



CIRAC

Programme pour la promotion d'un dialogue franco-allemand sur la protection sociale

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE N°4

Réforme et soutenabilité de l'assurance maladie en Allemagne

Conférence introductive de

M. Eberhard WILLE,
Professeur à l'Université de Mannheim
Président du Comité d'experts chargé d'évaluer
la situation et les perspectives du système de santé allemand

Débat ouvert par une brève intervention de :

M. Jean-Philippe VINQUANT
Secrétaire général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Maison Heinrich Heine (Paris), le 9 mars 2012

Cette séance de travail sur l'assurance maladie correspondait au quatrième volet d'un cycle de huit conférences-débats sur le thème de la protection sociale outre-Rhin, organisé conjointement par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne contemporaine (CIRAC). Elle a été introduite par **Catherine ZAIDMAN**, Sous-directrice « Synthèses, études économiques et évaluation » à la DREES et **René LASSERRE**, Directeur du CIRAC.

Réforme et soutenabilité de l'assurance maladie en Allemagne

L'exposé d'**Eberhard WILLE** a mis en lumière la part relativement élevée des dépenses de santé dans l'économie française et allemande. Outre-Rhin, l'assurance maladie légale représente 57,8 % des dépenses de santé dont le montant global est financé à 68% par les cotisations sociales.

Le système de santé allemand a pour particularité de combiner une assurance maladie publique et privée. Pour toute rémunération mensuelle inférieure à 4 237,50 €, les salariés sont soumis à l'obligation d'adhérer à l'assurance maladie légale. Au-delà, ils ont la

possibilité de dépendre de l'assurance légale en tant qu'adhérent volontaire ou d'opter pour le régime privé. Parmi les assurés légaux, plus des deux tiers possèdent une complémentaire santé, que seul le secteur privé est en mesure de proposer. Les cotisations sociales en matière de santé se montent à 15,5% de la rémunération jusqu'à un plafond mensuel de 3 825 € : l'employeur contribue à hauteur de 7,3%, le salarié à hauteur de 8,2%.

Le fonds santé collecte les recettes issues des cotisations et de la contribution de l'État fédéral (cette dernière étant financée par l'impôt). Les caisses d'assurance maladie, dont le nombre a fortement reculé ces dernières années, perçoivent des transferts issus du fonds santé. Ces montants ne sont pas calculés en fonction de leurs dépenses réelles mais en fonction de dépenses de prestations standardisées pour les groupes de risques, définis à quelque 53% en fonction des critères d'âge et de sexe, et à environ 43% selon les diagnostics et les ordonnances de médicaments. La compensation des risques doit garantir une concurrence loyale entre les caisses d'assurance maladie et faire en sorte que certaines maladies (chroniques notamment) ne représentent pas un risque trop élevé. Le système de compensation tient compte de 80 maladies et adopte une approche prospective : les assurés sont répartis en groupes de risques selon les critères de l'année précédente. En revanche, les calculs des transferts sont effectués en fonction des dépenses de l'année à laquelle la compensation a lieu. C'est le cas également aux Pays-Bas, en Belgique ou en Israël.

Si les dépenses de santé n'ont pas subi une explosion par rapport au PIB, on assiste néanmoins à une implosion de la base de recettes de l'assurance maladie légale. Celle-ci est liée à une baisse du volume des cotisations en raison d'un chômage structurel persistant, à une croissance faible des salaires, au développement du travail précaire ou encore à une augmentation des parts de rémunération non soumises à cotisations, notamment *via* la conversion d'une partie de la rémunération affectée aux retraites complémentaires financées par les entreprises. Ce dernier facteur permet de stabiliser l'assurance retraite, au détriment de l'assurance maladie.

Le système de financement présente des déficits de deux ordres :

- en termes de soutenabilité fiscale, bien que pour le moment, le fonds santé présente un excédent. La base de financement est tributaire de l'état de la conjoncture et du vieillissement démographique, et le versement des contributions financées par l'impôt n'est pas encadré par la loi ;
- en termes de distribution et d'allocation.

Pour ce qui est des postes de dépenses, l'objectif est de réduire la part des médicaments dans les frais globaux d'assurance maladie légale, qui se situe aujourd'hui à 19% pour les seuls soins ambulatoires.

Eberhard WILLE a évoqué ensuite le fort accroissement à prévoir des 65 ans et plus, puis des 85 ans et plus, par rapport au nombre d'Allemands en âge de cotiser. Cette évolution jouera sur les dépenses de santé, qui s'intensifient avec l'âge, ainsi que sur la demande de prestations de santé, surcompensant ainsi le recul global de la population. Du point de vue des professionnels de santé, il sera nécessaire dès 2015 d'assurer la relève non seulement des médecins, mais aussi des personnels infirmiers.

Pour conclure, les problèmes centraux et les propositions de réformes concernent :

- le financement, avec les augmentations à venir du taux de cotisation, l'épuisement des potentiels de rationalisation à la fois dans les modes de traitements (en particulier pour

les médicaments) et la gestion des interfaces entre soins ambulatoires et hospitaliers, l'élargissement du cercle des assurés (« assurance citoyenne ») et la modification de l'assiette (élargissement ou forfait de soins) ;

- les dépenses ou les prestations, avec l'amélioration de l'efficacité des soins (en termes d'espérance et de qualité de vie) et la garantie d'une offre de soins optimale sur l'ensemble du territoire.

Intervention de Jean-Philippe VINQUANT

Le Secrétaire général du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), **Jean-Philippe VINQUANT**, a réagi à cette présentation en comparant dans un premier temps le déficit de l'assurance maladie en France (5,2% des dépenses) à l'excédent allemand (2,2%) en 2011, dans des systèmes de protection sociale fortement redistributifs de part et d'autre du Rhin. Il a relevé par la suite l'importance du vieillissement en Allemagne, véritable « fil conducteur » de l'intervention d'Eberhard WILLE, qui met en avant la question de l'équité intergénérationnelle.

La crise a placé le curseur sur la croissance économique et les recettes qui financent la protection sociale. En France, l'effondrement des recettes a créé les déficits. Avec la CSG, le pays a mis à contribution d'autres revenus que les revenus salariaux. Mais il faut considérer également l'évolution du PIB sur le long terme. La progression des recettes doit être suffisamment dynamique pour accompagner celle des dépenses. Or, dans les économies matures, la dépense de santé croît plus rapidement que le PIB. Pour le HCAAM, ce phénomène constitue le principal défi pour les 10 ou 20 années à venir. Dans une logique d'équilibre avec les grands enjeux sociaux (logement, éducation, alimentation) et économiques (coût du travail), il n'est pas possible d'augmenter continuellement le prélèvement affecté aux dépenses de santé.

Selon les estimations du HCAAM, le seul facteur du vieillissement représente un dixième de l'accroissement des dépenses de santé, celui-ci étant davantage dû au progrès technique et à sa diffusion auprès du plus grand nombre. Les politiques de régulation conduites en France comme en Europe portent sur les prix des biens et services médicaux, les volumes de consommation et les taux de remboursement. Le HCAAM est d'avis qu'il faut conserver ces leviers traditionnels d'action sur la dépense. La générique des médicaments pourrait permettre d'obtenir des gains plus importants. Mais le plus fort potentiel d'économies réside dans la gestion des parcours notamment des malades chroniques, en améliorant les interfaces entre les prises en charge ambulatoires, les soins hospitaliers et les soins de longue durée. En France, une réorganisation des parcours de soins est à mener, la part des soins ambulatoires et des soins de longue durée dans les dépenses de santé étant par exemple beaucoup plus faible que dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Si l'on considère les aspects redistributifs des prestations « maladie » entre génération, on note que pour la petite enfance, le solde entre les prestations des régimes d'assurance maladie (publics et privés) et des assurances complémentaires d'un côté et, de l'autre, les contributions au financement du système est évidemment excédentaire. Il devient ensuite globalement négatif entre 26 et 55 ans, pour être à nouveau assez nettement positif à partir de 66 ans. Dans le système actuel, la solidarité intergénérationnelle joue donc un rôle déterminant. C'est la traduction de la solidarité entre bien-portants et malades et de celle entre hauts et bas revenus. Des mesures ont été prises et des réflexions sont en cours concernant une plus forte prise en compte des revenus de remplacement et du patrimoine, *via* notamment la CSG. Le Haut

Conseil n'est toutefois pas favorable à des dispositions remettant en question le principe de solidarité entre bien-portants et malades, par exemple par une modulation des prestations en fonction du revenu.

En ce qui concerne la répartition territoriale des professionnels de santé, les problématiques paraissent similaires en France et en Allemagne. Les solutions proposées (installation de professionnels en exercice regroupé, délégations de tâches) se heurtent toutefois à un certain nombre de résistances de la part du corps médical. Ouvrir les quotas de formation des professionnels afin d'en augmenter le nombre n'est cependant pas une solution à court terme, et pourrait même générer des problèmes à long terme, en raison des phénomènes importants d'induction de la demande par l'offre dans le domaine des dépenses de santé.

Discussion finale

Le débat avec la salle a permis notamment de préciser qu'en Allemagne, chaque personne doit être assurée. Auparavant, quelque 200 000 Allemands n'étaient pas couverts car ils étaient en défaut de paiement auprès de leur caisse privée. Ce n'est plus le cas depuis deux ans, les assurances maladie privées étant désormais contraintes de réintégrer ces personnes. Pour quitter l'assurance maladie légale, il faut d'ailleurs avoir conclu au préalable un contrat avec une assurance maladie privée.

Par ailleurs, **Eberhard WILLE** a ajouté qu'il pourrait être possible de réduire le nombre d'hôpitaux outre-Rhin. Un système plus centralisé permettrait d'obtenir une meilleure spécialisation. En outre, des efforts doivent être réalisés en termes de prévention, afin de cibler les populations les plus vulnérables.

Pour finir, **Jean-Philippe VINQUANT** a soulevé la question de l'assurance des ayants droit. En France, en raison du déplafonnement de la cotisation (qui porte ainsi sur l'ensemble du salaire), la situation est à peu près équivalente pour un couple où les deux conjoints travaillent et perçoivent au total 4 000 € de revenus et un couple où un seul des conjoints est rémunéré à hauteur de 4 000 €. Dès lors, les seuls ayants droit assurés à titre gratuit sont les enfants. En Allemagne, le plafonnement fait qu'un couple biactif contribuerait nécessairement davantage qu'un couple avec un seul revenu.

Solène HAZOUARD