Allemagne

La mise en place de la troisième étape de la réforme de l'assurance maladie

Patrick Hassenteufel

Avec l'adoption en juin 1997 des deux lois de restructuration de l'assurance maladie s'achève la troisième étape de la transformation du système de protection maladie allemand. Elle avait été entamée en 1988 avec la loi de réforme de l'assurance maladie, dite « réforme Blüm », et continuée en 1992 avec la loi de structure de l'assurance maladie, dite «réforme Seehofer » [1]. Cette troisième étape présente deux caractéristiques : elle s'inscrit dans une forte continuité avec les lois précédentes et elle comprend plusieurs mesures législatives puisque aux deux lois de restructuration votées en juin il faut ajouter la loi sur les cotisations votée en janvier 1997 et la loi sur l'hôpital votée en 1996.

Cet ensemble législatif adopté en 1996 et 1997 répond à une double finalité : stabiliser la situation financière des caisses d'assurance maladie, les effets des réformes précédentes n'apparaissant pas suffisants dans le contexte économique de l'Allemagne aujourd'hui, et mettre en place les nouveaux dispositifs de régulation de l'assurance maladie découlant des réformes précédentes.

Réduire les prestations remboursées

La question financière est au cœur des préoccupations gouvernementales pour deux raisons. La première est l'importance donnée à la lutte contre les déficits dans le cadre de la politique d'unification monétaire européenne ; la seconde est le mode de financement de l'assurance maladie. Dans la mesure où en Allemagne les caisses d'assurance maladie ajustent les taux de cotisations à leur situation financière, une situation déficitaire conduit à une hausse des taux pesant à la fois sur le pouvoir d'achat et sur le coût du travail. Dans le contexte d'une raréfaction des ressources des caisses d'assurance maladie due à la montée du chômage et à la dégradation de la situation économique générale, le gouvernement a voulu agir sur les dépenses en réduisant le niveau de remboursement afin d'obtenir des effets immédiats. Il a

1. Sur ces dispositifs on pourra notamment se reporter à Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, pp. 297-305 et pp. 330-340.

ainsi poursuivi une politique entamée en 1988 puisque la « réforme Blüm » avait fortement augmenté les paiements directs des soins par les patients. Rappelons qu'en 1996 le déficit de l'assurance maladie légale avait atteint 6,3 milliards de marks. Et les dépenses ont augmenté deux fois plus vite que les recettes : 3 % contre 1,5 %.

La loi sur les prestations a réduit les prestations en espèces versées par les caisses d'assurance maladie et diminué le remboursement des cures thermales et des prothèses dentaires. Surtout dans le cadre des lois de restructuration l'augmentation des tickets modérateurs est sensible.

- ils sont augmentés de 5 marks (17 FF) par médicament ;
- ils passent de 20 marks à 25 marks (82 FF) pour les frais de transport liés à des soins ;
- ils passent de 10 % à 15 % du montant des prestations pour les massages et la kinésithérapie ;
- ils sont augmentés de 5 marks par jour en cas d'hospitalisation, dans une limite de 14 jours, soit 12 marks par jour dans les länder de l'Ouest (40 FF), 9 marks par jour dans les länder de l'Est (30 FF) ;
- un ticket modérateur de 20 % est instauré pour les pansements et bandages ;
- enfin tous les assurés sociaux doivent payer une somme forfaitaire annuelle de 20 marks (68 FF) au titre d'une cotisation exceptionnelle pour les hôpitaux.

Cette forte augmentation des tickets modérateurs correspond de fait à une privatisation partielle du risque maladie et à une réduction de la couverture solidaire du risque santé comme l'ont dénoncé les syndicats et le SPD Toutefois certaines limites ont été fixées. Ainsi pour les malades chroniques à faibles ressources la somme des versements personnels ne doit pas dépasser 1 % du revenu brut annuel ; pour tous les autres assurés cette limite est fixée à 2 %. D'autre part sont exemptées de tous les tickets modérateurs les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 1 708 marks à l'Ouest (5 600 FF) et ne dépasse pas 1 456 marks à l'Est (4 600 FF). Il en va de même pour les couples de retraités dont la retraite mensuelle ne dépasse pas 2 300 marks (7 000 FF).

Au-delà de cette augmentation de la part des dépenses de santé directement supportée par les patients, la troisième étape de la réforme porte sur la mise en place et le développement de nouveaux outils de régulation de l'assurance maladie.

Les nouveaux mécanismes de régulation de l'assurance maladie

Ces nouveaux mécanismes concernent à la fois les caisses d'assurance maladie, la médecine ambulatoire et les hôpitaux.

En ce qui concerne les caisses d'assurance maladie, la réforme de 1992 a introduit la concurrence, définitivement mise en place au début de l'année 1997 [1] puisque désormais tout assuré peut choisir librement sa caisse d'appartenance ; il a chaque année la possibilité de changer de caisse. Les lois de restructuration renforcent la concurrence entre caisses de plusieurs manières :

1. Depuis le 1er janvier 1996 les assurés non-obligatoires et les nouveaux assurés ont le droit de choisir librement leur caisse ; depuis le 1er janvier 1997 c'est le cas pour tous les assurés.

Tout d'abord la concurrence doit inciter les caisses à ne pas augmenter leurs taux de cotisation. La loi prévoit que toute caisse qui augmente ses taux de cotisation doit automatiquement augmenter le ticket modérateur pour les médicaments, les séjours hospitaliers et les cures. Cette augmentation est de 1 mark ou de 1 % par 0,1 % de cotisations supplémentaires. De plus un assuré a la possibilité de changer immédiatement de caisse en cas d'augmentation des cotisations.

- Les assurés ont la possibilité de se voir restituer une partie de leurs cotisations en cas de très faibles dépenses de soins.
- Les caisses peuvent désormais proposer à leurs clients une police plus intéressante en échange d'une participation directe plus importante au paiement des prestations de soins.
- Enfin les assurés ont la possibilité de choisir entre le tiers payant (actuellement le système en vigueur) et le paiement direct (le système dominant en France).

On peut également noter que la loi contraint les médecins, les dentistes et les hôpitaux à informer régulièrement leurs patients des coûts liés à leur recours au système de soins afin là aussi d'augmenter la transparence de l'information.

Tous ces éléments visent le renforcement de la concurrence entre caisses, vue comme un moyen à la fois de faire baisser les taux de cotisation (ou tout au moins d'empêcher des hausses), d'améliorer la situation financière des caisses et de réduire les dépenses. Cette concurrence a conduit à un recul des caisses locales (maintenant régionales) au détriment des caisses d'entreprises et des caisses d'employés [1].

La mise en concurrence des caisses s'accompagne aussi d'un accroissement de leur autonomie en matière de détermination des prestations remboursées et de négociation avec les unions de médecins, notamment en ce qui concerne les nouveaux modes d'organisation des soins (réseaux de soins en particulier) : elle s'inscrit de ce fait aussi dans la régulation du secteur ambulatoire.

Dans ce domaine le changement majeur est lié à l'abandon des budgets encadrant strictement les dépenses tant en matière de prestations médicales que de médicaments. Ces budgets avaient été mis en place pour une période transitoire de trois ans à partir de 1993.

En ce qui concerne les dépenses médicales, le nouveau système est celui des budgets individuels (*Praxisbudget*) qui est mis en place par les unions régionales. Chaque médecin se voit attribuer un budget annuel tenant compte à la fois 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. Pour les médecins ce système présentée l'avantage, par rapport au budget global collectif, de garantir un niveau de revenu plus prévisible pour l'année à venir puisque la valeur du point de base [2] est stabilisée. La

1. La part de marché des caisses locales (régionales) est passée de 43,6 % à 41,3 % de début 1996 à septembre 1997, ce qui correspond à une perte d'un million d'assurés. Les caisses d'entreprises ont connu une augmentation de 3 % de leur nombre d'adhérents ; les caisses d'employés une augmentation de 3,75 %.
2. Dans la nomenclature, à chaque type d'acte correspond un nombre déterminé de points. L'enjeu financier est donc la valeur unitaire du point de base. Celle-ci était fluctuante dans le cadre du budget global puisque la valeur dépendait du nombre d'actes effectués : plus le nombre d'actes effectués était important, moins la valeur unitaire du point était importante.

mise en place de ce système est permise par l'informatisation des cabinets médicaux allemands, outil indispensable au suivi individuel de leur activité. Par là il est possible de moduler la rémunération de leurs actes par rapport à leur budget : baisse de la rémunération (par la baisse de la valeur moyenne du point ou par des reversements) en cas de dépassement ; augmentation si le budget n'est pas entièrement dépensé (par un versement exceptionnel des caisses aux médecins). Le montant des budgets, ainsi que les incitations et les sanctions sont différenciés régionalement puisqu'ils dépendent des unions régionales des médecins de caisse (qui déterminent un mode de calcul des budgets qui leur est propre) et de la négociation régionalisée avec les caisses (pour la rémunération et pour les prescriptions).

Dans le domaine des dépenses de médicaments le budget global est remplacé par la mise en place de normes directrices de dépenses (*Richtgrößen*) moins contraignantes. La loi de juin 1997 en prévoit le principe mais leur mise en place effective relève de la négociation collective entre caisses d'assurance maladie et unions de médecins de caisse. On peut donc dire que le domaine couvert par « l'auto-administration » (*Selbstverwaltung*) est élargi, ici comme pour l'individualisation des budgets, ce qui nuance fortement les interprétations des changements dans l'assurance maladie en termes d'étatisation du système [1]. Ces transformations s'inscrivent plutôt dans une affirmation de la régulation contractuelle fondée sur la prise en compte de l'activité spécifique des différents prescripteurs de soins [2].

Enfin dans le domaine hospitalier a été mis en œuvre en 1996 un nouveau système de financement en fonction des résultats prévu par la loi de 1992. Il existe désormais quatre modes de remboursement des dépenses hospitalières par les caisses d'assurance maladie afin d'inciter les hôpitaux à réduire leurs coûts. En effet le nouveau système donne des outils d'observation des coûts respectifs de chaque hôpital et permet d'imposer des normes directrices en fonction des valeurs moyennes et des spécificités des établissements. Ces quatre modes de remboursement sont les suivants :

- une indemnisation forfaitaire par patient couvrant les services liés aux soins d'une affection particulière ;
- une indemnisation spéciale en fonction du traitement couvrant notamment les interventions chirurgicales ;
- un prix de journée variable en fonction des services couvrant les dépenses non couvertes par les deux systèmes précédents ;
- un prix de journée de base couvrant les services non médicaux dans un hôpital donné.

Comme dans le secteur ambulatoire, les changements dans le mode de régulation reposent sur la mise en place d'outils permettant de connaître finement l'activité de chaque service et de chaque hôpital, tout comme les budgets individuels supposent une information sur les caractéristiques de l'activité de chaque médecin en particulier. Le but est bien de repérer les hôpitaux et les médecins dont les dépenses sont supérieures à la moyenne et où il peut donc être possible de réaliser des gains d'efficience. Il s'agit d'une régulation basée sur le suivi d'activité individuel s'inscrivant dans une finalité à dominante économique. Autrement dit le but visé est de soigner à moindre coût, à partir de la mise en place d'outils d'information et d'encadrement des dépenses avec des systèmes d'incitations et de sanctions.

1. Sur ce débat on peut se reporter à M. Döhler et P. Hassenteufel, « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », *Revue française d'administration publique*, 76, 1995.
2. *Cf.* D. Polton « Régulation contractuelle et partage des responsabilités : modèle français et modèles étrangers », *Droit social*, 9-10, 1997.

Les effets de la réforme

S'il est bien sûr trop tôt pour dresser un bilan de la troisième étape de la réforme de l'assurance maladie, il est possible d'en souligner quelques effets et surtout de dessiner les contours de la dynamique de régulation qu'elle active.

On peut tout d'abord souligner que du point de vue financier la situation reste préoccupante : pour le premier semestre 1997 le déficit de l'assurance maladie légale est évalué à 4 milliards de marks. Toutefois il s'agit là d'une situation antérieure à la mise en place des principaux éléments de la réforme (les tickets modérateurs sont entrés en vigueur le premier juillet) et elle est plus liée au ralentissement des recettes (qui sont restées au même niveau) qu'à une augmentation des dépenses (elles ont même au total diminué de 1 %). Toutefois la situation des caisses dans les länder de l'Est, où les recettes ont diminué de 3 % en un an, est particulièrement difficile et va probablement contraindre le gouvernement à prendre des mesures exceptionnelles quelques mois à peine après l'adoption de la dernière loi de restructuration.

Par ailleurs la réforme a relancé la négociation au niveau de « l'auto-administration » d'une part en ce qui concerne les normes directrices de prescription, d'autre part en ce qui concerne le changement de mode de rémunération des actes. Ainsi l'union fédérale des médecins de caisse propose un abandon progressif du paiement à l'acte et le passage à un mode de rémunération forfaitaire basé sur des ensembles de prestations spécifiques à un type d'exercice médical afin de faciliter la stabilisation du revenu des médecins et de réduire la « ourse à l'acte ». Ce changement devrait être négocié au cours de l'année 1998. En ce qui concerne les normes de prescription, les négociations entre caisses et unions de médecins, qui doivent s'achever à la fin de l'année, s'orientent vers la constitution de plusieurs listes dont une dont il est difficile de contester médicalement la prescription, et une pour les prescriptions qui peuvent être liées aux spécificités du mode et du lieu d'exercice du médecin.

Ces normes de prescription vont être différenciées en fonction du type d'activité des médecins et du type de patient (par tranche d'âge principalement). Là aussi il s'agit bien d'affiner la régulation contractuelle en se basant sur des outils d'information permettant un suivi d'activité individualisé.

D'autres questions restent en suspens : en particulier celle de la coordination des soins et celle du rôle des caisses d'assurance maladie dans le secteur hospitalier. En ce qui concerne le premier aspect on note une pression de plus en plus en forte des médecins généralistes en faveur d'un système d'abonnement au médecin de famille afin de lui donner un rôle pivot dans la chaîne de soins. Mais cette revendication, adoptée au dernier congrès des méde-

cins généralistes en septembre, se heurte à l'opposition de bon nombre de spécialistes, en particulier de médecine interne. Pour le second point les caisses revendiquent depuis longtemps des pouvoirs accrus afin de contraindre les länder à tenir compte des coûts engendrés par l'activité hospitalière. Le nouveau système de remboursement est un premier pas dans cette direction.

La transformation du système d'assurance maladie allemand s'oriente donc dans deux directions : une réduction des remboursements et une régulation contractuelle plus individualisée tant au niveau des cabinets médicaux que des hôpitaux.

Sources

Ärztezeitung, *Études économiques de l'OCDE*, Allemagne 1997, presse quotidienne allemande