

# Allemagne

## Les mobilisations multiples des médecins

Patrick HASSENTEUFEL \*

Alors que l'adoption de la réforme de l'assurance maladie de 2003 n'avait suscité qu'une opposition relativement limitée des médecins <sup>1</sup>, l'Allemagne connaît depuis cet automne un mouvement tout à fait inhabituel de forte mobilisation de l'ensemble de ce groupe professionnel. Cette protestation peut apparaître d'autant plus étonnante qu'elle se produit avant même que la grande coalition au pouvoir n'ait annoncé de nouvelles réformes dans la santé du fait des fortes divergences qui la traversent sur ce domaine de politique publique. Elle traduit un malaise profond de la profession lié principalement aux conditions de travail et à l'évolution des revenus. Le plus frappant est que ce mouvement de protestation parti des médecins hospitaliers est devenu largement commun à l'ensemble du groupe professionnel. La persistance de la mobilisation, attisée notamment par le projet de loi sur l'amélioration de l'efficacité des médicaments (*Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversor-*

*gung*), pose aussi la question des réformes à venir du système d'assurance maladie allemand.

---

### L'extension de la mobilisation des médecins hospitaliers

Le mouvement de protestation des médecins a été initié par les médecins hospitaliers du fait du retrait de certains Länder (Hesse, Bade-Wurtemberg, Berlin) de la convention collective des employés du secteur public (*Bundesangestelltentarifvertrag*) qui a entraîné, pour les médecins des hôpitaux universitaires (*Universitätskliniken*), la suppression de primes et l'augmentation de la durée hebdomadaire du travail à 42 heures sans compensation salariale. Une première journée de grève a été organisée en mai 2005. Du fait de l'absence de prise en compte des revendications des médecins en termes de revenu et de temps de travail, le Marburger Bund, l'organisation syndicale des médecins hospitaliers <sup>2</sup>, a

---

\* Professeur de science politique à l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, membre du CRAPE (CNRS-IEP Rennes-Rennes 1).

1. Cf. Patrick Hassenteufel, « Les réorientations de la politique d'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IRES*, 91, novembre 2004.

2. Plus précisément, il représente tous les médecins salariés au-delà des médecins hospitaliers et revendique 100 000 adhérents, soit un taux de syndiqués d'environ 60 %. Il s'agit de ce fait, numériquement, du premier syndicat de médecins hospitaliers en Europe.

## LES MOBILISATIONS MULTIPLES DES MEDECINS

intensifié la mobilisation au cœur de l'été avec l'organisation, début août, d'une semaine d'action qui s'est traduite par des journées de grèves et des manifestations dans les hôpitaux universitaires des Länder concernés. A Berlin, une marche vers la chancellerie a même été organisée avec pour mot d'ordre : « On en a marre, partons à l'étranger »<sup>1</sup> (« *Uns reicht's - ab ins Ausland* »). Dans la capitale fédérale, la mobilisation a été particulièrement forte à l'hôpital de la Charité (le plus gros hôpital universitaire d'Allemagne) où le mécontentement à propos des conditions de travail (durée du temps de travail) et de rémunération (en particulier le non-paiement d'une partie des heures supplémentaires) est important. Il s'était déjà traduit par la mise en place, durant l'été 2004, d'un collectif des médecins de la Charité (Ärzteinitiative der Charité) qui a rapidement regroupé 600 médecins. Une nouvelle manifestation nationale des médecins des hôpitaux universitaires a été organisée début septembre à Stuttgart (avec environ 5 000 participants).

Cette mobilisation s'est intensifiée durant l'automne avec l'organisation, à la

mi-octobre, d'une journée de protestation dans treize villes rassemblant 8 500 médecins au total, puis de nouvelles journées de grève (en particulier une semaine de grève à la Charité à laquelle ont participé 70 % des médecins) fin novembre et début décembre. La protestation des médecins hospitaliers a été attisée par deux autres enjeux.

Le premier est la signature de la convention collective du secteur public par la fédération syndicale Ver.di (*Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst*) et qui doit s'appliquer aux hôpitaux communaux. Elle a été récusée par le Marburger Bund qui demande une grille de salaires spécifique aux médecins hospitaliers, avec un niveau de salaire supérieur de 30 % par rapport à la convention collective existante. Il estime que la nouvelle convention collective conduit à des baisses de revenus pouvant aller jusqu'à 6,7 % en fin de carrière. Cette position a conduit le Marburger Bund à remettre en cause, mi-septembre, le mandat en matière de négociation avec les employeurs publics donné à Ver.di (et avant à l'ÖTV)<sup>2</sup>. L'organisation des médecins salariés (dont les effectifs se seraient ac-

- 
1. Les porte-paroles du Marburger Bund ont fréquemment recours à la comparaison avec d'autres pays européens. Selon cette organisation, l'Allemagne est au bas de l'échelle européenne et les médecins hospitaliers anglais ou français auraient des salaires deux à trois fois plus élevés, ce que confirment des chiffres issus du *National Economic Research Associates Economic Consultants* (*Handelsblatt*, 12 janvier 2006). Le revenu annuel moyen des médecins hospitaliers allemands serait de 56 800 dollars (en parité de pouvoir d'achat) contre 127 300 dollars pour les médecins hospitaliers britanniques, 116 100 pour les médecins hospitaliers français, 73 200 pour les médecins hospitaliers danois et 67 800 pour les médecins hospitaliers espagnols. Ces chiffres sont proches de ceux de l'Institut fédéral de la statistique allemand qui estime le revenu moyen d'un médecin hospitalier allemand à 66 000 euros par an. Mais les écarts sont importants puisque le salaire mensuel des médecins chef (*Oberarzt*) est d'environ 7 000 euros, alors que celui des médecins assistants (*Assistenzarzt*) est d'environ 3 000 euros, et près des deux tiers des médecins hospitaliers ont un salaire mensuel net inférieur à 3 000 euros. Ajoutons que, selon les chiffres de l'union fédérale des médecins, 12 200 médecins allemands travaillent aujourd'hui à l'étranger contre 10 900 il y a quatre ans.
  2. Le Marburger Bund reproche aussi à Ver.di de beaucoup plus prendre en compte les intérêts des personnels paramédicaux que ceux des médecins.

## ALLEMAGNE

crus de 10 % à la suite de cette rupture) a donc demandé à négocier directement avec l'association des employeurs communaux (Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände) ce que cette dernière a refusé dans un premier temps.

L'autre enjeu est celui du temps de travail qui relève d'une loi entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 en application de la directive européenne sur le temps de travail. Elle prévoit une durée moyenne hebdomadaire de 48 heures et une durée moyenne quotidienne de 8 heures (qui peut être étendue par convention collective à 10 heures). Surtout, la loi prend en compte les arrêts de la CJCE comptabilisant le temps de garde comme temps de travail, en particulier l'arrêt du 9 septembre 2003 (C-151/02) qui avait donné raison à un médecin hospitalier allemand demandant la reconnaissance du temps de garde comme temps de travail. La loi prévoit toutefois un délai de mise en œuvre de 2 ans pour cet aspect. Fin 2005, la mise en œuvre de la nouvelle législation sur le temps de travail avait été réalisée dans un tiers des hôpitaux (dans les hôpitaux les plus gros). Toutefois, ce délai vient d'être allongé d'un an à la demande notamment de l'association des gestionnaires d'hôpitaux (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG) qui négocie avec les caisses d'assurance maladie les dotations budgétaires et les objectifs de dépenses des établissements hospitaliers. La DKG met en avant deux arguments principaux : le coût de la mise en œuvre de la loi (estimé à 1,7 million d'euros par an) et la difficulté d'augmenter le nombre de médecins hospitaliers (augmentation chiffrée à 27 000 par la DKG).

Cette mesure votée par le Bundestag en décembre 2005 (et qui figure dans le contrat de grande coalition signé en novembre 2005) est également justifiée, pour le gouvernement, par l'incertitude qui règne au niveau européen sur la modification de la directive sur le temps de travail pour laquelle la comptabilisation des temps de garde et d'astreinte est un enjeu central.

La mobilisation traduit un malaise assez profond des médecins hospitaliers que révèlent aussi plusieurs enquêtes rendues publiques en janvier 2006. La première, menée en Westphalie auprès de 200 médecins hospitaliers et de 400 internes, reflète le mécontentement vis-à-vis des conditions de travail (que ces médecins devaient noter). La plupart des notes sont supérieures à trois (donc inférieures à la moyenne <sup>1</sup>) et les plus mauvaises concernent la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, la compensation des heures supplémentaires et les aspects bureaucratiques de l'activité à l'hôpital. Une étude plus large, menée par l'organisation fédérale des étudiants en médecine auprès de 3 600 étudiants, confirme ces éléments. 79 % des étudiants interrogés pensent qu'il est difficile, en Allemagne, de concilier vie professionnelle et vie familiale. Ils souhaitent prioritairement un temps de travail réglementé ne dépassant pas 50 heures hebdomadaires, des contrats à durée indéterminée, un paiement adéquat (plus de 40 % d'entre eux veulent des salaires supérieurs à ceux de la convention collective), en particulier pour les heures supplémentaires, et moins de hiérarchie à

---

1. En Allemagne, le système de notation va de 1, la meilleure note, à 6, la plus mauvaise ; la moyenne est donc à 3.

## LES MOBILISATIONS MULTIPLES DES MEDECINS

l'hôpital<sup>1</sup>.

Le blocage est aujourd'hui important sur ces différents enjeux. En ce qui concerne la convention collective, les négociations n'ont pas abouti avec les Länder, tandis que les communes ont refusé de négocier avec le Marburger Bund et cherchent à appliquer la convention collective du secteur public aux médecins. Le contexte est tendu du fait de l'introduction du nouveau mode de paiement des hôpitaux, qui accroît la pression sur les coûts, et de la diminution des dotations du Bund aux Länder.

En ce qui concerne le temps de travail, la mobilisation s'est en partie déplacée sur le terrain juridique et au niveau européen. Sur le plan juridique, le Tribunal fédéral du travail a rendu un arrêt fin janvier précisant que la loi sur le report de la transposition de la directive européenne ne concernait pas la règle du maximum des 48 heures hebdomadaires qui devait donc déjà être respectée. Le Marburger Bund vient aussi d'engager une action auprès des parlementaires européens pour qu'ils rejettent la dernière proposition de la Commission européenne (pour la nouvelle directive sur le temps de travail) qui prévoit de ne comptabiliser comme temps de travail que les périodes « actives » de garde ou d'astreinte (ce qui a également été approuvé par le Conseil des ministres européen des Affaires sociales en décembre dernier).

La mobilisation s'est donc poursuivie sous la forme de nouvelles journées nationales d'action (la dernière en date a eu lieu le 22 février) et surtout par le déclenchement d'une grève des soins non ur-

gents par le Marburger Bund. Début mars, une journée de grèves d'avertissement a été organisée dans une quarantaine d'hôpitaux dépendant des Länder (principalement des hôpitaux universitaires). Quelques jours plus tard, le Marburger Bund a interrompu les négociations avec l'association des Länder (au moment même où s'engageaient les négociations avec l'association des employeurs communaux) du fait de son refus d'accepter le principe d'une convention collective spécifique aux médecins hospitaliers, comprenant en particulier une augmentation des salaires de 30 %, la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures et le paiement des heures supplémentaires. Le vote organisé par le syndicat a traduit un soutien massif à la grève (98,4 % des médecins hospitaliers ayant participé au vote se sont déclarés en sa faveur). La grève des soins (à l'exception des soins urgents et des soins intensifs) a débuté le 16 mars dans huit hôpitaux universitaires, puis étendue à vingt. 4 000 médecins y participent et le Marburger Bund a annoncé une extension du mouvement à d'autres villes. Pour l'instant, le blocage est total puisque le syndicat des médecins hospitaliers a refusé la proposition faite par les Länder d'augmenter le temps de travail à 48 heures maximum avec en contrepartie une augmentation de 20 % des salaires. Le Marburger Bund revendique toujours une hausse des salaires de 30 %, ce qui représente, selon lui, un coût de 3 milliards d'euros nécessitant une hausse de 0,26 % du taux des cotisations d'assurance maladie.

---

1. La représentation fédérale des étudiants en médecine est également à l'initiative d'une pétition de soutien aux actions de protestation des médecins. Elle avait recueilli plus de 13 000 signatures début mars 2006.

## ALLEMAGNE

Cette intensification de la conflictualité dans le secteur hospitalier se produit alors que les autres médecins se sont, eux aussi, engagés dans un mouvement de protestation qui a notamment conduit à l'organisation commune de « journées des médecins » le 18 janvier et le 24 mars 2006 <sup>1</sup>.

---

### L'entrée en lice massive des médecins de ville

A l'appel de l'organisation Freie Ärzteschaft (Médecins libres), soutenue par plusieurs autres représentants plus traditionnels des médecins (le Hartmannbund et le NAV-Virchowbund) une première journée nationale de protestation des médecins de ville a été organisée début novembre. La manifestation a réuni à Cologne plusieurs milliers de médecins, tandis que près de la moitié des cabinets médicaux de Rhénanie du Nord-Westphalie étaient restés fermés. L'objectif était d'exprimer le refus de la « bureaucratisation » de l'activité médicale et des politiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en particulier les budgets médicaux (*Praxisbudgets*) <sup>2</sup> et le système de rémunération flottant qui l'accompagne. Certes, la réforme de 2003 prévoyait que, à l'échéance de 2007, les budgets seraient remplacés par des volumes de prestations à prix fixes (*Regelleis-*

*tungsvolumina*) dont le montant dépendrait de la morbidité au niveau régional et du type d'activité médicale. La rémunération des actes médicaux ne serait donc plus fluctuante (selon le volume d'activité) mais dépendrait de montants fixés préalablement. Toutefois, la mise en œuvre de cette mesure a été reportée par le nouveau gouvernement comme l'a annoncé Ulla Schmidt (SPD), restée ministre de la Santé.

La mobilisation s'est poursuivie en novembre dans le Brandebourg du fait des pertes de revenus pour une partie des médecins du secteur ambulatoire (selon l'union des médecins du Land un quart des médecins auraient subi des pertes d'honoraires de 10 %, certains ayant même subi des pertes supérieures à 30 %). Cette situation est liée aux diminutions des recettes de l'assurance maladie et au nouveau système de cotation des actes médicaux (*EBM 2000 plus*). La question de la rémunération des médecins en cabinet est donc largement mise en avant par les représentants de la profession. Selon le porte-parole de l'union fédérale des médecins, un tiers des praticiens aurait un revenu mensuel inférieur à 2 000 euros, et un autre tiers un revenu mensuel compris entre 2 000 et 3 500 euros. De ce fait près de 30 % des cabinets seraient menacés par la faillite. Ces chiffres sont toutefois contestés, notamment par la ministre de la

---

1. Ajoutons que cette intensification de la mobilisation des médecins hospitaliers intervient dans un contexte de conflictualité plus large dans la fonction publique allemande, du fait de l'opposition entre les employeurs communaux et des Länder et Ver.di sur le temps de travail. Ver.di reproche aux négociateurs des Länder d'avoir fait des propositions trop avantageuses au Marburger Bund (voir la contribution d'Adelheid Hege dans ce numéro de la *Chronique internationale de l'IRES*).

2. En 1997, chaque médecin exerçant dans le cadre de l'assurance maladie s'est vu attribuer un budget annuel tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de sa spécialité, des caractéristiques sanitaires de sa région, de sa qualification et des spécificités de sa clientèle. Des reversements étaient prévus en cas de dépassement du budget, des versements dans le cas contraire.

## LES MOBILISATIONS MULTIPLES DES MEDECINS

Santé. D'autres données ont été mises en avant : tout d'abord, le fait que le revenu moyen (avant impôts) d'un médecin est de 85 000 euros (dans les Länder de l'Ouest) et de 78 000 euros (dans les Länder de l'Est) ; ensuite l'évolution des honoraires perçus est positive : + 10 000 euros entre 1999 et 2003 pour les généralistes, + 9 000 euros pour les spécialistes ; enfin les disparités sont là aussi importantes, non seulement entre les territoires (notamment entre l'Est et l'Ouest) mais aussi entre les types d'activité : les généralistes ont un revenu moyen de 75 000 euros, les spécialistes de médecine interne de 137 000 euros (du fait notamment d'un plus grand nombre de patients privés).

La simultanéité de ces mobilisations (en ville et à l'hôpital) a conduit à l'organisation par un groupement d'une quarantaine d'associations et de syndicats de médecins (de ville et hospitaliers) d'une « journée des médecins » le 18 janvier 2006. Ce jour-là, 20 000 médecins ont manifesté à Berlin et près d'un cabinet médical sur deux est resté fermé sur l'ensemble du territoire allemand. Cette journée a eu un écho médiatique très important et un certain impact sur l'opinion publique puisque, selon un sondage de l'institut Infratest, 81 % des personnes interrogées soutiennent la revendication des médecins en faveur de meilleures conditions de travail. Au cœur de leurs demandes se trouvent, non seulement, la

fin du système des points flottants mais aussi l'amélioration des conditions de travail, en particulier l'allègement des charges administratives. Selon une étude menée par l'union des médecins du Bade-Wurtemberg en octobre 2005 auprès de 3 350 médecins, ceux-ci passeraient en moyenne 110 minutes par jour de travail à des tâches administratives (en particulier le remplissage des formulaires). Ces tâches se sont fortement accrues depuis 2003 du fait de l'introduction du forfait de cabinet médical (*Praxisgebühr*) et du renforcement de la concurrence entre caisses qui a diversifié les modes de prise en charge. 81 % des médecins qui ont participé à l'étude estiment que ces tâches empiètent fortement ou très fortement sur leur activité médicale. À cela s'ajoute le fait que les médecins doivent soigner en moyenne 4 % de cas de plus qu'en 1992. Tous ces éléments (conditions de travail et niveau de rémunération) conduisent les représentants des médecins à prédire une pénurie médicale <sup>1</sup>, la profession étant de moins en moins attrayante, et les départs à la retraite massifs ces prochaines années. Toutefois, la densité médicale en Allemagne reste l'une des plus élevées en Europe et s'est accrue depuis 1992 (augmentation du nombre de médecins de 22 % alors que celle de la population s'est seulement élevée à 1,8 %).

La protestation s'est poursuivie en février de manière plus éclatée géographi-

---

1. Un rapport commandé par le ministère de la Santé intitulé « Sortie de l'activité médicale curative en Allemagne », rendu public en avril 2005, a essayé de mettre en lumière les raisons de la cessation d'activité chez certains médecins. Menée auprès de 5 000 étudiants en médecine et 5 000 médecins en activité, l'étude met en avant les difficultés de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle puisque les deux tiers des médecins interrogés et les trois quarts des étudiants estiment difficile le retour à une activité médicale après un congé parental. La pénurie de médecins menace surtout dans les nouveaux Länder puisque un tiers des étudiants et deux tiers des médecins interrogés excluent catégoriquement d'y travailler.

## ALLEMAGNE

quement. De nombreuses manifestations ont eu lieu et dans le Bade-Wurtemberg un mouvement de boycott des demandes écrites des caisses a été lancé. Dans ce Land une autre organisation médicale assez récente, Medi, a joué un rôle moteur. Elle s'était fait connaître en 2005 en s'opposant au contrat de soins intégrés signé entre la caisse complémentaire Barmer, l'association allemande des médecins généralistes et l'association allemande des pharmaciens. Ce contrat prévoit le passage obligatoire par le généraliste, payé au forfait. Celui-ci doit fortement inciter ses patients à s'impliquer dans des actions de prévention et s'engage à prescrire des médicaments génériques et à se conformer à des protocoles de soins. Medi a dénoncé la remise en cause du libre choix du médecin, l'encadrement de la pratique médicale et la bureaucratisation des rapports médecins/patients.

Début mars cinq organisations de médecins (dont Medi, Freie Ärzteschaft, NAV et le Hartmannbund) ont rendu public un projet de réforme du système d'assurance maladie prévoyant une rémunération fixe des actes médicaux en euros (et non en points), la remise en cause du tiers-payant et surtout la définition d'un panier de prestations de base obligatoirement pris en charge par les caisses d'assurance maladie et financé par un forfait. Pour le reste des prestations, les caisses seraient mises en concurrence avec les assureurs privés. Il s'agirait donc (comme

c'est le cas en France) de développer un secteur concurrentiel de l'assurance complémentaire. Par ailleurs, ces organisations, en particulier Medi, dénoncent le rôle passif des unions de médecins transformés en simple « prolongement » du ministère chargé de mettre en œuvre la politique de maîtrise des dépenses (en particulier les budgets). La question de leur suppression est donc aussi posée.

Une nouvelle journée nationale d'action des médecins a eu lieu le 24 mars, 30 000 médecins ont manifesté à Berlin et un grand nombre de cabinets sont à nouveau restés fermés. Il est vrai que la mobilisation a été attisée par le projet de loi sur les médicaments.

---

### **Le refus de la loi sur l'amélioration de l'efficacité économique du médicament**

La coalition gouvernementale s'est accordée à la mi-décembre sur le principe d'une loi visant à économiser 1,3 milliard d'euros par an en dépenses de médicaments, du fait notamment de la hausse de 15 % des dépenses de médicaments en 2005<sup>1</sup>. Le projet gouvernemental, adopté par le Bundestag en février, prévoit en particulier la négociation par les caisses et les unions de médecins des volumes de dépenses moyens pour les médicaments les plus consommés (*Tagestherapiekosten*). Les médecins dépassant ces objectifs seront sanctionnés à partir d'un dépassement de 10 % (*Malus*)<sup>2</sup>, ceux qui

---

1. Il faut néanmoins préciser que cette évolution a lieu par rapport à une année de baisse des dépenses (2004) et que la moitié de cette baisse est liée à celle des rabais consentis par l'industrie pharmaceutique comme le prévoyait la loi de 2003 (augmentation du montant des rabais en 2004, puis baisse en 2005).

2. Le système est trimestriel et graduel : pour un dépassement compris entre 10 % et 20 % les médecins doivent reverser 20 % du montant du dépassement, pour un dépassement compris entre 20 % et 30 % les médecins doivent reverser 30 % du montant du dépassement et pour un dépassement supérieur à 30 % les médecins doivent reverser 50 % du montant du dépassement.

## LES MOBILISATIONS MULTIPLES DES MEDECINS

les respectent récompensés (*Bonus*). Ce système se heurte à une forte opposition des médecins. Les 40 organisations qui ont appelé à la « journée des médecins » du 18 janvier ont rendu publique à cette occasion une déclaration réclamant le retrait de la loi. Selon cette déclaration, le *Bonus-Malus* contredit l'éthique médicale et restreint la liberté thérapeutique en incitant à limiter les prescriptions de médicaments. Le rapport de confiance avec le patient serait affecté puisque ce dernier ne peut plus être sûr de se voir prescrire les médicaments dont il a besoin et les médicaments les plus efficaces. Le rôle de soignant des médecins en serait donc altéré puisque la logique de rationalisation l'emporterait sur la logique de soins et de progrès médical. Les malades chroniques et les patients âgés qui consomment le plus de médicaments seraient les plus menacés. La déclaration dénonce, enfin, l'accroissement des tâches administratives que la loi risque d'entraîner.

Le projet gouvernemental prévoit aussi un gel du prix des médicaments pendant deux ans, la baisse des montants forfaitaires (correspondant au montant pris en charge par les caisses au sein d'une classe d'équivalence thérapeutique) désormais fixés au niveau du tiers

de l'écart entre le montant du médicament le plus cher de la classe d'équivalence thérapeutique et le moins cher de celle-ci<sup>1</sup>, la baisse du prix des médicaments génériques<sup>2</sup> de 10 % et l'interdiction faite aux laboratoires pharmaceutiques d'octroyer des ristournes aux pharmaciens.

Ce projet de loi se heurte, non seulement, à l'opposition des médecins et de l'industrie pharmaceutique<sup>3</sup> (et dans une moindre mesure à celle des caisses du fait du risque d'augmentation de la contribution financière directe des patients) mais aussi à celle du Bundesrat<sup>4</sup>. En effet, la commission santé (dominée par des Länder à majorité CDU) a exprimé ses réticences face au système de *Bonus-Malus* pour les médecins et a estimé que les instruments existants (notamment la fixation de volumes indicatifs de prescription) suffisent pour contrôler le comportement de prescription des médecins. Elle a demandé la convocation du comité de conciliation avec le Bundestag et a été suivie par une majorité au sein du Bundesrat le 10 mars 2006. Toutefois, le médicament ne relevant pas de la compétence des Länder, le Bundestag peut passer outre un refus du Bundesrat.

1. L'objectif du gouvernement est de faire baisser les prix des médicaments par leur alignement sur le montant forfaitaire, toutefois les caisses estiment que le risque est grand de voir un nombre croissant de prix dépasser le montant forfaitaire ce qui entraînerait une augmentation de la contribution financière directe du patient à ses dépenses de médicaments. Une partie de la hausse des dépenses de médicaments en 2005 est liée à des prescriptions de médicaments plus chers.
2. Ils représentent aujourd'hui 55 % des prescriptions en Allemagne.
3. Le BPI (représentant de l'industrie pharmaceutique) demande également le retrait du *Bonus-Malus* et considère la loi comme une menace pour la qualité des soins. Il souligne aussi que les prix des médicaments ont baissé en 2005 et s'oppose donc à de nouvelles baisses. Le VFA (organisation de la recherche pharmaceutique) souligne quant à lui que le projet risque de compromettre les innovations.
4. Le projet suscite aussi des réticences au niveau de l'opinion publique : selon un sondage de l'institut Emnid auprès de 1 007 personnes paru fin février, 64 % des personnes interrogées se déclarent opposées au système du *Bonus-Malus*.



---

**Quelles réformes à venir ?**

Cette mobilisation des médecins doit aussi être considérée par rapport au contexte plus général de l'assurance maladie. Même si les effets financiers de la réforme de 2003 sont encore positifs, une nouvelle réforme est annoncée du fait du retour des tensions financières. La mobilisation des médecins est d'une certaine façon également préventive face aux projets de réformes.

Les comptes de l'assurance maladie sont redevenus excédentaires de 4,02 milliards d'euros en 2004<sup>1</sup>. Ce retour à l'équilibre financier n'était pas seulement dû à une augmentation des recettes (malgré la hausse du chômage), du fait de la taxe trimestrielle de cabinet médical notamment, mais aussi à une baisse de 3,3 % des dépenses d'assurance maladie. On peut noter en particulier une forte diminution (-8,7 %) du nombre des consultations médicales qui a entraîné une baisse des dépenses de 5,8 % pour la médecine ambulatoire ; la tendance est encore plus nette pour les prescriptions de médicaments puisque les dépenses de remboursement de médicaments ont baissé de 11,2 % en 2004 par rapport à 2003, ce qui correspond à une réduction des dépenses de 2,5 milliards d'euros. Cette évolution a permis de faire baisser le taux moyen des cotisations de 14,33 % du salaire au 1<sup>er</sup> janvier 2004 à 14,19 % au premier janvier 2005. Mais, du fait de l'endettement des caisses (la moitié de

l'excédent a été consacré par les caisses à la réduction de leur dette et à la reconstitution de réserves financières) et des transferts de charges résultant de la dernière réforme de l'assurance-chômage (Hartz IV), l'objectif de 13,6 % fixé par le gouvernement pour fin 2004 (13 % pour fin 2005) est loin d'avoir été atteint (toutefois, sans la réforme, les cotisations auraient certainement augmenté). L'excédent s'est fortement réduit en 2005 (1,78 million d'euros<sup>2</sup>) et la plupart des caisses n'envisagent plus de faire baisser leurs taux de cotisation, aujourd'hui en moyenne de 14,2 %<sup>3</sup>. Les perspectives financières sont relativement sombres à moyen terme du fait de la diminution programmée (puis de la suppression en 2007) des versements du budget fédéral aux caisses d'assurance maladie (pour les prestations ne relevant pas d'une logique d'assurance). Le retour au déficit en 2006 est donc probable. A cela s'ajoute l'augmentation prévue du taux de TVA en 2007 qui devrait représenter 1,5 milliard de dépenses supplémentaires pour les caisses. Ces éléments expliquent que le ministère de la Santé ait rendu publique une prévision très alarmiste fin décembre : un déficit cumulé de 14 milliards d'euros pour les caisses d'ici la fin de la législature.

La mise en chantier d'une nouvelle réforme de l'assurance maladie est donc programmée. Mais elle se heurte à une difficulté majeure : l'opposition au sein de la grande coalition entre deux nouveaux

---

1. Pour un premier bilan de la réforme de 2003, cf. Patrick Hassenteufel, « L'accélération des transformations du système d'assurance maladie allemand », in I. Bourgeois (dir.), *Le modèle social allemand en mutation*, CIRAC, 2005.

2. Les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de 3,3 %, soit trois fois plus que les recettes.

3. La plupart des caisses estiment qu'en l'absence de nouvelle réforme, les cotisations devront être augmentées de 0,4 % à 0,5 % d'ici la fin de l'année.

## LES MOBILISATIONS MULTIPLES DES MEDECINS

modèles de financement de l'assurance maladie <sup>1</sup>. La CDU-CSU demande la mise en place d'un paiement forfaitaire sous la forme d'une « prime solidaire pour la santé » (*solidarische Gesundheitsprämie*) correspondant à un versement mensuel de 200 euros environ. L'objectif poursuivi est de découpler le financement de l'assurance maladie du salaire pour alléger le coût du travail et favoriser la compétitivité. Le SPD est quant à lui favorable à la création d'une assurance citoyenne (*Bürgerversicherung*), financée par l'ensemble des revenus (y compris ceux des placements, des héritages et des locations) de tous les citoyens en intégrant les assurances maladies privées (PKV) afin d'inclure dans le système solidaire obligatoire les fonctionnaires, les hauts revenus et les indépendants, ce à quoi s'oppose la CDU-CSU. L'accord de coalition ne tranche pas ce débat <sup>2</sup> mais programme pour 2006 l'adoption d'une solution de compromis. Plusieurs pistes sont actuellement en discussion. Le système néerlandais est souvent cité comme modèle de référence. Son financement est basé sur une prime couvrant les prestations de base et complété par des cotisations (en partie prises en charge par les employeurs) dépendant des revenus. L'une des pistes est de ce fait la mise en place d'une « prime citoyenne » (*Bürgerprämie*) <sup>3</sup> combinant un forfait

versé par tous les citoyens (intégrant donc l'assurance privée) et un versement complémentaire dépendant du revenu. Une autre piste, suivie par le ministère de la Santé, est la mise en place d'un système à trois piliers intégrant les assurances privées : une cotisation des employeurs (non plafonnée alors que la CDU souhaite un plafonnement), une cotisation des salariés ne reposant pas seulement sur le salaire mais sur l'ensemble des revenus (prélevée par l'Etat et redistribuée aux caisses) et un forfait individuel fixé par chaque caisse en fonction de sa situation financière, ce qui renforcerait la concurrence. La question du financement de la prise en charge des enfants par l'impôt est également posée. Le débat est loin d'être tranché, mais il est prévu qu'il le soit au cours du premier semestre 2006 au niveau des principaux responsables des partis de la grande coalition.

Les autres orientations prévisibles de la réforme de l'assurance maladie sont l'intensification de la concurrence au sein du système d'assurance maladie (orientation clairement mise en avant dans l'accord de grande coalition) et l'accroissement des possibilités de fusion entre caisses. Pour ce qui concerne le plus directement les médecins, une libéralisation de leur installation a été annoncée (pour favoriser l'ouverture de cabinets médicaux dans les zones sous-médicalisées et pour faciliter la combinaison

---

1. Cf. Carsten Grabow, « Fighting with Goliath : The Reform of the Public Health Insurance Scheme in Germany, its Potential to Increase Employment and Alternative Models of Reform », *German Politics*, vol.14, n°1, 2005.

2. Cf. Udo Rehfeldt, « La grande coalition et son programme économique et social », *Chronique internationale de l'IRES*, 98, janvier 2006.

3. Ce terme a été proposé par Horst Seehofer (CSU), ancien ministre de la Santé, et aujourd'hui ministre de l'Agriculture.

## ALLEMAGNE

d'une activité ambulatoire et hospitalière), mais la réforme des honoraires<sup>1</sup>, prévue pour 2006, a été repoussée à 2007. Toutefois, la mobilisation toujours en cours des médecins peut avoir un impact non seulement sur l'agenda de la réforme mais aussi sur son contenu, même si le

gouvernement qui estime le coût total des revendications de l'ensemble des médecins à 10 milliards d'euros (soit une augmentation des taux de cotisation d'assurance maladie de 1 %), continue de leur opposer une fin de non-recevoir

### Sources :

*Ärzte Zeitung, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Handelsblatt, Süddeutsche Zeitung*

[Www.bmggesundheit.de](http://Www.bmggesundheit.de)

[www.freie-aerzteschaft.de](http://www.freie-aerzteschaft.de)

[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

---

1. Les enjeux en sont le passage du point flottant au point fixe pour la rémunération des actes médicaux, la fixation des budgets médicaux en fonction des patients et non plus du type de spécialité médicale et le développement des forfaits médicaux, pour les généralistes en particulier, afin de stabiliser le montant de leur rémunération.