



Regards sur l'économie allemande

Bulletin économique du CIRAC

79 | 2006
Varia

Libéralisation ou étatisation de l'assurance maladie ?

Patrick Hassenteufel



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rea/718>

DOI : 10.4000/rea.718

ISBN : 978-2-8218-0854-6

ISSN : 1965-0787

Éditeur

CIRAC

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2006

Pagination : 5-12

ISSN : 1156-8992

Référence électronique

Patrick Hassenteufel, « Libéralisation ou étatisation de l'assurance maladie ? », *Regards sur l'économie allemande* [En ligne], 79 | décembre 2006, document 1, mis en ligne le 01 décembre 2008, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rea/718> ; DOI : 10.4000/rea.718

Libéralisation ou étatisation de l'assurance maladie ?

Patrick Hassenteufel

Fin octobre, le gouvernement de grande coalition a adopté le projet de loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie légale (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung). La phase parlementaire a commencé début novembre avec les auditions des différents acteurs concernés par la Commission santé du Bundestag. Elle devrait durer jusqu'en janvier en vue d'une mise en œuvre de la loi à partir du 1^{er} avril 2007.

L'adoption de cette nouvelle réforme du système d'assurance maladie allemand s'est heurtée à deux difficultés majeures : d'une part les positions fortement antagoniques des deux formations de la grande coalition ; d'autre part l'opposition des principaux acteurs du système (les caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins, les hôpitaux, les assureurs privés et la plupart des experts). Toutefois, six mois de négociations intenses entre les partenaires de la grande coalition ont conduit à l'adoption d'un compromis politique devant permettre le vote du projet au parlement d'ici janvier malgré les oppositions multiples suscitées. Au-delà du processus d'adoption se pose aussi la question de la signification de la réforme qui franchit un pas supplémentaire vers la sortie du système bismarckien par la combinaison d'un renforcement du rôle de l'État et de la concurrence dans l'assurance maladie.

Le difficile accouchement du projet de réforme

Depuis 2003, la question du financement de l'assurance maladie est au cœur du débat politique du fait de l'adoption de propositions antagoniques par la CDU-CSU et le SPD. La CDU, depuis son congrès de Leipzig de décembre 2003, 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 109 € environ. Le reste du financement serait assuré par les cotisations des employeurs, plafonnées à un taux de 6,5 %, et un apport direct de l'État afin de prendre en charge les enfants et partiellement les personnes à bas revenus (celles dont le salaire brut est inférieur à 1 500 €). L'objectif poursuivi est de découpler le financement de l'assurance maladie du salaire pour alléger le coût du travail et favoriser la compétitivité. L'accroissement des dépenses d'assurance maladie serait par conséquent uniquement supporté par les assurés (à travers la hausse du montant du forfait) et par l'État (augmentation de son apport), le taux de cotisation des employeurs restant fixe.

Par contre le SPD, dans son manifeste électoral adopté en juillet 2005, demande 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, et intégrant les assurances maladies privées (PKV), afin d'inclure les personnes aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire, ce à quoi s'oppose la CDU-CSU.

L'accord de coalition de novembre 2005 ne tranchait pas ce débat mais programmait pour 2006 l'adoption d'une solution de compromis. La tâche a été confiée début avril à un groupe de travail politique paritaire CDU-CSU/SPD codirigé par la ministre de la Santé Ulla Schmidt (SPD) et le vice-président du

**La CDU pour une
« prime forfaitaire pour la santé »**

**Le SPD pour une
« assurance citoyenne »**

**Un compromis a finalement
été trouvé en juillet : ...**

groupe parlementaire de la CDU-CSU, Wolfgang Zoller. Chaque délégation comprend des élus fédéraux (en particulier les porte-parole de chacun des groupes parlementaires pour la santé) et des Länder (ministres de la Santé). Ce n'est qu'après trois mois de discussion qu'un accord a pu être trouvé sur la question du nouveau mode de financement de l'assurance maladie au cœur du projet de réforme (voir *REA 77/06*). Il a été rendu public le 4 juillet 2006 après une ultime nuit de négociation, sous la forme de lignes directrices (*Eckpunkte*).

... la création d'un
« Fonds pour la santé »

L'élément central est la création d'un « Fonds pour la santé » (*Gesundheitsfonds*). Ce fonds doit à l'avenir centraliser l'ensemble des sources de financement de l'assurance maladie : les cotisations des salariés et des employeurs ainsi que les ressources fiscales qui lui sont affectées, pour la prise en charge des enfants en particulier. Par conséquent, ce ne sont plus les caisses qui gèreraient directement les cotisations de leurs adhérents. Surtout, il doit en résulter la détermination (par la loi) d'un taux unique de cotisation pour l'ensemble des caisses, alors que jusqu'à maintenant chaque caisse fixait son taux de cotisation. Ce fonds répartirait ensuite les ressources financières entre les caisses dans le cadre d'un nouveau système de péréquation basé sur le niveau de revenu des cotisants, la structure des risques pris en charge (mesurés par les critères de l'âge, du sexe et de la morbidité) et l'efficacité de la caisse.

Forfaits et ristournes pour plus
de concurrence entre les caisses

Au cas où ces ressources ne suffiraient pas, les caisses auraient la possibilité de demander un forfait complémentaire (« forfait santé », *Gesundheitsprämie*) à leurs cotisants ; à l'inverse, au cas où elles seraient excédentaires, elles pourraient consentir des ristournes, ce qui permettrait de continuer à faire jouer la concurrence entre caisses. Ce nouveau modèle de financement avait été proposé pour la première fois par le chef du groupe parlementaire CDU-CSU, Volker Kauder, à la mi-avril. Il préserve en fin de compte le financement assurantiel tout en le centralisant et en renforçant le déséquilibre entre cotisations des assurés (du fait du forfait complémentaire que peuvent mettre en place les caisses) et des entreprises. Le financement paritaire de l'assurance maladie avait été remis en cause par la réforme de 2003 (il introduisait une cotisation complémentaire de 0,9 % pour les assurés ; Hassenteufel, 2005).

Incertitudes sur le mise en place
d'outils fiscaux

Ce modèle répond plus aux conceptions de la CDU-CSU puisque l'assurance privée n'est pas intégrée au *Gesundheitsfonds* et qu'un forfait complémentaire est introduit ; de plus, la CDU-CSU a obtenu dans le cadre de ce premier accord une forte limitation des moyens fiscaux (pas d'augmentation d'impôts dans l'immédiat, puis une fiscalisation progressive de la prise en charge des enfants). Toutefois, le financement forfaitaire reste marginal, et le SPD a obtenu que le montant de ce forfait complémentaire ne puisse pas excéder 1 % des revenus du cotisant. Mais le SPD n'est pas parvenu à étendre le financement de l'assurance maladie aux revenus du capital et de la propriété, et l'incertitude est forte sur la mise en place de nouveaux outils fiscaux.

Le financement de l'assurance
maladie reste assis sur le travail

Surtout, la conséquence de la mise en place de ce fonds serait une augmentation des taux de cotisation, y compris pour les employeurs, ce qui va à l'encontre des politiques d'assurance maladie menées depuis la fin des années 1970, qui visaient, au contraire, à réduire les taux de cotisation pour favoriser la compétitivité des entreprises. On mesure là l'échec de la grande coalition (surtout de la CDU-CSU qui en avait fait son cheval de bataille) à parvenir à découpler le financement de l'assurance maladie du coût de travail. On comprend ainsi que l'accord de juillet ait suscité d'importantes réserves au sein même des deux partis de la grande coalition.

De vives tensions
entre CDU-CSU et SPD

Les tensions au sein de la grande coalition se sont accrues après la publication fin août d'une première version du projet de loi rédigé par les services du ministère de la Santé et que des ténors de la CDU accusent de porter la marque du SPD. Les critiques sont surtout venues de certains ministres de la santé CDU ou CSU des Länder et de ministres-présidents comme Peter Müller (CDU, Sarre), l'un des principaux rivaux d'Angela Merkel à la tête de CDU, ou Edmund

Stoiber (CSU, Bavière), qui s'était opposé en juin à un accord avec le SPD sur une augmentation de la part de financement direct par l'Etat. Ils craignent que la réforme entraîne une forte hausse des cotisations au détriment des caisses de leur Land (où les niveaux de cotisation sont plus faibles) du fait du nouveau système de péréquation et une remise en cause du rôle de l'assurance privée. Ils demandent aussi la suppression du plafond de 1 % pour le montant du forfait afin de renforcer la concurrence entre caisses. Ces positions ont suscité de vives réactions au sein du SPD, en particulier de son aile gauche, qui souhaite au contraire limiter le plus possible la part de financement forfaitaire, augmenter la part financée directement par l'État et intégrer plus fortement l'assurance privée. Les problèmes de mise en œuvre ont également été mis en avant, puisqu'elle est notamment subordonnée à la résorption de la dette des caisses (un tiers d'entre elles sont endettées pour un volume global de 4 milliards €).

Enfin, le contexte politique est devenu de moins en moins favorable du fait de l'opposition de l'ensemble des acteurs du système d'assurance maladie et du rejet par l'opinion publique, comme l'a traduit un sondage de l'institut Forsa auprès de 1 000 personnes, publié dans le magazine *Stern* fin août : 78 % des personnes interrogées se sont déclarées opposées à la réforme. Les tensions entre et au sein des partis de la grande coalition, dont l'impopularité croît, ont entraîné un report de trois mois de l'élaboration du projet de loi qui aurait dû être soumis au Parlement fin septembre 2006.

Le groupe de travail paritaire a donc été de nouveau réuni pendant la deuxième quinzaine de septembre pour élaborer un nouveau compromis sur les points les plus contestés par les ministres-présidents CDU-CSU (de Sarre, de Bade-Wurtemberg et de Rhénanie du Nord-Westphalie en particulier) : le plafonnement du forfait à 1 % du revenu, la mise en place du fonds, le mécanisme de péréquation des risques, les mesures concernant l'assurance privée et le montant du financement par l'État. Pour parvenir à un compromis sur le premier point, particulièrement conflictuel, il a également été fait appel à deux experts : l'économiste Bert Rürup, président du Conseil des sages, et Eckart Fiedler, ancien président de la compagnie d'assurance Barmer. Un compromis a finalement été obtenu le 5 octobre à la suite d'une nouvelle négociation entre les dirigeants des partis de la grande coalition (A. Merkel, K. Beck et E. Stoiber).

Ce nouvel accord prévoit tout d'abord que les caisses pourront demander des primes complémentaires pouvant aller jusqu'à 8 € par mois. Au-delà de ce montant s'appliquera la limite de 1 % du revenu de l'assuré, avec un plafond fixé à 35 € par mois. Une autre décision importante est le report de la mise en place du Fonds pour la santé, le noyau dur de la réforme, au 01-01-2009 (une décision qui donne satisfaction à E. Stoiber puisqu'elle aura lieu après les prochaines élections au Landtag de Bavière, en 2008). Par ailleurs, il est prévu de baser plus fortement le système de péréquation sur des critères de morbidité (en prenant en compte environ 80 maladies parmi les plus fréquentes), de mettre en place un nouveau système de rémunération des médecins (sur la base de tarifs fixes en euros), de prendre en charge de nouvelles prestations liées à la prévention (vaccinations, cures familiales ...) et de maintenir la séparation entre assurance maladie légale (publique) et privée tout en ne facilitant pas le changement de la seconde vers la première. Cet accord donne plutôt satisfaction aux ministres-présidents CDU-CSU. Leur principale réserve porte désormais sur les augmentations de cotisations que va entraîner l'obligation faite aux caisses de se désendetter d'ici fin 2008 (le montant des dettes actuelles des caisses étant estimé à 5 milliards €, le gouvernement prévoit une augmentation moyenne de 0,5 % des taux de cotisation).

Cet accord a été critiqué par l'aile gauche du SPD qui le considère comme moins social que le précédent, et certains députés ont menacé de ne pas voter la loi en l'état. En réponse à ces prises de position et à la journée d'action fédérale organisée par les syndicats le 21 octobre contre les réformes de la grande

Report du calendrier initial...

**... et renégociation
des points les plus litigieux**

**Compromis politiques
au sein de la grande coalition**

coalition (en particulier celle en préparation dans la santé), le gouvernement a décidé fin octobre d'exempter de la prime complémentaire les retraités avec un faible revenu et les bénéficiaires de l'aide sociale. De plus, du fait d'un excédent de ressources fiscales, le gouvernement a également décidé début novembre d'affecter 1 milliard € supplémentaires à l'assurance maladie et d'avancer d'un an (donc à 2007) la prise en charge des enfants par l'État. Si les tensions entre et au sein des partis de la grande coalition ont été dans une large mesure applanies, ces compromis successifs n'ont pas atténué les oppositions des principaux acteurs du système d'assurance maladie au projet – bien au contraire.

L'opposition des principaux acteurs du système d'assurance maladie

Les caisses d'assurance maladie contre une perte d'autonomie, ...

La critique la plus virulente est venue des caisses, surtout des caisses locales (AOK) qui couvrent la plus grande partie de la population. Elles dénoncent une perte importante de compétences et de pouvoirs. En effet, le Fonds de santé leur retirerait le droit de fixer leur taux de cotisation ; elles perdraient aussi leur rôle de gestionnaire des cotisations, puisque le prélèvement serait centralisé au niveau régional et au niveau fédéral sous l'autorité du bureau fédéral de l'assurance qui serait aussi chargé de la péréquation entre caisses. De plus, celles-ci pourraient être contraintes à se regrouper au sein d'une structure fédérale et de structures régionales afin de centraliser la négociation collective avec les unions de médecins. L'accord prévoit également des fusions, incitées et contrôlées par le ministère, entre caisses de types différents (la ministre de la Santé a déclaré que 50 caisses seraient suffisantes alors qu'il y en a 250 aujourd'hui). Les caisses incriminent donc la remise en cause de leur autonomie que traduirait aussi le changement dans le mode de nomination des membres de la commission fédérale de l'assurance maladie, l'institution au sommet du système de l'auto-administration. En effet, les caisses perdraient le pouvoir de nomination de leurs représentants au profit d'un simple pouvoir de proposition. Surtout, le projet prévoit que les membres seront désormais des experts indépendants.

... la compression de leurs effectifs et une concurrence « anti-sociale »

Les caisses locales craignent aussi d'importantes pertes d'effectifs résultant de cet abandon de compétences en faveur de l'État. Fin juillet, le syndicat ver.di, qui prédit la suppression de 30 000 postes dans les caisses et qui souligne les menaces que l'application aux caisses du droit concernant les faillites fait peser sur le versement des retraites de leurs salariés, a organisé une première manifestation à Berlin et dans plusieurs grandes villes allemandes. Les caisses mettent également en avant les risques liés à la mise en place de la prime complémentaire, puisque dans certains Länder (surtout à l'est), le montant ne pourrait être que très faible (entre 10 et 20 €) du fait des niveaux de salaire assez bas de la majorité des cotisants. Les caisses locales des Länder les plus pauvres seraient ainsi fortement handicapées dans le cadre de la concurrence entre caisses, surtout, elles pourraient être mises en faillite du fait de l'application des nouvelles règles. Enfin, selon leurs estimations, les augmentations de cotisations seront plus élevées que celles anticipées par le gouvernement (le taux moyen, de 14,2 % aujourd'hui, pourrait atteindre 15 % du salaire brut en 2007 et 15,6 % 2009, alors que le gouvernement ne prévoit qu'une augmentation de 0,5 % au total), et les coûts de gestion seront multipliés par deux du fait de la mise en place d'un fonds unifié (là aussi, les anticipations diffèrent sensiblement : le gouvernement prévoit une réduction des dépenses de 1,4 milliard €, les caisses une augmentation de 450 millions €).

Des caisses affaiblies individuellement

Si le projet de réforme correspond indéniablement à une étatisation ou plutôt à une centralisation du système d'assurance maladie, il affaiblit les caisses plus individuellement que collectivement. La mise en place de structures régionales et fédérale de l'ensemble des caisses les renforce dans le cadre de la négociation collective avec les unions de médecins (centralisées depuis les années 1930). Ensuite, le projet prévoit la possibilité, depuis longtemps envisagée, de

passer des accords avec des groupes de médecins ou des médecins individuellement en dehors des unions. Leur capacité à structurer l'offre de soins pourrait donc être encore accrue, d'autant plus que chaque caisse devrait désormais proposer un système de parcours de soins à partir du choix d'un médecin généraliste (obligatoire pour les caisses, non les assurés) et que la prise en charge intégrée des soins est renforcée (soins spécialisés surtout). Enfin, les caisses seraient amenées à renforcer leur rôle en matière de prévention.

L'opposition n'est pas moins forte chez les assureurs privés même si, dans le cadre des accords de juillet et d'octobre, ils ne sont pas intégrés au Fonds et ne participent donc pas au système de péréquation des risques avec les caisses publiques. Mais la réforme rend plus difficile pour l'assuré le passage d'une caisse publique à un assureur privé en introduisant un délai de trois ans après le dépassement du plafond de l'assurance maladie obligatoire ; elle vise aussi à renforcer la concurrence entre assureurs privés en mettant en place la portabilité des réserves liées au risque vieillissement qui devront par conséquent être individualisées. De plus, la première version du projet de loi, publiée fin août, durcit les contraintes pour les assureurs privés puisqu'ils auraient à s'aligner sur les caisses publiques en séparant contrat de base et contrat complémentaire. L'accord d'octobre entérine ce principe du contrat de base pour l'assurance privée sans sélection du risque. Les compagnies d'assurance dénoncent cet alignement qui les cantonnerait essentiellement à l'assurance complémentaire. Elles prévoient la perte de 50 000 emplois et des hausses de cotisations pouvant aller jusqu'à 36,5 % pour les jeunes assurés. Une autre conséquence du projet serait l'alignement des honoraires qu'elles prennent en charge sur ceux de l'assurance maladie légale, ce qui suscite également le mécontentement des médecins puisque le montant des honoraires dits « privés » est plus élevé.

L'accord de juillet avait pourtant été salué positivement par l'union fédérale des médecins parce qu'il prévoit la suppression des budgets médicaux (*Praxisbudgets*) et le système de rémunération flottant qui l'accompagne. En 1997, chaque médecin exerçant dans le cadre de l'assurance maladie s'était 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 versements sont prévus en cas de dépassement du budget, des versements dans le cas contraire. D'ici 2009 au plus tard, les budgets devraient être remplacés par des forfaits au montant fixé en euros (et non plus en points), ce que précise l'accord d'octobre. La rémunération des actes médicaux ne serait donc plus fluctuante (selon le volume d'activité), mais dépendrait de montants fixés préalablement et liés au type d'activité médicale. Il s'agit là d'une revendication qui joue un rôle moteur dans la mobilisation des médecins depuis l'automne dernier (Hassenteufel, 2006).

Mais des incertitudes demeurent. Le mode de fixation de ces forfaits qui devraient prendre en compte des critères d'âge, de sexe et de morbidité, est flou. Si la maîtrise du volume des actes n'est pas abandonnée, ses modalités devront être négociées entre les médecins et les caisses dans le cadre d'enveloppes financières régionales basées sur la morbidité. Surtout, du fait des limites de la réforme du financement, les représentants des médecins s'inquiètent du montant de ces forfaits ; ils craignent que leurs revendications de revalorisation des honoraires ne puissent pas être prises en compte. En effet, le gouvernement espère des économies d'un montant de 2 milliards € grâce à la réforme : essentiellement grâce aux mesures prévues dans le domaine pharmaceutique, en particulier le renforcement de l'évaluation coût/efficacité des nouveaux médicaments par l'Institut sur la qualité et l'efficacité, ainsi que la réduction des marges des pharmaciens. L'union fédérale, pour sa part, demande des augmentations d'honoraires d'un montant global de 5 milliards €.

De plus, pour l'alliance des associations de médecins allemands (*Allianz Deutscher Ärzteverbände*), qui a joué un rôle moteur dans la mobilisation, la réforme

Les assureurs privés refusent un rôle d'assureur complémentaire

Les médecins s'insurgent contre la réforme de leur rémunération

Ils revendiquent une revalorisation de leurs honoraires

Ils avaient formulé leur propre projet de réforme

tire un trait sur la remise en cause du tiers-payant, une de leurs principales revendications, et réduit le rôle du paiement à l'acte. Cette nouvelle structure regroupant six organisations de médecins (dont Medi, NAV, le Hartmannbund et la fédération des associations de spécialistes) avait été créée fin mai 2006 dans le cadre du congrès annuel des médecins. Ces associations avaient été au cœur de l'organisation de journées d'action des médecins depuis janvier 2006 et avaient rendu public, en mars 2006, 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 enfin la définition d'un panier de prestations de base obligatoirement pris en charge par les caisses d'assurance maladie et financé par un forfait.

L'étatisation mènerait à une dégradation des soins

Enfin, l'étatisation et la centralisation de l'assurance maladie sont également dénoncées, tout comme l'affaiblissement des unions et la mise en place d'un système d'attestation de conformité du comportement thérapeutique permettant aux patients d'obtenir une réduction du ticket modérateur. Une journée nationale d'action des médecins a été organisée le 22 septembre (la quatrième depuis janvier 2006). Cette opposition croissante a conduit à la mise en place d'un front uni des médecins contre la réforme, qui a pris la forme d'une déclaration commune et de l'organisation d'un congrès médical extraordinaire regroupant l'ensemble des représentants des médecins fin octobre. Ils ont notamment mis en avant le risque de faillite de cabinets médicaux du fait de la réforme et de rationnement des soins du fait de la contrainte financière accrue sur le système de soins. La chambre des médecins, l'union fédérale des médecins de caisses, ainsi que le syndicat des médecins hospitaliers et l'association hospitalière allemande, ont appelé à une nouvelle journée d'action fédérale sur le thème : « le patient en danger – la réforme nuit à tous » afin de mettre en garde la population contre la menace d'une dégradation de la qualité des soins du fait de l'étatisation du système de santé. Elle a eu lieu le 4 décembre et a réuni plusieurs dizaines de milliers de manifestants (non seulement des médecins mais aussi des pharmaciens et d'autres professions de santé) dans toute l'Allemagne. D'après la chambre fédérale des médecins, environ un tiers des cabinets sont restés fermés ce jour là (un lundi), et un durcissement de l'action est prévu avec des fermetures de cabinets pour plusieurs jours.

Mobilisation des médecins hospitaliers

Cette mobilisation des médecins concerne aussi le secteur hospitalier où les conflits sont récurrents depuis un an et demi. Un mouvement de protestation a commencé en mai 2005 après que la Hesse, le Bade-Wurtemberg et Berlin s'étaient retirés de la convention collective des employés du secteur public (*BundesAngestelltenarbeitsvertrag*, voir REA 76/06). Il a entraîné, pour les médecins des hôpitaux universitaires, la suppression de primes et l'augmentation de la durée hebdomadaire du travail sans compensation salariale. Cette mobilisation s'est intensifiée durant l'automne 2005 du fait de la signature par ver.di de la convention collective du secteur public (*Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst*) qui doit s'appliquer aux hôpitaux communaux. Elle a été récusée par le Marburger Bund, l'organisation syndicale des médecins hospitaliers, 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. Cette position a conduit le Marburger Bund à remettre en cause, à la mi-septembre 2005, le mandat en matière de négociation avec les employeurs publics donné à ver.di. L'échec des négociations avec les Länder et les communes a entraîné, début mars 2006, le déclenchement d'une grève des soins non urgents par le Marburger Bund. Ce n'est qu'à la mi-juin, au bout de 14 semaines de grève, qu'un accord a été trouvé avec les Länder.

Une nouvelle convention collective conclue avec les Länder, ...

Par rapport à l'ancienne convention collective pour les salariés du secteur public, la nouvelle convention avec les Länder, spécifique aux médecins, prévoit des augmentations de salaire de 15 % pour les jeunes médecins et de 20 % pour les médecins-chefs en fin de carrière. Les gardes et les astreintes sont également mieux rémunérées. Enfin, le temps de travail hebdomadaire est fixé

à 42 heures avec un compte-temps annuel flexible (le temps de travail quotidien ne pouvant pas excéder 12 heures). Mais parallèlement, l'association des communes a refusé un accord sur le modèle de la convention avec les Länder, ce qui a entraîné le déclenchement d'une nouvelle grève. Le conflit a eu une ampleur encore plus grande car près de 70 000 médecins (employés dans 760 communes) étaient concernés.

Il s'est achevé à la mi-août au bout de huit semaines de grève. L'accord signé prévoit des augmentations de salaire comprises entre 10 % et 13 % (soit 3 % à 4 % de mieux que l'accord avec ver.di) et une amélioration au niveau du temps de travail : le temps de garde est limité à 18 heures en semaine (24 heures le week-end), et le temps de travail sera mesuré électroniquement, ce qui est une revendication ancienne du Marburger Bund car elle facilite le paiement des heures supplémentaires. Selon l'association hospitalière allemande, le coût supplémentaire pour les hôpitaux serait de 1,5 milliard €, alors même que la réforme prévoit une réduction des budgets hospitaliers de 750 millions € par an. De ce fait, elle prédit des fermetures d'hôpitaux communaux et s'est associée à la contestation de la réforme.

Ces oppositions multiples ont conduit à des modes de protestation communs. Les représentants des médecins, des pharmaciens, des caisses, des hôpitaux et des assureurs privés ont adopté en octobre une résolution commune « contre l'étatisation et l'unification » dans laquelle ils plaident pour le maintien d'un système auto-administré, diversifié et au financement indépendant de décisions politiques. Les principales organisations représentant les acteurs du système d'assurance maladie ont refusé, mi-octobre, de participer aux auditions convoquées par le ministère de la Santé... quatre jours après la publication du projet de loi qui compte près de 600 pages de texte ! Ces oppositions multiples se sont également fortement exprimées au cours des auditions dans le cadre de la Commission santé du Bundestag, début novembre, dans le cadre desquelles plus de 200 propositions de modifications ont été formulées par les différents groupes d'intérêts. Et fin novembre, parallèlement à des discussions menées à la chancellerie, les principales organisations représentant les acteurs de l'assurance maladie ont rendu publique une liste des mesures contenues dans le projet de loi posant des problèmes de mise en œuvre pour des raisons techniques et/ou constitutionnelles. Il s'agit en particulier de l'application du droit des faillites aux caisses, la mise en place d'un tarif de base dans l'assurance privée, le nouveau mode de rémunération des médecins et la nouvelle composition de la commission fédérale pour l'assurance maladie.

Même si, pour l'instant, les multiples manifestations de mécontentement des principaux acteurs de l'assurance maladie n'ont pas conduit à une remise en cause du projet de réforme, il faut souligner que les critiques d'un grand nombre d'experts ne sont pas moins vives. Dès le mois de juillet, une semaine après l'accord sur les lignes directrices de la réforme, les membres du conseil des économistes de la santé du prestigieux *Verein für Socialpolitik* ont publié une déclaration soulignant que la réforme ne permettait pas de résoudre les problèmes de l'assurance maladie (en particulier de son financement mais aussi de son efficacité) et que, au contraire, elle les renforçait par la création du Fonds et la centralisation du système. On peut aussi mentionner l'avis très critique émis par le Conseil Sages (*Sachverständigenrat*, voir REA 78/06) dans son rapport annuel. Il estime que la réforme risque de dégrader la situation de l'assurance maladie en l'absence de découplage entre le financement de la santé et les salaires, et faute de concurrence réelle entre assurance maladie légale (publique) et assurances privées. De même, le président du Conseil d'experts pour la santé, l'économiste Eberhard Wille, a estimé que le Fonds ne permettait pas de résoudre les problèmes de financement de l'assurance maladie, faute de remise en cause du rôle central des cotisations. Le rapport d'automne des six principaux instituts économiques allemands est lui aussi très critique à l'égard de la réforme. De ce fait, l'avenir du projet de loi présente encore

... puis avec les communes

Front commun de tous les acteurs du système de santé

Et critiques des experts, dont le Conseil des Sages

quelques incertitudes malgré le compromis politique obtenu en deux étapes (juillet puis octobre). La discussion parlementaire, notamment au Bundesrat, pourrait entraîner des changements. En effet, plusieurs länder (CDU) demandent la participation à la décision pour la fixation du taux unique de cotisation et le report de certaines mesures, en particulier de la mise en place du tarif de base pour l'assurance privée. Du côté du SPD, un délai supplémentaire pour les mesures concernant les caisses, ainsi que des modifications concernant l'application du droit sur les faillites et l'augmentation du ticket modérateur pour les malades chroniques sont mises en avant.

ÉTATISATION PLUS QUE LIBÉRALISATION de l'assurance maladie allemande ? On peut, à la lumière de ces différents éléments, s'interroger sur la signification générale de ce nouveau projet de réforme de l'assurance maladie. Le gouvernement, par l'intitulé même du texte de loi, met l'accent sur le renforcement de la concurrence : concurrence entre caisses avec la possibilité accrue de proposer des tarifs différenciés et la pression renforcée en termes d'efficacité exercée dans le cadre du Fonds pour la santé ; concurrence entre assureurs privés avec l'introduction d'un tarif de base et la portabilité des réserves vieillesse ; concurrence entre prestataires de soins du fait de la possibilité donnée aux caisses de contracter avec des médecins ou des groupes de médecins en dehors des accords collectifs ; concurrence entre pharmaciens pour faire baisser le prix des médicaments, concurrence entre hôpitaux et cabinets médicaux pour les soins ambulatoires ...

Toutefois, plusieurs limites sont à souligner, en particulier le fait que les taux de cotisation, jusque-là l'élément central de la concurrence entre caisses, sont appelés à être unifiés. La concurrence entre caisses ne portera plus que sur le recours ou non à la prime complémentaire et à la possibilité de faire bénéficier de ristournes. À cela s'ajoute le fait que la concurrence entre caisses et assureurs privés n'est pas introduite. Enfin, les caisses ne semblent pas encore prêtes à signer des contrats avec les médecins ou des groupes de médecins en dehors des unions.

Aussi important, voire plus, apparaît finalement le renforcement du rôle de l'Etat non seulement dans le contenu de la réforme (instauration d'un Fonds pour la santé contrôlé par l'État fédéral qui fixera de ce fait le montant du taux unifié de cotisation et accroissement du financement fiscalisé en particulier), mais aussi dans le processus décisionnel qui a été marqué (comme les réformes de 1992 et de 2003) par le poids prépondérant des acteurs politiques par rapport aux groupes d'intérêts (Bandelow/Hassenteufel, 2006). C'est en fin de compte plus par l'étatisation que l'on assiste à une remise en cause accrue du caractère bismarckien du système de protection maladie allemand, même si le financement par des cotisations reste prédominant et que les caisses sont loin d'avoir disparu du paysage allemand de la protection maladie.

Indications bibliographiques :

- BANDELOW N., HASSENTEUFEL P., « Merheitsdemokratische Politikblockaden und Verhandlungsdemokratischer Reformeifer. Akteure und Interessen in der französischen und deutschen Gesundheitspolitik », in WENDT C. et WOLF C. (dir.), *Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie*, numéro spécial, n°46/2006
- BODE I., « Financement solidaire et gouvernance concurrentielle. Le modèle allemand d'organisation de la santé en débat », *Revue française des Affaires sociales*, n°2-3, 2006
- HASSENTEUFEL P., « L'accélération des transformations du système d'assurance maladie allemand », in BOURGEOIS I. (dir.), *Le modèle social allemand en mutation*, Travaux et documents du CIRAC, 2005
- HASSENTEUFEL P., « Allemagne : les mobilisations multiples des médecins », *Chronique internationale de l'IRES*, n°99, mars 2006
- www.die-gesundheitsreform.de
- www.reform-aktuell.de
- www.patient-in-not.de