
**Le financement de la politique
de santé de l'Allemagne
Enjeux et perspectives**

Rolf Schmucker

Août 2010

Comité d'études des relations franco-allemandes



L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales. Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901).

Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

L'Ifri associe, au travers de ses études et de ses débats, dans une démarche interdisciplinaire, décideurs politiques et experts à l'échelle internationale.

Avec son antenne de Bruxelles (Ifri-Bruxelles), l'Ifri s'impose comme un des rares *think tanks* français à se positionner au cœur même du débat européen.

*Les opinions exprimées dans ce texte
n'engagent que la responsabilité de l'auteur.*

Cette *Note du Cerfa* fait l'objet d'un soutien de la Fondation Bosch dans le cadre du « Dialogue d'avenir franco-allemand ».

Robert Bosch **Stiftung**

Directeurs de collection : Louis-Marie Clouet, Hans Stark

Traduction : Anne-Céline Cornet

ISBN : 978-2-86592-767-8
© Ifri – 2010 – Tous droits réservés

Ifri
27 rue de la Procession
75740 Paris Cedex 15 – FRANCE
Tel : +33 (0)1 40 61 60 00
Fax : +33 (0)1 40 61 60 60
Email : ifri@ifri.org

Ifri-Bruxelles
Rue Marie-Thérèse, 21
1000 – Bruxelles – BELGIQUE
Tel : +32 (0)2 238 51 10
Fax : +32 (0)2 238 51 15
Email : info.bruxelles@ifri.org

Site Internet : ifri.org

Notes du Cerfa

Publiée depuis 2003 à un rythme mensuel, cette collection est consacrée à l'analyse de l'évolution politique, économique et sociale de l'Allemagne contemporaine : politique étrangère, politique intérieure, politique économique et questions de société. Les Notes du Cerfa sont des textes concis, à caractère scientifique et de nature « policy oriented ». Envoyées gratuitement à plus de 2 000 abonnés, à l'instar des Visions franco-allemandes, les Notes du Cerfa sont accessibles sur le site Internet du Cerfa, où elles peuvent être consultées et téléchargées gratuitement.

Dernières publications du Cerfa

Pascal Kauffmann, Henrik Uterwedde, « La France et l'Allemagne face à la crise de l'euro : à la recherche de la convergence perdue », *Visions franco-allemandes*, n° 17, juillet 2010

Markus Kaim, « L'engagement militaire allemand en Afghanistan : conditions, évaluation, perspectives », *Note du Cerfa*, n° 76, juillet 2010

Brigitte Lestrade, « Les réformes sociales Hartz IV à l'heure de la rigueur en Allemagne », *Note du Cerfa*, n° 75, juin 2010

Christoph Egle, « L'avenir des Verts allemands : vers un parti charnière ? », *Note du Cerfa*, n° 74, mai 2010

L'auteur

Rolf Schmucker, né en 1969, a étudié les sciences politiques, les sciences juridiques et l'histoire à l'université Philipps de Marbourg. Il y a soutenu une thèse en sciences politiques. De 2001 à 2010, il a été assistant de recherche à l'Institut de sociologie médicale de l'université Goethe de Francfort-sur-le-Main.

Depuis lors, ses recherches portent sur la politique et les systèmes de santé, et plus particulièrement sur les mutations du pilotage des politiques de santé, la comparaison entre systèmes de santé, l'intégration européenne, la transformation de l'État providence.

Depuis avril 2010, Rolf Schmucker est assistant de recherche auprès du Département 1 de la Faculté de Sciences de la Santé de l'université de Bielefeld.

Résumé

L'augmentation des dépenses de la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), le système légal d'assurance maladie, mais plus encore la hausse des taux de cotisation et donc de la charge assumée par les employeurs et les assurés, constituent depuis longtemps des thèmes vivement débattus de la politique de santé allemande. L'augmentation des dépenses de la GKV, mais plus encore la hausse des taux de cotisation et donc de la charge assumée par les employeurs et les assurés, constituent depuis longtemps des thèmes vivement débattus de la politique de santé allemande.

Depuis le milieu des années 1970, tous les gouvernements fédéraux ont essayé de freiner la hausse des dépenses de la GKV. Les différentes mesures prises au nom de cette politique de maîtrise des coûts n'ont cependant pas permis d'empêcher la poursuite de la hausse des cotisations à la GKV. Si les efforts politiques se sont longtemps concentrés sur la réduction des dépenses, on discute depuis quelques années de changements dans le financement du système.

Sous les mots clés de « *Bürgerversicherung* » (« assurance citoyenne ») et de « *Kopfprämie* » (« forfait par tête ») s'opposent deux modèles qui ont tous les deux l'ambition d'apporter de vastes changements au financement de la santé. Le gouvernement fédéral libéral-conservateur au pouvoir depuis octobre 2008 avait annoncé, dès sa prise de fonctions, vouloir financer la GKV par le « forfait par tête ». Ce projet a d'abord échoué, notamment en raison de divergences d'opinions au sein de la coalition. Un compromis a alors été trouvé, qui ne signifie pas un changement immédiat de système, mais l'abandon progressif des principes traditionnels du modèle bismarckien.

Sommaire

INTRODUCTION	5
CARACTERISTIQUES FONDAMENTALES DU SYSTEME DE SANTE ALLEMAND	7
LA POLITIQUE DE REDUCTION DES COUTS DEPUIS LE MILIEU DES ANNEES 1970.....	9
« ASSURANCE CITOYENNE » OU « FORFAIT PAR TETE » ?.....	11
LE COMPROMIS DE 2007 : LA GKV-WSG	13
LE CONTEXTE POLITIQUE APRES LES ELECTIONS LEGISLATIVES DE 2009.....	15
2011 – LE PROJET DE REFORME DU FINANCEMENT	17
PERSPECTIVES	20

Introduction

En 2008, les dépenses de santé s'élevaient en Allemagne à 263,2 milliards d'euros, soit 10,5 pour cent du produit intérieur brut (PIB) du pays. Au niveau mondial, l'Allemagne figure ainsi parmi les pays qui dépensent proportionnellement le plus pour la santé. La plus grande partie du financement du système de santé (160,8 M €¹) est assurée par la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), le système légal d'assurance maladie². L'augmentation des dépenses de la GKV, mais plus encore la hausse des taux de cotisation et donc de la charge assumée par les employeurs et les assurés, constituent depuis longtemps des thèmes vivement débattus de la politique de santé allemande.

Depuis le milieu des années 1970, tous les gouvernements fédéraux ont essayé de freiner la hausse des dépenses de la GKV. Les différentes mesures prises au nom de cette politique de maîtrise des coûts n'ont cependant pas permis d'empêcher la poursuite de la hausse des cotisations à la GKV. Si les efforts politiques se sont longtemps concentrés sur la réduction des dépenses, on discute depuis quelques années de changements dans le financement du système.

Sous les mots-clefs de « *Bürgerversicherung* » (« assurance citoyenne ») et de « *Kopfprämie* » (« forfait par tête ») s'opposent deux modèles qui ont tous les deux l'ambition d'apporter de vastes changements au financement de la santé. Le gouvernement fédéral libéral-conservateur au pouvoir depuis octobre 2008 avait annoncé, dès sa prise de fonctions, vouloir financer la GKV par le « forfait par tête ». Ce projet a d'abord échoué, notamment en raison de divergences d'opinions au sein de la coalition. Un compromis a alors été trouvé, qui ne signifie pas un changement immédiat de système, mais l'abandon progressif des principes traditionnels du modèle bismarckien.

Cet article retrace les débats qui ont eu lieu autour des réformes de la politique de santé en Allemagne. Pour une meilleure compréhension, il esquisse dans un premier temps quelques

¹ Statistisches Bundesamt: www.destatis.de (31.05.2010)

² NdT : Fournie par plus de 250 caisses régionales, la GKV couvre près de 90 % de la population totale. Un système d'assurances privées (PKV, Private Krankenversicherung) facultatif, dispensé par une cinquantaine de caisses privées, est ouvert en parallèle aux personnes à revenu élevé et couvre près de 10 % de la population.

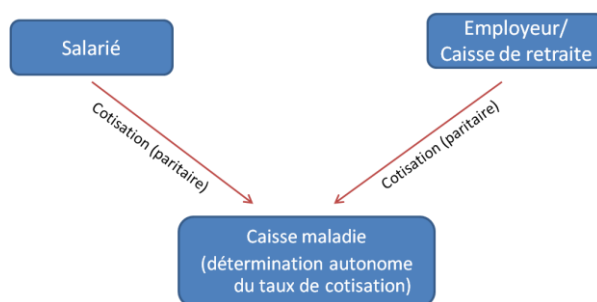
caractéristiques fondamentales du système allemand, avant d'examiner le contexte actuel de la discussion actuelle et les futurs changements dans le financement de la GKV.

Caractéristiques fondamentales du système de santé allemand

Depuis la mise en place de la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), sous le chancelier d'Empire Otto von Bismarck en 1883, le système allemand passe pour être le prototype d'un système de sécurité sociale. Employeurs et salariés contribuent de manière paritaire au financement de l'assurance maladie. Destinée à l'origine aux seuls ouvriers, cette réforme a été étendue à des groupes de population toujours plus grands au cours des décennies suivantes. L'ouverture à des employés, des retraités, des agriculteurs et des étudiants, ainsi qu'à des parents non actifs, ont fait de la GKV, jusqu'au milieu des années 1970, une institution qui fournissait l'assurance santé à plus de 90 % de la population.

Le système allemand présente cependant, aujourd'hui encore, une particularité qui le distingue des autres systèmes de sécurité sociale en Europe. En effet, il existe, à côté de la GKV, une branche privée d'assurance, qui propose des assurances santé aux fonctionnaires, aux indépendants et aux plus hauts revenus. La *Private Krankenversicherung* (PKV), qui est en partie en concurrence avec la GKV, assure aujourd'hui près de 10 % de la population allemande. À la différence de la GKV, le taux de cotisation à la PKV n'est pas défini en fonction du revenu (principe de solidarité), mais en fonction du risque individuel de maladie (principe d'équivalence)³.

Schéma 1 : Financement de la GKV jusqu'en 2004



Source : auteur

³ Böckmann, Roman, « Die private Krankenversicherung – weder Solidarität noch Wettbewerb ? », in Ders. (éd.), *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*, Wiesbaden, 2008, p. 63-90.

Alors que les cotisations à la GKV sont définies en fonction des revenus, le droit aux prestations dépend des besoins. Tous les assurés ont le droit d'avoir accès aux soins médicalement nécessaires (principe des besoins). Les principaux domaines d'intervention du système de santé allemand sont les secteurs hospitalier et ambulatoire (cabinets), ainsi que les médicaments. En Allemagne, les hôpitaux sont gérés par la puissance publique (en particulier par les communes), par des organismes privés d'utilité publique (par exemple, par des Églises ou des associations caritatives) et par des entreprises privées. Pour la prise en charge des malades, le principe « ambulatoire plutôt que hospitalier » prévaut, c'est-à-dire que le point d'entrée d'un patient est le médecin libéral.

La majorité des médecins conventionnés (*Vertragsärzte*), qui sont responsables de la prise en charge des patients assurés par la GKV, est établie à son compte, dans son cabinet. Les médecins libéraux sont généralistes (médecins de famille) ou spécialistes. Les patients peuvent choisir librement leur médecin traitant. En raison de leur fonction de point d'entrée pour les patients et de leur pouvoir de décision en ce qui concerne la suite du traitement (nature de la thérapie, prescription de médicaments, transfert dans un hôpital ou une autre institution), les médecins libéraux jouent un rôle clef dans le processus de prise en charge.

La prescription médicamenteuse est l'un des principaux outils de l'action médicale. En principe, tous les médicaments autorisés sur le marché soumis à ordonnance peuvent être remboursés par la GKV. En Allemagne, contrairement à la plupart des autres États européens, les fabricants ont le droit de fixer librement le prix de vente de leurs produits. Outre les trois secteurs dominants, énumérés précédemment, les mesures de rééducation, de dépistage et de prévention occupent une place importante dans le système d'assurance, ainsi que, dans une branche indépendante, les soins longue durée⁴.

⁴ Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Huber, Berne, 2010.

La politique de réduction des coûts depuis le milieu des années 1970

Dès le milieu des années 1970, les débats de politique de santé sont marqués par la question du financement. Alors que le nombre des assurés et le périmètre de la prise en charge avaient été augmentés, la crise économique provoqua une érosion de la base des recettes. En 25 ans, le ralentissement de la croissance économique, le nombre des chômeurs, en hausse dans les années 1970, et le recul des salaires ont conduit à un décrochage entre les recettes de la GKV et ses dépenses. Pour couvrir les dépenses nouvelles, il fallait donc continuellement rehausser le taux de cotisation des caisses maladie.

Si, en 1975, le taux de cotisation s'élevait en moyenne à 10,4 % du revenu brut, il représente, en 2010, 14,9 %⁵. La participation paritaire des employeurs au financement de la GKV a contribué à faire de la question de l'évolution du taux de cotisation un sujet d'intérêt pour la politique économique. La hausse des taux de cotisations sociales passe pour constituer un désavantage pour les entreprises dans la compétition internationale⁶. Pour combattre cela, de nombreuses mesures d'économie pour le système de santé ont été adoptées à partir du milieu des années 1970.

L'un des problèmes centraux se révéla être le pilotage du comportement des acteurs, en particulier des médecins libéraux et des hôpitaux. En raison du paiement à l'acte (secteur ambulatoire) et du forfait hospitalier journalier unique, ces deux catégories d'acteurs n'étaient pas incitées monétairement à réduire le volume ou le temps de soins. Le changement des modes de rémunération (introduction des budgets et des forfaits) devait endiguer la tendance à l'augmentation quantitative des soins médicaux.

De plus, les coûts de traitement étaient de plus en plus transférés vers les patients : une partie des frais leur incombait et certains soins étaient supprimés du catalogue des prestations prises en charge par la GKV⁷. Le renforcement de la concurrence dans le

⁵ www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168278/DE/Ministerium/Statistik/Statistik.htm, consulté le 31 mai 2010.

⁶ Pour une critique de cette vision, le lecteur pourra se reporter à Reiners, Hartmut, *Mythen der Gesundheitspolitik*, Huber, Berne, 2009, p. 41 et suivantes.

⁷ Bauer, Ullrich, « Die Sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit » in *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 8-9/2006, p. 23.

système de santé (entre les différentes caisses de santé, mais aussi entre les prestataires de soins) doit permettre aux acteurs efficaces de s'imposer sur un marché de la santé à réorganiser⁸. Enfin, en 2005, le financement paritaire a été amendé afin de décharger les entreprises : le taux de cotisation des seuls salariés a été augmenté de 0,9 % du salaire brut.

⁸ Ebsen, Ingwer, « Die gesetzliche Krankenversicherung auf dem Pfad der Marktorientierung » in Gellner, Winand et Schmöller, Michael (éd.), *Solidarität und Wettbewerb. Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme*, Baden-Baden, Nomos, 2009, p. 75-98.

« Assurance citoyenne » ou « forfait par tête » ?

Les mesures de réduction des coûts prises au cours des trois dernières décennies ont pu contribuer à ralentir la progression des dépenses de la GKV, mais elles n'ont pas permis d'empêcher la poursuite de la hausse des taux de cotisation. Ceci montre que la problématique du financement n'est pas conditionnée seulement par le développement des dépenses, mais qu'elle est aussi étroitement liée au couplage des recettes aux ressources des salariés. Le ralentissement de la progression des rémunérations et salaires, ainsi que la part de plus en plus importante des autres sources de revenus (revenus du capital, revenus de l'épargne et revenus locatifs), qui ne sont pas pris en compte dans la hausse des cotisations, ont affaibli la base financière de la GKV.

En 2003, dirigée par le chancelier Gerhard Schröder, la coalition rouge-verte (formée par les sociaux-démocrates du SPD et les écologistes de Die Grünen) a installé une commission d'experts qui devait élaborer des propositions pour le futur financement des sécurités sociales. La commission, appelée « Commission Rürup », du nom de son président, l'économiste Bert Rürup, a esquissé deux modèles concurrents de financement pour l'assurance maladie : une « assurance citoyenne » et une « prime de santé »⁹.

Le modèle de l'assurance citoyenne mise sur une extension de l'assiette de recettes de la GKV par l'élargissement du cercle des assurés. D'après cette conception, tous les groupes de la population, donc aussi les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les hauts salaires, devraient relever de la GKV. La proposition vise la suppression de l'assurance maladie privée (PKV), qui couvre aujourd'hui près de 10 % de la population allemande. Par l'intégration de ces groupes qui disposent en moyenne de revenus plus importants et sont en meilleure santé, les taux de cotisation doivent pouvoir être baissés à court terme. De plus, la base de cotisation doit être étendue : les revenus de l'épargne, les revenus locatifs et les revenus du capital doivent être pris en compte pour le calcul.

Alors que le modèle de l'assurance citoyenne reste attaché à un mécanisme de redistribution solidaire à l'intérieur du système de

⁹ Commission Rürup, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, Bonn, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003.

financement de la GKV et souhaiterait consolider celui-ci, la proposition d'instaurer une « prime de santé » se détourne du système actuel de financement. Afin de réduire les charges non salariales, le volume des contributions ne serait plus défini par le revenu. Tout assuré adulte devrait payer une prime, qui serait identique pour tous les assurés d'une caisse (forfait par tête). La cotisation patronale actuelle est versée et n'augmente plus automatiquement si l'assurance maladie présente des dépenses en hausse. Ceci soulagerait les entreprises. Une péréquation sociale, au bénéfice des faibles revenus, est prévue par l'intermédiaire des impôts. La PKV devrait être maintenue en tant qu'assurance maladie.

Le compromis de 2007 : la GKV-WSG

Sur l'échiquier politique, les différents modèles ont fait apparaître des lignes de fracture relativement claires. Les partis de gauche (SPD, Die Grünen, Die Linke) se sont prononcés en faveur d'une assurance citoyenne, alors que les chrétiens-démocrates (CDU et CSU) voulaient instaurer un système de forfait par tête. Les libéraux du FDP ont rejeté tant l'assurance citoyenne que le forfait par tête, prônant le renforcement de la prévoyance privée et le passage d'un financement par transfert à un financement par capitalisation¹⁰. En raison de ces divergences, la grande coalition SPD-CDU/CSU de la chancelière Angela Merkel (2005-2009) n'est pas parvenue à prendre une décision de principe quant au financement de la GKV.

La réforme de la santé de 2007 (*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV*, « loi sur le renforcement de la concurrence au sein de la GKV », GKV-WSG) a néanmoins introduit quelques nouveautés importantes. Elle a ainsi instauré un « Fonds de Santé », au travers duquel est organisée la répartition centrale des moyens entre les différentes caisses, et qui est alimenté à la fois par des cotisations et par des recettes fiscales. C'est le ministère de la Santé qui définit maintenant un taux de cotisation unique pour toutes les caisses (depuis juillet 2009, il s'élève à 14,9 %, les salariés contribuant à hauteur de 7,9 % de leur salaire brut et les employeurs, à hauteur de 7 %).

Une caisse n'a donc plus la possibilité de réviser à la hausse son taux de cotisation propre si ses besoins de financement augmentent. L'augmentation des dépenses ne doit plus se traduire immédiatement par la hausse du taux de cotisation, mais doit d'abord être financée par une contribution supplémentaire versée par les seuls assurés, sans que les entreprises n'aient à en supporter le coût. Le plafond de cette contribution supplémentaire, qui est fixé par les différentes caisses maladie, est cependant limité. Il ne peut pas dépasser 8 € par mois ou 1 % du salaire brut de l'assuré. Une composante forfaitaire a ainsi été introduite. En raison des déficits, les premières caisses publiques ont été contraintes, dès février 2010, de prélever la contribution supplémentaire.

¹⁰ « Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei », motion adoptée lors du congrès du FDP qui s'est tenu du 15 au 17 mai 2009 à Hanovre.

La réforme de la santé de 2007 était ainsi le fruit d'un compromis politique entre la CDU/CSU et le SPD. Sa particularité réside dans le fait qu'elle a mis en place, au travers du « Fonds de Santé » et de la contribution supplémentaire, une structure institutionnelle qui pourra évoluer soit en direction d'une assurance, soit en direction d'un forfait par tête¹¹.

¹¹ Gerlinger, Thomas ; Mosebach, Kai ; Schmucker, Rolf, « Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas », *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 10/2008, p. 107-116.

Le contexte politique après les élections législatives de 2009

Les élections au Bundestag (Parlement fédéral) de l'an passé ont modifié les rapports de force politiques. Depuis octobre 2009, une coalition formée des partis chrétiens-démocrates (CDU/CSU) et libéral (FDP), dirigée par Angela Merkel, est au pouvoir. Le portefeuille de la Santé a été confié à Philipp Rösler. C'est donc la première fois dans l'Histoire de la République fédérale allemande que le ministère de la Santé est dirigé par un membre du FDP. Dans le contrat de coalition, les partenaires se sont mis d'accord pour réformer le système de financement de la GKV. Outre les mesures efficaces à court terme, destinées à compenser la perte des recettes liée à la crise (subvention financée grâce aux recettes fiscales et réduction des dépenses), un système de financement doit être mis en place à long terme, qui repose sur des « cotisations salariales indépendantes des revenus, qui seront équilibrées socialement »¹².

Nonobstant son programme électoral, le FDP a donc basculé en faveur du modèle du « forfait par tête », dont le ministre Rösler est depuis lors responsable. Rösler mobilise principalement deux arguments pour s'en justifier. D'une part, il souligne que les employeurs devraient bénéficier de cette mesure, puisque leur contribution doit être gelée et qu'ils ne seront plus touchés par les hausses du taux de cotisation. Ceci renforcerait la compétitivité des entreprises. D'autre part, il défend l'idée selon laquelle le financement serait plus équitable si la péréquation sociale était prise en charge non plus par les cotisations, mais par les recettes fiscales. Au travers du financement par les impôts de la péréquation sociale dont bénéficieraient les bas salaires, les hauts salaires participeraient plus à la redistribution.

En dépit de l'accord trouvé dans le contrat de coalition, de vives dissensions se sont développées au sein du gouvernement au sujet de la future politique de santé. Ceci s'explique par différents facteurs. En premier lieu, la CDU et la CSU sont traversées par un fort courant opposé au modèle du forfait par tête. Le chef de la CSU et ancien ministre de la Santé, Horst Seehofer, a catégoriquement

¹² Contrat de coalition 2009 : « Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ». <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>, consulté le 31 mai 2010.

rejeté ce modèle au motif qu'il ne serait pas solidaire et pèserait sur les seuls salariés. Mais au sein de la CDU aussi, notamment dans l'aile des salariés, des voix se sont élevées contre le projet.

En deuxième lieu, la politique de santé a suscité de vives altercations au sein de la coalition parce que le projet d'un forfait par tête est très impopulaire dans la population. La CDU avait déjà pu s'en apercevoir lors des élections législatives de 2005, quand elle s'était engagée en faveur de ce modèle forfaitaire pendant la campagne. Les experts ont imputé au forfait par tête une part non négligeable de l'échec imprévu du parti. Lors de la campagne pour les élections au Bundestag de 2009, la CDU/CSU en a retenu la leçon et n'a pas mis en avant ses revendications en matière de politique de santé. Le sujet est aussi très sensible dans la perspective des prochaines élections (en 2011, six Länder renouvelleront leur Landtag, leur parlement régional).

Troisièmement, la crise financière qui dure et s'aggrave rend plus difficile la mise en œuvre du modèle forfaitaire. La péréquation sociale à destination des bas salaires financée par l'impôt coûterait chaque année entre 25 et 40 milliards d'euros (selon la méthode de calcul retenue). Au vu du haut niveau d'endettement public et du caractère politiquement prioritaire que revêt la consolidation des finances publiques, le financement d'une telle mesure paraît aujourd'hui impossible.

Quatrièmement, les rapports de force au sein du Bundesrat (Conseil fédéral) ont été modifiés par les élections en Rhénanie du Nord-Westphalie de mai 2010. Le gouvernement du Land est passé des mains de la coalition conservatrice-libérale à une coalition minoritaire constituée du SPD et de Die Grünen. Le gouvernement fédéral a ainsi perdu en juillet 2010 la majorité qu'il détenait au Bundesrat, dont l'approbation est nécessaire pour nombre de lois fédérales. Le Bundesrat disposerait d'un droit de veto contre l'introduction du forfait par tête si cette réforme affectait l'administration des Länder. Ceci serait par exemple le cas si le mécanisme de péréquation sociale financé par l'impôt était mis en œuvre par les services fiscaux des Länder, comme cela est prévu dans différents scénarios.

2011 – Le projet de réforme du financement

La faible marge de manœuvre politique et les divergences d'opinion au sein de la coalition gouvernementale ont longtemps empêché les partenaires de coalition de se mettre d'accord sur un modèle commun. Diverses propositions du ministère de la Santé ont été rejetées principalement par la CSU. La pression exercée sur les acteurs politiques en vue de les conduire à agir était cependant extraordinairement élevée, puisque le financement de la GKV s'annonçait menacé par de très importants déficits. Des projections portaient de l'idée qu'il manquerait 11 milliards d'euros aux caisses maladie en 2011 et que ce déficit continuerait à se creuser dans les années suivantes.

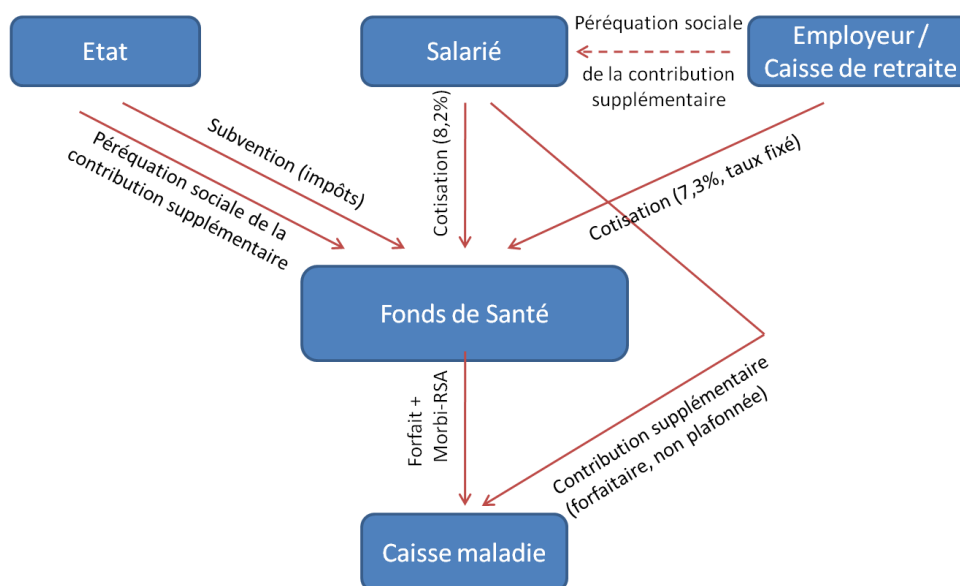
La proposition conjointe d'une réforme du financement de la GKV, présentée en juillet 2010 par le gouvernement fédéral, se détournait pragmatiquement du modèle originel de la prime de santé. On renonçait à l'idée selon laquelle on pouvait opérer à court terme un changement systémique complet, pour passer d'un financement par cotisation à un financement par prime. Au lieu de cela, la contribution supplémentaire constitue maintenant une part forfaitaire croissante du financement, à côté des cotisations fondées sur les revenus. Quels sont les principaux changements dans le financement de la GKV ?

- Le taux de cotisation passe de 14,9 à 15,5 %. Il avait atteint ce niveau dès l'introduction du Fonds de Santé, en 2009, mais avait ensuite été baissé à plusieurs reprises, dans le cadre des mesures destinées à relancer la conjoncture. La baisse avait alors été compensée par l'impôt. Grâce à la hausse du taux de cotisation, la GKV doit enregistrer 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires.
- La cotisation patronale est fixée à 7,3 %. Les employeurs ne devront pas être concernés par de futures hausses des cotisations, qui seront assumées principalement par les assurés.
- L'instrument déjà existant de la contribution supplémentaire, dont la somme peut être fixée par chacune des caisses, est développé. Le plafonnement à 8 € ou 1 % du revenu est supprimé. Dorénavant, la contribution supplémentaire sera perçue exclusivement comme un forfait indépendant des revenus.

- Un mécanisme de péréquation sociale, financé par les impôts, doit empêcher que la contribution supplémentaire moyenne excède 2 % des revenus d'un actif. Il doit être mis en œuvre par les employeurs, qui doivent verser la somme correspondante au salarié et réduire d'autant leur contribution au Fonds de Santé. Ces contributions réduites doivent être à leur tour compensées par le transfert au Fonds de produits de l'impôt.

Le ministre de la Santé pense que cette réforme met en place une forme pérenne de financement de la GKV, qui permettra aussi de répondre à de futures hausses des dépenses de santé. La contribution supplémentaire se voit conférer un rôle clef, puisqu'elle doit permettre aux caisses de couvrir des dépenses supérieures, qui naissent par exemple des progrès médicaux. Comme cette contribution supplémentaire n'est plus plafonnée, les caisses sont en mesure d'accroître plus leurs recettes que cela n'était le cas jusqu'à présent. En même temps, la nouvelle contribution supplémentaire doit favoriser la concurrence entre les caisses : l'autonomie renforcée doit agrandir les écarts de prix et les rendre lisibles, afin d'inciter les assurés à changer de caisse et d'accroître la pression de la concurrence sur les caisses.

Schéma 2 : Projet de financement de la GKV à partir de 2011



Source : auteur

Le ministère de la Santé postule que la nécessité de recourir aux contributions supplémentaires ou de les augmenter ne croîtra que lentement au cours des prochaines années. Cette approche optimiste est cependant remise en cause au-delà de la seule

opposition. Au sein des partis au pouvoir aussi, certains estiment que la situation financière de la GKV continuera à se dégrader au cours des prochaines années parce que les dépenses continueront à croître, conduisant à une nette augmentation de la contribution supplémentaire.

Les recettes supplémentaires dues à la réforme, évaluées à 6 milliards d'euros, ne suffiront cependant pas à couvrir le déficit de 11 milliards d'euros annoncé pour 2011. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement fédéral versera à la GKV 2 milliards d'euros supplémentaires tirés des recettes fiscales. Les 4 milliards restants devront être obtenus par des mesures d'économie.

Dans le domaine des médicaments, des dispositions ont déjà été prises ; les fabricants devront consentir des réductions plus importantes à la GKV et les négociations autour du prix des médicaments chers, protégés par un brevet, devront être menées plus efficacement, afin de réduire considérablement les dépenses. Sont aussi prévus le gel des dépenses de fonctionnement des caisses pendant deux ans, la réduction de moitié (en volume) de la hausse prévue jusqu'à présent des dépenses pour les hôpitaux et les dentistes, la réduction des prix des vaccins au niveau européen moyen, la réimportation de médicaments et la limitation de la croissance disproportionnée des soins des médecins de famille, qui devra être ramenée au niveau des médecins spécialistes.

Ces mesures devront permettre à la GKV d'économiser 3,5 milliards d'euros en 2011 et 4 milliards en 2012.

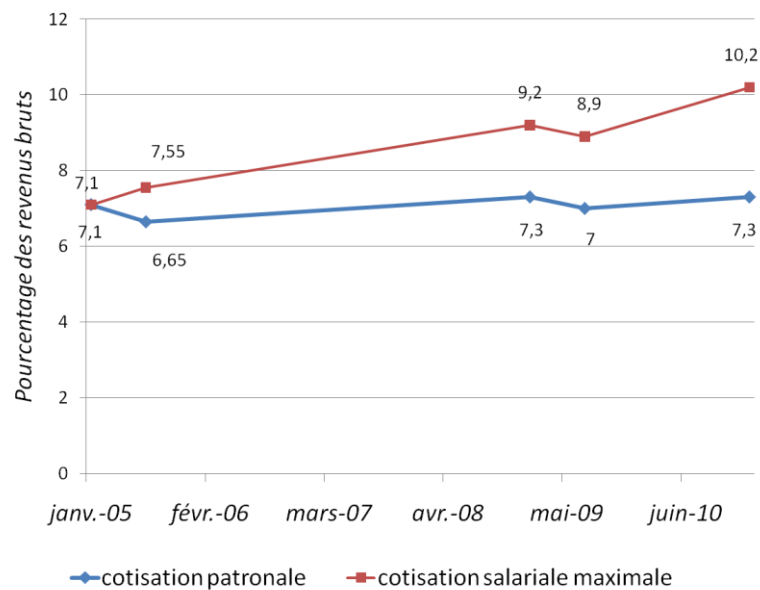
Perspectives

Le changement de système annoncé par le gouvernement noir-jaune pour le financement de la GKV, qui devait évoluer vers un modèle forfaitaire par tête, a (pour le moment) achoppé sur les divergences d'opinion internes à la coalition, ainsi que sur le contexte politique et économique complexe. Le compromis adopté, qui doit générer à partir de 2011 des revenus supplémentaires pour les caisses maladie, ne doit cependant pas être sous-estimé dans ses effets. Il participe de la poursuite de la mutation incrémentielle qui conduit, depuis plusieurs années, à l'abandon progressif du modèle bismarckien classique de financement de l'assurance maladie. Certes, la cotisation dépendant du revenu en constitue toujours un élément important, mais elle est de plus en plus complétée par des contributions forfaitaires et fiscales. Le financement de la GKV évolue vers un système mixte qui présente les caractéristiques suivantes :

- Le financement paritaire par les employeurs et les salariés est restreint.
- Les employeurs sont déchargés et exonérés de la contribution à de futures hausses des dépenses, puisque leur taux de cotisation est arrêté.
- La charge du financement est reportée de manière croissante vers les salariés. Si leur taux de cotisation s'élevait en moyenne, en janvier 2005, à 7,1 % de leur salaire brut, il pourra atteindre 10,2 % après la réforme de 2011 (cf. schéma).
- Puisque la contribution supplémentaire sera forfaitaire, le lien entre le financement et les salaires sera distendu.
- De futures hausses des dépenses seront tout d'abord financées par la hausse des contributions supplémentaires. L'importance de cette part forfaitaire continuera donc de croître à l'avenir.
- Le financement par l'impôt restera – en fonction de la situation budgétaire – un élément important du financement de la GKV, en particulier parce que la péréquation sociale liée aux contributions supplémentaires le rend nécessaire.

L'un des points centraux de la critique contre le projet de réforme est la nouvelle répartition des charges du financement. Elle soulève d'une part un problème d'équité, puisque le financement sera de plus en plus transféré sur les épaules des assurés, au travers des contributions plus élevées ou supplémentaires. Le gouvernement fédéral souligne certes que la péréquation sociale confèrera de l'équité aux contributions supplémentaires. Ceci ne saurait cependant faire oublier que le montant maximal exigé de la part de l'assuré sera nettement plus élevé qu'avant. Les assurés seront, à moyen terme, les perdants de la réforme du financement (cf. schéma 3).

Schéma 3 : Évolution de la part patronale et de la part salariale maximale dans le financement de la GKV



Source : auteur

D'un autre côté, le projet de réforme change aussi le point de vue des employeurs sur l'évolution du système de santé. La fixation du taux de cotisation patronale, qui répond à des impératifs liés au marché du travail, peut conduire ce groupe très influent dans la société et la vie politique à moins s'investir pour une utilisation efficiente et économique des moyens de la santé qu'il ne le fait aujourd'hui. Les projets de réduction des coûts et de hausse de l'efficacité, qui sont difficilement réalisables s'ils sont contraires à l'intérêt des prestataires, devront probablement aussi se passer du soutien des employeurs.

Le Cerfa

Le Comité d'études des relations franco-allemandes (Cerfa) a été créé en 1954 par un accord gouvernemental entre la République fédérale d'Allemagne et la France. L'Ifri, du côté français, et la DGAP, du côté allemand, en exercent la tutelle administrative. Le Cerfa bénéficie d'un financement paritaire assuré par le Quai d'Orsay et l'Auswärtiges Amt ; son conseil de direction est constitué d'un nombre égal de personnalités françaises et allemandes.

Le Cerfa a pour mission d'analyser les principes, les conditions et l'état des relations franco-allemandes sur le plan politique, économique et international ; de mettre en lumière les questions et les problèmes concrets que posent ces relations à l'échelle gouvernementale ; de trouver et de présenter des propositions et des suggestions pratiques pour approfondir et harmoniser les relations entre les deux pays. Cette mission se traduit par l'organisation régulière de rencontres et de séminaires réunissant hauts fonctionnaires, experts et journalistes, ainsi que par des travaux de recherche menés dans des domaines d'intérêt commun.

Hans Stark assure le secrétariat général du Cerfa depuis 1991. Louis-Marie Clouet y est chercheur et responsable de la publication des Notes du Cerfa et des Visions franco-allemandes. Nele Wissmann travaille au Cerfa comme assistante de recherche et est chargée de mission dans le cadre du projet « Dialogue d'avenir ».