

La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle

Marc Duriez

Chargé de mission au Haut Comité de la santé publique

Le Bundesrat, chambre haute du Parlement, a adopté en octobre la réforme du système de santé allemand, qui avait fait l'objet d'un compromis entre la coalition et l'opposition. Les remboursements sont limités, sollicitant les assurés et rendant obligatoire l'affiliation à une assurance complémentaire.

Le 21 juillet 2003, la coalition au pouvoir en Allemagne et l'opposition sont arrivées à un compromis sur un projet de réforme du système de santé. Certes il fallait faire passer le texte au Bundesrat (représentation des Länder) à majorité CDU-CSU et le projet de réforme finalisé en mai dernier ne pouvait, dans l'esprit de ses promoteurs, se dispenser d'un examen de passage préalable. L'événement est important et le processus envisagé par les responsables SPD très significatif du modèle de concertation allemand, bien qu'il se soit cantonné ici à la sphère politique. Lors d'une conférence de presse, la ministre de la Santé actuelle, Ulla Schmidt, et Horst Seehofer l'ancien ministre de la Santé CDU, ont tenu à indiquer qu'ils avaient réussi finalement « à redistribuer l'inéluctable », soulignant par-là les impératifs financiers auxquels aucun gouvernement ne pouvait se dérober. Selon Ulla Schmidt, l'accord passé avec l'opposition « est un compromis qui assure la qualité des soins et en même temps, casse des structures encroûtées ».

Les motifs d'une réforme

Le système de santé allemand c'est, fin 2002, presque 3 milliards d'euros de déficit, résultat d'une tendance continue depuis une dizaine d'années ; c'est aussi une croissance importante du taux de cotisation moyen, 14,4 % en moyenne nationale contre 12,3 % en 1991 avec, en outre, une accélération sensible sur les deux dernières années. La variabilité du taux de cotisation, du fait de l'autonomie de

gestion des caisses, a toujours constitué, en Allemagne, un signal fort pour déclencher des réformes. Le compromis prévoit de baisser le niveau moyen de ce taux à 13,6 % au début de 2004 et à 12,1 % en 2007. Économies recherchées par la mise en œuvre de l'ensemble des mesures : 23 milliards d'euros en quatre ans. Effet d'annonce fort qui rappelle étrangement ceux qui ont accompagné chaque grande réforme depuis 1990 !

Des motivations d'ordre financier certes, qui deviennent récurrentes dans le cadre de la régulation allemande, et ce depuis une vingtaine d'années, mais la commission du Président Rürup, mise en place par Ulla Schmidt au début 2003 s'est voulu plus ambitieuse.

« Nous voulons mettre un terme à la rigidité des structures [...] et faire passer le système de santé du XIX^e au XX^e siècle. Le système allemand a besoin de plus de transparence, d'une plus grande efficacité, de plus de compétition pour nous permettre une meilleure qualité et des réserves financières suffisantes ». Dans son discours d'intention sur la modernisation du système de santé allemand, Ulla Schmidt dévoilait, en janvier, de grandes ambitions.

Il est vrai que le système de santé allemand s'illustre aussi par de grandes insuffisances. Peu de listes d'attente il est vrai, mais l'Allemagne se situe dans les derniers rangs de l'Union européenne en matière d'espérance de vie ; les maladies cardio-vasculaires représentent 50 % des causes de décès et, si leur prévalence décroît, elle le fait moins rapidement

BRÈVES EUROPÉENNES

9 octobre 2003

Semaine européenne de lutte contre le cancer

La semaine européenne contre le cancer (2^e semaine d'octobre) a été l'occasion d'un nouveau financement de 100 millions d'euros versé par l'Union européenne. Ce financement pour la recherche contre le cancer est versé au titre du sixième programme-cadre de lutte contre les grandes maladies (2002-2006). Ces investissements répondent au souci d'unir les recherches de tous les pays européens pour éviter la duplication des efforts en créant un espace de recherche européen.

10 octobre 2003

Sécurité alimentaire

Le Conseil a adopté le règlement concernant des mesures de sécurité sur les arômes de fumée. Dorénavant, l'évaluation scientifique sera effectuée par l'autorité européenne de sécurité des aliments selon une procédure transparente et fournira des règles pour les fabricants et les utilisateurs. Ce règlement harmonisera les règles nationales relatives à l'autorisation et à l'utilisation des arômes de fumée, qui sont disparates d'un pays à l'autre. En effet, certains membres appliquent une procédure très stricte, alors que d'autres n'en ont aucune. Ces arômes donnent un goût fumé à la viande, au poisson et aux en-cas, et sont considérés comme moins dangereux pour la santé que le fumage traditionnel.

16 octobre 2003

Lutte contre les maladies animales

La Commission européenne a approuvé une enveloppe financière de 147 millions d'euros pour lutter contre les encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST) et d'autres formes de maladies animales (brucellose, rage, zoonoses) en vue d'améliorer le statut des élevages communautaires. L'objectif est d'éradiquer ces maladies, car elles ont des incidences à la fois sur la santé humaine et sur la santé animale.

29 octobre 2003

Santé dans les prisons

Lors d'une réunion organisée par des responsables des prisons et du secteur santé publique en collaboration avec le Bureau européen de l'OMS, a été adoptée une déclaration commune sur la nécessité d'établir dorénavant des liens étroits entre les services de santé des prisons et ceux de la santé publique. On repère en effet dans le milieu carcéral de plus en plus de cas de maladies transmissibles (tuberculose, sida, hépatite) chez les détenus, qui ne sont pas sans répercussions sur celle de la population générale.

5 novembre 2003

Accord-cadre entre la France et l'OMS

Le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, le ministre délégué à la Coopération, Pierre-André Wiltzer, ont signé avec le directeur général de l'OMS, le Dr Jong-Wook Lee, un accord-cadre pour unifier l'ensemble des actions de coopération au sein des réseaux d'alerte et de surveillance. Cet accord-cadre conclu pour la période (2003-2006) conforte par ailleurs les initiatives contre les maladies transmissibles et prévoit la définition de règles éthiques et l'organisation d'une lutte contre les dépendances (comme le tabac), visant ainsi à améliorer les politiques de santé à l'échelle mondiale. D'autres chantiers communs sont programmés tels que la santé maternelle et infantile, la recherche, l'amélioration des systèmes de santé...

que dans les autres pays. En outre, les instruments de bonnes pratiques médicales se sont peu développés jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, bien que des études aient permis d'initier ponctuellement des programmes de *disease management*.

Cela implique de s'interroger sur la qualité des soins, sur leur adéquation avec la demande, voire de se référer au concept de panier de biens et services afin de rationaliser la prise en charge de l'assurance maladie. Cela implique également d'associer à ces préoccupations l'ensemble des acteurs, et le système allemand est un système articulé autour d'acteurs représentant des pouvoirs forts : caisses d'assurance maladie, médecins, hôpitaux, industrie pharmaceutique, administrations nationale et régionales.

Des mesures qui se veulent structurelles

Les dispositions de l'accord, qui ont été votées par le Parlement à la rentrée 2003, s'articulent autour de plusieurs axes :

- L'originalité du compromis réside surtout dans une problématique de détermination d'un panier de biens et services centré sur les soins au sens strict du terme. Ce panier est déterminé en termes d'exclusion : exclusion de la prise en charge de l'assurance maladie légale des prothèses dentaires, des lunettes et verres de contact, ainsi que des indemnités liées à la maladie et à la maternité. La sortie du panier de biens médicaux tels que les prothèses dentaires s'accompagne d'une obligation pour les patients de contracter une assurance « complémentaire » au premier euro auprès d'une assurance publique ou privée.

- La concurrence entre les financeurs, initiée par la réforme Seehofer en 1996, devrait en ressortir renforcée. Elle portait essentiellement sur la qualité de la gestion ; désormais la nature des prestations proposées par chaque financeur sera différente. Il s'agit là d'une dimension structurelle importante de la réforme qui, par ailleurs, tendrait à constituer une référence pour des pays à protection sociale multiple.

En outre, on perçoit une volonté d'initier un autre type de gestion du système qui s'oriente non plus seulement vers les moyens de garantir un financement sain,

[suite page 60](#)

[suite de la page 59](#)

mais aussi vers les résultats sanitaires que le système peut proposer. Les objectifs présentés par Ulla Schmidt, « *une plus grande professionnalisation et une orientation vers la gestion de la pathologie et de son traitement* », indiquent bien une volonté d'impliquer les caisses au-delà de leur mission de gestion des cotisations et des prestations par l'exercice de contrôles d'efficacité et d'efficience des soins. Dans la continuité des réformes entreprises à la fin des années quatre-vingt-dix, on encouragera les fusions de caisses (« *350 caisses actuellement c'est encore trop* »), cela afin d'harmoniser les conditions de la concurrence...

On notera la persistance d'une affirmation du pouvoir des caisses vis-à-vis des offreurs de soins. Elles ont constitué de tout temps le pivot des réformes. Elles ont une gestion autonome, jouissent d'une certaine latitude dans la fixation de leur niveau de cotisation et constituent ainsi un relais entre la protection sociale maladie et la régulation économique du pays.

- Les relations partenariales entre caisses et médecins conventionnés (médecins de caisses en Allemagne) devraient être sensiblement transformées d'ici à 2007 par l'institution d'un conventionnement individuel et de nouvelles modalités de rémunération : rémunération selon la pathologie traitée en fonction d'une grille élaborée au niveau de la Fédération.

- L'instauration de filières de soins sera intégrée dans un dispositif de fidélisation du malade et de médecin référent associé à la réduction de 50 % de la participation aux frais et au paiement d'un supplément à la charge du patient consultant directement un spécialiste sans lui être adressé par le médecin généraliste (d'un montant maximum de 15 euros par trimestre). Dans une optique de conception globale de la santé associant prévention, soins curatifs et coordination des activités, des soins intégrés seront développés. Une carte de santé électronique sera introduite en 2006 en support informationnel à ces dispositions.

- Un Centre allemand pour la qualité de la médecine, institution scientifique indépendante, aura pour mission d'évaluer les besoins en soins médicaux et la qualité des prestations médicales, d'élaborer des recommandations de bonne pratique pour les professionnels et les caisses. Espérons

que ces dispositifs répondront au souci de plus de transparence et de plus d'efficience dans le système. Leur efficacité dépend aussi d'une volonté politique de leur donner les moyens nécessaires en personnel et en budget. La mise en œuvre du dispositif sera sans doute lente dans un système où la culture de l'évaluation a tardé à se développer.

- La « réforme Seehofer » de 1996 tendait à rompre la dichotomie entre médecine de ville et médecine hospitalière. Une coordination avait été imposée aux établissements situés dans les zones défaillantes en soins de ville. Désormais les hôpitaux spécialisés, notamment en oncologie ou diabétologie et ceux qui s'inscrivent dans des protocoles de soins intégrés ou dans des programmes de *disease management*, devront s'ouvrir plus largement aux soins de ville.

Le compromis entre formations politiques : une distance par rapport aux acteurs du système de santé

Les réactions qui se développent en Allemagne depuis la présentation du projet sont révélatrices des enjeux forts induits par l'évolution suivie depuis une douzaine d'années. Il faut remarquer que le système allemand est un système articulé autour d'acteurs très jaloux de leurs prérogatives.

Les syndicats de salariés appuyés par l'aile gauche du SPD ainsi que nombre d'associations de consommateurs s'élèvent très fortement contre les coupes prévues dans les remboursements et contre l'introduction d'un ticket modérateur sur les consultations médicales.

Les assureurs privés regrettent « *le manque de courage* » du projet qui ne s'inscrit pas dans une vraie compétitivité de la protection sociale maladie. Les modalités de la concurrence imposent aux caisses de fournir les mêmes produits. Les différences de niveau de coût de gestion désavantageraient les compagnies d'assurance privées selon la PKV, Union des assurances privées.

Les caisses publiques manifestent également leur inquiétude. Elles craignent que la diminution des niveaux moyens de cotisation remettent en péril l'équilibre comptable des caisses.

Les industriels de la pharmacie, fortement sollicités par les réformes précédentes, se

sont opposés avec succès par l'intermédiaire de la CDU-CSU à l'élaboration d'une liste positive de médicaments (liste de médicaments remboursés). Les laboratoires pharmaceutiques de recherche portent plutôt leurs critiques sur la remise de 16 % demandée sur 2003 et l'introduction de prix de référence sur les médicaments protégés par un brevet.

Les médecins libéraux expriment un fort malaise face à un changement structurel du schéma de leurs relations avec les financeurs qui constituait jusqu'ici le pilier de la régulation des soins de ville. « *L'assurance va pouvoir choisir ses médecins. Nous serons toujours opposés aux tentatives de conventionnement individuel* », clament-ils. En 2007, leur rémunération par enveloppe négociée avec les caisses sera remplacée par une rémunération en fonction d'une cotation par pathologie.

Sans doute les hôpitaux s'inscriront-ils plus facilement dans l'esprit et l'application de la réforme, notamment en ce qui concerne la concurrence. Un millier d'hôpitaux sont actuellement en autogestion sur la base d'un mandat public. Ils ont un budget garanti et utilisent le système de DRG pour la fixation de leurs prix.

Ces réactions expriment bien la distance qui s'est installée en Allemagne entre d'une part la classe politique et d'autre part la société civile. Le compromis entre formations politiques obtenu le 21 juillet n'est pas synonyme, pour autant, de consensus social. Une rupture semble s'opérer par rapport aux pratiques traditionnelles. ■