Allemagne

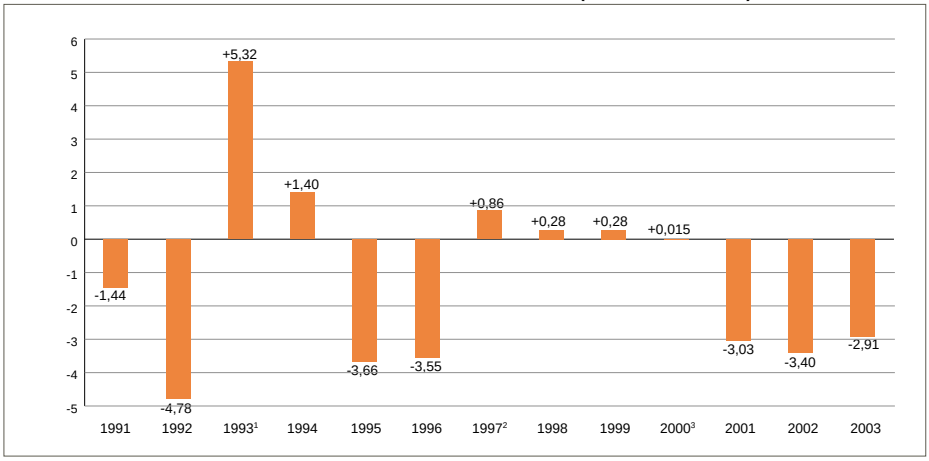
Les réorientations de la politique d'assurance maladie

Patrick HASSENTEUFEL

En Allemagne, comme en France, l'élément moteur de la politique d'assurance maladie est l'écart récurrent entre l'évolution des recettes et des dépenses, qui se traduit par un déficit structurel en forte augmentation depuis 2001. En 2003, ce déficit était de 2,9 milliards , ce qui est toutefois nettement inférieur au déficit français (11,5 milliards en 2003). Cette situation est liée, là aussi comme en France, au décalage récurrent entre l'évolution forte des dépenses (du fait du vieillissement de la population, du progrès médical et pharmaceutique, de l'absence de restriction d'accès, du paiement à l'acte …) et celle, nettement moindre, des recettes, surtout en période de faible croissance comme c'est le cas aujourd'hui.

Ces déficits persistants sont perçus comme problématiques non seulement du fait des contraintes budgétaires liées au Pacte de stabilité européen, puisque la li-

Evolution de la situation financière de l'assurance maladie allemande (en milliards)



1. Mise en œuvre du GSG. ; 2. Lois de restructuration. ; 3. Mise en œuvre de la réforme 2000.
Sources : GKV-Schätzerkreis (1991-2002) ; ministère de la Santé (2003).

Contenu synthétique des réformes de l'assurance maladie en Allemagne (1988-2003)

1988 : Loi sur la réforme du système de santé (*Gesundheitsreform-Gesetz*)-*GRG*	- Introduction de tickets modérateurs pour les médicaments. - Remboursement des médicaments sur une base forfaitaire (dépendant du prix du médicament le moins cher d'une classe d'équivalence thérapeutique).
1992 : Loi de stabilisation et d'amélioration structurelle de l'assurance maladie (*Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV*)-*GSG*	- Encadrement budgétaire strict de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie. - Mise en concurrence des caisses d'assurance maladie.
1997 : Loi de rénovation de l'assurance maladie (*GKV-Renovierungs-Gesetz*)-GRG	- Augmentation des tickets modérateurs et mise en place du forfait hospitalier. - Déremboursement de certaines prestations.
1999 : Loi de réforme de la santé 2000 (*Gesundheitsreform-Gesetz 2000*)	- Modification du financement des hôpitaux. - Mise en place de structures de soins intégrées. - Prise en charge des mesures de prévention par les caisses.
2001 : Loi de limitation des dépenses de médicament (*Arzneikostendämpfungs-Gesetz*)	- Mise en place du droit de substitution pour les pharmaciens (pour un médicament moins cher de la classe d'équivalence thérapeutique), les médecins gardant cependant la possibilité de le refuser en l'inscrivant sur l'ordonnance. - Baisse de 5 % des prix des médicaments pour lesquels il n'existe pas de montant forfaitaire.
2002 : Loi de stabilisation des taux de cotisation (*Beitragssatz-Sicherungs-Gesetz*)	- Gel des honoraires médicaux, des honoraires des dentistes et des budgets hospitaliers. - Rabais pour les médicaments sans montants forfaitaires et réduction des marges pour les grossistes et les pharmaciens.
2003 : Loi de modernisation de l'assurance maladie (*GKV-Modernisierungsgesetz*)	- Introduction d'un ticket modérateur pour les consultations médicales (10). - Suppression de la prise en charge de certaines prestations. - Fiscalisation partielle du financement (taxes). - Création d'un Centre allemand pour la qualité de la médecine. - Formation médicale continue obligatoire pour les médecins. - Création d'une carte de santé électronique individuelle. - Meilleure coordination des soins.

mite maximale de déficit de 3 % correspond à la fois au déficit de l'Etat et à celui de la sécurité sociale, mais aussi, et surtout, parce qu'ils exercent une pression à la hausse des cotisations d'assurance maladie, très largement perçue comme une menace pour la compétitivité du *Standort Deutschland*, au cœur des débats économiques et sociaux depuis plus de quinze ans. Les cotisations maladie représentent aujourd'hui plus de 14 % des coûts salariaux et pèsent donc fortement sur les coûts de production. On comprend de ce fait l'objectif des politiques de maîtrise des dépenses de santé menées depuis la fin des années 80 : celui de la stabilisation des taux de cotisation, ce qui correspond clairement à une « économicisation » de la politique d'assurance maladie (Blanke, Kania, 1996), acceptée par les syndicats.

On a assisté, par conséquent, à une succession de réformes depuis la fin des années 1980. Deux tendances générales, qui vont être analysées ici, en mettant particulièrement l'accent sur la réforme de 2003 (Hassenteufel, 2003b) et ses premiers effets, peuvent être dégagées. Il s'agit tout d'abord de mesures relatives à la situation financière de l'assurance maladie, pour lesquelles on mettra en avant, comme en France, le passage progressif de la maîtrise des dépenses vers une orientation à dominante financière qui suscite actuellement un très important débat sur le financement du système, et se déroule plus dans les arènes politiques que socioprofessionnelles. L'autre tendance majeure concerne la réforme du système d'assurance maladie dans ses composantes organisationnelles, ce qui se traduit en particulier par la mise en concurrence des caisses, la réorganisation du système de soins et l'accent mis sur la qualité.

De la maîtrise des dépenses aux réformes financières

La situation du début des années 1990 est marquée par le coût de la réunification et l'adoption des critères de convergence fixés dans le cadre du Traité de Maastricht en vue du passage à l'euro. C'est dans ce contexte qu'avait été adoptée en 1992, dans le cadre d'un accord de « grande coalition » associant gouvernement démocrate-chrétien et opposition social-démocrate, la « réforme Seehofer », du nom du ministre de la Santé (CSU) d'alors (Hassenteufel, 1997a). Cette réforme avait été soutenue par le DGB. Son objectif, la baisse des taux de cotisation afin de réduire les coûts salariaux des entreprises dans un contexte de compétition économique mondialisée, constamment réaffirmé depuis, devait être atteint par le ralentissement de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Par conséquent, des budgets annuels, pouvant donner lieu à des pénalités financières, avaient été mis en place dans tous les domaines : soins ambulatoires, médicaments et soins hospitaliers. Par ailleurs, la maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie, négociée par les caisses et les médecins, avait été développée dans les années 80 avec les enveloppes globales, puis affinée dans les années 90 sous la forme de budgets régionalisés, par spécialités, puis par cabinets médicaux (*Praxisbudgets*). 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.

Par rapport à cette orientation dominante depuis les années 1990, la réforme de 2003 marque un tournant. Tout d'abord cette loi de modernisation du système d'assurance maladie prévoit que, d'ici à 2007, les budgets seront remplacés par des volumes de prestations à prix fixes (*Regelleistungsvolumina*) dont le montant dépendra de la morbidité au niveau régional et du type d'activité médicale. La rémunération des actes médicaux ne sera donc plus fluctuante (selon le volume d'activité) mais dépendra de montants fixés préalablement. On en espère une meilleure adéquation entre besoins sanitaires et activité médicale. Comme en France, on assiste ainsi à un abandon progressif de la maîtrise budgétaire des dépenses de santé.

L'accroissement de la participation financière directe des patients

Le tournant est surtout net parce que la nouvelle loi met fortement l'accent sur la participation financière (directe ou indirecte) des patients à la prise en charge du risque maladie. Ce n'est certes pas la première réforme qui comporte cet aspect. Celle de 1988 avait notamment introduit des tickets modérateurs pour les médicaments sous la forme de montants forfaitaires de remboursement à l'intérieur de classes d'équivalence thérapeutique ; les lois de 1997 avaient introduit le forfait hospitalier, augmenté les tickets modérateurs sur les médicaments et diminué d'autres remboursements (Hassenteufel, 1997b).

Mais, une partie de ces mesures avait été annulée à la fin de l'année 1998, lors de l'arrivée au pouvoir du premier gouvernement Schröder. Or, c'est le même Gerhard Schröder qui, en mars 2003, dans le cadre de son discours présentant l'*Agenda 2010*, a fortement mis l'accent sur la nécessité d'augmenter les paiements à la charge du patient, ce que l'on retrouve dans la loi sous trois formes. Il s'agit tout d'abord des tickets modérateurs. Là où ils existaient déjà, ils sont augmentés : en particulier pour les médicaments (le taux de participation est fixé à 10 % du prix, pour un montant par médicament qui doit être compris dans une fourchette de 5 à 10) et pour les soins hospitaliers (le forfait à la charge du patient passe de 9 à 10 par jour, dans une limite de 28 jours). Surtout, est introduit un ticket modérateur pour les consultations médicales. Le patient doit ainsi s'acquitter d'une taxe dite de cabinet médical (*Praxisgebühr*), de 10 , versée une seule fois par trimestre pour une pathologie donnée (et non pas pour chaque consultation) ; elle ne concerne que les consultations directes de spécialistes, c'est-à-dire lorsque le patient n'est pas adressé par un généraliste. Il est prévu que le montant de ces dépenses financées directement par le patient ne doit pas dépasser 2 % du revenu annuel brut du patient (1 % pour les malades chroniques). Le deuxième aspect est la suppression de la prise en charge d'un certain nombre de prestations : les médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance (à l'exception de ceux prescrits aux enfants de moins de 12 ans), les montures et verres de lunettes (sauf pour les moins de 18 ans), la stérilisation, les inséminations artificielles, les cures thermales, les frais de transport (hors ambulance) …

Par ailleurs les prothèses dentaires devront faire l'objet d'une prise en charge spécifique sous la forme d'une assurance volontaire. De plus, la loi prévoit de ne plus faire financer un certain nombre de prestations par l'assurance maladie mais par l'impôt : les indemnités et les soins liés à la grossesse, l'IVG, les indemnités pour enfant malade et les indemnités en cas de décès. Il en découle une augmentation forte de la taxe sur les tabacs.

Cette mesure correspond à une nette hausse de la part des dépenses financées par l'impôt et non plus par les cotisations, elle participe donc d'une fiscalisation accrue du financement de l'assurance maladie. Enfin, dernière mesure d'ordre financier à souligner : la modification, prévue pour 2007, du financement des indemnités de congé maladie ; elles ne seront plus à la charge des employeurs (part patronale), mais seulement des salariés (cotisations). C'est cet aspect de la réforme qui a suscité la contestation syndicale la plus vive.

Premiers effets financiers de la réforme de 2003

L'accent mis sur les aspects financiers s'est rapidement traduit dans les comptes de l'assurance maladie qui, pour le premier semestre 2004, sont excédentaires de 2,42 milliards d'euros. Ce retour à l'équilibre financier n'est pas seulement dû à une augmentation des recettes, du fait de la taxe trimestrielle de cabinet médical notamment, mais aussi à une baisse des dépenses de 3,5 % pour le premier semestre. On peut noter en particulier une forte diminution du nombre des consultations médicales (estimée à 10 % pour le premier trimestre 2004 et à 7 % pour le second trimestre), et des prescriptions de médicaments (les dépenses de remboursement de médicaments ont baissé de près de 13 % au premier semestre 2004 par rapport à 2003, ce qui correspond à une économie d'environ 1,7 milliards d'euros). Cette évolution a permis de faire baisser le taux moyen des cotisations de 14,33 % du salaire au 1er janvier 2004 à 14,22 % à la fin du premier semestre 2004. Mais, du fait de l'endettement des caisses 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 la fin de l'année 2004 (13 % pour la fin de l'année 2005) ne sera certainement pas atteint. Il est également nécessaire d'avoir plus de recul temporel pour évaluer le caractère durable de cette baisse des dépenses qui peut être conjoncturelle, les effets de ce type de réforme étant souvent plus sensible à court terme qu'à moyen terme.

Vers une remise en cause des fondements bismarckiens ?

Surtout, la loi de 2003 a suscité l'émergence d'un large débat sur le financement de l'assurance maladie. L'an dernier, le rapport Rürup, très médiatisé, a lancé le débat sur l'alternative entre 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 un forfait par tête (*Kopfpauschale*) correspondant à un versement mensuel de 200 environ, versé par tout citoyen. Les Verts et le SPD sont favorables à la première solution qui apparaît plus juste socialement et qui couvrirait l'ensemble des citoyens en intégrant les assurances maladies privées (PKV) qui, actuellement, prennent en charge un peu plus de 10 % de la population ; la CDU-CSU et surtout le FDP penchent plutôt pour la seconde option, perçue comme moins « étatiste » et comme plus favorable aux entreprises. Toutefois les lignes de clivage restent encore floues puisque le débat interne à l'opposition et à la coalition gouvernementale est assez vif. Chez les chrétiens-démocrates, le soutien au financement forfaitaire est plus marqué à la CDU qu'à la CSU dont certains dirigeants (en particulier Horst Seehofer, ancien ministre de la Santé et principal négociateur, pour l'opposition, de l'accord qui, l'été dernier, a permis l'adoption de la loi de modernisation de l'assurance maladie) sont plutôt favorables à l'assurance citoyenne. Au cours de l'été B. Rürup a présenté un modèle de financement forfaitaire (le montant mensuel proposé étant de 169 euros par adulte

et 78 euros par enfant) avec des modalités de compensation des inégalités de revenu. Les chrétiens-démocrates cherchent à trouver un accord entre eux sur un modèle de ce type. Du côté du SPD, les oppositions portent principalement sur le montant de la contribution des revenus du capital, le ministre des Finances en particulier étant soucieux de ne pas accroître la fiscalité pesant sur les entreprises.

Il s'agit là d'un débat avant tout politique, même si les partenaires sociaux prennent position, de façon d'ailleurs assez antagoniste (le DGB est clairement en faveur de la *Bürgerversicherung*, le patronat pour un financement forfaitaire). Ce débat ne sera probablement tranché qu'après les élections législatives de 2006. En tout état de cause, il signifie clairement que le système bismarckien est en passe d'être profondément bouleversé du point de vue de son financement, comme le montre déjà sa fiscalisation accrue à la suite de la réforme de 2003. Ces transformations concernent non seulement le financement de l'assurance maladie mais aussi son organisation.

De la réorganisation de l'assurance maladie à celle du système de soins

La première étape de la réorganisation du système d'assurance maladie a été l'introduction de la concurrence entre caisses dans le cadre de la réforme de 1992 (Kaufmann, 2003).

La mise en concurrence des caisses d'assurance maladie

Les assurés ont désormais le libre choix en matière de caisse d'assurance maladie, alors qu'auparavant l'affiliation à un type de caisse dépendait de l'appartenance socioprofessionnelle ou du lieu d'habitation. Il s'agissait par là de contraindre les caisses à porter une attention croissante à leurs dépenses de façon à éviter toute hausse des cotisations, ainsi qu'à diversifier leur offre de prestations. La recherche d'efficacité passe donc par la responsabilisation économique des caisses d'assurance maladie dans un cadre désormais plus concurrentiel. Cette quête d'efficience s'est accompagnée d'un processus de concentration des caisses, beaucoup plus diversifiées qu'en France puisqu'il existe sept types de caisses différents, et plus autonomes (elles fixent chacune librement leurs taux de cotisation, qui sont donc différents d'une caisse à l'autre). Les caisses locales (*Allgemeine Ortskrankenkassen*, AOK), correspondant au régime général, ont été progressivement transformées en caisses régionales (leur nombre est passé de 264 à 17), ce qui a permis une meilleure péréquation des risques, et renforcé leur position dans le nouveau cadre concurrentiel. La concentration a concerné l'ensemble des caisses publiques puisque leur nombre global est passé de 1150 en 1994 à 290 en 2004. Depuis 1996 près de cinq millions d'assurés sociaux ont changé de caisse [1], principalement en faveur des caisses d'entreprise (dont le nombre d'assurés a doublé). Un système de compensation financière des risques (*Risikostrukturausgleich*) entre caisses a également été mis en place. La loi de modernisation de l'assurance maladie de 2003 s'inscrit dans la continuité en ce qui concerne la concurrence entre caisses. Elle prévoit de réduire encore le nombre de caisses, notamment en rendant possible des fusions entre caisses de types

1. En 2003 ils étaient 700 000.

différents, ce qui n'était pas le cas jusqu'ici, et vise à renforcer les caisses par rapport aux autres acteurs du système de soins dans le cadre de la négociation collective. On comprend, sur cet aspect, le soutien clair des syndicats (qui gèrent paritairement les caisses) à la réforme qui, dans sa première version prévoyait même une remise en cause importante des pouvoirs des unions de médecins sous contrat avec l'assurance maladie (*Vertragsärzte*) avec qui les caisses négocient. D'ailleurs, une prise de position commune du DGB avec la confédération des employeurs BDA avait déploré que le gouvernement ne remette pas finalement en cause le monopole des unions (Rehfeldt, 2003).

Surtout, avec la dernière loi, le projet est clairement de passer d'une concurrence qui, pour l'instant, porte sur les taux de cotisation (c'est le seul élément qui distingue les caisses) à une concurrence intégrant progressivement l'offre des soins. Cela se traduit avant tout par la possibilité nouvelle donnée aux caisses de proposer des formes de prise en charge intégrées dans le cadre de centres de soins médicaux (*medizinische Versorgungszentren*) regroupant médecins et autres professions de santé [1]. Les caisses pourront également verser des primes aux assurés participant à des actions de prévention et/ou à des formes de prise en charge spécifiques, en particulier le passage systématique par le généraliste.

Par là la réforme de 2003 opère un pont entre la réorganisation du système d'assurance maladie et celle du système de soins. Le médecin généraliste est, comme en France mais de manière plus incitative, promu « pilote » du système de soins puisque les patients sont également exemptés du ticket modérateur de 10 s'ils sont adressés à un spécialiste par leur généraliste [2]. Toutes les caisses doivent désormais proposer ce « système du médecin de famille » (*Hausarztsystem*), qui repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin (choisi par les caisses en fonction de ses qualifications). Initialement, en 2003, il était d'ailleurs prévu d'élargir encore plus fortement les possibilités de contractualisation individuelle des caisses avec les médecins ce qui avait suscité une très forte opposition des unions de médecins sous contrat (collectif) avec l'assurance maladie (Hassenteufel, 2003a). Cette orientation renforçant nettement les caisses par rapport aux médecins exerçant dans le cadre de l'assurance maladie légale avait été fortement atténuée dans le cadre du compromis politique négocié avec l'opposition. Elle est reprise dans les projets actuels du SPD en articulation avec l'introduction d'une assurance citoyenne au niveau du financement, ce qui recueille le soutien du DGB déçu, sur cet aspect, par la réforme de 2003. On peut aussi noter l'accent mis dans la loi sur le développement de soins ambulatoires à l'hôpital dans des régions où existent des pénuries de médecins spécialistes, pour des prestations très spécifiques.

1. On mesure là un retournement assez spectaculaire par rapport au début des années 90 : l'harmonisation du système médical est-allemand dans le cadre de la réunification avait abouti à l'Est à la fermeture de la plupart des centres de santé, au cœur du système de soins de la RDA mais inconnus à l'Ouest.
2. Au cours du premier trimestre 2004 le nombre de patients adressés par leur généraliste à un spécialiste a été multiplié par 5. On note aussi que la baisse du nombre de consultations est plus marquée chez les spécialistes que chez les généralistes.

La prise en compte de la qualité des soins

Cette réorganisation s'inscrit dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins, qui s'est traduit dans la loi de 2003 par la création d'un Centre allemand pour la qualité de la médecine (*Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin*), indépendant de l'Etat et composé de représentants des caisses, des hôpitaux, des médecins et des patients. L'une de ses fonctions est de mettre en place des normes thérapeutiques et des outils d'évaluation de l'efficacité des soins et des médicaments (en termes de calcul coûts/avantages). Plus précisément, il est prévu que le centre classe les médicaments en trois catégories : les médicaments à effet thérapeutique nouveau basés sur un nouveau principe actif, les médicaments à effet thérapeutique amélioré mais non basés sur un nouveau principe actif, et ceux sans effet thérapeutique. Il devra participer à la transparence du système d'assurance maladie, en rendant publics (et compréhensibles pour les patients) ses travaux et les raisons de la prise en charge ou non par l'assurance maladie d'une prestation ou d'un médicament. Il est, en outre, prévu que la formation continue des médecins devienne obligatoire et conditionne la possibilité de continuer à exercer dans le cadre de l'assurance maladie. Cette validation interviendrait tous les cinq ans à partir de 2009. La promotion de la qualité concerne également l'hôpital où a été introduit en 2002, à la suite de la réforme de 2000, un nouveau mode de rémunération des prestations hospitalières sous la forme de forfaits par pathologie (*Fallpauschalen*) calculés sur la base de la comparaison de groupes homogènes de malades. Comme en France, la prise en charge des soins hospitaliers ne dépend donc plus de la durée du séjour mais du type de soin et de diagnostic.

L'objectif d'amélioration de la qualité s'appuie également sur la responsabilisation du patient. L'idée centrale est de renforcer l'information des patients, qui sont désormais représentés non seulement au Centre sur la qualité de la médecine mais aussi dans d'autres instances fédérales, comme la Commission fédérale de l'assurance maladie. On peut enfin mentionner la mise en place progressive, à partir de 2005, d'une carte de santé électronique individuelle (comprenant les données médicales personnelles) et l'émission de factures destinées au patient, afin de permettre une transparence sur les prestations et leurs coûts.

Des réformes contestées

Les importantes transformations en cours du système d'assurance maladie allemand, qui correspondent à une réorientation nette par rapport aux politiques de maîtrise des dépenses menées dans les années 1980 et 1990, sont principalement promues par le gouvernement rouge-vert et par les caisses (et donc de ce fait aussi par les syndicats) dont le rôle s'est nettement renforcé. Il pourrait l'être encore plus en cas d'introduction de l'assurance citoyenne. Toutefois les oppositions sont nombreuses. Rappelons tout d'abord celle de la CDU et du FDP, très favorables à un financement forfaitaire. Dans ce contexte, un nouvel accord de « grande coalition » pour l'assurance maladie, comme en 1992 et en 2003 apparaît peu probable. Remarquons aussi que les médecins, dont les représentants s'étaient nettement opposés aux premiers projets du gouvernement au printemps 2003, se sont ensuite montrés satisfaits de la pers-

pective d'abandon des budgets sectoriels pour la médecine ambulatoire et de la décision de rendre le Centre pour la qualité de la médecine indépendant de l'Etat fédéral (avec une meilleure représentation de la profession). Mais les principaux représentants de la profession médicale ont pris position nettement contre l'assurance citoyenne. Ils font part, de plus en plus bruyamment, de leurs inquiétudes qui concernent tout à la fois le renforcement du pouvoir des caisses et des possibilités de contractualisation individuelles, la concurrence entrain de s'instaurer entre cabinets médicaux et hôpitaux pour les soins ambulatoires les plus spécialisés, la charge de travail générée par la perception du ticket modérateur pour les visites médicales et la limitation de la liberté de prescription que risque d'entraîner le non-remboursement des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance. Les problèmes de démographie médicale sont également mis en avant. En effet, selon la Chambre fédérale des médecins, la part des médecins de plus de 60 ans atteignait 15,6 % en 2002, et il manquera 18 000 médecins d'ici 2008 du fait du vieillissement du corps professionnel, la situation étant aujourd'hui déjà préoccupante dans les nouveaux Länder. Le mécontentement de l'industrie pharmaceutique est encore plus net : ses représentants ont annoncé une forte diminution (voire un arrêt) des dépenses d'investissement dans la recherche en Allemagne du fait de la réduction des taux de remboursement des médicaments et surtout de la baisse des prix pour les médicaments sans montants forfaitaires. Cette contestation est d'autant plus vive que les compressions de prix adoptées dans les lois de 2001 et 2002 avaient déjà réduit ses bénéfices.

Mais, le problème politique majeur du gouvernement rouge-vert du chancelier Schröder est l'impopularité de la réforme, qui s'inscrit dans le contexte plus large de la contestation sociale de l'agenda 2010 (Hege, 2003). En juillet 2003, dans deux sondages de l'institut Forsa, 64 % des personnes interrogées se déclaraient opposées à l'accroissement de la participation financière des patients et aux changements dans les règles de financement, et 84 % des sondés considéraient cette réforme comme injuste parce que pesant unilatéralement sur les patients. Dans un sondage publié en avril 2004 par l'institut Emnid les deux tiers des personnes interrogées estimaient qu'elles devaient désormais payer plus pour leur santé, et 40 % que la prise en charge médicale s'était dégradée. Dans ce contexte de forte impopularité des réformes sociales (réforme de l'assurance chômage en particulier), on comprend que le SPD cherche à accélérer le débat sur le financement de l'assurance maladie en envisageant d'introduire l'assurance citoyenne avant les élections de 2006, afin de se prévaloir auprès des électeurs d'une mesure plus « sociale » que les dernières réformes, non seulement dans le domaine de l'assurance maladie mais aussi dans ceux de l'indemnisation du chômage ou des retraites. On notera pour finir que la plupart des syndicats du DGB n'ont contesté que quelques aspects de la réforme (d'ailleurs plus la remise en cause du financement paritaire que l'augmentation de la participation financière des patients) du fait de leur double rôle (non exempt de contradictions) de co-gestionnaire des caisses (à parité avec le patronat) et de représentant des assurés. De ce fait le DGB oscille entre la demande de réformes structurelles (en termes de renforcement de la concurrence afin d'affaiblir les unions de médecins par rapport aux caisses notamment) et l'opposition à l'augmentation de

la charge financière des patients. On comprend aussi par là que la contestation des réformes, dans le domaine de l'assurance maladie comme dans d'autres branches des assurances sociales, se fasse de plus en plus en dehors du mouvement syndical « traditionnel ».

Sources :

Blanke Bernhard, Kania Hildegard (1996), « Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen », *Leviathan*, vol. 24, nº4.

Hassenteufel Patrick (1997a), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

Hassenteufel Patrick (1997b), « La mise en place de la troisième étape de l'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IRES*, nº49.

Hassenteufel Patrick (2003a), « Allemagne : vers une double réforme du système de santé ? », *Chronique internationale de l'IRES*, nº82.

Hassenteufel Patrick (2003b), « *Agenda 2010*, tournant pour l'assurance maladie en RFA », *Regards sur l'économie allemande*, nº63.

Hege Adelheid (2003), « Allemagne : SPD et syndicats dans la tourmente des réformes sociales », *Chronique internationale de l'IRES*, nº83.

Kauffmann Otto (2003), « La concurrence dans l'assurance maladie légale allemande », dans P. Hassenteufel, S. Hennion-Moreau (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, pp. 245-264, Presses Universitaires de Rennes.

Rehfeldt Udo (2003), « Poursuite de la réforme de l'Etat-providence », *Chronique internationale de l'IRES*, nº85.