budgétaire, afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie dans un contexte où les dépenses de santé atteignent 10 % du PIB. En revanche, le Ministère de la Santé essaie, en général, de résister à cette pression.

Le panier de soins remboursables a été, et est toujours, principalement réalisé et garanti par cette négociation qui se déroule dans le 3CAMO, sous l'influence de deux Ministères, au cours d'un processus de consultation qui n'est encadré par aucune réglementation légale ou administrative directe sur le contenu de panier lui-même.

b) L'interdiction de la combinaison entre soins remboursables et non-remboursables

Les hôpitaux ainsi que les médecins peuvent tout à fait dispenser des soins qui ne sont pas inscrits au tableau. Ces services non-remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont pourtant très peu pratiqués, en raison d'une réglementation qui leur est défavorable. Il s'agit du second enjeu.

Les lois sur l'assurance maladie¹² prévoient (voir art. 86 de la loi sur l'assurance maladie),¹³ en vertu d'une interprétation du ministère de la Santé confirmée par la Cour Suprême en 2011, « un principe d'exclusion du remboursement par l'assurance maladie en cas de combinaison des soins remboursables par l'assurance maladie et ceux non-remboursables ». Selon ce principe, quand l'assuré bénéficie de soins non-remboursables et, *à la même occasion* de soins remboursables, la totalité de ces soins est exclue du remboursement. En d'autres termes, en bénéficiant en même temps de ces deux types de soins, l'assuré perd le droit au remboursement de soins qui auraient dû l'être. C'est pourquoi ce principe est souvent appelé « interdiction de la combinaison » (nous utilisons également cette appellation par souci de simplification) des soins remboursables et non-remboursables, celle-ci étant en quelque sorte ainsi sanctionnée.¹⁴

Cette réglementation est controversée et critiquée, pour deux raisons principales. Il s'agit d'abord de critiques adressées par plusieurs écono-

12 Comme nous l'avons déjà indiqué, plusieurs lois sur l'assurance maladie constituent le système universel de l'assurance maladie au Japon, qui couvre tous les habitants sur le territoire japonais. Pour les prestations en nature, elles proposent les mêmes prestations, seul le niveau du ticket modérateur diffère.

13 Voir *infra*.

14 Même si elle ne décrit pas précisément la nature de cette réglementation, la combinaison elle-même est tout à fait autorisée si l'assuré prend en charge de la totalité de frais de santé y compris les soins remboursables.

mistes qui souhaitent la dérèglementation du marché de la santé, et qui voient dans cette réglementation un frein très fort et injuste au développement du marché des soins non-remboursables. Il est vrai que, dans le contexte de l'assurance maladie universelle, au regard du généreux panier des soins remboursables, cette réglementation laisse en réalité très peu de place aux soins non-remboursables. Elle est aussi l'une des raisons majeures pour lesquelles le marché de l'assurance privée se développe peu au Japon, en comparaison avec d'autres pays OCDE.¹⁵ Ces économistes ont revendiqué, plus ou moins soutenus par le Ministère des Finances, la suppression de cette réglementation, ou du moins son assouplissement.

Le deuxième type de critique vient des juristes, y compris les juges de la Cour Suprême, et elle concerne la définition et les fondements juridiques insuffisants et ambigus de cette réglementation. En effet, la Cour Suprême a abordé, dans une décision de 2011,¹⁶ la question de savoir si cette réglementation trouvait son fondement juridique dans les lois sur l'assurance maladie obligatoire. En fait, l'interdiction de la combinaison n'est pas directement et clairement formulée dans la loi. En revanche, elle prévoit plusieurs exceptions à cette réglementation. Ainsi, elle mentionne trois types de soins non-remboursables qui peuvent être combinés avec des soins remboursables (nous reviendrons sur ces exceptions un peu plus tard). Dans sa décision, la Cour Suprême a pris une position en faveur du Ministère de la Santé, en déduisant que l'interdiction de la combinaison trouvait principalement son fondement légal dans l'existence de ces exceptions introduites depuis 1984 (art. 86 de la loi sur l'assurance maladie, dans sa version actuelle). Selon la Cour, cette interdiction de combinaison était alors clairement prise en considération lors de la préparation de la loi. Pourtant, les juges ont accompagné cette décision de quatre « avis » (trois avis « complémentaires » et un « avis », sur cinq juges au total). Sans entrer dans le détail du contenu de chacun de ces avis, ils avertissaient des problèmes posés par cette interprétation, notamment le fait que cette règle n'était ni directement ni clairement définie par la loi, et que, par conséquent, ni les médecins ni les assurés ne pouvaient savoir si telle ou telle combinaison de soins serait considérée comme interdite ou non. Par exemple, si les deux types de soins – les uns remboursables et les autres non-remboursables – sont effectués le même jour mais dans des hôpitaux différents ou si les deux types de soins n'ont aucun rapport les uns avec les autres du point de vue médical, ou encore, si les deux types de soins sont effectués avec une journée d'intervalle, cela correspond-il à la 'combinaison' interdite ? La loi

15 Voir par exemple OCDE, L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE (2004) tableau 2.4.

16 Cour Suprême, 25 octobre 2011, Minshū 65-7, 2923.

n'apporte aucune réponse à ces questions.¹⁷ Les juges ont donc demandé une clarification de cette réglementation par une éventuelle réforme législative afin qu'elle soit plus lisible pour tous les acteurs concernés. Néanmoins, cette demande n'a reçu aucune réponse législative jusqu'à aujourd'hui. Comme nous allons le voir dans la deuxième partie, les réformes récentes ont assoupli cette réglementation, sans véritablement en clarifier le contenu. Cette absence totale de définition de la combinaison interdite est souvent expliquée par des raisons techniques et les difficultés législatives que poserait une telle réforme.

Tout juriste serait sûrement scandalisé par cette situation dans laquelle médecins et assurés peuvent perdre leur droit au remboursement en fonction de conditions totalement imprévisibles et aléatoires.¹⁸ Il est évident que nous avons besoin de changer cette situation, en définissant plus clairement et concrètement la combinaison des soins interdite, ne serait-ce que pour respecter le principe de l'Etat de droit.

Critiquer cette situation n'étant pas en soi l'objectif de notre article, nous allons maintenant revenir au lien entre cette réglementation et le premier enjeu que nous avons présenté, le panier de soins remboursables. En effet, la Cour Suprême a indiqué, dans sa décision de 2011, qu'un des objectifs de cette réglementation était *la dissuasion de la réduction du panier des soins remboursables de l'assurance maladie obligatoire pour des raisons budgétaires*. Même si la Cour Suprême n'a pas tellement développé l'intention contenue dans cette phrase – la décision n'est donc pas très facile à décoder – il nous semble que celle-ci avait tout à fait raison de prendre ce lien en considération et c'est ce point que nous allons développer dans la prochaine partie de notre article.

17 De même, il n'existe aucune réglementation administrative, y compris aucune norme administrative interne telle que des circulaires. Nous pouvons même nous demander comment il est possible d'appliquer ce principe dans une telle absence de précision. En réalité, il est rare que les caisses d'assurance maladie refusent le remboursement de tel ou tel soin en invoquant la combinaison des soins remboursables et non-remboursables. Vu l'opacité du système, la réticence des caisses (plus exactement, des organismes qui sous-traitent les remboursements de frais de santé ; voir *supra* note 3), qui courent un éventuel risque de contentieux, ceci est aisément compréhensible. Nous pouvons penser que cette réglementation s'applique en réalité de manière implicite, avec de nombreux effets perturbants et difficilement justifiables sur les comportements des professionnels de santé et des institutions médicales. C'est en effet une conséquence négative et logique de cette réglementation dépourvue de la moindre précision.

18 Y. ABE, *Gyōsei-hō kaishaku gaku* [Étude sur l'interprétation du droit administratif] (2008) 130 *et s.*

c) Un enjeu caché

Revenons-en maintenant au panier des soins remboursables. Comme nous l'avons présenté plus haut, l'assurance maladie a une portée de remboursement relativement généreuse, malgré la pression budgétaire exercée par le ministère des finances, mais sans avoir de fondement juridique qui imposerait véritablement cette générosité. Or, la Cour Suprême a suggéré, sans expliquer réellement pourquoi, qu'il provenait de l'interdiction de la combinaison des soins remboursables et non-remboursables. Ceci nous paraît jouer un rôle essentiel. En effet, cette interdiction est le signe, pour ceux qui participent au processus de décision du panier des soins remboursables, d'une prémisse théorique implicite. Une prémisse selon laquelle, pour le dire très simplement, tous les soins nécessaires devraient entrer dans ce panier. En pratique également, comme le critiquent justement les économistes, cette interdiction freine fortement la pratique des soins non-remboursables par les médecins. Ainsi, l'interdiction de la combinaison des soins remboursables et ceux non-remboursables nous semble fixer une règle du jeu, essentielle pour les membres du comité (3CAMO). Quand ils rédigent leur projet de tableau de points de frais des soins, c'est-à-dire la liste des soins remboursables, ils savent qu'une fois les soins classés non remboursables, ils ne sont en réalité que peu praticables (sauf dans le cadre des exceptions autorisées par la loi, que nous allons évoquer plus tard) bien que non interdits. Ce faisant, ce principe contribue à permettre aux acteurs concernés, notamment les médecins et les hôpitaux, de favoriser l'élargissement ou du moins le maintien des soins remboursables. Dans un contexte de pression budgétaire qui vise à réduire les dépenses de santé – souvent exercée par le ministère des Finances, ce principe contribue à contrebalancer cette pression qui risque de conduire à la réduction des soins remboursables.

Pour résumer, la portée assez généreuse des soins remboursables de l'assurance maladie s'appuie, au moins en partie, implicitement sur un certain équilibre établi au sein du comité, fondée sur cette règle implicite qu'est l'interdiction de la combinaison des soins remboursables et non-remboursables.

Nous ne cherchons pas à défendre ce système extrêmement opaque et problématique de point de la vue du juriste, comme nous l'avons expliqué un peu plus haut. Il est pourtant indéniable que cette réglementation est l'un des facteurs qui a permis à l'assurance maladie japonaise de posséder l'un des systèmes de santé les plus égalitaires au monde jusqu'à aujourd'hui, grâce à un panier de soins généreux ainsi qu'à la pratique peu fréquente de soins non-remboursables. La simple suppression de cette interdiction ou son assouplissement comme le réclament certains économistes, sans débattre de cet enjeu caché ne nous paraît donc pas une solution souhaitable,

notamment si nous voulons maintenir dans une certaine mesure cette caractéristique égalitaire de l'assurance maladie japonaise.

III. DES REFORMES RECENTES QUI POURRAIENT METAMORPHOSER L'UN DES PRINCIPES MAJEURS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU JAPON

Revenons, après cette première partie préparatoire, au principal sujet de notre article, la métamorphose en cours du système d'assurance maladie japonais. En effet, nous avons pu récemment observer plusieurs réformes qui ont pour objectif d'assouplir considérablement l'interdiction de la combinaison entre soins remboursables et non-remboursables, en augmentant les cas d'exception.

Examinons maintenant un peu plus en détail ces cas prévus par la loi. Elle prévoit aujourd'hui trois types de soins non-remboursables qui peuvent être combinés avec des soins remboursables.

Il s'agit premièrement des soins innovants, autorisés uniquement dans les hôpitaux qui répondent à certaines normes, principalement de grands hôpitaux. Ces derniers sont en nombre relativement limité. Nous pensons qu'il s'agit de phases préparatoires à de nouvelles techniques médicales, avant qu'elles ne soient inscrites dans la liste des soins remboursables (tableau de points de frais des soins), avant même que leur sécurité et leur efficacité soient suffisamment confirmées. Deuxièmement, l'exception concerne certains soins considérés comme accessoires, par exemple l'hospitalisation dans une chambre individuelle ou une consultation le soir hors des horaires normaux. Les soins qui entrent dans ces deux catégories sont décidés par des listes arrêtées par le Ministre. Si ces deux catégories d'exceptions sont reconnues depuis le milieu des années 1980, nous observons, depuis les années 2000, une amplification importante des soins qui y sont classés. En particulier, l'augmentation des soins accessoires nous paraît problématique car la définition légale de cette catégorie est loin d'être claire et les soins listés sont très divers. Il est parfois difficilement explicable de savoir pourquoi tel ou tel soin est considéré comme tel.

La troisième catégorie vient d'être introduite en 2015 par voie législative. Ce nouveau type concerne les soins innovants, comme dans le premier type d'exception, mais ils peuvent être effectués, sous réserve de l'approbation du Ministère au cas par cas, à l'initiative des patients ainsi que celle – et principalement – des hôpitaux. Lorsque que certains soins sont autorisés pour un hôpital, les autres hôpitaux peuvent rejoindre cet accord, c'est-à-dire sans intervention de l'Etat. Le fait que ce soient les patients et les hôpitaux qui prennent cette initiative, en l'absence d'intervention étatique en est la principale caractéristique et également la nouveauté de ce système. Si ac-

tuellement peu d'informations sont disponibles sur le développement des soins innovants dans le cadre de cette nouvelle catégorie d'exception, celle-ci va pouvoir, au moins théoriquement, toucher beaucoup plus d'hôpitaux que la première catégorie de soins innovants.

Si cette augmentation du nombre d'exceptions, y compris avant 2015, est controversée, elle mériterait d'être effectivement discutée en soi. Il faut souligner que ces réformes sont en réalité en train de transformer le système de l'assurance maladie en profondeur, sans susciter de débats sur leur véritable enjeu, qui est celui du panier des soins remboursables. En effet, cette augmentation des exceptions à l'interdiction de la combinaison nous semble être en train de changer sensiblement la règle du jeu concernant le panier des soins remboursables, et il est théoriquement possible que ce changement cause la réduction ou freine l'élargissement du panier. En offrant plus de possibilité de laisser certains soins en dehors du remboursement par l'assurance maladie, ces réformes affaiblissent l'effet de contrebalance que possède le principe de l'interdiction de la combinaison dont nous avons discuté plus haut. L'élargissement récent du champs des soins accessoires signifie parfois même directement la réduction de soins remboursables, quand certains soins qui l'étaient auparavant viennent à être classés parmi les soins accessoires, à savoir les soins non-remboursables.

Les lois sur l'assurance maladie ne possèdent aucune limite fixe à l'égard de cette éventuelle érosion, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises.

IV. CONCLUSION : FIXER LA FRONTIÈRE DES SOINS REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE, LA BOÎTE DE PANDORE ?

Le système d'assurance maladie japonais a longtemps gardé un panier de soins remboursables assez généreux, alors que nous n'avons aucun cadre juridique qui l'assurait et que nous n'avons même que très peu de débats sur ce sujet. Aujourd'hui, cette situation est en train de changer, toujours sans discussion ni débat démocratique sur ce sujet qui est, en réalité, lié à la nature même du système de l'assurance maladie dans son ensemble.

Il est vrai que décider des soins remboursables est une question extrêmement difficile car elle constitue un enjeu de principe, ne serait-ce que pour fixer les critères généraux relatifs à cette décision. L'application des critères à des cas concrets serait encore plus compliquée.¹⁹ C'est une ques-

19 Pour les soins innovants, le ministère de la Santé, de l'Emploi et de la Protection sociale cite certains critères – la sécurité, l'efficacité, le degré de perfection technique, la moralité, la faisabilité et le rapport coût-effet – comme conditions à ce que les soins innovants soient inscrits sur la liste des soins remboursables par

tion d'autant plus complexe, justement, que le système de santé est soumis à une pression financière de plus en plus forte afin de réduire le budget de la Sécurité Sociale. Le système japonais obscur et juridiquement fort problématique était, à notre avis, en un sens, un moyen, certes très fragile mais pratique, de faire en sorte que nous gardions un panier généreux et réalisons un système de santé égalitaire, tout en évitant la confrontation à cet enjeu essentiel mais très difficile à résoudre. Mais ce modèle ancien montre sa fragilité face aux réformes effectuées récemment. Le véritable courage serait de faire face à cet enjeu réel en ouvrant la boîte de Pandore.

l'assurance maladie obligatoire (cf. par exemple, un document publié lors d'une réunion de 3CAMO du 4 septembre 2013), même si ces conditions ne sont guère énoncées dans les lois.