

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1989 - 1990

Annexé au procès-verbal de la séance du 19 décembre 1989.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 6 au 8 septembre 1989 par une délégation chargée d'étudier l'organisation du régime d'assurance maladie en République Fédérale d'Allemagne,

Par MM. Jean-Pierre FOURCADE, Jean BARRAS,
Jacques BIMBENET, François DELGA, Claude HURIET,
Pierre LOUVOT, Jacques MACHET et Paul SOUFFRIN,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, *vice-présidents* ; Hector Viron, Charles Descours, Guy Penne, Roger Lise, *secrétaires* ; MM. José Balareello, Jean Barras, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Marcel Debarge, François Delga, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Roger Husson, André Jourdain, Paul Kauss, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Albert Pen, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoyeur, Henri Révol, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Sérusclat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PROGRAMME DE LA MISSION	7
I. - UN RÉGIME COMPLEXE ET ORIGINAL	9
A. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU RÉGIME LÉGAL D'ASSURANCE MALADIE (GKV)	10
1. Des principes communs pour une organisation complexe	10
1.1 La solidarité et l'assurance	10
1.2 L'autonomie des caisses	11
1.3 L'harmonisation des prestations	15
2. Un système contraignant et peu responsabilisant	21
2.1 L'assujettissement est largement contraint	21
2.2 Le recours aux praticiens est strictement encadré	22
2.3 Le système du tiers payant est généralisé	24
B. LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE EST SOUMIS À DIVERSES CONTRAINTES QUI EN ACCROISSENT LE COÛT ..	25
1. Des prestations et des cotisations en constante progression	25
2. Des facteurs inflationnistes exogènes	28
2.1 Une couverture des soins plus étendue et performante	28
2.2 Le nombre des praticiens augmente	29
2.3 La population allemande vieillit	30
3. Des facteurs inflationnistes endogènes	31
3.1 Le tiers payant et la nomenclature des actes	31
3.2 Le prix du médicament	34
3.3 L'organisation hospitalière	35

	Pages
II. - UNE RÉFORME NÉCESSAIRE MAIS PEUT-ÊTRE INSUFFISANTE	37
A. LES MESURES MISES EN ŒUVRE DEPUIS DOUZE ANS N'ONT PAS EU LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS	38
1. Le principe de l'Action concertée	38
2. Une efficacité inégale	39
B. LA RÉFORME DE L'ASSURANCE - MALADIE	42
1. Des mesures d'économie nombreuses et disparates	43
1.1 Une participation accrue des malades à leurs dépenses de santé	43
1.2 Des clauses de limitation à l'accroissement des charges sanitaires	48
1.3 La responsabilisation des intervenants est renforcée	50
1.4 Mesures diverses	51
2. Une couverture sociale plus étendue	52
2.1 Une prévention mieux prise en charge	53
2.2 Une prestation nouvelle : l'aide aux soins à domicile	53
C. UNE RÉFORME INACHEVÉE A L'AVENIR INCERTAIN	54
1. Des effets diversement appréciés	55
1.1 Une remise en cause des principes fondateurs du régime d'assurance-maladie fédéral	55
1.2 Un équilibre financier précaire	57
1.3 Des contestations ponctuelles mais vigoureuses	60
2. Des problèmes fondamentaux laissés en suspens	61
2.1 La gestion hospitalière reste à rationaliser	62
2.2 L'offre de soins doit être maîtrisée	62
2.3 L'organisation des caisses en discussion	63
CONCLUSION	67

Mesdames, Messieurs,

L'avenir du système de santé français figure au centre d'un débat national qui n'a toujours pas trouvé de conclusion permettant la définition de mesures d'ensemble cohérentes et efficaces pour en garantir l'équilibre financier. Or, la République Fédérale d'Allemagne, confrontée à une évolution tendancielle de ses dépenses d'assurance-maladie pourtant considérablement moins rapide qu'en France, a adopté, il y a tout juste un an, une réforme de grande importance, destinée à stabiliser durablement le niveau des cotisations.

Afin d'obtenir une information circonstanciée sur l'organisation du régime fédéral d'assurance-maladie et sur le contenu des mesures mises en oeuvre à compter du 1er janvier dernier, une délégation de la commission des Affaires sociales du Sénat s'est rendue en RFA du 6 au 8 septembre 1989 (1). Conduite par M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des Affaires sociales, elle était composée de MM. Jean Barras, Jacques Bimbenet, François Delga, Claude Huriet, Pierre Louvot, Jacques Machet et Paul Souffrin.

Son séjour outre-Rhin lui a permis de rencontrer, au cours de sept réunions, des représentants de l'ensemble des organismes institutionnels concourant au fonctionnement du régime d'assurance-maladie, un collaborateur direct du ministre fédéral du Travail et des Affaires sociales, ainsi que des députés siégeant à la commission du Travail et des Affaires sociales du Bundestag.

(1) La commission des Affaires sociales a effectué des missions d'information en Grande-Bretagne en 1984, en Suède en 1985, aux États-Unis d'Amérique en 1987 et au Canada en 1988, afin d'y étudier les systèmes de santé nationaux.

La délégation tient, à cette occasion, à remercier vivement, pour l'amabilité et la qualité de leur accueil, M. Bernhard Jagoda, secrétaire d'Etat auprès de M. Blüm, ministre fédéral du Travail et des Affaires sociales, MM. Alfons Müller, Hans-Joachim Fuchtel, Willi Hoss, Herbert Scharrenbroich et Ottmar Schreiner, députés à la commission du Travail et des Affaires sociales du Bundestag, M. Brauer, secrétaire général de l'Ordre des médecins allemands, M. Sandler, secrétaire général de la Fédération des caisses d'entreprises, M. Picard, secrétaire général de la Fédération des caisses locales d'assurance maladie, MM. Granitza et Münnich de la Société d'étude médicale et pharmaceutique, et MM. Scheer et Scharf, directeurs à la Confédération des syndicats allemands.

Elle exprime également sa gratitude à S.E. M. Franz Pfeffer, Ambassadeur de la République Fédérale d'Allemagne à Paris, et aux services du gouvernement fédéral pour leur contribution à l'organisation de cette mission.

Elle remercie enfin S.E. M. Serge Boidevaix, Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de France à Bonn, et M. Nizart, Consul général de France à Düsseldorf, ainsi que leurs collaborateurs, pour leur participation décisive à la préparation et à l'excellent déroulement de la mission.

*

* *

Le plan général de ce rapport d'information présentera, dans une première partie, l'organisation générale du régime d'assurance maladie légal et obligatoire en RFA et son fonctionnement en 1988, alors que la deuxième partie analysera la réforme mise en oeuvre en 1989 et les réflexions qu'elle suscite.

PROGRAMME DE LA MISSION

Mercredi 6 septembre 1989

12 h 30 - 15 h 00

Cologne - Entretien suivi d'un déjeuner de travail offert par le Docteur Heinz-Peter Brauer, secrétaire général de l'Ordre des Médecins allemands (*Bundesärztekammer*), en présence des Docteurs Hess et Wizbach, de l'Union fédérale des Médecins conventionnés (*Kassenärztlicher Bundesvereinigung*) et de Mme von Hoff Winter.

16 h 00 - 18 h 15

Bonn - Entretien avec M. Bernhard Jagoda, secrétaire d'Etat auprès de M. Norbert Blüm, ministre fédéral du Travail et des Affaires sociales.

19 h 30 - 22 h 30

Bonn - Dîner de travail offert par MM. Alfons Müller (CDU), vice-président de la commission du Travail et des Affaires sociales du Bundestag, Hans-Joachim Fuchtel (CDU), Willi Hoss (Grünen), Herbert Scharrenbroich (CDU) et Ottmar Schreiner (SPD), députés, en présence de S.E. M. Serge Boidevaix, Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de France en RFA.

Jeudi 7 septembre 1989

10 h 30 - 15 h 00

Essen - Entretien suivi d'un déjeuner de travail offert par le Docteur H. Sendler, vice secrétaire général de la Fédération des caisses d'entreprises (*Bundesverband der Betriebskrankenkassen - BKK*), en présence de MM. Giehler, Stuppardt et Paquet.

16 h 30 - 18 h 30

Bonn - Entretien avec M. Granitza, président, et le Professeur Franck E. Münnich, directeur général, de la Société d'étude médicale et pharmaceutique (*Medizinisch Pharmazeutisch Studiengesellschaft e.V. - MPS*).

20 h 30 - 23 h 00

Bonn - Dîner offert à la Résidence de Schloss Ernich par S.E. M. Serge Boidevaix, Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de France en RFA.

Vendredi 8 septembre 1989

9 h 30 - 11 h 00

Bonn - Entretien avec MM. Picard, secrétaire général de la Fédération des caisses locales d'assurance maladie (*Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband - AOK*), Kerger, Paffrath et Bauer.

12 h 00 - 15 h 00

Düsseldorf - Entretien suivi d'un déjeuner de travail offert par MM. Scheer et Scharf, directeurs à la Confédération des syndicats allemands (*Deutscher Gewerkschaftsbund - DGB*), en présence de M. Nizart, Consul Général de France à Düsseldorf.

I. - UN RÉGIME COMPLEXE ET ORIGINAL

A l'initiative du chancelier Bismark, l'Allemagne a été le premier pays au monde à doter sa classe ouvrière d'un système légal et obligatoire de protection sociale. Le régime d'assurance maladie est à cet égard la plus ancienne des branches de la sécurité sociale allemande, puisqu'il date d'une loi prussienne de 1883. Les risques accidents du travail et vieillesse furent quant à eux codifiés par des lois de 1884 et 1889, et dès 1911, une ordonnance impériale élargissait le champ obligatoire de cette législation à l'ensemble des salariés. Ainsi dénombrait-on déjà 15,4 millions d'assurés à la veille du premier conflit mondial.

Produit de l'Histoire, fortement marqué par la philosophie particulière qui régit outre-Rhin les rapports entre partenaires sociaux, confronté aux conséquences résultant de la structure fédérale des institutions politiques et administrations nationales, le régime d'assurance-maladie allemand présente un nombre important de caractéristiques originales qui le distinguent tant du régime français que de ceux des autres partenaires européens de la République Fédérale d'Allemagne. Or, il convient de reconnaître que certains de ces particularismes sont intrinsèquement inflationnistes, et participent à l'accroissement des dépenses de santé fédérales, au même titre cependant qu'un certain nombre de facteurs exogènes communs à tous les systèmes de protection sociale des pays occidentaux.

A. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU RÉGIME LÉGAL D'ASSURANCE MALADIE (GKV)

1. Des principes communs pour une organisation complexe

Le régime fédéral d'assurance maladie est caractérisé par trois grands principes fondateurs, qui permettent de concilier une grande diversité organisationnelle et le respect de l'égalité de l'accès aux soins de l'ensemble des assurés.

1.1 La solidarité et l'assurance

En vertu du code des assurances du Reich (*Reichsversicherungsordnung-RVO*), de la loi du Reich sur les mineurs et de la loi sur l'assurance-maladie des agriculteurs, sont obligatoirement affiliés au régime légal d'assurance-maladie (*GKV*) tous les ouvriers et employés dont le salaire annuel brut ne dépasse pas un plafond actuellement fixé à 54 900 DM (187 300 FF) (1), les artisans, les mineurs, les marins, les exploitants agricoles, les étudiants et apprentis, les retraités et les chômeurs allocataires. Avec 32,27 millions d'assurés en 1987, auxquels s'ajoutent les ayants-droit, ce sont ainsi plus de 92 % de la population ouest-allemande qui relèvent de ce régime obligatoire, objet de la présente étude réalisée par la mission d'information.

La plupart des fonctionnaires, les membres des professions libérales et les salariés percevant une rémunération supérieure au plafond disposent, quant à eux, de la liberté soit de s'affilier à l'une des caisses d'assurance maladie relevant du *GKV* (ils sont près de 4,5 millions à avoir fait ce choix), soit de s'assurer auprès d'une caisse d'assurance maladie privée (*PKV*). Alors que le *GKV* est régi par le principe de répartition fondée sur la notion de solidarité, le *PKV* est exclusivement organisé en vertu du principe d'assurance : l'importance de la couverture sociale n'est en effet pas fixée par la loi, et dépend essentiellement du montant des cotisations versées par l'assujéti. Il convient de relever en outre que le *PKV* fonctionne également comme régime d'assurance-maladie

(1) 100 DM = 314 FF.

complémentaire pour les assurés relevant du GKV, bien qu'il ait présenté jusqu'à aujourd'hui un intérêt relativement limité eu égard à l'importance des prestations servies par le régime légal (ticket modérateur quasi inexistant).

Enfin, certaines personnes ont droit à une assurance-maladie légale gratuite entièrement prise en charge par l'Etat fédéral (le *Bund*) -c'est en particulier le cas des militaires ou des membres de la police frontalière-, ou sont affiliées à des organismes sociaux indépendants, comme par exemple les cheminots ou les postiers.

Au total, comme l'indique le tableau suivant, la population résiduelle ne bénéficiant d'aucune couverture d'assurance-maladie est tout à fait limitée.

L'assurance maladie en RFA

	Population résidente	GKV		PKV		Autres		Pas de couverture maladie	
1970	60 924	53 531	87,9 %	5 696	9,3 %	1 013	1,7 %	684	1,1 %
1980	61 516	55 565	90,3 %	4 611	7,5 %	1 203	2,0 %	137	0,2 %
1985	60 986	54 446	89,3 %	5 135	8,4 %	1 190	2,0 %	215	0,3 %

Source : AOK

En milliers

Seul le GKV, régime légal obligatoire d'assurance-maladie, a été étudié par la mission et fait l'objet du présent rapport.

1.2 L'autonomie des caisses

La particularité essentielle du régime légal fédéral est son morcellement en une multitude de caisses d'assurance maladie (environ 1 160), qui sont regroupées en huit grands systèmes. Ceux-ci sont organisés selon diverses combinaisons de critères qui ne répondent guère à la logique.

Quelques-uns en effet n'assurent que les personnes relevant de certaines **professions** : les exploitants agricoles pour les *Landwirtschaftliche Krankenkassen (LFF)*, les marins pour la *Seekrankenkasse (See-KK)*, les mineurs pour la *Bundesknappschaft (BKN)*, les divers métiers de l'artisanat pour les *Innungskrankenkassen (IKK)* et les employés pour les *Ersatzkassen für Angestellte (EK-Ang.)*.

D'autres sont gérés **directement** par certaines **grandes entreprises** qui y assurent l'ensemble des membres de leur personnel, quels que soient les statuts professionnels dont ils relèvent : il existe ainsi 694 *Betriebskrankenkassen (BKK)* correspondant à autant d'établissements ayant constitué un régime propre d'assurance maladie.

Enfin, la majorité des **ouvriers** (1) sont affiliés auprès d'une *Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)*, c'est-à-dire une caisse générale d'assurance maladie dont la localisation obéit à un **strict principe géographique**. Néanmoins, certains ouvriers, peu nombreux toutefois, peuvent également adhérer à l'une des caisses de substitution qui leur sont réservées : les *Ersatzkassen für Arbeiter (EK-Arb.)*.

Le tableau figurant page suivante donne un aperçu de l'organisation du régime fédéral d'assurance maladie obligatoire et des importances respectives des différents systèmes en nombre d'affiliés.

L'autonomie de gestion administrative et financière des caisses se matérialise tant par l'absence presque complète d'intervention de l'Etat fédéral que par d'importantes **disparités** entre caisses d'un même sous-groupe. Ce principe autogestionnaire s'exprime de trois façons complémentaires.

(1) Le concept d'ouvrier est plus étendu en RFA qu'il ne l'est en France : ainsi, par exemple, les ingénieurs relèvent de cette catégorie.

L'organisation administrative du régime obligatoire d'assurance maladie fédéral

	Echelon fédéral	Echelon régional	Echelon local	Assurés obligatoires	Assurés volontaires	Retraités	Total des assurés	%
AOK	Association fédérale des caisses générales de maladie	12 associations régionales	269 caisses locales	9 741 958	980 759	5 444 188	16 166 905	44,0 %
BKK	Association fédérale des caisses de maladie des entreprises	11 associations régionales	694 caisses d'entreprise	2 405 856	409 891	1 436 940	4 252 687	11,6 %
IKK	Association fédérale des caisses maladie des corporations	10 associations régionales	154 caisses des corporations	1 407 500	159 208	344 259	1 910 967	5,2 %
LKK	Association fédérale des caisses de maladie agricoles		19 caisses des exploitants agricoles	429 302	17 078	320 249	766 629	2,0 %
See-KK	Caisse maladie des gens de mer		Prestations servies par les AOK locales	25 549	11 757	15 637	52 943	0,2 %
BKn	Caisse fédérale des mineurs	7 caisses des mineurs	35 succursales	261 941	27 062	666 415	955 418	2,6 %
EK Ang.	Association des caisses mutuelles des employés-6 caisses mutuelles des employés	1 caisse mutuelle des employés	Succursales	6 876 236	2 772 070	2 380 965	12 029 271	32,8 %
EK Arb.	Association des caisses mutuelles des ouvriers-5 caisses mutuelles des ouvriers	3 caisses mutuelles des ouvriers	Succursales	410 641	67 957	104 288	582 886	1,6 %
TOTAL		1159 caisses		21 558 983	9 445 782	10 712 941	36 717 706	100 %

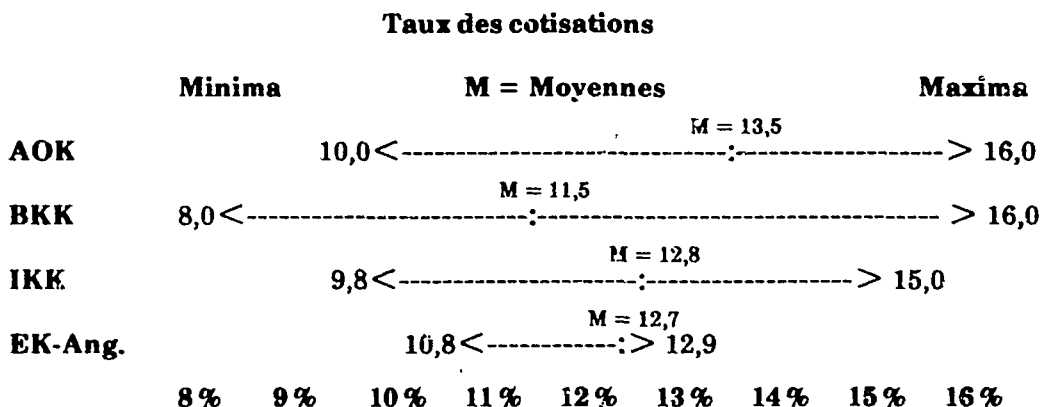
Source : Bundesärztekammer

En premier lieu, les prestations sont intégralement financées par les seules cotisations. Celles-ci sont versées à parts égales par les employeurs et les assujettis, la participation résiduelle du *Bund* se limitant à la prise en charge des cotisations des chômeurs. Seul le régime des exploitants agricoles est fortement subventionné par l'Etat, environ à hauteur de 43 %.

En deuxième lieu, et ceci est fondamental, aucune compensation financière n'est autorisée ni entre les organisations, ni même entre les caisses. En effet, non seulement les différents systèmes ne pratiquent aucune compensation de l'un à l'autre, mais les diverses caisses à l'intérieur d'un même sous-groupe ne pouvaient effectuer aucune péréquation jusqu'à l'an passé. C'est pour cette raison :

. d'une part que les taux de cotisation sont sensiblement différents d'un système à l'autre ;

. d'autre part, que leurs fluctuations à l'intérieur d'un même système sont parfois très importantes, comme en témoigne le tableau ci-dessous, qui concerne les quatre organisations les plus importantes du *GKV*.



Ces différences de taux sont dues à de multiples facteurs : gestion plus ou moins efficiente des caisses, effets du chômage différenciés selon les régions et les professions, évolutions démographiques de certains métiers, économies structurelles réalisées par de nombreuses *BKK* dont les coûts de gestion sont directement pris en charge par l'entreprise, etc...

En dernier lieu, les régimes sont gérées de façon paritaire. La majorité des caisses sont dirigées par des conseils d'administration composés pour moitié de représentants des assurés, et pour moitié de représentants des employeurs. Cependant, le paritarisme n'est pas totalement respecté, ni dans le régime des mines (1/3 employeurs - 2/3 assurés), ni dans celui des caisses de substitution *EK-Ang.* et *EK-Arb.* (gestion par les seuls assurés), ni enfin dans celui des exploitants agricoles.

1. 3 L'harmonisation des prestations.

Autant le principe de l'autonomie des caisses conduit à des différences de situations tout à fait sensibles en ce qui concerne les cotisations, autant les prestations offertes dans le cadre du régime légal d'assurance maladie sont identiques pour tous les assurés, quel que soit le système auquel ils sont affiliés.

Le risque maladie, en RFA, couvre les domaines suivants pour l'assuré et ses ayants droit, c'est-à-dire notamment son conjoint et ses enfants mineurs ⁽¹⁾, ou ayant 23 ans révolus s'ils n'exercent pas d'activité rémunérée ou 25 ans accomplis lorsqu'ils se trouvent en formation scolaire, universitaire ou professionnelle, sans compter la majoration d'une année pour l'accomplissement du service militaire obligatoire ou d'une année sociale volontaire :

. Prévention et dépistage précoce des maladies

La notion de prévention est partie intégrante de l'assurance maladie, les prestations dans ce domaine étant nombreuses et s'adressant à toute la population assurée. Sont ainsi organisés des examens généraux pour les enfants de moins de 6 ans à intervalles réguliers ainsi que des examens annuels de dépistage du cancer pour les femmes dès l'âge de 20 ans et pour les hommes dès celui de 45.

(1) L'âge légal de la majorité est 18 ans.

A cette activité de dépistage s'ajoutent par ailleurs tous les moyens thérapeutiques et prestations habituels (fourniture de médicaments, attribution d'appareils orthopédiques et de prothèse, soins hospitaliers, séjours de cures) destinés à vaincre une faiblesse de l'état de santé susceptible de dégénérer en un état pathologique, contrer un développement physiologique atypique de l'enfant ou éviter un handicap.

Traitements médicaux et dentaires

Ils sont accordés dès le premier jour de la pathologie, et doivent être, en vertu du principe dit "d'économicité", suffisants et conformes aux buts à atteindre sans dépasser la mesure de ce qui est nécessaire. Dispensés par des médecins ou des dentistes autorisés à exercer, les traitements sont cependant entendus par le RVO comme les soins pouvant être "délivrés par d'autres personnes, comme par exemple les sages-femmes, les masseurs et kinésithérapeutes, les infirmiers, les aides soignants, les balnéothérapeutes, les garde malades, les techniciens dentaires" dès lors que prescription en est faite par un médecin ou un dentiste conventionné.

L'intégralité de ces traitements est entièrement prise en charge par le BKV, sans application d'aucun ticket modérateur. Cependant, en ce qui concerne les frais de prothèses et de couronnes dentaires, seuls 60 % de ceux-ci sont pris en charge, sauf en cas de limitation importante des fonctions de la mâchoire et des dents : les soins sont alors couverts à 80 %, voire à 90 % si, dans une famille, deux assurés au moins suivent un traitement orthopédique dento-facial, et même à 100 % dans certains cas.

. Médicaments, pansements et prestations similaires

Ces prestations sont également financées par le *GKV*, dès lors qu'elles sont **prescrites par un praticien agréé**, à l'exception, pour les malades de 18 ans révolus :

- des médicaments utilisés en cas de refroidissement, d'infections grippales, contre le rhume et la toux, ainsi que les analgésiques ;
- des antiseptiques pour la bouche et la gorge en cas de mycose ;
- des purgatifs ;
- des médicaments contre les maux de voyage.

En outre, depuis 1984, une participation financière du patient majeur de 18 ans est exigée à hauteur de **2 DM par produit**, à l'exception des médicaments nécessités par une grossesse ou un accouchement.

. Lunettes et prothèses orthopédiques

L'appareillage orthopédique nécessaire pour assurer le succès du traitement prescrit ou pour compenser un handicap physique est pris en charge tant à titre de **thérapie originelle** qu'à celui de **renouvellement**. La prise en charge s'étend aux frais de **réparation et de transformation**, ainsi qu'à ceux afférents à la formation de la personne bénéficiaire préalablement à l'usage des prothèses.

En ce qui concerne les **lunettes**, les assurés âgés d'au moins 16 ans doivent verser 4 DM par monture, et leur droit à **renouvellement** ne peut s'exercer que tous les **trois ans** si leur **acuité visuelle** reste inchangée.

. Aide familiale et soins à domicile

Si la visite à domicile n'existe pratiquement pas en RFA ⁽¹⁾ des soins à domicile sont néanmoins dispensés par médecins et des personnels para-médicaux lorsqu'ils permettent d'éviter une hospitalisation ou lorsque celle-ci ne peut être envisagée en particulier du fait de l'état du patient.

Par ailleurs, une aide-ménagère est allouée, pour l'entretien de leur domicile, aux assurés soumis à un traitement hospitalier ou bénéficiant des prestations de soins à domicile, ou suivant une cure de prévention ou de convalescence pour les mères, ou une cure de réadaptation, dès lors qu'ils apportent la preuve qu'aucune personne dans le ménage ne peut assumer l'entretien.

. Soins hospitaliers

Exclusivement prescrits par les médecins libéraux, sauf en cas d'urgence, en particulier d'accidents, les traitements hospitaliers sont couverts par le régime d'assurance-maladie sous réserve de l'acquittement d'une participation journalière de 5 DM pendant 14 jours au maximum par an pour les patients de plus de 18 ans.

. Soins de cure et réadaptation fonctionnelle

La législation relative aux soins de cures préventives ou de convalescence et à ceux de réadaptation est relativement complexe en ce qui concerne le niveau de la prise en charge effectuée par les caisses d'assurance-maladie.

On peut retenir qu'un ticket modérateur de 10 DM est en général exigé des assurés majeurs de 18 ans, bien qu'une exonération totale ou partielle puisse être accordée par la caisse

(1) Cf p. 22.

lorsque la cure s'accompagne d'une hospitalisation et que la situation personnelle du malade le nécessite. Par ailleurs, en cas de cure de réadaptation sans hospitalisation, la caisse peut verser une prestation en espèces quotidienne de 15 DM au plus en complément de la prise en charge des frais d'hébergement et de soins.

. Frais de déplacement

Pour se rendre à une consultation ou à l'hôpital, l'assuré a droit à la prise en charge de ses frais de déplacement, qu'il utilise un véhicule médical, un taxi, les transports en commun ou sa propre automobile.

. Allocation-décès

En cas de décès de l'assuré, une participation aux frais de funérailles d'un montant pouvant s'élever jusqu'à 4 000 DM est accordée par la caisse d'assurance-maladie à la personne qui supporte les frais funéraires.

. Maternité et contraception

Les frais des soins médicaux nécessaires au suivi de la grossesse (examens prénataux, dépistages prophylactiques, analyses de laboratoire), à l'accouchement et aux conséquences de celui-ci sont intégralement pris en charge par le BKV. De même, l'assurée bénéficie des soins à domicile et d'une aide ménagère dès lors que ces prestations sont nécessitées par la grossesse ou l'accouchement.

Par ailleurs, outre ces prestations en nature, une allocation maternité est accordée pour une période comprenant les six semaines précédant l'accouchement et les huit semaines qui lui sont postérieures, voire douze en cas d'accouchement avant terme, pathologique ou multiple. Plafonnée à 25 DM par jour, cette prestation en espèce est égale au revenu quotidien net moyen

perçu pendant les trois derniers mois, et ne peut être cumulable avec d'autres revenus.

Il convient de relever par ailleurs que les consultations médicales relatives à la contraception ainsi que les examens y afférents sont couverts par l'assurance-maladie, mais que les contraceptifs eux-mêmes sont à la charge de l'assurée. En revanche, les soins d'interruption volontaire de grossesse et de stérilisation légale sont financés par le *BKV*.

Indemnités journalières

En règle générale, les salariés qui se trouvent dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie conservent, pendant six semaines au plus, leur rémunération acquittée par l'employeur. De même, les personnes sans emploi gardent la jouissance de leur allocation chômage durant une période identique.

Au-delà du terme de six semaines, l'assuré perçoit une indemnité journalière égale à 80 % de son revenu professionnel soumis à cotisations sociales sous plafond. Le droit à prestations en nature du fait d'une même maladie n'est accordé que dans la limite de 78 semaines par période de 3 ans. Dans le cadre de l'assurance maladie des agriculteurs, d'une part il existe une réglementation particulière pour les aides familiaux et, d'autre part, l'indemnité journalière prend la forme d'une aide à l'exploitation.

Par ailleurs, des indemnités journalières sont également servies en cas de maladie d'un enfant de moins de huit ans si sa surveillance ou les soins qu'il nécessite obligent l'assuré à interrompre son travail. Le bénéfice de ce droit est ouvert pendant cinq jours au plus par enfant et par an.

2. Un système contraignant et peu responsabilisant

Divers facteurs d'ordre structurel font du régime fédéral d'assurance maladie un système figé, difficile à dynamiser, essentiellement caractérisé par une liberté de choix des différents acteurs sociaux relativement restreinte et conçue comme la contrepartie d'une prise en charge des assurés particulièrement étendue.

2.1 L'assujettissement est largement contraint

La plupart des assurés doivent s'affilier obligatoirement à l'un des divers systèmes de caisses à raison de leur statut professionnel. Un choix collectif peut être effectué dans les entreprises, lorsque syndicats et patronat s'entendent pour créer un régime propre à l'entreprise et affilié au *BKK*. Par ailleurs, une réelle liberté de choix individuel existe pour les employés qui peuvent s'affilier tant auprès de l'*EK-Ang.* que d'une *AOK*, voire de l'une des *IKK*. Cette liberté existe également pour tous les salariés dont les revenus annuels sont supérieurs à 54 900 DM, puisque la loi ne les contraint pas à s'assurer : leur assurance volontaire peut dès lors être accueillie par n'importe quelle caisse.

En revanche, les ouvriers et les artisans ne peuvent choisir d'adhérer autre part qu'à l'*AOK* de leur lieu de résidence (et non de travail) ou à l'*IKK* de leur corporation.

Ainsi peut-on dire que les règles de la concurrence sont, sinon inexistantes, du moins faussées, puisque la majeure partie des assurés (plus de 54%) ne peut choisir sa caisse d'assurance-maladie. Or, en raison de l'absence de compensation interne au régime, il est clair que résultent de cette législation des situations d'inégalité tout à fait frappantes et étonnantes au sein d'un système qui se réclame du principe de solidarité. Si celui-ci est effectif en ce qui concerne les prestations, il est en revanche très largement entamé en matière de taux de cotisation (1). Pourtant, l'ouverture d'une

(1) Cf p. 14.

concurrence absolue entre les systèmes déboucherait probablement sur une **aggravation des situations d'inégalité**, dès lors que l'importance du chômage et la structure démographique des catégories assujetties sont inégalement réparties sur le territoire fédéral.

2.2 Le recours aux praticiens est strictement encadré

Les soins médicaux et dentaires sont dispensés par des **médecins et dentistes agréés par les caisses d'assurance maladie**, l'assuré devant y avoir obligatoirement recours pour être pris en charge par le *GKV*. Contrairement au système français, où le **conventionnement est globalisé** entre les professionnels et l'ensemble des régimes d'assurance-maladie, **l'agrément en RFA est propre à chacune des caisses**, conformément au principe d'autonomie de gestion de celles-ci.

En outre, le **choix du praticien agréé** figurant sur une liste établie par la caisse est effectué pour une **période de temps fixe** (un trimestre). Ce choix ne peut être remis en cause, à l'intérieur du trimestre, que pour des motifs importants et après **autorisation préalable de la caisse**. En cas d'urgence, le patient peut consulter, pour les premiers soins, un praticien autre que ceux agréés par la caisse, mais la **poursuite du traitement médical** doit obligatoirement être confiée à l'un de ces derniers pour être financièrement prise en charge. Si les motifs qui ont justifié le recours à un médecin ou un dentiste non conventionné par la caisse sont jugés insuffisants par celle-ci, les dépenses supplémentaires résultant de la **consultation et des soins prescrits** sont à la charge de l'assuré.

Outre ces règles contraignantes qui affectent les relations entre les caisses, les professionnels et les assurés, la mission s'est étonnée de la **pratique médicale prévalant en RFA**. Ainsi, la **consultation à domicile est quasi-inexistante**, et n'est admise que lorsque le patient se trouve dans l'incapacité absolue de se rendre au cabinet du médecin. Les **horaires et jours de consultation** doivent être strictement respectés, la qualité de médecin de famille ne créant manifestement pas de relations suffisamment étroites avec les patients pour qu'il puisse être dérogé à cette règle, sauf en cas d'extrême urgence et lorsqu'aucun service de garde n'est assez proche

pour être saisi à temps. Au reste, la notion même de *colloque singulier* entre praticien et malade est réduite à sa plus simple expression. En effet, il est parfaitement habituel et admis qu'un médecin examine **simultanément plusieurs patients** - accueillis toutefois dans des boxes séparés - , passant de l'un à l'autre successivement, la durée totale consacrée à chacun d'entre eux en particulier étant limitée à la portion congrue. Dès lors, il n'est pas rare qu'un praticien examine **plus d'une centaine de malades par jour**.

Il convient enfin d'ajouter que le **système hospitalier** est soumis aux mêmes règles d'agrément des caisses. D'une part, le **recours à l'hospitalisation**, comme d'ailleurs à tout spécialiste, ne peut être décidé que par le **médecin traitant**. Le généraliste est ainsi le point de passage obligé du système, d'autant plus qu'une distinction très rigoureuse sépare la **médecine hospitalière** de la **médecine ambulatoire** : les consultations externes à l'hôpital sont extrêmement rares, ne se pratiquent que depuis fort peu de temps, et sont limitées à certaines spécialités très lourdes. En outre, le traitement en hôpital ne peut être envisagé que lorsque la **médecine de ville** ne peut l'assumer.

D'autre part, un établissement hospitalier peut théoriquement être agréé par certaines caisses, mais pas par d'autres ressortissant pourtant au même territoire géographique. Mieux encore, à l'intérieur d'un même hôpital, tous les services ne sont pas nécessairement conventionnés : selon la pathologie, le malade devra alors être orienté vers tel ou tel hôpital par son médecin de caisse.

On constate ainsi que les règles essentielles de ce système sont terriblement complexes et contraignantes. Mais les difficultés se renforcent dès qu'on aborde des points plus secondaires de l'organisation du système de santé. Ainsi, par exemple, la **médecine du travail** est non seulement extrêmement développée en RFA en ce qui concerne la **prévention**, mais elle joue également un rôle non négligeable dans l'offre directe de soins puisqu'il doit y être obligatoirement recouru pour tous les accidents ou maladie du travail. Or, relient de ceux-ci les **accidents survenus sur le trajet domicile-travail** : sauf cas d'urgence, seul le médecin du travail est alors compétent pour consulter et prescrire dans cette hypothèse, à l'exclusion de tout autre praticien conventionné !

2.3 Le système du tiers payant est généralisé

L'une des raisons du maintien de cette organisation en l'état malgré sa complexité est l'existence, depuis les origines du régime d'assurance maladie, d'un système du tiers payant à peu près général. En médecine ambulatoire comme en médecine hospitalière, en effet, la délivrance des soins est absolument gratuite dès lors que le professionnel est agréé par la caisse d'assurance maladie du patient. A cet égard, il convient de relever qu'il n'existe aucune différence entre professions de santé, ni à raison du caractère public ou privé de l'organisme assurant la prestation thérapeutique.

Chaque assuré reçoit de sa caisse un bulletin de soins (*Krankenschein*) valable trois mois, qu'il remet à son médecin traitant afin que celui-ci y consigne les actes effectués. Ce bulletin est ensuite transmis à la caisse d'assurance maladie, qui règle directement le praticien (1) : ainsi n'existe-t-il aucun rapport d'argent entre le malade et son médecin.

Le tiers payant des honoraires, actes, produits et prestations thérapeutiques est à peu près général, à quelques légères exceptions près toutefois puisque, jusqu'en 1988, diverses "participations" étaient exigées de l'assuré, à savoir en particulier :

- 2 DM par médicament, quel que soit son coût ;
- 5 DM par journée d'hospitalisation, pour un maximum de 14 jours par année civile ;
- 4 DM par paire de lunettes ;
- 20 à 40 % du coût des prothèses dentaires.

Il convient de relever cependant que toutes les prestations, quelles qu'elles soient, sont entièrement gratuites pour les enfants de moins de dix-huit ans.

(1) Explication du mécanisme de rétribution des honoraires : cf p. 31 et 32.

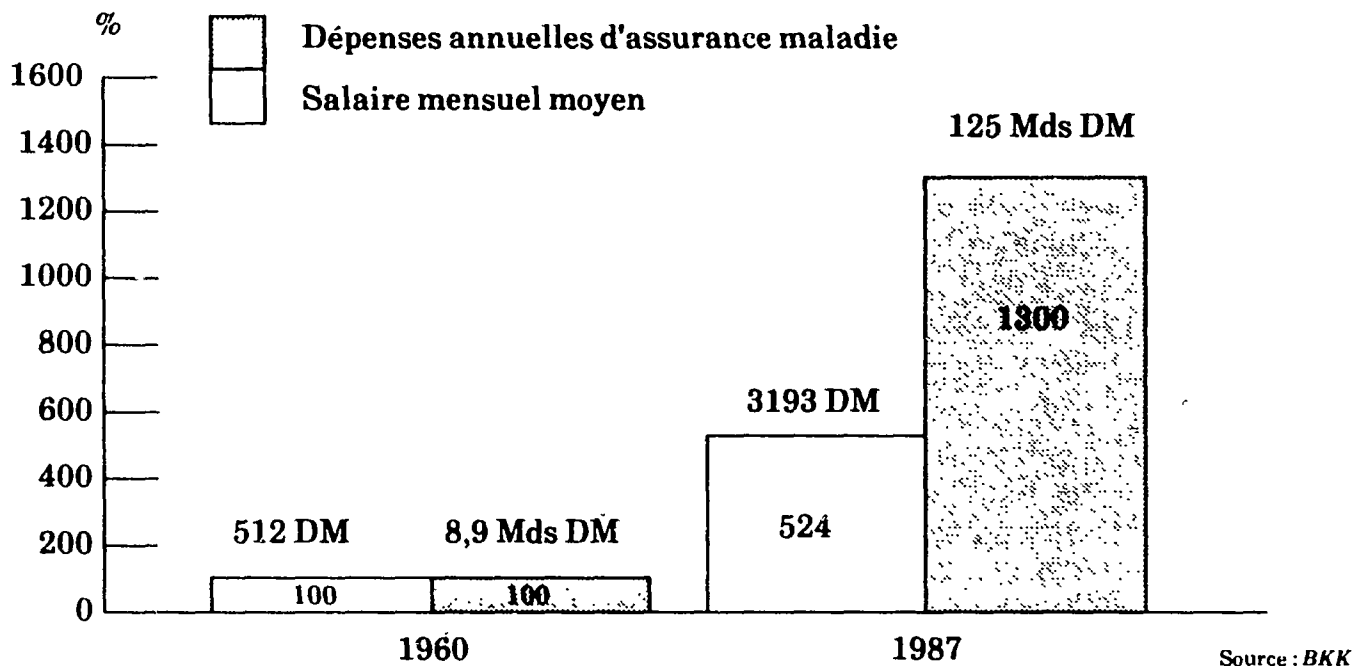
Cette générosité du régime fédéral d'assurance-maladie a toujours légitimé les contraintes qui pèsent sur les assurés dans leur liberté de choix et explique que l'essentiel des relations et des décisions relatives à l'organisation du *GKV* concernent les caisses et les professionnels de la santé. Au reste, la liberté de choix du malade existe bien formellement : simplement, tout recours à une prestation non reconnue par la caisse de l'assuré, dicté par une raison autre qu'un " motif contraignant " (*zwingender Grund*), conduit le patient à payer l'intégralité du surcoût éventuel résultant de son choix. En effet, les tarifs des praticiens conventionnés sont différents selon que leur client est affilié ou non à l'une des caisses qui les agréent. En outre, comme il n'existe pas, dans cette hypothèse, de *Krankenschein* (à l'exception des cas urgents pour lesquels chaque assuré dispose d'un bulletin de soins particulier à utiliser en cas d'urgence lorsque le médecin ou le service hospitalier n'est pas agréé par sa caisse), le système du tiers payant ne peut pas fonctionner, et le patient règle directement ses honoraires au praticien ou le prix des médicaments prescrits au pharmacien.

B. LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE EST SOUMIS À DIVERSES CONTRAINTES QUI EN ACCROISSENT LE COÛT

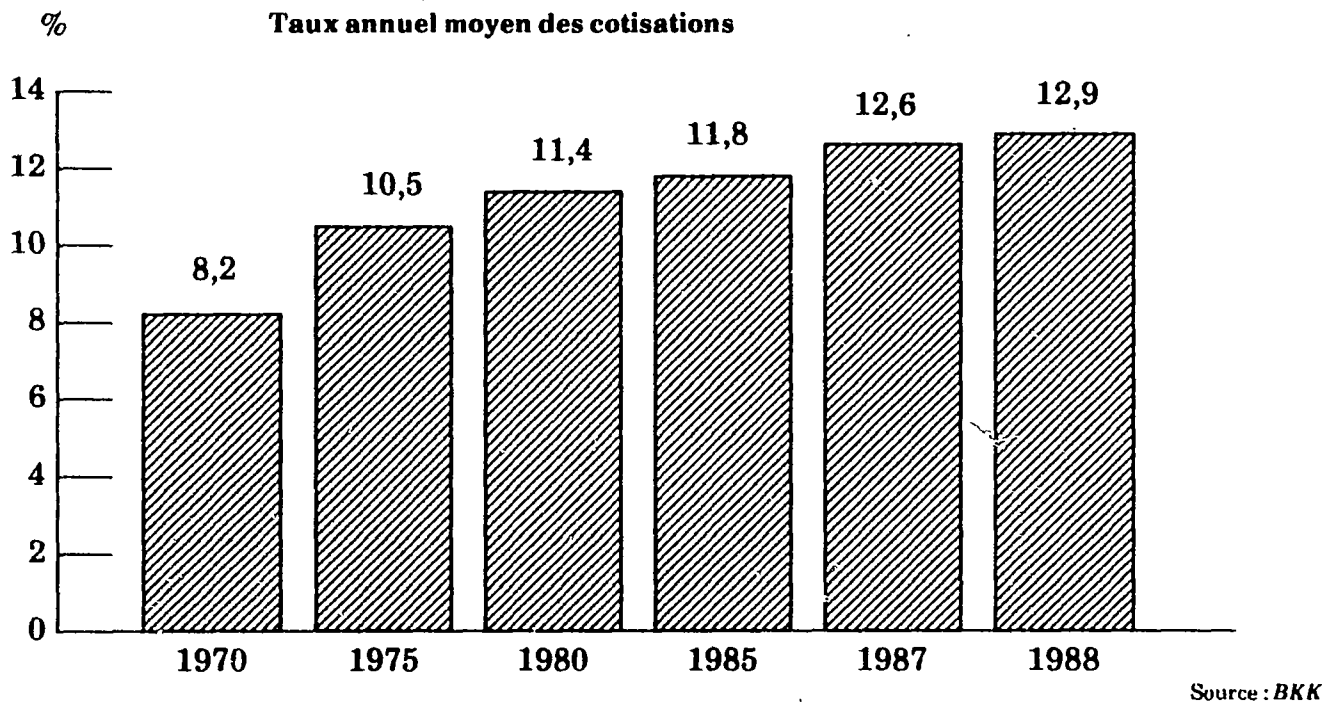
A l'instar des évolutions constatées dans les autres pays occidentaux, les dépenses d'assurance maladie ont considérablement augmenté en RFA depuis une trentaine d'années. Mais aux causes inflationnistes exogènes communes à toutes les sociétés développées s'ajoutent des facteurs endogènes spécifiques au système fédéral.

1. Des prestations et des cotisations en constante progression

Alors que le salaire mensuel moyen a progressé de + 524 % entre 1960 et 1987, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté, sur la même période, de + 1 300 %, comme en témoigne le graphique figurant page suivante.



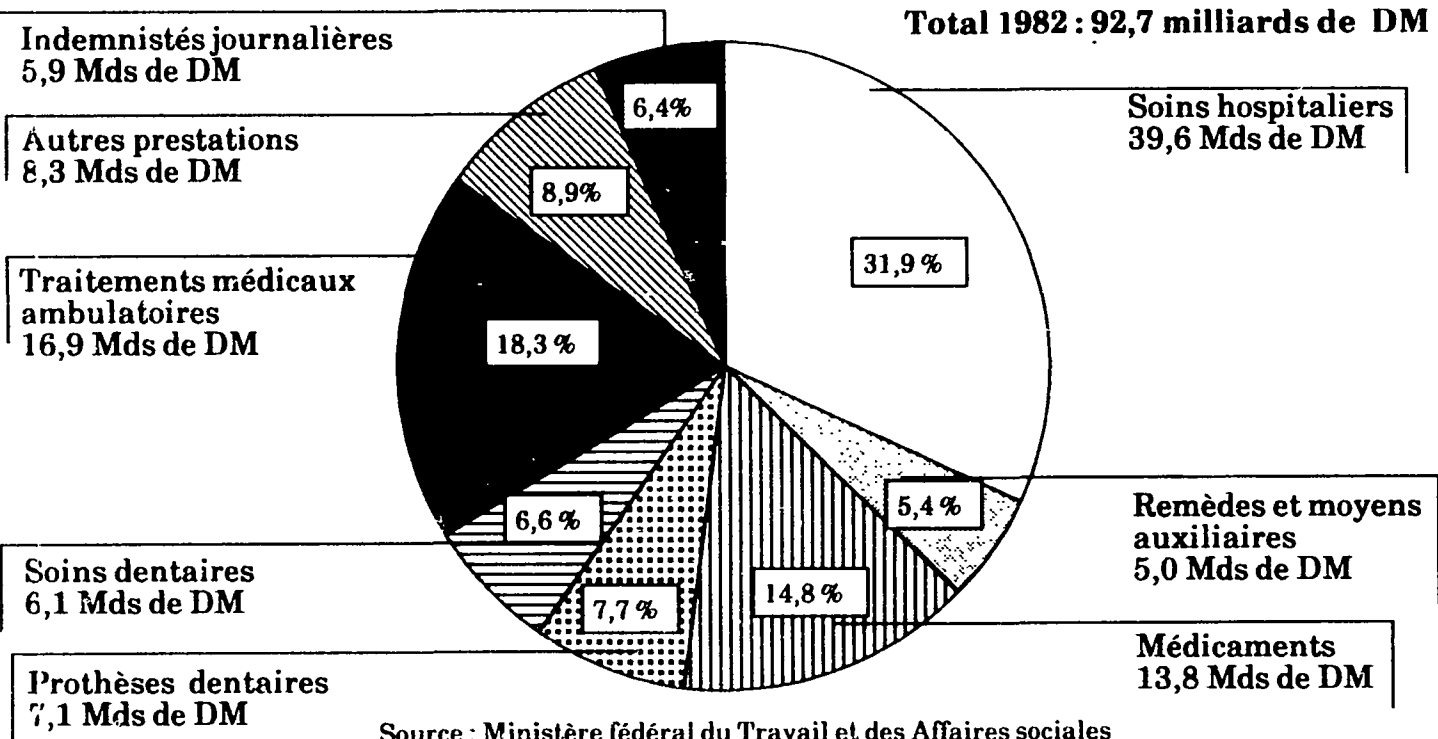
Dès lors, pour équilibrer recettes et dépenses, les taux des cotisations ont dû être augmentés régulièrement dans les proportions suivantes :



Quant à la structure des dépenses, elle est également en continuelle évolution, avec une part croissante consacrée aux frais pharmaceutiques, aux prothèses ainsi qu'aux cures.

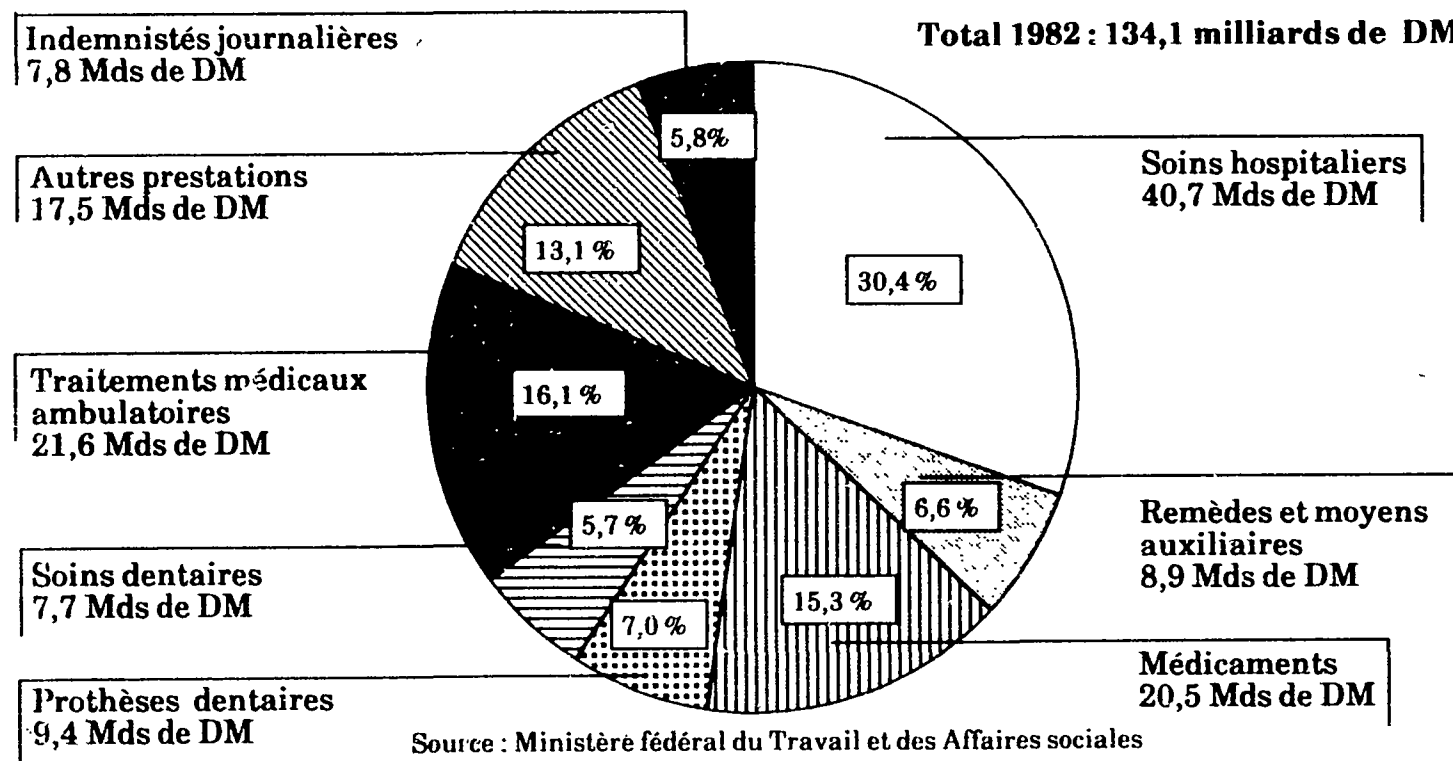
Prestations de l'assurance maladie obligatoire en 1982 et en 1988

Total 1982 : 92,7 milliards de DM



Source : Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales

Total 1988 : 134,1 milliards de DM



Source : Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales

Ainsi, les dépenses d'assurance-maladie représentent plus de 8,1 % du produit intérieur brut fédéral, alors que ce pourcentage n'était que de 4,6 % en 1960, ce qui place la RFA au cinquième rang des pays développés après les USA, la Suède, la France et le Canada. Si la progression a été particulièrement importante entre cette date et 1975, le taux d'accroissement des dépenses depuis lors a néanmoins été évalué à + 6,3 % en moyenne annuelle. Cependant, ce taux reste le plus bas parmi ceux observés sur la période dans les pays développés (1).

2. Des facteurs inflationnistes exogènes

La croissance des dépenses de santé résulte, en RFA comme en France, de trois facteurs principaux que sont l'amélioration de la qualité des soins et des équipements, la démographie médicale et le vieillissement de la population.

2.1 Une couverture des soins plus étendue et performante

Les progrès scientifiques et médicaux récents ont des effets immédiats sur les coûts des prestations, dont l'évolution est étroitement corrélée avec celle de la qualité des soins. Cette constatation est valable tant pour les prestations assurées par les hôpitaux, dont les investissements en équipements ne font que s'alourdir, que pour la médecine ambulatoire et l'odontologie. Non seulement le recours à des techniques plus sophistiquées accroît souvent le coût de la thérapie, mais elle induit en outre de façon indirecte des comportements visant à rentabiliser les efforts financiers consentis par une multiplication des traitements à fort contenu en capital, sans que cela soit toujours absolument nécessaire. C'est en particulier à ce problème que doit répondre le principe dit d'économicité, qui guide et justifie le contrôle médical opéré par les unions des médecins à l'égard de l'activité des praticiens.

(1) Les taux d'évolution ont été respectivement de 14,5 % en France et de 12,8 % aux USA entre 1975 et 1986.

Par ailleurs, la satisfaction des besoins primaires a rendu possible le développement de toute une activité de médecine dite de confort, dont l'importance aux yeux des assurés tend à se renforcer. Ainsi, les dépenses de prothèses dentaires, par exemple, sont-elles tout à fait exceptionnelles en RFA, puisqu'on compterait statistiquement près d'une prothèse par habitant. Cette constatation s'applique également au développement des professions paramédicales, voire de celles spécialisées dans des thérapies alternatives à la médecine traditionnelle, telles l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, la mésothérapie etc... Cependant, l'activité de ces professionnels, appelés *Heilpraktiker* en RFA (littéralement : "guérisseurs"), n'est en général pas susceptible d'être prise en charge par le GKV, au contraire des prestations assurées par les professions paramédicales comme les ambulanciers et secouristes, les ergothérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens, les audioprothésistes, les techniciens de laboratoire d'analyses médicale, les infirmiers et les manipulateurs d'électrocardiologie médicale.

2.2 Le nombre des praticiens augmente

Par ailleurs, la démographie médicale est en forte progression, malgré un système de *numerus clausus* institué par les universités à l'entrée des études. Mais celui-ci fonctionne mal pour des raisons de constitutionnalité, qui ont même conduit à sa suppression pure et simple en ce qui concerne les pharmaciens, la Loi Fédérale (*Grundgesetz*) garantissant le libre accès à l'enseignement comme le droit à l'exercice d'une profession.

Dès lors, avec 12 000 nouveaux médecins par an, auxquels s'ajoutent les installations d'environ 1 000 jeunes médecins venant de pays membres de la CEE, et compte tenu de 7 000 départs annuels à la retraite, la population médicale en RFA s'accroît de 6 000 professionnels chaque année, soit un taux de près de 5 %. En huit ans, le nombre des médecins s'est ainsi accru de plus de 27 %, pour atteindre en 1988 près de 170 000 praticiens qui se répartissent en environ 70 000 médecins de ville et 80 000 médecins hospitaliers, le reste étant constitué par des médecins salariés par les caisses d'assurance maladie, les entreprises et les ministères, ainsi que par les unions de médecins.

De même, pour environ 1 700 diplômés annuels dans la spécialité, le nombre d'officines pharmaceutiques augmente-t-il de 200 à 250 par an, soit, pour un total de 17 637 pharmacies en 1987, une progression de près de 30 % en dix ans. Enfin, on dénombre quelques 1 500 dentistes en 1989, et ils devraient être environ 55 000 en l'an 2 000.

Globalement, l'ensemble des professions de santé s'est accru de 23 % depuis 1980. Dès lors, avec un médecin pour 360 habitants, un dentiste pour 693 habitants et une pharmacie pour 3 470 habitants, la RFA est le pays au monde où la démographie sanitaire est la plus importante.

Cette situation pèse à l'évidence sur les coûts, puisque le généraliste, et *a fortiori* le spécialiste, dirige une véritable équipe de professionnels paramédicaux et possède en général un petit laboratoire : l'installation coûte donc cher, et doit être rentabilisée. Il est ainsi admis que l'activité d'un praticien allemand induit, pour l'ensemble des postes de l'assurance maladie autres que la médecine ambulatoire, un coût de 400 %, soit 1 million de DM. En outre, le niveau de vie des médecins allemands est considérablement supérieur à celui de leurs homologues français, les revenus annuels des généralistes étant estimés respectivement à 500 000 francs en RFA, et à 300 000 francs en France.

2.3 La population allemande vieillit

Le dernier facteur d'accroissement exogène des dépenses de santé est naturellement le vieillissement de la population, qui est particulièrement important en RFA. Or, il est constant que les personnes âgées nécessitent des soins plus nombreux et plus dispendieux que les autres assurés.

Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est en constante progression : il représente actuellement plus de 21 % de la population de la RFA, et les perspectives font état de ratios de 25 % en l'an 2000, 27,6 % en 2010, 31 % en 2020 et plus de 37 % en 2030. Certes, les bouleversements politiques actuels peuvent modifier ces chiffres, la population de la République Démocratique Allemande

étant sensiblement plus jeune que celle de RFA, mais ils n'inverseront pas la tendance. Parmi ces personnes âgées, le nombre de **personnes dépendantes et nécessitant des soins coûteux** augmentera dans des proportions encore plus grandes.

Dès lors, tandis que la **part des cotisations versées par les retraités se réduit constamment depuis 1970** pour ne représenter qu'environ **15 % du total des recettes aujourd'hui**, la **part des prestations** qui leur sont fournies ne cesse, elle, de s'accroître, passant de **27,6 % en 1970 à 38,4 % en 1988**. En particulier, si **30 % de la population ayant recours aux soins est constituée de retraités**, ceux-ci consomment **55 % des dépenses pharmaceutiques**. Ainsi, la croissance des dépenses d'assurance maladie est structurellement exponentielle.

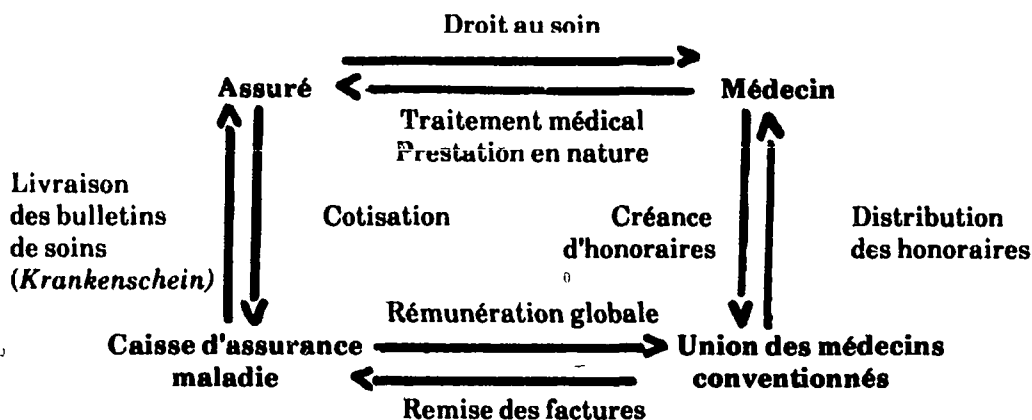
3. Des facteurs inflationnistes endogènes

Par ailleurs, le régime fédéral d'assurance maladie secrète ses **propres facteurs d'accroissement**. Le premier est lié à l'évidence au système du tiers payant et à la **nomenclature des actes médicaux**. Le second résulte de la puissance de l'industrie pharmaceutique allemande et le troisième trouve sa raison dans l'organisation du système hospitalier.

3.1 Le tiers payant et la nomenclature des actes

En RFA, le **droit aux diverses prestations de santé** résulte non pas d'un contrat passé entre l'assuré et son praticien, mais simplement de l'affiliation du premier à l'une des **caisses d'assurance maladie**. Quant à celles-ci, elles sont en relation avec l'ensemble des intervenants médicaux regroupés dans des unions professionnelles (1), et non avec chacun d'entre eux. Ainsi, la consultation d'un médecin généraliste par un malade génère un **rapport quadrangulaire** entre le médecin conventionné, son union professionnelle, l'assuré et sa caisse d'assurance maladie, conformément au schéma figurant page suivante.

(1) Il existe, dans les 11 *Länder* allemands, **18 unions de médecins (UMC)** et **16 unions de dentistes (UDC)** qui défendent les intérêts économiques des praticiens et garantissent l'accès aux soins ambulatoires des assurés.



En effet, l'assuré verse une cotisation pour que la caisse d'assurance maladie lui confère un droit aux soins matérialisé par le *Krankenschein*. Tous les trimestres, chaque médecin adresse à son UMC les bulletins de soins remis par ses patients, sur lesquels il a indiqué les actes effectués pendant la période. Après vérification, l'UMC remet les factures à la caisse d'assurance-maladie, perçoit la rémunération globale concernant les prestations en nature, et la distribue ensuite à ses adhérents, au prorata de leur activité. En pratique, un mécanisme d'avances mensuelles permet une régulation harmonieuse du dispositif.

Le système du tiers payant ainsi décrit est fortement inflationniste, puisque ni le malade, ni le praticien ne sont incités à limiter, qui son recours aux soins, qui sa prestation de service, dès lors qu'aucun rapport monétaire ne sanctionne leur relation. En outre, le côté pernicieux de cette organisation est considérablement renforcé par la nomenclature des actes médicaux, qui est en effet extrêmement complexe et détaillée. Sept grandes catégories de consultations distinguent plus de 2 400 actes différents, la cotation technique ayant été privilégiée afin de contribuer à la modernisation des équipements. C'est ce qui a conduit en particulier à intégrer les laboratoires d'analyses dans les cabinets libéraux, ce qui n'a pas été sans conséquences sur la multiplication des examens.

Aussi, l'opacité du système est-elle absolue. En aurait-il l'intérêt et la volonté, le patient ne dispose d'aucun moyen matériel de vérifier l'activité de son praticien, puisque le *Krankenschein* ne lui appartient plus dès la première consultation. En outre, la nomenclature est si complexe que seul un spécialiste peut en connaître et en comprendre les arcanes, chaque consultation générant en moyenne une douzaine de cotations différentes (par exemples,

l'examen buccal, la palpation d'un membre et l'auscultation pulmonaire effectués au cours d'une même consultation sont tous trois cotés de façon séparée. De même, le conseil par téléphone est un acte particulier.).

Pourtant, pour rationaliser l'organisation des soins et tenter de limiter l'évolution des dépenses de santé, le principe de l'Action concertée mis en place en 1977 (1) est accompagné, depuis 1984, d'un système de contrôle renforcé des UMC sur les médecins adhérents destiné à limiter les effets inflationnistes du système. En effet, la négociation entre associations de médecins et caisses d'assurance maladie portait jusqu'alors sur la valeur unitaire des actes et celle des honoraires. Dès lors, la contribution globale trimestrielle, versée aux premières par les secondes, était ensuite répartie entre les prestataires de soins de façon directement proportionnelle au nombre individuel d'actes effectués.

Au contraire, à compter de 1984, il a été admis que l'accroissement annuel des dépenses du régime d'assurance maladie ne devait pas dépasser le rythme d'augmentation des salaires. Ainsi les caisses sont-elles désormais autorisées à refuser de verser une rémunération globale supérieure à une somme calculée selon ce principe, quel que soit le montant réel des honoraires réclamés par les praticiens. Dans ce cas de figure, les UMC, par exemple, effectuent une péréquation des actes à l'intérieur de l'enveloppe globale, ne rétribuant finalement pas chaque médecin conventionné au montant exact de son activité.

Ainsi, tout médecin qui surfacture et multiplie ses consultations lèse l'ensemble de ses confrères. Dès lors, un contrôle des médecins et des dentistes s'est logiquement avéré nécessaire pour garantir un équilibre des rémunérations. Chaque UMC contrôle ses adhérents dont le coût des ordonnances est supérieur à 50 % de la moyenne de celles des collègues de leur spécialité, pour vérifier que leur activité est conforme au principe de "l'économicité" qui doit déontologiquement la guider. Reste que cette méthode ne semble pas avoir été suivie de beaucoup d'effets réellement positifs, peut-être en raison du pourcentage très élevé (50 %) retenu par les associations professionnelles.

(1) Fixation de normes annuelles de progression globale des dépenses de santé - cf p. 38 et 39.

Enfin, il convient de relever que malgré l'instauration d'un dispositif de budget global dans les hôpitaux en 1984, ni les caisses d'assurance-maladie, ni les unions professionnelles ne disposent de moyens de freiner l'accroissement des dépenses d'hospitalisation.

3.2 Le prix du médicament

L'industrie pharmaceutique allemande est l'une des plus puissantes du monde, puisqu'avec un chiffre d'affaires représentant en moyenne annuelle 20 milliards de DM, elle se place au troisième rang des producteurs et détient la première place parmi les exportateurs. Près de 5 milliards de DM sont consacrés à la publicité et 3 milliards de DM le sont à la recherche.

Le marché allemand propose plus de 70 000 médicaments différents, ce qui a semblé beaucoup trop à la plupart des interlocuteurs rencontrés par la mission pour garantir une réelle transparence. En outre, les prix pratiqués sont supérieurs de 50 % à la moyenne européenne, et de plus de 100 % aux prix des médicaments en France. Enfin, les différences de prix pour des produits du même type, ayant des propriétés et une efficacité thérapeutique similaires, voire parfaitement identiques, peuvent s'inscrire dans un rapport de 1 à 4.

C'est qu'en effet existe en RFA un fort marché du "générique", qui représente environ 35% de la valeur et 50% du volume des ventes annuelles. Les génériques sont des médicaments qui imitent totalement une préparation d'origine commercialisée par un grand fabricant, sans que leurs prix de revient aient à inclure les coûts de recherche-développement ni les charges résultant des opérations longues et coûteuses précédant l'autorisation de mise sur le marché. Il n'est pas rare que des médicaments originaux soient concurrencés par 30 ou 40 génériques différents.

Bien que ces derniers soient moins onéreux, la concurrence par les prix est relativement limitée. En effet, tant les médecins que les pharmaciens sont incités par les grandes entreprises pharmaceutiques à prescrire des médicaments d'origine.

De même, des politiques tarifaires discriminantes conduisent les hôpitaux à une pratique similaire. Quant aux patients, le double système du tiers payant et de la contribution forfaitaire de 2 DM quel que soit le prix du produit, les laisse parfaitement indifférents au coût de leur consommation pharmaceutique.

3.3 L'organisation hospitalière

La dernière cause d'accroissement des dépenses de santé en RFA résulte de l'organisation du système hospitalier.

La rigoureuse séparation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière a pour origine un principe séduisant, exprimé en Allemagne par l'aphorisme : "Soins ambulatoires autant que possible, soins hospitaliers autant que nécessaire". Dès lors, l'activité de la médecine de ville couvre un champ de spécialités plus étendu en RFA qu'en France, le recours à l'hôpital ne s'effectuant qu'en cas d'impossibilité pour celle-ci d'assumer la charge de traitements trop lourds. Néanmoins, cette distinction a conduit à un suréquipement général puisque la médecine hospitalière doit nécessairement disposer de matériels qui lui sont propres, mais que possèdent par ailleurs nombre de praticiens libéraux opérant dans la même circonscription géographique. Chacun des systèmes étant également soumis à des contraintes de rentabilité, il en découle parfois des comportements qui ne respectent guère la stricte rationalité économique globale.

Par ailleurs, l'admission à l'hôpital ne peut se faire, sauf en cas d'urgence, qu'à la suite d'une première consultation effectuée auprès du médecin conventionné du patient. Il y a donc structurellement un échelon supplémentaire qui induit un surcoût par rapport au système français.

Enfin, si les frais de fonctionnement sont couverts par le prix de journée, fixé de façon conventionnelle entre les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie, les frais d'investissements et d'équipements des hôpitaux publics et privés sont exclusivement supportés par les *Länder*. Or, des impératifs de politique locale ont conduit à une multiplication des établissements dans le courant

des années soixante, si bien qu'on estime la surcapacité actuelle du système hospitalier à environ 100 000 lits, soit près de 15 % du parc fédéral qui s'élève à 670 000 lits pour 3 119 établissements, répartis pour deux tiers dans les hôpitaux généraux et pour un tiers dans les hôpitaux spécialisés.

Au total, le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales considère que 20 % des hospitalisations sont abusives. Cependant, le *Bund* ne dispose d'aucun moyen institutionnel pour contribuer à une réduction des capacités hospitalières. Quant aux caisses d'assurance-maladie, leur pouvoir de résiliation des conventionnements avec les hôpitaux qui leur paraissent trop ou inharmonieusement équipés est limité par un droit de veto motivé du *Land*.

II. - UNE RÉFORME NÉCESSAIRE MAIS PEUT-ÊTRE INSUFFISANTE

En RFA comme dans les autres pays occidentaux, les pouvoirs publics ont élaboré depuis quinze ans diverses politiques destinées à infléchir l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie, dont le taux de croissance n'était plus adaptée à une économie affectée par la crise. Outre deux réformes du financement des hôpitaux en 1972 et 1984, des aménagements significatifs ont été entrepris en 1977 et en 1984 en matière de médecine ambulatoire, de manière à responsabiliser les assurés et les prestataires de soins au problème du coût de la santé. Cependant, les résultats de ces mesures n'ont pas été à la hauteur des espérances des partenaires sociaux et du gouvernement fédéral.

C'est pourquoi a été adoptée en 1988 une réforme beaucoup plus fondamentale du régime d'assurance maladie, dont l'objectif principal est de stabiliser durablement le niveau des cotisations sociales. La mise en oeuvre de la *Gesundheitsreform* a été engagée à compter de cette année et devrait s'étaler sur trois ans.

Au-delà de l'appréciation des effets prévisibles de cette réforme, il apparaît cependant qu'elle devra être complétée par des mesures supplémentaires qui affecteront probablement l'organisation même du système de santé fédéral dans ses principes essentiels.

A. LES MESURES MISES EN OEUVRE DEPUIS DOUZE ANS N'ONT PAS EU LES RESULTATS ESCOMPTÉS

De 1960 à 1975, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut de la RFA est passée de 4,7 % à 7,8 %.

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses sur la période a été de 12,2 %. Cette évolution s'explique en particulier par le fait que la consommation médicale par habitant a progressé de 5,3 % par an. Certes, avec ce taux de croissance, la RFA se trouvait dans le peloton de queue des pays occidentaux, mais il a paru néanmoins suffisamment important aux autorités fédérales pour que soit mis en place en 1977 un dispositif destiné à modérer la croissance des dépenses de santé.

1. Le principe de l'Action concertée

La *Conférence nationale pour l'Action concertée*, instituée en 1977 par une loi fédérale, réunit, en une vaste négociation semestrielle, l'ensemble des partenaires sociaux et des parties prenantes au système fédéral de la santé : le *Bund*, les *Länder*, les organismes patronaux, les syndicats, les caisses d'assurance maladie, les unions de médecins et de dentistes conventionnés, les organisations médicales et paramédicales, les associations des hôpitaux et enfin l'industrie pharmaceutique. Son objectif est de réguler l'évolution des dépenses de santé et de concourir à l'amélioration des structures sanitaires, par l'édition de recommandations indicatives dont l'efficacité procède exclusivement de la force du consensus dégagé pour les définir.

Cette structure permanente de concertation s'inscrit dans une tradition de négociation sociale propre à la RFA et est directement calquée sur un dispositif analogue régissant les rapports entre patronat et syndicats en matière économique. Elle permet de garantir la préservation du système fédéral de santé, en ce qui concerne tant l'offre que la demande de soins, malgré les intérêts institutionnels et économiques antagonistes des différents partenaires. En effet, alors que les caisses d'assurance maladie sont soucieuses d'équilibrer leurs charges et leurs produits sans

procéder à des augmentations de cotisations, les professionnels médicaux ont à coeur de maintenir l'évolution de leur pouvoir d'achat et leurs garanties statutaires, tout comme le complexe pharmaceutique (industrie et officines) ses résultats économiques, et l'organisation hospitalière sa spécificité.

Ainsi, deux conférences annuelles se tiennent chaque année depuis 1977 en automne (rationalisation des structures de soins) et au printemps (évolution des dépenses d'assurance maladie).

En ce qui concerne la seconde, qui a lieu au mois de mai, des objectifs quantitatifs d'évolution des dépenses appréhendées par grands types de prestations sont déterminés de façon contactuelle et donnent lieu à des recommandations qui doivent être suivies par l'ensemble des parties prenantes. La référence macro-économique de base a été, dès l'origine, la masse salariale considérée à l'échelon national : la norme moyenne d'accroissement des dépenses d'assurance maladie, et en particulier des honoraires médicaux et dentaires, doit ainsi être analogue à celle des revenus de base moyens. Théoriquement, la sanction d'un non respect de cette recommandation, c'est-à-dire d'un dépassement de prévisions, est la réduction du taux de croissance d'une année sur l'autre à l'occasion d'un nouveau *round* de négociation.

2. Une efficacité inégale

Conformément à la philosophie particulière qui régit les relations sociales en RFA, ce dispositif n'est donc pas coercitif mais s'appuie sur le consensus pour obtenir des résultats conformes aux objectifs fixés.

Comme l'indique le tableau figurant page suivante, les premiers résultats de cette conférence donnèrent satisfaction puisque, pendant cinq ans, la progression des dépenses d'assurance maladie fut sensiblement conforme à celle des valeurs macro économiques prises en référence.

Ce résultat fut atteint dans la mesure où tous les intervenants avaient intérêt au maintien d'un système qui

garantissait une importante qualité des soins pour les assurés et des revenus tout à fait satisfaisants pour les prestataires. Cependant, à compter de 1982, le dispositif s'est peu à peu dégradé, des oppositions d'intérêt émergeant de façon de plus en plus apparente à mesure que les contraintes du système fédéral de soins devenaient importantes.

L'action concertée et l'évolution des dépenses d'assurance-maladie en RFA

	1970-1975	1976	1977	1978	1979	1980	1975-1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Revenus de base moyens	10,9	7,5	6,7	5,0	6,2	5,4	6,2	5,0	4,4	3,8	4,4	3,1	3,6
Recommandation de l'action concertée	-	-	-	5,5	5,5	6,0	-	4,0	(2)	2,9	1,9	1,8	2,0
Masse effective des honoraires	17,4	9,0	4,0	5,6	6,9	9,3	6,9	6,2	0,2	3,5	7,4	4,5	4,9
Médecins	13,5	5,6	4,0	4,0	5,6	7,0	5,2	6,3	2,3	5,1	6,2	3,3	3,9
Pharmacie	14,0	8,0	1,4	6,4	5,4	8,8	6,0	7,3	0,7	4,9	7,1	6,2	6,4
Auxiliaires	28,5	8,0	8,5	13,3	11,8	10,3	12,3	6,9	4,6	-3,8	14,3		
Hôpitaux	21,7	9,5	5,5	5,2	4,9	7,8	6,6	6,2	8,0	4,7	6,5	6,7	6,5

(1) Source : " RFA : les limites de la politique des dépenses de santé " - Marc Duriez - in *Solidarité Santé* - Etudes statistiques n° 2 - 1988.

(2) En 1982, l'action concertée n'a pas réussi à quantifier l'évolution recommandée des dépenses.

D'une part, la norme de référence macro-économique était probablement insuffisante pour contenir à elle seule l'évolution des dépenses sans que soit envisagée une action particulière sur les déterminants structurels du régime d'assurance maladie. En outre, en se bornant à négocier des recommandations annuelles, les parties prenantes à la concertation se sont abstenues de construire un dispositif d'évaluation permettant, à partir du passé, d'organiser efficacement l'avenir dans un souci d'optimisation.

D'autre part, le consensus s'est considérablement émoussé au fil du temps, alors qu'il est le fondement essentiel de la réussite de l'Action concertée. En effet, ni le secteur de la pharmacie, dominé par la puissance de l'industrie pharmaceutique, ni le complexe hospitalier, largement tributaire de la volonté politique des *Länder*, n'ont consenti réellement à produire les efforts nécessaires pour respecter les accords de stabilité. Dès lors, les praticiens, sur lesquels reposait la part la plus importante du mécanisme contractuel, ont peu à peu privilégié des comportements catégoriels, à mesure notamment que s'accroissaient les tensions affectant leur situation économique individuelle, et par conséquent leur statut social.

Enfin, les facteurs inflationnistes décrits dans la première partie de ce rapport (1) se sont aggravés, notamment en ce qui concerne la **démographie médicale**, le **vieillissement de la population** et les problèmes liés au **financement dual de l'hospitalisation**.

Aussi, en 1984, un deuxième ensemble de mesures est venu renforcer le principe de l'*Action concertée*. D'une part, il a été admis que les **dépenses globales d'assurance maladie** ne pourraient désormais **progresser de façon supérieure à l'évolution de la masse salariale**, les caisses d'assurance maladie étant en particulier autorisées à ne pas assurer la rétribution des unions professionnelles au-delà de la norme de progression décidée chaque trimestre à l'échelon du *Land*.

D'autre part, une loi fédérale a institué un **budget global** pour les **hôpitaux** et a attribué aux caisses d'assurance maladie des pouvoirs de négociation plus importants, en leur permettant notamment de **dénoncer plus facilement des conventions** les liant aux établissements.

Par ailleurs, l'installation des médecins, dentistes et pharmaciens a été soumise à **autorisation administrative préalable**, en particulier dans les **régions surmédicalisées**, afin de compenser l'absence d'un *numerus clausus* efficace à l'entrée des cycles universitaires.

Enfin, diverses mesures tendant à accroître la **participation des assurés à leurs dépenses de soins** ont été renforcées ou initiées. En pharmacie, le **ticket modérateur** de 2 DM a été substitué à la prise en charge de 20 % du montant de l'ordonnance plafonnée à 4 DM et le **remboursement de certains médicaments de confort** a été supprimé (rhume, grippe, voyage, laxatifs). En **hospitalisation**, une **participation aux frais** de 5 DM par jour dans la limite de 14 jours par an a été instituée. En ce qui concerne l'**orthodontie**, les **prothèses** n'ont plus été prises en charge qu'à hauteur de 60 %, sauf exception.

(1) Cf p. 26 à 36.

L'ensemble de ces dispositions a permis effectivement de stabiliser relativement les dépenses de santé en RFA. La décennie 1975-1986 a ainsi été caractérisée par une diminution de près de moitié de leur taux de croissance annuel moyen, qui est passé à 6,3 %. Mieux encore, la consommation médicale par habitant n'a quant à elle progressé que de 2,2 % par an sur la période, ce qui fait qu'en 1986, les dépenses d'assurance maladie représentaient 8,1 % du produit intérieur brut de la RFA.

Or, alors même que cette augmentation a été la plus faible parmi celles observées dans les pays développés, les résultats obtenus grâce à l'Action concertée n'ont pas été jugés suffisants par les autorités politiques fédérales. Celles-ci ont eu pour effet argué de la très nette reprise de l'accroissement des taux de cotisation d'assurance maladie constatée à partir de 1984 - progression de la moyenne nationale de 11,4 % à 12,9 % en quatre ans - pour engager une réforme de l'assurance maladie qu'elles souhaitaient plus fondamentale que les précédentes.

B. LA RÉFORME DE L'ASSURANCE - MALADIE

Voté par le *Bundestag* le 25 novembre 1988 et par le *Bundesrat* le 16 décembre de la même année, le projet de loi portant réforme de l'assurance maladie (*Gesundheitsreform*) est entré en vigueur le 1er janvier 1989.

La *Gesundheitsreform* a pour objet d'équilibrer et de stabiliser la situation financière de l'assurance maladie, afin en particulier :

- de stopper le mouvement continu de l'accroissement des taux de cotisation, voire d'initier sa décruescence ;

- de concentrer les prises en charge de l'assurance maladie sur les prestations strictement nécessaires ;

- de remédier à certaines lacunes de la couverture sociale, en particulier à l'égard des assurés qui soignent à domicile des personnes dépendantes.

1. Des mesures d'économie nombreuses et disparates

Les mesures d'économie mises en oeuvre, par delà leur diversité, visent à responsabiliser tant les assurés que les prescripteurs de soins sur les coûts du système de santé.

1.1 Une participation accrue des malades à leurs dépenses de santé

Si tous les interlocuteurs ouest-allemands sont rétifs à l'utilisation du terme de *ticket modérateur*, il convient de relever dans les faits que l'essentiel des mesures d'économie revient à instituer ce dispositif dans un régime qui lui était jusqu'à présent assez largement étranger. En effet, un ensemble de médicaments et de biens médicaux seront dorénavant remboursés sur la base d'une prise en charge forfaitaire (*Festbetrag*) déterminée de façon conventionnelle par les caisses d'assurance maladie et les professionnels médicaux. Dès lors que le patient voudra avoir recours à des produits plus onéreux, il lui sera nécessaire d'acquitter la différence des prix sans en être remboursé par le régime d'assurance maladie légal.

. Les médicaments

En ce qui concerne les médicaments, trois classes de produits ont été définies :

. la première regroupe tous les médicaments composés par des principes actifs parfaitement identiques ;

. la deuxième comprend les produits composés de principes actifs semblables et qui ont une portée thérapeutique identique ;

. enfin, la troisième concerne les médicaments dont les propriétés thérapeutiques sont comparables.

Pour chacune de ces catégories, un comité fédéral composé de médecins et de représentants des caisses d'assurance-maladie, à laquelle participeront à titre consultatif les pharmaciens et l'industrie pharmaceutique, devra définir, par type de médicaments, un prix équivalent au prix moyen d'un " bon produit peu cher " constituant le forfait de prise en charge (*Festbetrag*).

La liste du premier groupe, comprenant 1 400 médicaments composés par 10 principes actifs différents, a été élaborée au cours de l'été dernier et la mise en oeuvre du *Festbetrag* a débuté le 1er septembre 1989. L'ensemble de ces médicaments représente un peu plus de 2 milliards de DM, soit 10 % du marché fédéral, et les économies attendues sont évaluées à environ 420 millions de DM.

Cette mesure semble effectivement porteuse d'économies potentielles puisque, dès la publication de la première liste, les prix des médicaments concernés auraient chuté de 30 % en moyenne, comme l'indique le tableau suivant. Cependant, les stratégies des firmes pharmaceutiques n'ont pas été homogènes : certaines ont immédiatement abaissé le coût de leurs produits au niveau du *Festbetrag*, alors que d'autres, au contraire, n'ont pas modifié leurs tarifs. La société Hoffmann Laroche, en particulier, a considéré qu'il y avait un intérêt pédagogique à laisser le malade régler une partie de sa consommation pharmaceutique, et n'a par conséquent pas réduit ses prix.

Autant la première liste n'a posé que des difficultés matérielles limitées dans son établissement, autant les deux suivantes et, et en particulier la dernière, paraissent si délicates à élaborer qu'un certain nombre des interlocuteurs de la mission ont semblé douter que le principe du *Festbetrag* puisse être appliqué aux médicaments concernés. Pourtant, le gouvernement fédéral envisage la publication des deux listes suivantes avant 1992.

Par ailleurs, tous les médicaments auxquels ne sera pas appliqué de montant fixe sont soumis, depuis le 1er janvier 1989, à une prise en charge par l'assuré de 3 DM à laquelle sera substituée, à partir de 1992, un ticket modérateur de 15 % du prix du médicament, dans la limite de 15 DM. En ce qui concerne les produits destinés à lutter contre les pathologies à risque

important, comme par exemple le cancer, le ticket modérateur sera limité à 10 % seulement.

Diminution moyenne des prix du marché en août 1989

Produit	Réduction moyenne des prix (en %)	Participation moyenne des assurés (en DM)	
B - Acetyldigoxin	19,7	3,00	
Bromazepam	--	7,55	
Diclofenac	groupe 1 groupe 2 groupe 3 groupe 4	34,7 37,6 35,3 33,1	9,50 25,00 3,00 3,50
Glibenclamid	29,8	-	
ISDN	groupe 1 groupe 2	30,6 30,9	- -
ISMN	27,6	-	
Nifedipin	31,5	8,80	
Oxazepam	32,9	-	
Triam + Hydro	50,3	2,99	
Verapamil	29,6	-	

L'industrie pharmaceutique reste fortement réticente à l'égard de ce nouveau système, arguant en particulier que la pression sur les prix diminuera sensiblement la part des résultats qui est affectée à la recherche et qu'en privilégiant les fabricants de génériques qui ne sont pas soumis à ces impératifs d'investissement, le gouvernement fédéral risque de mettre à mal une branche importante de son système industriel. Aussi, diverses précautions ont été prises qui sont autant d'exceptions au principe du *Festbetrag* :

. aucun médicament encore protégé par un brevet d'invention ne sera concerné. Or, la durée légale de protection est fixée en RFA à vingt ans ;

. en outre, une loi de 1986 relative à la recherche, qui prend en compte une directive de la CEE en la matière, définit un délai de non concurrence de dix ans pour les produits nouveaux apparaissant sur le marché. En l'absence de médicaments de substitution, aucun *Festbetrag* ne peut être défini ;

. enfin, une période supplémentaire de trois ans après l'admission d'un premier générique sera accordée avant la détermination d'un prix forfaitaire pour le type de médicaments en cause.

. Biens et appareillages médicaux

Par ailleurs, au-delà des médicaments, un certain nombre de biens et d'appareillages médicaux seront également soumis à la prise en charge forfaitaire. Cela est vrai pour les lunettes et les prothèses auditives ainsi que pour les prothèses dentaires, comme l'indique le tableau suivant :

Prise en charge par le GKV

Type de produit	Avant 1989	A partir de 1989
Prothèses dentaires	75 - 80 %	40 à 60 % ou 50 à 70 % si bonus de 10 % pour soins réguliers et 45 à 65 % au bout de 10 ans de soins
Lunettes	40 DM pour les montures 100 % pour les verres dans la limite d'un renouvellement tous les 3 ans	20 DM par monture Montant fixe pour les verres (pas encore déterminé)
Appareils d'écoute	100 %	Prix fixes (pas encore déterminés) selon les différents degrés du défaut d'acuité Plus de remboursements pour les piles
Fauteuils roulants	100 %	Prix fixes (pas encore déterminés)
Autres prothèses et appareils	100 %	100 %

Il convient de préciser en outre que :

- la consultation régulière d'un dentiste, pour bénéficier du bonus de 10 % ou de 15 % sur les prothèses dentaires, s'entend comme la soumission à un examen annuel de contrôle ;

- les pourcentages de prise en charge par les caisses en orthodontie varieront selon la qualité des prothèses retenues et l'impératif médical justifiant le choix de celles-ci ;

- en odontologie, les caisses ne prendront en charge que 80 % du traitement dans un premier temps. Les 20 % acquittés directement par le patient lui seront remboursés ultérieurement, lorsque les soins seront terminés et conformes à la convention de prise en charge définie au préalable par les caisses ;

- le droit au remboursement de nouvelles lunettes ne sera ouvert que lorsque l'assuré aura subi une modification de l'acuité visuelle d'au moins 0,5 dioptrie ;

- les lentilles de contact ne seront remboursées qu'à hauteur du prix fixe déterminé pour l'acquisition d'une paire de

lunettes aux propriétés correctrices équivalentes, sauf cas médicalement justifié.

. Autres prestations sanitaires

De même, certains traitements médicaux ou curatifs seront remboursés de façon moins favorable que par le passé. Il en est ainsi de l'hospitalisation, dont le coût quotidien pour l'assuré passera de 5 DM à 10 DM en 1991, dans la limite de 14 jours par an. En outre, le médecin traitant devra choisir, dans une liste comparative dressée à cet effet, l'hôpital qui présente le meilleur rapport qualité/prix : si le malade souhaite être hospitalisé dans un autre établissement, il devra supporter lui-même la différence de prix subséquente.

En ce qui concerne les cures de rééducation fonctionnelle, si la participation du patient à hauteur de 10 DM par jour aux frais d'hébergement est maintenue, celle applicable aux cures thermales est passée à 15 DM à compter du 1er janvier 1989.

Quant aux soins dispensés par des auxiliaires médicaux, tels les masseurs-kinésithérapeutes, un ticket modérateur de 10 % sera appliqué à leur prise en charge par le GKV.

Enfin, diverses dispositions tendent à définir plus strictement les conditions de remboursement des traitements effectués à l'étranger, dans des pays autres que ceux ressortissant à la CEE et avec lesquels la RFA a passé des conventions de réciprocité.

. Autres prestations traditionnelles du GKV

Enfin, dans le but de délimiter de façon plus rationnelle le champ de couverture de l'assurance-maladie, et d'exclure en particulier le remboursement d'un certain nombre de prestations dites de confort, diverses prises en charge existant actuellement sont soit réduites, soit tout simplement supprimées. Sont ainsi concernées :

- les indemnités de déplacement : elles ont coûté aux caisses près d'1,7 milliard de DM en 1987, dont 578 millions pour les seuls remboursements de taxis. Sauf cas exceptionnel, sont exclusivement pris en charge depuis le 1er janvier 1989 les transports sanitaires en ambulance et en SAMU, ou ceux nécessaires à une hospitalisation, après application d'un ticket modérateur de 20 DM. Quant aux frais occasionnés pour se rendre à une consultation de médecine de ville, ils sont désormais intégralement à la charge de l'assuré ;

- les indemnités funéraires : versées à la famille de l'assuré décédé, elles ont occasionné au GKV une charge de plus de 2,1 milliards de DM en 1987. Son montant sera limité à 2 100 DM en cas de décès de l'assuré et à 1 050 DM en cas de décès d'un ayant-droit. Mais surtout, à compter du 1er janvier 1989, les personnes nouvellement assurées au GKV n'ont plus droit au versement de ce capital-décès.

1.2 Des clauses de limitation à l'accroissement des charges sanitaires

L'ensemble des dispositions recensées au paragraphe précédent va modifier de façon considérable les habitudes des assurés sociaux allemands, tant le système du ticket modérateur, qu'il soit forfaitaire ou proportionnel, est généralisé dans un régime qui ne le connaissait que de façon à la fois récente et marginale.

Cependant, pour tempérer la critique relative à la mise en place d'une couverture sociale à deux vitesses, le législateur

fédéral a prévu diverses exonérations et limites à la participation des malades à leurs dépenses de soins.

D'une part, les enfants jusqu'à 18 ans bénéficieront en général de soins totalement gratuits, à l'exception des frais de prothèses dentaires et des frais de déplacement qui seront soumis aux mêmes règles de remboursement que celles définies pour les adultes.

D'autre part, les personnes considérées comme économiquement faibles seront exonérées de toute participation à leurs dépenses de santé et à celles de leurs enfants, à l'exception du ticket modérateur hospitalier. Relèvent de cette catégorie les assujettis au régime percevant en 1989 une rémunération brute inférieure à 1 260 DM (4 300 FF) par mois pour une personne seule et à 1 732,50 DM (5 900 FF) pour un couple, plus 315 DM (1 075 FF) par enfant à charge, les assurés vivant en foyer et les personnes bénéficiaires de l'allocation de solidarité, de l'allocation fédérale de chômage et de l'allocation pour les élèves, étudiants et apprentis.

Enfin, en vertu d'une clause de limitation de surcharge commune à toute la population assurée, il est prévu que les personnes qui ont un revenu brut annuel inférieur au plafond d'assujettissement au GKV, soit 54 900 DM, ne pourront dépenser plus de 2 % de celui-ci (soit 3 750 FF par an au maximum) au titre de leur participation à leurs dépenses de santé. Pour les personnes au-dessus du plafond, le taux limite est fixé à 4 % de leurs revenus. En outre, ce seuil maximum est affecté d'un coefficient familial qui diminue la charge mensuelle qui peut être exigée à mesure que la configuration familiale s'élargit.

Il s'agit là par conséquent d'un ensemble de dispositions qui atténuent sensiblement les effets des nouvelles mesures d'économie sur les budgets des assurés.

1.3 La responsabilisation des intervenants est renforcée

Si l'accroissement de la participation des malades à leurs dépenses de santé vise en particulier à responsabiliser la population sur le coût de la santé en RFA, diverses mesures relativement hétérogènes, mais tout à fait innovantes, visent à compléter cette responsabilisation accrue.

En premier lieu, les assurés qui limitent leur recours aux soins seront récompensés. Ainsi, un douzième du montant de leur cotisation annuelle pourra-t-il être remboursé par leur caisse d'assurance maladie si leurs dépenses de santé ont été inférieures à un mois de cotisations. Ce principe s'inspire du système des assurances privées, qui remboursent jusqu'à trois mois de cotisations si l'assuré ne sollicite aucune prestation au cours de l'année. Par ailleurs, les assurés qui se soumettent aux campagnes de prévention et de dépistage odontologiques verront le taux de prise en charge par la caisse majoré de dix points lorsqu'ils auront à subir des soins d'orthodontie, voire de quinze points s'ils ont suivi des examens régulièrement pendant au moins dix ans.

En deuxième lieu, les assurés seront invités à vérifier les prestations que le médecin a indiquées sur le bulletin de soins, de même que leur coût. Cette disposition tend à faire mesurer aux patients le coût exact de leur recours aux soins, ce que le système du tiers payant interdisait jusqu'à présent, et globalement aussi à faire pression sur le corps médical et pharmaceutique, afin de l'inciter à respecter le principe de l'économicité. A cet égard, les patients pourront également demander à leur médecin, non seulement de leur prescrire un médicament lorsqu'il figure sur la liste de remboursement intégral, mais surtout de lui faire préciser sur l'ordonnance qu'il reconnaît au pharmacien le pouvoir d'effectuer une substitution du médicament prescrit par un produit moins onéreux, voire totalement couvert par le *Festbetrag*, qui possède les mêmes propriétés thérapeutiques. Cette disposition est relativement révolutionnaire et rencontre une grande réticence de la part du corps médical.

En troisième lieu, les pharmaciens seront autorisés à **déconditionner les médicaments prescrits de façon à ne remettre au malade que les doses strictement nécessaires au traitement de sa pathologie**. Les autorités fédérales estiment en effet à **2 milliards de DM par an le coût des produits achetés mais non utilisés par les patients**. Elles espèrent de cette mesure une **substantielle diminution de ce gaspillage**.

En quatrième lieu, les caisses d'assurance maladie seront autorisées à **résilier la convention qui les lie à tel ou tel hôpital si elles jugent que l'établissement en cause ne contribue pas à augmenter le rapport qualité/prix des prestations qu'il offre**. Le pouvoir plus large offert aux caisses dans leurs relations avec le complexe hospitalier est **l'une des rares mesures contraignantes décidées par la loi de 1988 à l'encontre de celui-ci**.

En dernier lieu, le **contrôle des honoraires et de l'activité des praticiens va être considérablement renforcé**, puisqu'à compter du **1er janvier dernier, 2 % des médecins et des dentistes doivent être contrôlés chaque trimestre par un corps d'inspection relevant de leurs unions professionnelles, afin de vérifier s'ils respectent la règle de l'économicité**. Comme avant 1989, tout dépassement au-delà d'un seuil fixé par référence à une moyenne déterminée à l'échelon régional devra être justifié par le praticien. Celui-ci pourra être condamné à une **reprise d'honoraires au profit de l'union professionnelle, mais dispose d'un droit de recours juridictionnel en cas de contestation de la décision prise par la commission ayant examiné son cas**. Pour assurer le renforcement de leur mission, le nombre des médecins contrôleurs sera multiplié par deux et devrait progressivement passer à **1 000 à l'échelon fédéral**.

1.4 Mesures diverses

Afin de compléter de manière exhaustive le panorama des dispositions mises en oeuvre par la loi portant réforme de l'assurance maladie pour réaliser des économies, il convient d'ajouter que :

. les **cotisations des retraités ont été alignées sur celles acquittées par les actifs à compter du 1er juillet 1989**. Jusqu'alors, le taux moyen de ces cotisations était d'environ **11,8 % du montant de leurs pensions, une moitié étant à la charge de l'assurance vieillesse**

et l'autre directement à celle des **pensionnés**. Dorénavant, le **taux global** est fixé à **12,9 %**. Cette solution a été préférée à une mesure envisagée pendant un temps, consistant en la **dissociation pure et simple de l'assurance maladie en deux sous-systèmes**, l'un couvrant les actifs et l'autre les retraités. Eu égard au **déséquilibre des structures des dépenses** de ces deux catégories d'assurés, les conséquences du choix alternatif auraient été particulièrement néfastes pour les pensionnés ;

. les **ouvriers bénéficieront progressivement du même droit** qu'ont les employés d'**adhérer à une caisse de substitution**, quel que soit le **montant de leur rémunération annuelle brute**. Cette mesure est contestée par les AOK, qui craignent que le retrait des salariés ayant un recours limité aux prestations ait pour conséquence un **accroissement du déséquilibre entre charges et recettes** nécessitant une **nouvelle augmentation des taux de cotisation**. Ainsi, cette disposition n'est-elle limitée dans un premier temps qu'à **quelques catégories d'ouvriers**, tels les travailleurs à domicile, certains professeurs et diverses professions para-médicales.

2. Une couverture sociale plus étendue

Parallèlement aux mesures destinées à réaliser des économies, dont le montant total devrait approcher les **14 milliards de DM**, la loi de 1988 institue deux types de prestations supplémentaires prises en charge par l'assurance maladie. Il convient de reconnaître cependant qu'au-delà d'un **coût net immédiat** pour le *GKV*, les autorités fédérales en attendent des **effets de structure** à moyen et long terme conduisant également à un **moindre recours aux soins**, et donc à des économies au plan global.

Il en est ainsi des **nouveaux examens de prévention** qui devraient réduire le nombre et la fréquence des pathologies lourdes et coûteuses à soigner, ainsi que de **l'aide aux personnes soignées à domicile**, destinée à éviter un recours trop fréquent à l'hospitalisation ou aux établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes.

2.1 Une prévention mieux prise en charge

Afin de lutter plus efficacement contre les maladies modernes, souvent chroniques, que sont le cancer, les maladies cardiovasculaires ou la psychopathologie, les bilans de santé vont être systématisés. Ainsi, chaque assuré de plus de 35 ans pourra bénéficier tous les deux ans d'un examen de dépistage des maladies du coeur, de la circulation, des reins et du diabète. A cet effet, les caisses d'assurance maladie seront incitées à promouvoir, par la publicité, ces visites de prévention.

Par ailleurs, les caisses participeront directement aux mesures prophylactiques menées dans les écoles et les jardins d'enfants, notamment en matière de soins dentaires.

Enfin, les adolescents de 12 à 20 ans pourront consulter deux fois par an un dentiste pour prévenir les maladies dentaires.

Ces mesures s'ajoutent à celles déjà existantes (1) et donnent à la politique de prévention sanitaire en RFA une importance et un champ d'application qui méritent d'être soulignés.

2.2 Une prestation nouvelle : l'aide aux soins à domicile

L'accroissement prévisible du nombre de personnes dépendantes, en particulier des personnes âgées, qui devront être soignées à domicile, a conduit à la mise en oeuvre d'un volet particulier destiné à indemniser les personnes qui s'en occupent.

En effet, à l'heure actuelle, on compte environ 2,1 millions de personnes dépendantes, dont 370 000 sont accueillies par des établissements spécialisés ou par les hôpitaux, les autres étant soignées à domicile, le plus souvent par des parents.

(1) Cf p. 15 et 16.

Ceux-ci se répartissent en 1,1 million cas légers, 420 000 cas lourds et même 210 000 cas considérés comme très lourds. En outre, un tiers des soignants ont eux-mêmes atteint l'âge de la retraite. La population âgée, voire très âgée, étant en constante augmentation, le nombre de personnes dépendantes ira en s'accroissant et pourrait atteindre 2,9 millions en l'an 2030 (+ 38 % en quarante ans). Face à cette situation, il a été décidé d'aider les personnes qui s'occupent de cette population dépendante logée en dehors du système sanitaire et social.

Ainsi, depuis le 1er janvier 1989, l'assurance-maladie finance le remplacement de la personne soignante afin qu'elle puisse prendre des vacances, pour un maximum de quatre semaines et dans la limite de 1 800 DM par an. En outre, à compter de 1991, une allocation maximale de 750 DM par mois sera accordée aux familles employant une personne qualifiée pour soigner une personne dépendante dans la limite de 25 heures par mois, ou alors une indemnité de soins de 400 DM mensuels leur sera attribuée si elles ne font appel à aucun professionnel qualifié. Pour ouvrir droit au bénéfice de ces prestations, la personne dépendante devra avoir obligatoirement été assurée au régime d'assurance maladie pendant 45 % de sa vie professionnelle et avoir cotisé au moins pendant trois des cinq années précédant son invalidité.

Le coût global de ces dispositions est estimé à 5,1 milliards de DM en année pleine par le gouvernement fédéral.

C. UNE RÉFORME INACHEVÉE À L'AVENIR INCERTAIN

L'importance des enjeux de la réforme a suscité un large débat public tout au long de l'année 1988, débat qui n'était pas apaisé au moment du voyage de la mission puisqu'il nourrissait les campagnes électorales régionales et municipales d'octobre 1989, et devrait être l'un des thèmes essentiels de la campagne législative nationale de l'an prochain.

C'est qu'en effet, aux interrogations légitimes sur la portée effective des mesures mises en oeuvre s'agrègent diverses critiques tenant au caractère incomplet du champ de la réforme, qui conduisent à prévoir d'autres modifications législatives dans un avenir prochain.

1. Des effets diversement appréciés

Si un consensus entre tous les intervenants était à peu près général pour estimer que des modifications au système d'assurance-maladie s'avéraient nécessaires pour maîtriser l'équilibre des comptes, et surtout stopper l'augmentation tendancielle des cotisations, le contenu de la loi votée à la fin de l'année 1988 est en revanche loin d'obtenir un accord global. Trois ensembles principaux de critiques lui sont en effet adressés.

1.1 Une remise en cause des principes fondateurs du régime d'assurance-maladie fédéral

L'élargissement significatif du champ des prestations soumises, soit à un système de ticket modérateur forfaitaire ou proportionnel, soit à celui du *Fesbetrag* pour les médicaments inscrits sur l'une des trois listes, représente une brèche considérable dans les habitudes du consommateur de santé en RFA. A ce titre, il a été vivement combattu par les syndicats et ne recueille l'approbation ni du SPD, ni des *Grünen* : ces organisations contestent en effet que l'essentiel des économies réalisables soit acquis par un accroissement des charges pesant sur les personnes ayant le plus recours aux soins, à savoir les personnes âgées et les malades chroniques. En outre, ils dénoncent l'instauration d'un régime d'assurance-maladie à deux vitesses, dans lequel une fraction importante de la population serait contrainte de recourir à des prestations de qualité médiocre pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge intégrale.

Ce type de critique porte également sur l'expérience engagée dans le domaine des soins dentaires, qui attente au principe du tiers-payant et instaure un processus de paiement des honoraires par le patient, suivi d'un remboursement *a posteriori* par

les caisses, identique à celui qui prévaut en France. La crainte paraît grande que la partie de la population la plus démunie financièrement, laquelle est probablement la plus fragile en matière de santé, ne soit contrainte de **limiter ses recours aux soins faute de pouvoir avancer les sommes désormais exigées.**

La majorité parlementaire et le Gouvernement fédéral contestent cette analyse par deux arguments. D'une part, ils mettent en avant le **volet de la réforme spécifiquement destiné à protéger les plus démunis et à plafonner à un pourcentage limité du revenu annuel global les dépenses de santé à la charge des malades (1).** D'autre part, ils rappellent que le système du *Festbetrag* ne s'appliquera qu'à des **médicaments présents sur le marché depuis longtemps**, et ayant des effets thérapeutiques soit strictement identiques, soit très largement similaires. Le reproche de médecine à deux vitesses ne leur paraît dès lors pas recevable, d'autant que toute la pharmacologie moderne, innovante et présentant un progrès par rapport aux médicaments anciens, continuera à être en grande partie prise en charge par l'assurance-maladie, à l'exception de la participation de 3 DM, et de 15 % à partir de 1991, demandée aux consommateurs.

Dans le même ordre d'idées, de nombreux intervenants au débat, et en particulier les professionnels de la santé, contestent la **distinction nouvelle entre soins strictement nécessaires et médecine de luxe.** Cette séparation leur paraît inadéquate dans bien des domaines, puisque la **satisfaction actuelle des besoins essentiels** risque de conduire à ne considérer les **progrès futurs** que comme des **avancées marginales**, qui ne répondent qu'à des **considérations de confort.** La chirurgie et les prothèses dentaires, les lentilles de contact, les soins de vue et toute la médecine "alternative" sont dès lors des prestations susceptibles de voir stopper leurs progrès techniques et leur développement, au détriment de l'état sanitaire et du bien-être général de la population, ou de n'être réservés qu'à la frange aisée des assurés allemands. De même, **l'industrie pharmaceutique** estime qu'**aucun des médicaments figurant sur les listes de prise en charge ne seront désormais susceptibles d'être améliorés**, puisque les fabricants ne pourront imputer le coût supplémentaire de la modification dans le prix du produit sans risquer de dépasser le *Festbetrag*.

(1) Cf p. 48 et 49.

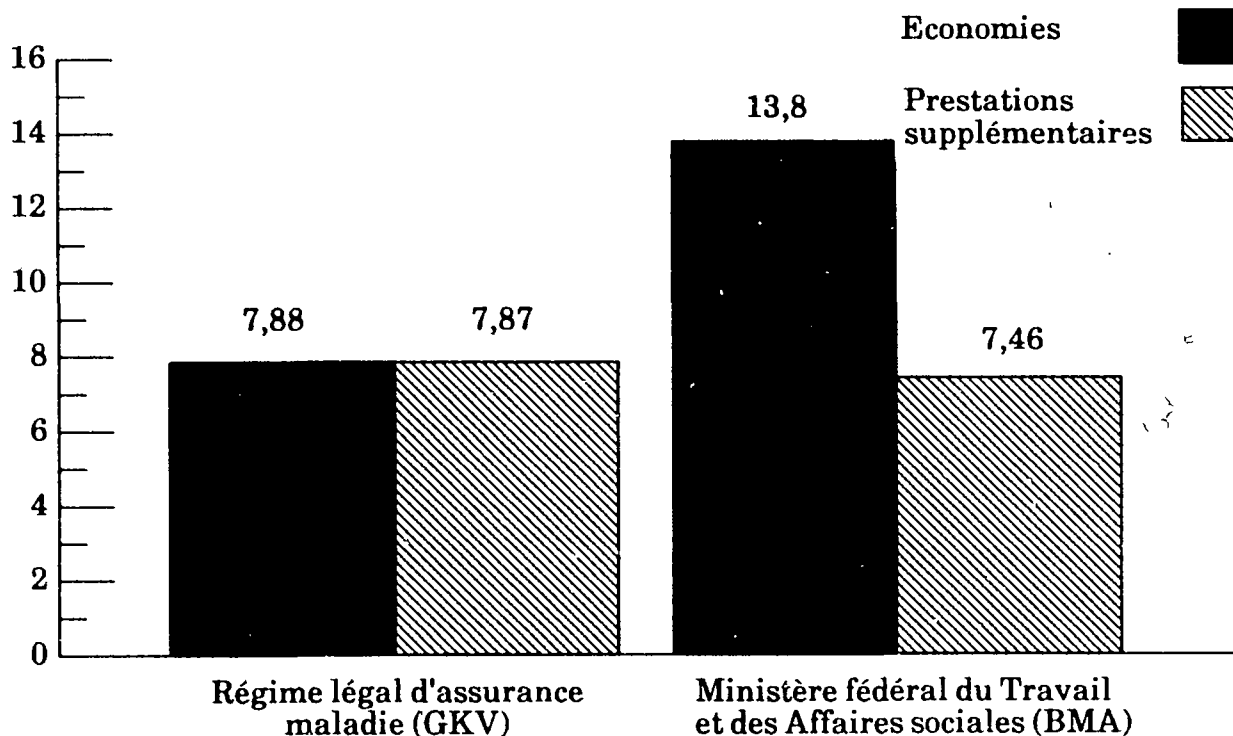
1.2 Un équilibre financier précaire

L'ensemble des dispositions de la *Gesundheitsreform* devrait aboutir à réaliser des économies estimées à **13,8 milliards de DM** (environ 47 milliards de francs) par le gouvernement fédéral, soit plus de 11 % des dépenses actuelles d'assurance maladie. Environ une moitié servira à financer les prestations supplémentaires destinées à l'aide aux soins à domicile des personnes dépendantes et au développement de la prévention, et l'autre moitié à stabiliser, voire diminuer, le taux des cotisations.

Or, les projections effectuées en la matière par les caisses d'assurance maladie (*GKV*) diffèrent sensiblement de celles effectuées par le ministère fédéral du travail et des affaires sociales (*BMA*), comme l'indiquent le tableau et le schéma suivants.

Balance financière de la réforme de l'assurance-maladie

En milliards de DM



Source : BKK

Effets financiers de la réforme de l'assurance-maladie

En millions de DM	GKV	BMA
Allègements et recettes	7 880	13 800
. Forfaits pour les médicaments	1 110	1 950
. Augmentation de la participation pour les prothèses dentaires	1 800	2 350
. Réajustement du taux des cotisations des retraités	1 900	1 650
. Capital décès unique	850	910
. Limitation des dépenses de transport	580	580
. Effets de structure : domaine ambulatoire	?	2 100
domaine hospitalier	?	1 570
. Divers	1 650	2 690
Surcharges	7 870	7 460
. Prestations en faveur des personnes dépendantes	6 400	5 100
. Extension de la prévention	720	720
. Divers	750	1 640
Allègements nets	10	6 340

En millions de DM

Source : BKK

Il convient cependant de relever que la comparaison des estimations est biaisée par le fait que le *GKV* considère qu'il est impossible de prévoir les effets de structure résultant de l'accroissement du contrôle de l'activité des prestataires de soins dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Néanmoins, on constate une réelle différence dans les allègements nets attendus à l'issue de la réforme.

Celle-ci s'explique en particulier du fait d'une appréciation divergente des effets de l'élargissement du ticket modérateur sur les coûts des médicaments. Il semblerait qu'au 1er septembre 1989, date de la parution de la première liste des médicaments soumis au *Festbetrag*, les prix des produits concernés aient diminué globalement de quelque 30 %, ce qui laisserait à penser que les prévisions gouvernementales auraient des chances d'être réalistes. Cependant, bien des interlocuteurs de la mission ont été très dubitatifs quant aux chances d'aboutir à l'élaboration de la liste des médicaments constitués par des principes actifs

semblables, et surtout de celle des produits à effets thérapeutiques similaires. Or, il est clair qu'une limitation du système au seul stade actuel de la procédure validerait, à coup sûr, les hypothèses quantitatives retenues par les caisses d'assurance-maladie.

Un deuxième point d'interrogation concerne le coût de la politique d'aide aux soins à domicile des personnes dépendantes. Le choix de créer une prestation supplémentaire financée par les recettes du régime d'assurance-maladie a été fortement critiqué, beaucoup ayant préconisé une solution fiscale qui aurait été plus conforme à l'objectif de solidarité sur lequel elle s'appuie. En outre, la structure démographique propre à la RFA fait craindre une croissance exponentielle de ces dépenses dès lors que la période de montée en charge et de publicité du dispositif aura été accomplie.

Enfin, outre que les effets du renforcement des contrôles opérés par les unions professionnelles sont réellement difficiles à prévoir, l'efficacité des dispositions facilitant la prévention et les traitements prophylactiques est soumise aux mêmes interrogations, d'autant plus qu'elle ne pourra être analysée qu'à long terme, alors même qu'elle induira des coûts supplémentaires immédiats pour le *GKV*.

Dès lors, le solde net d'économies qui pourra contribuer à la stabilisation, voire à la diminution des taux des cotisations, reste largement indéterminé. C'est une des raisons pour lesquelles syndicats, partis de gauche, caisses d'assurance maladie, et une large majorité des praticiens ont condamné l'abandon, sous la pression du parti libéral et de l'industrie pharmaceutique, du principe d'une taxe exceptionnelle de solidarité sur les médicaments, qui figurait dans le projet de loi initial et qui aurait dû rapporter 1,7 milliard de DM.

Enfin, pour conclure ce chapitre relatif aux effets financiers de la réforme, il convient de signaler que ses conséquences positives à court terme ont probablement été anéanties dès avant sa mise en oeuvre même. En effet, les perspectives d'une remise en cause de la gratuité quasi totale des soins, fondées pour certaines, mais parfois exagérées par diverses organisations à l'occasion du débat public qui a précédé le vote de la

loi pour d'autres, ont conduit les assurés à adopter des comportements anticipateurs rationnels au plan individuel mais parfaitement déstabilisateurs au niveau collectif. Aussi ont-ils procédé, au cours de l'année 1988, à une consommation que l'on peut qualifier d'effrénée des prestations pour lesquelles le risque d'un moindre remboursement consécutif à la réforme était le plus grand. C'est ainsi que si les dépenses globales de santé ont quasiment doublé en 1988 par rapport à 1987, les dépenses de prothèses dentaires ont augmenté quant à elles de 47,6 %. Cette progression tout à fait exceptionnelle a été suivie, au premier trimestre 1989, par une réduction de quelques 20 % des traitements dans ce domaine.

Ainsi, malgré une diminution d'environ 2 % de la consommation médicale constatée au 1er juillet 1989 par rapport au début de l'année, les effets négatifs des réactions collectives enregistrées en 1988 risquent de peser suffisamment lourdement et longtemps sur les comptes pour que la décruescence des taux de cotisations soit inenvisageable à court terme.

1.3 Des contestations ponctuelles mais vigoureuses

Par-delà les deux ensembles de critiques relativement homogènes qui viennent d'être exposées, diverses contestations ponctuelles sont encore adressées à la réforme par différents intervenants.

L'industrie pharmaceutique allemande, d'une part, craint une détérioration de sa situation économique consécutive à une guerre des prix administrative. Elle met en garde les pouvoirs publics contre la substitution progressive en RFA d'un potentiel industriel performant et moderne, très actif en recherche-développement, et disposant, de ce fait, de fortes capacités à l'exportation, par un ensemble de sociétés produisant exclusivement des génériques, dont la valeur ajoutée en termes macro-économiques serait considérablement plus faible pour la Nation. En outre, elle estime que pour financer la recherche, dont le coût pouvait être jusqu'alors réparti sur l'ensemble des médicaments mis en vente, les entreprises vont désormais devoir augmenter de façon très sensible le prix des nouveaux produits. Ainsi, la règle du

Festbetrag fera supporter sur les seuls malades les plus gravement atteints, qui ont besoin de médicaments nouveaux et performants, le poids de la recherche pharmaceutique.

D'autre part, les médecins sont totalement réticents aux dispositions qui permettent aux pharmaciens de vendre des produits différents de ceux inscrits sur l'ordonnance dès lors qu'ils sont moins onéreux, arguant qu'il s'agit là d'une remise en cause fondamentale de leur pouvoir de prescription. Du fait même que ce dispositif ne pourra fonctionner que si le médecin indique expressement sur l'ordonnance du malade qu'il autorise le pharmacien à opérer une substitution, il est probable que dans les premières années de la réforme va s'exercer une lutte d'influence à l'issue incertaine entre caisses d'assurance-maladie, pharmaciens, médecins et patients. Pourtant, le rapport de force semble favorable aux partisans de la mesure, puisque les risques sont grands pour le médecin de perdre une partie de sa clientèle, voire, plus grave encore, de ne pas obtenir de renouvellement de son conventionnement avec les caisses, s'il refuse de s'y plier.

Enfin, médecins, dentistes et auxiliaires médicaux se rejoignent en revanche pour contester l'accroissement des contrôles de leur activité prévus par la loi, en estimant que les économies éventuellement réalisées seront plus que compensées par des charges de structures nouvelles induites par un alourdissement de la bureaucratie qu'il générera. En outre, et malgré la prévision des précautions légales prises pour assurer la confidentialité des informations, ils craignent que l'informatisation nécessaire au recueil des données et aux vérifications croisées entre unions professionnelles et caisses d'assurance-maladie, ne soit attentatoire au principe du secret médical, c'est-à-dire aux libertés fondamentales tant des patients que des praticiens.

2. Des problèmes fondamentaux laissés en suspens

Quelle que soit l'appréciation qu'ils ont à l'égard de chacune des mesures ou de l'ensemble de la réforme, la plupart des intervenants conviennent cependant qu'elle est, en l'état, insuffisante pour stabiliser de manière durable l'évolution des dépenses de santé, dans la mesure où ne sont modifiés ni le

fonctionnement du système hospitalier, ni celui des caisses d'assurance-maladie.

2.1 La gestion hospitalière reste à rationaliser

Entre 1960 et 1988, la part des prestations hospitalières rapportée à la totalité des dépenses des caisses d'assurance-maladie est passée de 13,2 % à 32,3 %. C'est que durant cette période, nombre de collectivités locales ont éprouvé la nécessité de réaliser des investissements dans ce domaine, dans des proportions supérieures au niveau permettant simplement de satisfaire les besoins. Cette attitude était d'autant plus facilitée qu'au contraire des établissements sportifs ou culturels, les frais de fonctionnement des hôpitaux ne sont pas à la charge des collectivités publiques, mais exclusivement à celle du BKV. La dichotomie entre autorités finançant l'investissement et autorités assurant le fonctionnement a donc été préjudiciable aux secondes. C'est pourquoi on estime ainsi aujourd'hui à 70 000, voire à 100 000, le nombre des lits en surcapacité dans le système hospitalier fédéral.

A ce problème de l'équipement s'ajoute par ailleurs, et comme en France, celui des frais de personnel : ce poste des dépenses, qui représente environ 70 % des charges de fonctionnement de l'hôpital, évolue lui aussi de façon totalement autonome.

Cependant, si une réforme dans ce domaine paraît absolument indispensable, les difficultés institutionnelles à résoudre, notamment en matière de remise en cause des responsabilités des communes et des *Länder*, sont suffisamment importantes pour laisser craindre le *statu quo*.

2.2 L'offre de soins doit être maîtrisée

La nomenclature des actes en RFA est, du fait de sa complexité, particulièrement inflationniste, puisque plus un médecin prescrit, plus il est rémunéré. Une des solutions préconisées

pour modérer l'évolution des dépenses de médecine ambulatoire serait, plutôt que de multiplier les contrôles, de revaloriser l'acte intellectuel au détriment de l'acte technique, et de rémunérer plus directement la consultation en tant que telle, à l'instar de ce qui prévaut dans le système français. Là encore, les habitudes et les comportements nécessiteraient une profonde remise en cause, que la collectivité médicale en particulier ne paraît pas en mesure d'opérer actuellement.

Par ailleurs, de nombreux intervenants, les praticiens au premier chef, réclament des mesures permettant d'agir efficacement sur la **démographie médicale**. Les syndicats, le SPD et les *Grünen* considèrent en particulier que la réforme a trop privilégié l'offre de soins et n'a cherché à réaliser des économies qu'en agissant sur la demande.

2.3. L'organisation des caisses en discussion

Le dernier point essentiel qui mobilise l'ensemble des partenaires dans un débat passionné a trait à l'**organisation institutionnelle elle-même du régime d'assurance-maladie**. Trois modifications radicales sont proposées, qui divisent à la fois les partis politiques, les différentes associations de caisses et, d'une manière générale, toute l'opinion publique.

La première proposition vise à autoriser la **péréquation des dépenses et des recettes entre les différentes caisses d'assurance-maladie d'un même sous-groupe institutionnel**. La structure démographique de certaines caisses, dont relèvent en majorité des retraités, ou les problèmes économiques liés au chômage, entraînent en effet d'importantes disparités entre les caisses en ce qui concerne tant leurs charges que leurs produits. En vertu du principe d'autonomie, chacune d'entre elles est obligée de décider de **taux de cotisations** qui lui sont propres pour équilibrer ses comptes. On aboutit ainsi à une **structure très hétérogène des taux** (1) qui affecte le principe d'égalité des citoyens face aux dépenses de santé ainsi que la notion même de solidarité. C'est pourquoi il est proposé d'atténuer

(1) Cf p. 14.

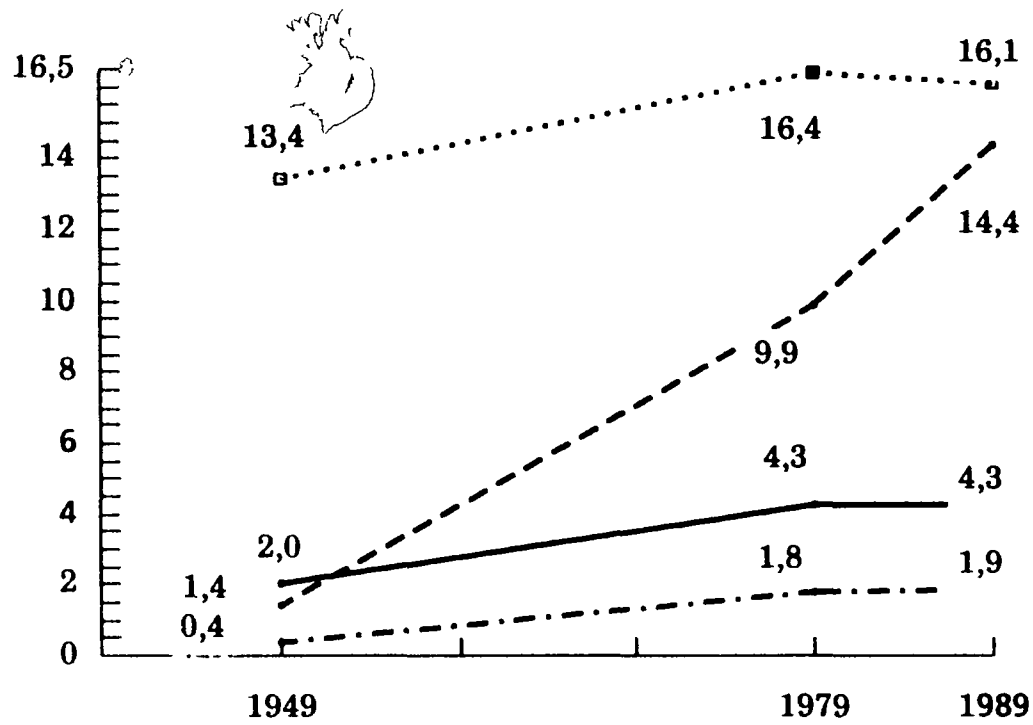
la rigueur du principe d'autonomie pour permettre une péréquation absolue entre les caisses d'un même système (*AOK, BKK, IKK, etc...*).

Certes, cette compensation financière existe déjà depuis 1977 pour les dépenses d'assurance-maladie occasionnées par les retraités. En outre, le nouvel article 266 du code social, modifié par la loi de 1988, prévoit une **péréquation obligatoire**, sous certaines conditions, au sein d'un même type de caisses. Ainsi, lorsque le **taux des cotisations est supérieur de 10 % au taux moyen de l'association des caisses du Land considéré**, un soutien de compensation financière peut être accordé après **contrôle de rentabilité** effectué par l'association. Seule l'*AOK* a jusqu'à présent utilisé cette possibilité offerte par la loi, et encore ne l'a-t-elle fait qu'à titre **expérimental**, pour une seule caisse locale, située dans une région en récession économique profonde (*Hambourg*) et dont le **taux de cotisation était fixé à 16 % du salaire**.

Cependant, certains revendiquent une **extension de cette législation** et la **suppression de tous les verrous posés par la loi**, à l'exception du contrôle préalable destiné à vérifier si le niveau des charges et des recettes, et par conséquent des taux, résulte bien d'une structure démographique déséquilibrée ou de contraintes économiques incontestables, et non d'une **gestion déficiente**.

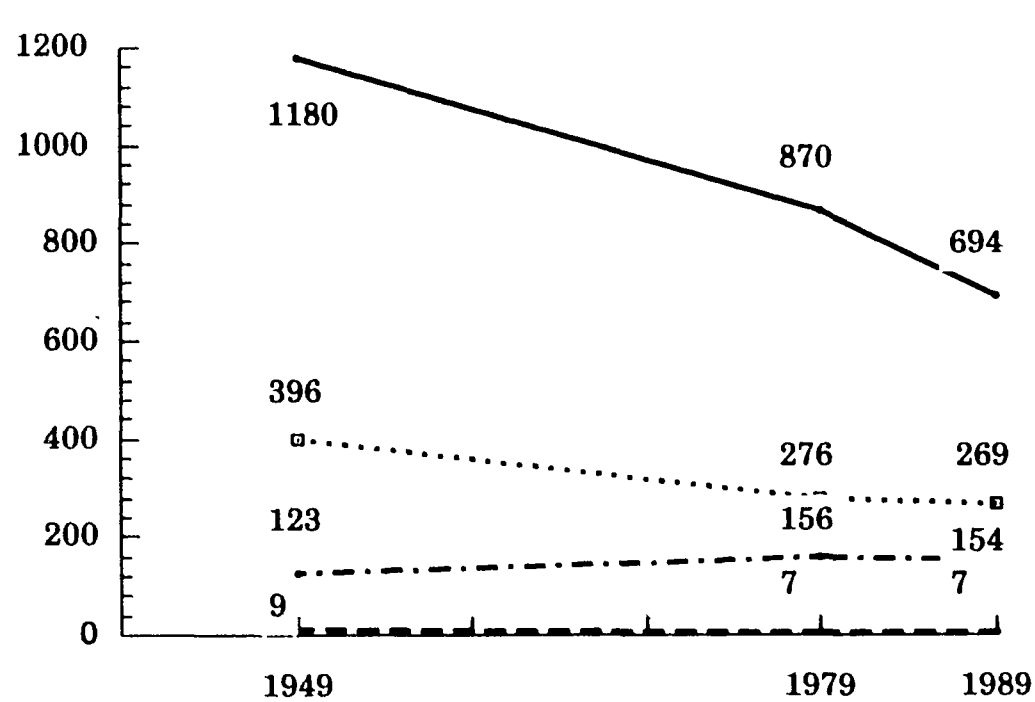
La **seconde proposition** est encore plus dérogatoire au système actuel, puisqu'elle vise à établir un **système de péréquation à l'intérieur de l'ensemble du régime d'assurance-maladie**. Les syndicats, les partis de gauche et l'*AOK* sont directement à l'origine de cette revendication, qui leur paraît indispensable pour préserver le régime de l'*AOK*, soumis à de **très fortes tensions**. En effet, les difficultés économiques comme la modification sociologique de la population laborieuse conduisent à une **double modification** dans l'importance respective des différents groupes de caisses dont témoignent les deux graphiques suivants :

Nombre des caisses



BKK	—
AOK	□ ····· □
IKK	- - - - -
EK	- - - - -

Nombre d'affiliés



BKK	—
AOK	□ ····· □
IKK	- - - - -
EK	- - - - -

Il y a en effet une montée en puissance du *BKK* et surtout des caisses de substitution au détriment des *AOK*, qui a eu des conséquences directes sur le niveau des cotisations et généré un processus de fuite qui accroît encore le déséquilibre. Il est évident qu'une compensation généralisée donnerait un coup d'arrêt à cette évolution. Mais en revanche, elle risquerait de faciliter un relâchement des efforts de gestion effectués par les différentes caisses en diluant les responsabilités.

La troisième suggestion est encore plus radicale, puisqu'elle s'attaque aux fondements mêmes de l'organisation actuelle du système fédéral de santé. Emanant essentiellement des *Grünen*, et approuvée discrètement par les syndicats et l'*AOK*, elle vise à unifier totalement le régime d'assurance-maladie et à l'organiser uniquement sur une base géographique, de façon à égaliser, comme dans le régime général français, les taux des cotisations. Si cette solution paraît séduisante sur le plan des principes, c'est peu de dire qu'elle semble totalement inapplicable en RFA. En outre, elle lèserait l'ensemble des assurés qui sont actuellement affiliés aux systèmes les plus performants.

Si cette revendication, que l'on peut qualifier d'extrémiste dans sa conception, ne rencontre qu'un écho limité, elle apparaît cependant de façon incidente dans deux débats qui divisent actuellement l'opinion allemande. Le premier concerne les créations de nouvelles caisses d'entreprises, que défend naturellement le *BKK* mais auxquelles s'oppose de tout son poids l'*AOK*. Ce mouvement ne peut qu'accroître les difficultés de cette dernière, puisque seules, en effet, des entreprises performantes, susceptibles de garantir à leurs salariés des taux de cotisation modérés, accepteront la charge de créer un régime qui leur soit propre. Ainsi par exemple, les sociétés Audi et BMW seraient sur le point d'organiser leur propre *BKK*.

Le second est relatif à la suppression totale de l'obligation des ouvriers ayant des rémunérations inférieures à un certain plafond de s'affilier à l'*AOK*. En supprimant la distinction qui apparaît de plus en plus artificielle entre employés et ouvriers, de façon à accorder à ceux-ci la même liberté de choix qu'à ceux-là, le risque est grand, là encore, de vider les *AOK* de leurs assurés ayant un faible rapport prestations/cotisations, et d'accroître d'autant le déséquilibre de certaines de leurs caisses.

CONCLUSION

La réforme de l'assurance-maladie opérée en RFA à compter de 1989 s'apparente ainsi à un plan de rigueur dont bien des mesures sont similaires à celles instituées en France ces dernières années. Elles ont cependant un impact considérable outre-Rhin, car elles remettent en cause directement certains des piliers les plus essentiels du régime fédéral, et ouvrent la voie à une politique de régulation des dépenses de santé tout à fait nouvelle. En effet, à la régulation intégrée d'antan qui concernait presque exclusivement les acteurs institutionnels du système (caisses d'assurance-maladie, unions de professionnels, praticiens), se substitue une conception plus responsabilisante puisqu'elle implique la participation directe des malades. En ce sens, la réponse allemande à l'accroissement des dépenses de santé prend appui sur l'exemple français.

Pour autant, les systèmes d'organisation entre les deux régimes demeurent fondamentalement différents, ce qui conduit la mission d'information à tirer deux conclusions distinctes de son voyage.

D'une part, les solutions aux problèmes de l'assurance-maladie en France pourront difficilement s'inspirer de la réalité allemande, sauf peut-être dans trois domaines qui, pour limités qu'ils soient, n'en présentent pas moins un intérêt certain. Le premier est celui de la prévention, qui paraît manifestement beaucoup plus développée en RFA qu'en France, ce qui ne peut être sans conséquences sur le niveau des dépenses. Le deuxième est celui du remboursement aux assurés les moins consommateurs de soins d'une partie de leurs cotisations d'assurance maladie. Le dernier est celui des médicaments, pour lequel le régime français pourrait peut-être envisager d'appliquer un système du *Festbetrag* et le déconditionnement des produits.

D'autre part, il apparaît à l'évidence que l'harmonisation sociale européenne ne se fera pas sans difficultés. S'il est utopique d'espérer parvenir à une unification des régimes d'assurance maladie, même un fort rapprochement semble voué à l'échec, tant les habitudes, les comportements, les systèmes, les relations entre les divers intervenants sont différents d'un pays à l'autre. Seules des adaptations progressives et mesurées, qui ne bouleversent pas l'économie des dispositifs, paraissent réellement envisageables. Mais dans cette perspective, il n'est pas acquis que la RFA n'ait pas le plus d'efforts à fournir.