

Allemagne

Vers une double réforme du système de santé ?

Patrick HASSENTEUFEL *

Dans le vif débat actuel sur les réformes sociales du gouvernement Schröder, les enjeux liés au système de santé occupent une place très importante, non seulement du fait de l'ampleur des enjeux financiers (le déficit de l'assurance maladie est de 3 milliards d'euros en 2002) mais aussi de l'acuité de la question de la prise en charge des soins pour l'ensemble de la population. La méthode suivie par la coalition gouvernementale reconduite à l'automne dernier a consisté, dans un premier temps, à dissocier deux aspects dans les mesures actuellement proposées et débattues : d'une part des mesures renvoyant au fonctionnement du système de soins, d'autre part les mesures de nature financière renvoyant à l'enjeu de la prise en charge du risque maladie. Ces deux volets ont été proposés par des acteurs différents : le ministère de la Santé (toujours dirigé par Ulla Schmidt du SPD) pour les mesures structurelles, une commission présidée par le professeur Rürup pour les mesures financières ; avant d'être prise en charge ensemble, au niveau gouvernemental, à la mi-mai.

La « modernisation » du système de santé : amélioration de la « qualité des soins » et renforcement de « l'efficacité »

C'est en février dernier que le ministère de la Santé a rendu publiques ses lignes directrices en vue de la modernisation du système de santé ¹, dont l'objectif affirmé est l'amélioration de la qualité et de l'efficacité. Ce texte s'inspire très directement du programme de la coalition « rouge-verte » en matière de santé, finalisé en octobre dernier au lendemain des élections législatives. Les quatre pages consacrées à la santé dans le contrat de coalition entre le SPD et les Verts (qui au total en compte quatre-vingt huit) sont en effet intitulées « Plus de qualité et de concurrence dans le système de santé » et la plupart des mesures précises indiquées se retrouvent dans ces lignes directrices comme on va le voir. Rappelons aussi qu'Ulla Schmidt (SPD) avait été reconduite dans son poste ² avec des compétences élargies puisqu'elle n'est plus seulement ministre de la Santé mais

* Université Rennes 1, CRAPE-CNRS.

1. « Die Eckpunkte : Auf dem Weg zur Modernisierung des Gesundheitswesens », http://www.bmgs.bund.de/deu/drv/gesreform/index_2720.cfm

2. Elle avait remplacé en 2000 Angela Fischer (Verts).

ALLEMAGNE

ministre de la Santé et des Affaires sociales, ce qui signifie qu'elle a également en charge le dossier des retraites. On comprend mieux ainsi l'importance de sa position dans le débat actuel sur les réformes du système d'assurance maladie.

L'orientation la plus visible et la plus affirmée est celle de la qualité des soins. Elle se traduit tout d'abord par l'annonce de la mise en place d'un Centre allemand pour la qualité de la médecine (*Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin*), déjà mentionné dans l'accord de coalition. L'une de ses fonctions principales est de mettre en place des normes thérapeutiques et des outils d'évaluation de l'efficacité des soins et des médicaments (en termes de calcul « coûts/avantages »). Il est également prévu que la formation continue des médecins devienne obligatoire et conditionne la possibilité de continuer à exercer dans le cadre de l'assurance maladie. Cette validation interviendrait tous les cinq ans. Le contrôle des acteurs du système des soins est par ailleurs renforcé, en particulier l'activité des médecins, du fait de quelques affaires récentes de fausses facturations établies par des médecins.

L'objectif d'amélioration de la qualité s'appuie fortement sur la responsabilisation du patient. Le texte du ministère précise que le patient doit passer du « statut de destinataire à celui de partenaire ». On retrouve là une priorité de l'accord de coalition. L'idée centrale est de renforcer l'information des patients qui seront représentés non seulement au Centre sur la qualité de la médecine mais aussi dans d'autres instances fédérales. On notera dans le texte du ministère un certain nombre de mesures concernant le patient, également mentionnées dans l'accord de

coalition, notamment la création d'une carte de santé électronique individuelle (comprenant les données médicales personnelles) et l'émission de factures destinées au patient afin de permettre une transparence sur les prestations et leurs coûts. L'accent mis sur la responsabilisation du patient se traduit, enfin, par l'introduction de bonification en cas de participation à des programmes de prévention et/ou à des soins préventifs et surtout le fait que les tickets modérateurs ne dépendront plus du revenu et du volume de médicaments mais du comportement du patient (en termes économiques et sanitaires).

L'amélioration de la qualité des soins s'appuie aussi sur le médecin généraliste promu « pilote » (*Lotse*) du système de soins. Les patients seront incités à s'abonner à un médecin généraliste (par la suppression ou la diminution du montant des tickets modérateurs) qui sera rémunéré en partie à la capitation, afin de l'inciter à une meilleure qualité des soins en prenant en charge des activités de surveillance, de coordination et de recueil d'information. Il est ainsi appelé à jouer un rôle de filtre par rapport aux consultations de spécialistes (à l'exception des ophtalmologues et des gynécologues). On rejoint ici une autre orientation majeure de la réforme proposée, à savoir une meilleure coordination des soins. Celle-ci se traduit aussi par le développement de soins ambulatoires à l'hôpital dans des régions où existent des pénuries de médecins spécialistes, pour des prestations très spécialisées ainsi que par la possibilité de mettre en place des centres de santé.

Le deuxième mot d'ordre est celui de la concurrence qui est renforcée à trois niveaux, comme cela était proposé dans l'accord de coalition. Tout d'abord, et

c'est une des mesures clefs de la réforme, le monopole des unions de médecins de caisse dans la couverture des soins ambulatoires est remis en cause par la possibilité donnée aux caisses de signer des contrats individuels avec les médecins (il est même prévu que ce type de contrat devienne obligatoire pour les spécialistes qui s'installent, à l'exception des ophtalmologues et des gynécologues). La libéralisation contractuelle doit aussi permettre la mise en place des centres de santé et le développement des réseaux de soins. Cette mesure conduit à remettre en cause monopole sur l'offre de soins exercé par les médecins, représentés à titre obligatoire par les unions de médecins de caisse, tout en renforçant les pouvoirs de contrôle des caisses sur l'activité des médecins, en particulier le contrôle de qualité et des coûts. Il est également envisagé que les caisses puissent prendre en charge des soins dans d'autres pays de l'Union Européenne et informer les patients sur les soins les moins chers. Le deuxième niveau est celui de la libéralisation du marché pharmaceutique, pour la délivrance de médicaments (c'est-à-dire l'accès à ce marché pour les grandes surfaces et par le e-commerce) et pour les prix. Le dernier niveau est celui de la poursuite de la réforme des caisses, initiée en 1992 avec l'adoption du principe de mise en concurrence des différents types de caisses. Mis en place à partir de 1996, il a conduit notamment à un processus de concentration. Il est prévu de réduire encore le nombre de caisses (notamment en rendant possible des fusions entre caisses de type différent), afin de favoriser la concurrence pour la qualité des soins. Plus précisément, il s'agit de passer d'une concurrence qui, pour l'instant, porte sur les taux de cotisation (puisque c'est jus-

qu'à aujourd'hui le seul élément qui distingue les caisses) à une concurrence qui intègre progressivement l'offre des soins puisque l'objectif à plus long terme est de transformer les caisses en acheteurs de soins pour leurs patients, en privilégiant des critères de qualité et de coût.

Ces lignes directrices, qui doivent encore être précisées, appellent plusieurs commentaires. Tout d'abord, elles marquent un tournant par rapport à la maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie, développée dans les années 1980 avec les enveloppes globales, puis affinée dans les années 1990 sous la forme de budgets régionalisés, par spécialités, puis par cabinets médicaux (*Praxis-budgets*). Comme Ulla Schmidt l'avait annoncé avant les élections, elle veut sortir de la logique d'encadrement budgétaire qui avait prévalu jusque-là, en particulier dans la « réforme Seehofer » de 1992. Dans le projet de réforme, cela se traduit notamment par le développement du paiement au forfait pour les généralistes et par de nouveaux modes de rémunération pour les spécialistes signant des contrats individuels avec les caisses. Ainsi ces médecins échapperaient dorénavant aux mécanismes d'encadrement budgétaire.

Ensuite, ces orientations s'inscrivent dans un processus de réforme continu comme l'annonce explicitement le ministère de la Santé. On peut en effet lire une forte continuité dans ces mesures, ce qui fait d'ailleurs dire à certains observateurs qu'elles manquent d'originalité, puisque la concurrence est devenue un axe structurant de la politique de protection maladie depuis la réforme de 1992. D'autres tendances s'inscrivent dans la même dynamique très incrémentale, en particulier la valorisation du généraliste, également

ALLEMAGNE

préconisée dans le cadre des lois sur l'assurance maladie de 1992 et de 2000, ainsi que le renforcement du rôle des caisses par rapport aux unions de médecins, nettement visible dans la réforme de 1992, puis dans la réforme de 2000. Cette continuité traduit aussi des difficultés de mise en œuvre, que l'on trouve dans le cas français pour les mesures concernant la restructuration du système de soins dans le sens d'une plus grande qualité, en particulier celles prévues par le « plan Juppé ». L'idée de réforme en continu signifie surtout pour le ministère que d'autres mesures, elles aussi depuis longtemps débattues et préparées, accompagneront cette modernisation : le développement du paiement au forfait, l'introduction d'une liste positive de médicaments (envisagée depuis plus de dix ans), la modification du système de péréquation des risques entre caisses à partir d'indicateurs de morbidité, l'adoption d'une loi sur la prévention, le développement de programmes de prise en charge des maladies chroniques... La dernière remarque que l'on peut faire est l'absence de mesures à portée financière immédiate, dont l'élaboration a été confiée à d'autres acteurs.

Les enjeux financiers de l'assurance maladie

En effet, la situation financière de l'assurance maladie est toujours aussi préoccupante pour le gouvernement. Les chiffres de 2002, qui viennent d'être rendus publics, laissent apparaître un déficit de près de 3 milliards d'euros (2,96 plus précisément). Si les dépenses ont augmenté de 3,1 % (ce qui reste relativement

modéré), les recettes, elles, n'ont crû que de 0,5 % en 2002. Ce déficit persistant est problématique du fait en particulier des contraintes budgétaires liées au pacte de stabilité au niveau européen, mais aussi parce qu'il risque d'entraîner une hausse des cotisations d'assurance maladie. Or, l'accord de coalition réaffirme l'objectif des politiques de maîtrise des dépenses de santé menées depuis la fin des années 1980 : celui de la stabilisation des taux de cotisation, qui correspond à une « économicisation » de la politique de santé.

Cette évolution négative de la situation financière traduit aussi les limites des mesures adoptées précédemment. Ainsi la loi de limitation des dépenses de médicaments, entrée en vigueur au premier janvier 2002, n'a pas empêché une augmentation des dépenses de médicaments de 4,8 % en 2002. Les mesures adoptées fin 2002 n'apparaissent pas non plus suffisantes. Elles concernaient pourtant l'ensemble des acteurs du système de santé. La contribution la plus importante (environ la moitié) était attendue de l'industrie pharmaceutique et des pharmaciens sous la forme de rabais pour les médicaments sans montants forfaitaires (c'est-à-dire

pour les molécules les plus récentes dont les droits sont protégés) et de réduction des marges pour les grossistes et les pharmaciens. Un deuxième aspect était le gel des honoraires des médecins et des dentistes ainsi que celui des budgets hospitaliers. Le dernier volet du plan concernait les assurés sociaux avec le relèvement du plafond de l'assurance maladie obligatoire et la réduction du montant des indemnités en cas de décès. Toutefois, ce plan d'austérité s'est heurté à une certaine

résistance de la part de l'industrie pharmaceutique et des médecins, ce qui l'a quelque peu atténué. Surtout, il n'a pas empêché des hausses de cotisations dans un certain nombre de caisses au début de l'année 2003.

La réflexion sur les aspects financiers de la réforme des systèmes sociaux (assurance maladie et retraites) a été confiée, fin novembre 2002, à une commission présidée par un professeur d'économie, président du Conseil social fédéral, Bernd Rürup. Comprenant 26 membres, elle est composée principalement d'universitaires (11 au total, en majorité des économistes), mais aussi de représentants des syndicats (Ursula Engelen-Kefer, vice-présidente du DGB), des caisses et des entreprises. La commission a rendu publiques, début avril, ses propositions en matière d'assurance maladie, présentées comme un « plan d'économies fulminant » (selon les termes employés par son président) de 24 milliards d'euros, soit l'équivalent d'une diminution de 2,4 points de taux de cotisation. Deux orientations sont privilégiées : d'une part l'augmentation importante de la part prise en charge directement par le patient (ce qui s'apparente à une privatisation du risque maladie) ; d'autre part le financement de certaines prestations par l'impôt et non plus par l'assurance. Sur le premier aspect, la mesure phare préconisée (censée économiser 2 milliards d'euros) est l'introduction d'une taxe de cabinet médical d'un montant de 15 euros – *Praxisgebühr* – (à l'exception des consultations pour les enfants, des consultations en cas d'accident, des prestations préventives et dans le cadre des programmes de soins intégrés – *Disease Management Programs* –). Parmi les autres mesures proposées, on peut aussi relever le

non-remboursement des médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance, même quand ils sont prescrits par le médecin (montant des économies escomptées : 3,7 milliards d'euros) et l'introduction d'un ticket modérateur pour les prothèses dentaires (montant des économies escomptées : 2,5 milliards d'euros). Sur le deuxième aspect, la proposition essentielle consiste à faire financer par l'impôt les prestations qui ne sont pas en rapport direct avec la maladie comme les indemnités en cas de grossesse ou de décès (pour un montant d'économie escompté de 4,5 milliards d'euros). Dans le même sens, la commission préconise de remettre en cause le financement paritaire des indemnités maladies en passant à une prise en charge par les salariés uniquement (montant des économies escomptées : 7,5 milliards d'euros).

Si ces propositions, dont l'évaluation des effets financiers a été fortement contestée¹, n'engagent pas directement le gouvernement, il est important de souligner que certaines figuraient déjà dans le discours du chancelier Schröder présentant un vaste plan de réformes sociales qualifié « d'agenda 2010 », prononcé à la mi-mars devant le Bundestag. L'objectif annoncé dans ce discours est également celui de la diminution des taux de cotisation à un niveau inférieur à 13 %, alors que ces taux ont crû de 0,8 point depuis 2000 (aujourd'hui leur niveau moyen est de 14,4 %). Ce discours a mis clairement l'accent sur la nécessité d'augmenter les paiements directs par le patient (en particulier par l'introduction d'une taxe dite de cabinet médical) et de financer en dehors de l'assurance maladie des prestations telles que les indemnités maladies et les indemnités de grossesse. Il est égale-

ALLEMAGNE

ment important de souligner que ce discours annonce que « la stratégie de maîtrise des dépenses a atteint ses limites », ce qui se traduit par le fait que le chancelier reprend à son compte les réformes de structures annoncées un mois auparavant par le ministère de la Santé, en particulier la remise en cause du monopole des unions de médecins de caisse, la réduction du nombre de caisses et l'introduction d'une carte électronique pour chaque patient.

Le projet de loi de « modernisation du système de santé »

Le 9 mai, le gouvernement de coalition SPD-Verts a rendu public un document de travail présenté comme une version avancée du projet de « loi de modernisation du système de santé » (*Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz*). Ce texte reprend lui aussi les principaux éléments relevant d'une réforme structurelle du système de soins, présentés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales en février dernier. On y retrouve donc notamment la mise en place d'un Centre allemand pour la qualité de la médecine, l'obligation pour les médecins de participer à des actions de formation continue, l'introduction de contrats individuels entre les médecins spécialistes et les caisses (ce qui renforce leur pouvoir de contrôle sur le plan de la qualité des soins et de leur efficacité), la mise en place d'un système de passage obligatoire par le généraliste avant de consulter un spécialiste (de manière incitative, en réduisant les tickets modérateurs pour les patients optant en faveur de ce système), le développement de la ré-

munération forfaitaire d'actes médicaux, la représentation des patients dans les principales instances décisionnelles en matière de santé, l'amélioration de l'information des patients (sur les médicaments en particulier) en impliquant fortement les médecins, la libéralisation du commerce des médicaments...

Le texte, qui reprend l'objectif de baisse des taux de cotisation à 13 %, précise aussi les mesures de nature financière et les économies escomptées qui se montent au total à 20 milliards d'euros étalés sur plusieurs années. Tout d'abord, soulignons que l'idée de création d'une taxe dite de cabinet médical (*Praxisgebühr*) d'un montant de 15 euros est maintenue. Il est cependant précisé qu'elle n'est versée qu'une seule fois pour une pathologie donnée (et non pas pour chaque consultation) et qu'elle ne concerne que les consultations directes de spécialistes, c'est-à-dire lorsque le patient n'est pas adressé par un généraliste. Les économies attendues de cette mesure sont estimées à 600 millions d'euros.

Le deuxième aspect est l'augmentation des tickets modérateurs directement à la charge du patient : pour les médicaments (avec des montants moins élevés pour les patients qui choisissent de s'adresser à un généraliste en premier recours ou qui participent à des programmes de soins intégrés, pour les malades chroniques et pour les patients aux revenus les plus faibles) et pour les soins hospitaliers (le forfait à la charge du patient passe de 9 à 12 euros par jour, dans une limite de 14 jours). Les économies attendues sont estimées ici à 1,1 milliard d'euros.

1. En particulier les effets sur les comportements de prescription des médecins n'ont pas été pris en compte.

Le troisième aspect est la suppression du remboursement de certaines prestations : il s'agit en particulier des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance (à l'exception de ceux qui concernent des enfants âgés de moins de 12 ans), des montures et des verres de lunettes, de la stérilisation et de la fécondation *in-vitro*. Le ministère attend de ces mesures des économies d'un montant de 1,7 milliard d'euros.

Un quatrième aspect porte sur la modification du financement. Il est prévu de ne plus faire financer un certain nombre de prestations par l'assurance maladie mais par l'impôt : les indemnités et les soins liés à la grossesse, l'IVG, les indemnités pour enfant malade... Les économies attendues pour l'assurance maladie se chiffrent ici à 4,5 milliards d'euros.

Enfin, la dernière mesure significative d'ordre financier est la modification, déjà annoncée, du financement des indemnités maladie qui ne serait plus à la charge des employeurs, mais seulement des salariés. 7,1 milliards d'euros d'économies sont attendus de cette mesure. Ce catalogue de mesures, pas très éloigné des propositions de la commission Rürup, montre clairement que l'essentiel de la charge financière pèse sur le patient (augmentation des tickets modérateurs, suppression de remboursement, prise en charge des indemnités maladie...) sur le contribuable (en particulier sur les fumeurs) et sur les retraités. Par contre, les employeurs voient leurs charges allégées (en particulier par la suppression de leur contribution au financement des indemnités maladie).

À la mi-mai, on peut donc dire que la coalition gouvernementale maintient ses projets de double réforme (structurelle et

financière) du système d'assurance maladie, qui s'inscrit dans le cadre plus général de l'agenda 2010 formulé par le chancelier Schröder. Mais leur traduction législative reste dépendante des soutiens, notamment politiques, que ces réformes doivent encore rallier.

Quels soutiens pour les réformes ?

La donnée centrale est en effet la fragilité politique du gouvernement qui, non seulement, ne dispose que d'une faible majorité au Bundestag, mais aussi est minoritaire au Bundesrat (dont l'approbation est nécessaire pour les aspects concernant les Länder).

En 1992, l'adoption de la réforme Seehofer, alors ministre (CSU) de la Santé du gouvernement Kohl, avait été rendue possible par la mise en place d'une grande coalition ponctuelle (c'est-à-dire avec le soutien du SPD, alors majoritaire au Bundesrat, comme l'est aujourd'hui l'opposition CDU-CSU-FDP). Cette stratégie d'alliance avait notamment permis de marginaliser les représentants de la profession médicale, qui aujourd'hui encore font partie des principaux opposants aux projets gouvernementaux.

Mais, un tel scénario de « grande coalition » n'est pas le plus probable dans le contexte actuel. En effet, même si la CDU-CSU partage les grandes orientations des projets de réforme (en particulier l'objectif de réduire les taux de cotisation, le développement de la concurrence et la diminution de la prise en charge par l'assurance maladie), elle a fait savoir publiquement qu'elle ne les soutiendrait pas. Elle dénonce en particulier l'augmentation de la taxe sur le tabac, la création de la taxe de cabinet médical, la modification du financement des indemnités maladie, et, de manière plus gé-

ALLEMAGNE

nérale, l'étatisation et la bureaucratisation du système de soins incarnée, selon elle, par la mise en place prévue du Centre allemand pour la qualité des soins. Toutefois, la ministre de la Santé et des Affaires sociales, Ulla Schmidt, n'a pas, pour l'heure (mi-mai) renoncé à chercher un soutien de la part de l'opposition parlementaire.

Le problème principal pour le gouvernement est que la contestation des réformes vient principalement du DGB et de l'aile gauche du SPD. Sont incriminées les mesures financières, en particulier l'accroissement important de la part prise en charge directe par le patient, perçue comme un important recul social, la modification du mode financement des indemnités maladie (désormais à la charge des assurés uniquement) et l'accroissement des cotisations des retraités. Cette opposition s'inscrit dans une contestation de l'ensemble des réformes sociales, à tonalité fortement libérales, annoncées par le chancelier à la mi-mars dans le cadre de « l'agenda 2010 ». De ce point de vue, le congrès extraordinaire du SPD annoncé pour début juin (et la demande de référendum faite par l'aile gauche du parti sur les projets de réforme dans le domaine social) est une échéance très importante puisque l'opposition principale aux réformes se situe à l'intérieur du SPD. L'autre variable clef est bien sûr l'intensité de la mobilisation syndicale, qui a été particulièrement forte lors du 1^{er} mai et qui est susceptible de s'étendre. Certes, les mesures concernant l'assurance maladie ne sont pas en première ligne de la contestation syndicale et à l'intérieur du SPD, mais l'affaiblissement politique du gouvernement qui en résulte devrait peser sur le vote de la loi de modernisation du système de santé.

Si l'opposition des médecins apparaît également assez déterminée, elle est probablement moins menaçante pour les projets du gouvernement. Elle porte sur deux aspects principaux. Premièrement, l'encadrement accru de la pratique médicale à la fois sous la forme de normes thérapeutiques qui seraient désormais fixées par le nouveau Centre allemand pour la qualité de la médecine et de contrôle de qualité par les caisses, est dénoncé comme menant à « la mise en place d'une bureaucratie médicale étatisée » et à une médecine « économicisée ». Deuxièmement, la mise en cause du monopole des unions de médecins de caisse, est perçue par ses dirigeants comme une menace de marginalisation de l'exercice individuel de la médecine en cabinet (pour les spécialistes principalement). Toutefois, l'opposition des médecins est affaiblie, comme en 1992, par des divergences au sein de la profession, en particulier entre spécialistes et généralistes. En effet, le principal syndicat de généralistes a apporté son soutien au projet de loi qui comprend notamment, comme on l'a vu, des mesures renforçant la place des médecins généralistes dans le système de soins ambulatoires en leur donnant un rôle de pilote et de filtre. On peut aussi signaler que la Chambre des médecins a plutôt salué favorablement les mesures de nature financière (qui pèsent avant tout sur les patients) et que la perspective de la remise en cause de l'encadrement budgétaire des dépenses répond à une revendication de longue date de la profession.

Pour finir, remarquons que, là aussi comme en 1992, les caisses soutiennent assez largement les mesures structurelles proposées qui renforcent leur position et visent à améliorer leur situation financière. Plus précisément, le soutien vient

plus des caisses locales (AOK), les plus importantes, car les autres caisses, plus petites, craignent de ne pas avoir vraiment les moyens de gérer les contrats individuels avec des spécialistes, et donc par là d'être défavorisées dans la compétition entre caisses qui devrait aussi porter sur l'offre de soins proposée aux assurés.

Ainsi, c'est donc plus le contexte politique que les rapports de force entre acteurs du système de santé, qui va décider du contenu précis des réformes, dont on peut aujourd'hui (mi-mai) se demander si elles seront, comme cela est prévu par le gouvernement, votées d'ici l'été.

ALLEMAGNE