

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=SEVE&ID\\_NUMPUBLIE=SEVE\\_018&ID\\_ARTICLE=SEVE\\_018\\_0069](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SEVE&ID_NUMPUBLIE=SEVE_018&ID_ARTICLE=SEVE_018_0069)

---

## La cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins

par Anne-Laurence Le FAOU

| Presses de Sciences Po | Sève

2008/1 - N° 18

ISSN 1765-888 | pages 69 à 75

---

Pour citer cet article :

— Faou A.-L., La cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins, Sève 2008/1, N° 18, p. 69-75.

---

Distribution électronique Cairn pour les Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## SYNDICALISME ET SANTÉ

### La cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins

Anne-Laurence Le Faou

Malgré une forte culture de négociation, les relations entre les syndicats de médecins, les unions de médecins qui représentent les médecins au niveau local, les caisses de sécurité sociale et l'État se sont fortement tendues avec la réforme du système de santé en 2003. Depuis fin 2005, les syndicats de médecins, tant hospitaliers que libéraux, se sont beaucoup mobilisés, notamment autour de la loi sur l'amélioration de l'efficacité des médicaments. Le consensus à l'allemande sera-t-il suffisant pour assurer la mise en œuvre des réformes à venir du système de santé ?

L'Allemagne est le pays précurseur en termes de protection sociale organisée par l'État. L'assurance maladie allemande, mise en place par le chancelier Bismarck en 1883, a fonctionné d'emblée par la conclusion de contrats entre les caisses professionnelles et les médecins de la circonscription pour fournir gratuitement soins et médicaments aux assurés sociaux. Les mêmes principes perdureront après la Seconde Guerre mondiale en République fédérale allemande dans le cadre de l'économie sociale de marché (*Sozialmarktwirtschaft*). L'Allemagne s'est caractérisée par une culture de négociation apparue au XX<sup>e</sup> siècle à l'issue de conflits majeurs entre les médecins et les caisses de sécurité sociale. Après un rappel historique<sup>1</sup>, nous décrivons les contraintes du système de santé mises en œuvre depuis 2003, notamment les relations des syndicats de médecins avec les caisses de sécurité sociale ainsi qu'avec l'État.

1. A.-L. Le Faou, *Les systèmes de santé en question*. Ellipses, Paris, 2003, 230 p.

#### UN HISTORIQUE CHAHUTÉ

*La situation au XIX<sup>e</sup> siècle : un lobby médical très peu développé*

À l'origine, les caisses étaient totalement libres de choisir les médecins (diplômés ou non) et leur mode de rémunération. En pratique :

- les médecins pouvaient être salariés plein temps ou libéraux employés par la caisse en fonction des coûts de leurs prescriptions et de leur qualité ;
- les médecins étaient rémunérés à l'acte ou à la capitation ;
- la caisse précisait aux médecins la liste des médicaments remboursés ;
- le taux de prescriptions et d'hospitalisations de chaque médecin était surveillé.

Le lobby médical était très peu développé, à tel point qu'en 1892 une loi a donné aux caisses le droit de passer contrat avec les médecins qu'elles choisissaient, ceux-ci devant être joignables sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre et les hospitalisations et les recours aux spécialistes devant rester à des taux identiques aux trois années précédentes. Cette loi a provoqué une grève, la première pour les médecins. Ceux-ci ont alors commencé à se regrouper au sein d'un syndicat.

#### *Le XX<sup>e</sup> siècle : des médecins syndiqués et puissants*

En 1904, la moitié des médecins étaient syndiqués et deux cents grèves avaient eu lieu. Ils réclamaient alors le libre choix du médecin par le patient, arguant du fait que cette pratique inciterait les médecins à garder leurs patients plus longtemps, encouragerait la prévention, réduirait les hospitalisations et limiterait les prix en raison de la concurrence. Les médecins voulaient aussi contrôler eux-mêmes leurs prescriptions. Les assureurs étaient hostiles à ce dispositif et souhaitaient garder la mainmise sur les contrats et surveiller les médecins. En 1904, un accord, appelé « accord de Berlin », a été négocié avec les médecins. Leur syndicat a été reconnu et un comité a été créé, composé des représentants des médecins et des assureurs pour sélectionner les nouveaux médecins pouvant pratiquer dans les caisses. En 1919, 90% des médecins étaient syndiqués. Après la Seconde Guerre mondiale, les associations médicales locales ont acquis une place plus importante : les caisses locales ne pouvaient plus gérer des centres de soins ou assurer des prestations sans l'accord des médecins et toute plainte devait être enregistrée auprès de cette association. Finalement, la rémunération a été transformée en paiement à l'acte mais avec un système de tiers-payant assuré par les caisses qui reversaient aux associations de médecins la somme correspondant aux actes effectués, à répartir entre leurs membres. Ces modalités de fonctionnement entre caisses et médecins ont fait l'originalité du système libéral allemand et perdurent à l'heure actuelle.

#### *Une logique de négociation et de contrôle*

Les caisses passent contrat avec les unions de médecins représentant la

2. F. Bas-Theron, « Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire », *Igas*, 81, 2002.

profession médicale. La cogestion caisses-unions de médecins est essentielle car elle permet la négociation des tarifs. Les médecins de ville sont des libéraux, payés à l'acte par le biais des unions de médecins auxquelles ils sont affiliés, et ce en fonction des actes effectués et dans la limite des fonds attribués par les caisses (enveloppe globale). Les unions de médecins effectuent une péréquation entre leurs membres en fonction du volume d'actes réalisés. Étant donné la pluralité des caisses, les médecins sont conventionnés avec plusieurs d'entre elles. Les unions de médecins exercent un contrôle sur leurs membres, en particulier sur le volume et la qualité des prescriptions<sup>2</sup>.

### LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ (1977-1989)

#### *Un premier accord en 1977*

Depuis 1977, les acteurs impliqués dans le financement et la gestion du système (syndicats, patronat, professionnels de santé, etc.) se réunissent deux fois par an pour faire des recommandations sur l'évolution des dépenses de santé qui tiennent compte de la situation économique du pays. Cette confrontation, appelée « action concertée pour la santé », a permis de maintenir le parallélisme recettes/dépenses jusqu'en 1990.

#### *L'intégration des Länder de l'Est*

La réunification a conduit à aligner à partir de 1990 les cinq régions (*Länder*) de l'Est (17 millions d'habitants) sur les onze de l'Ouest (63 millions d'habitants) avec un prélèvement exceptionnel sur les onze de façon à adapter le système de santé de l'ex-République démocratique allemande (RDA) dont l'organisation et les structures étaient radicalement différentes. En conséquence, le niveau des dépenses de santé s'est brutalement alourdi après 1990.

#### *Les années 1989-2003*

Depuis 1989, l'action sur la demande a été forte avec une hausse très importante des tickets modérateurs (y compris pour les médicaments concernés par les prix de référence) et une participation forfaitaire des assurés au financement des hôpitaux. Les réformes mises en œuvre dans les hôpitaux allemands correspondent à celles instaurées en France, mis à part le fait que la densité en lits ainsi qu'en médecins y est plus élevée et que les outils de restructuration y ont été introduits en un temps record (budget global en 1994 et coût par pathologie en 2000)<sup>3</sup>. Une concurrence entre caisses de sécurité sociale a été instaurée en 1996 avec libre choix de la caisse par les assurés sociaux pour inciter à une meilleure gestion du risque et réduire le nombre

3. C. Altenstetter, « Insights from health care in Germany », *Am. J. Public Health*, 93, 38-44, 2003.

4. M. Worz, R. Busse, « Analysing the impact of health-care system change in the EU member States: Germany », *Health Econ.*, 14, S133-149, 2005.

5. I. Bode, « Financement solidaire et gouvernance concurrentielle : le modèle allemand d'organisation de la santé en débat », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 191-216, 2006.

6. R. Busse, A. Riesberg, « Système de santé en transition : Allemagne », *Observatoire européen des systèmes et politiques de santé*, Copenhague, 270, 2005.

de caisses<sup>4</sup>. Un système de compensation de risque entre les caisses a alors été introduit, basé sur des critères socio-démographiques (âge, sexe, nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité ou d'indemnités liées à la maladie) et économiques (assurés coûtant plus de 20 450 euros par an). Les assurés ont rapidement exercé leur possibilité de choix de caisses, notamment en faveur des caisses d'entreprise dont les cotisations étaient plus faibles (quasi doublement des assurés entre 1996 et 2003)<sup>5</sup>. Le nombre de caisses a été fortement réduit, passant de 1 200 à 250 actuellement.

### 2003-2007 : UNE SUCCESSION DE RÉFORMES ET UN MÉCONTENTEMENT MÉDICAL CROISSANT

#### *La réforme du gouvernement de coalition d'Angela Merkel*

Le bilan de la réforme du secteur de la santé et de la maladie entreprise en 2003 est mitigé. Cette réforme reposait sur trois principes : un accroissement de la participation des assurés, notamment par la création d'un ticket modérateur de 10 euros par trimestre pour les consultations de soins de ville ; un recours accru à l'impôt à travers la hausse des droits sur les tabacs ; la mise en place d'une démarche de qualité des soins et de maîtrise médicalisée : parcours de soins organisé autour d'un « médecin de famille », prise en charge intégrée des pathologies chroniques, recours à des recommandations de pratique accompagnant l'activité des médecins, introduction progressive de la tarification à l'activité dans le budget des hôpitaux<sup>6</sup>.

Grâce à ces mesures, les dépenses de santé ont subi une baisse franche en 2004, permettant à l'assurance maladie de dégager à nouveau un excédent de plus de 4 milliards d'euros, mais elles sont reparties à la hausse en 2005, essentiellement en raison du taux d'évolution des dépenses en médicaments (+ 16,3%), plaçant l'Allemagne en tête des progressions pour ce taux au sein des pays développés. Sans l'apport complémentaire des droits sur les tabacs, un nouveau déficit de l'assurance maladie aurait été enregistré dès 2005 du fait d'un taux de progression des cotisations extrêmement faible. Une loi sur l'amélioration de l'efficacité économique du médicament a été adoptée en urgence prévoyant notamment, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006, le gel pendant deux ans du prix de tous les médicaments, la baisse des montants forfaitaires (montant pris en charge par les caisses au sein d'une classe d'équivalence thérapeutique), la baisse de 10% du prix des médicaments génériques, l'interdiction faite à l'industrie pharmaceutique de consentir des ristournes sur les volumes aux pharmaciens et surtout l'instauration d'un dispositif de bonus-malus sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins. Cette loi a conduit à un fort mécontentement des médecins dès le début 2006.

## LES CONSÉQUENCES DES RÉFORMES SUR LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE

### *La loi sur l'amélioration de l'efficience économique du médicament*

Cette loi prévoit la négociation par les caisses et les unions de médecins des volumes de dépenses moyens pour les médicaments les plus consommés. En cas de dépassement de 10% des volumes moyens, les médecins seront sanctionnés (malus) ; ceux qui respectent ces objectifs seront récompensés (bonus). Les médecins se sont fortement mobilisés contre cette dernière disposition, jugeant qu'elle pénaliserait les patients atteints de maladie chronique et les patients âgés, qu'elle contredisait l'éthique médicale et restreignait la liberté de prescription.

### *Les conditions de travail et de rémunération*

Le retrait de certains *Länder* de la convention collective des employés du secteur public a conduit à la suppression des primes et l'augmentation de la durée hebdomadaire du travail des médecins sans compensation salariale. En conséquence, le Marburger Bund, l'organisation syndicale des médecins salariés (premier syndicat de médecins hospitaliers en Europe), a organisé une grève. Cette première grève médicale depuis trente ans a été le point de départ d'un mouvement de protestation inhabituel de la communauté médicale. La mobilisation des médecins et de leurs représentants s'est intensifiée à partir de l'automne 2005, et ce dans un objectif précis : obtenir une convention collective spécifique au corps médical hospitalo-universitaire, offrant des rémunérations supérieures à celles de la convention collective du secteur public négociée par la fédération syndicale des employés du secteur public, branche du Ver.di, le grand syndicat des services. Les États fédéraux ont finalement négocié avec les médecins une convention spécifique prévoyant des augmentations de salaires, une meilleure rémunération des gardes et astreintes et un temps de travail hebdomadaire fixé à 42 heures. Les médecins des hôpitaux non universitaires se sont mis en grève à la suite de ce mouvement pour obtenir à leur tour, par une grève très suivie, des améliorations de leurs conditions de travail et des augmentations de salaire.

Après des dizaines d'années de consensus entre les unions de médecins, les caisses de sécurité sociale et l'État, les médecins affichent dorénavant leur corporatisme car ils ont obtenu, pour la première fois dans la fonction publique allemande, une convention collective spécifique à leur profession. Toutefois, le financement de ces mesures par les hôpitaux pose problème compte tenu de la montée en charge de la tarification à l'activité et des contraintes

budgétaires annoncées pour le système de santé en réforme. On assiste ainsi à une radicalisation de la position des médecins face à l'État.

Les projets de réforme en cours prévoient, malgré leur impopularité, une réforme du financement de l'assurance maladie qui réduirait encore le nombre de caisses de sécurité sociale et un renforcement du pouvoir fédéral. Alors que le parti social démocrate (SPD) plaidait pour un schéma proche de la contribution sociale généralisée (CSG) française, les chrétiens démocrates (CDU) étaient favorables à un système de cotisation forfaitaire par tête qui permettrait de figer le taux de cotisation patronale en faisant porter sur les seuls assurés le coût des dérives financières du système d'assurance maladie<sup>7</sup>. Un groupe de travail politique paritaire CDU-SPD a permis de trouver une solution de compromis en juillet 2006<sup>8</sup>. Les principales lignes retenues sont les suivantes :

- la création d'un fonds pour la santé centralisant l'ensemble des ressources destinées à l'assurance maladie mais qui ne concerne pas les fonds de l'assurance privée, ayant pour conséquence une perte de pouvoir des caisses qui ne geraient plus leurs cotisations directement ;
- un taux unique de cotisation. Pour maintenir la concurrence entre les caisses et réduire encore leur nombre, un nouveau mécanisme est introduit : en cas de déficit, un forfait complémentaire, atteignant au maximum 1% de leurs revenus, serait réclamé aux cotisants (mais pas aux entreprises) ; en cas d'excédents, les caisses pourraient consentir des réductions de cotisations ;
- un délai à l'utilisation de la fiscalité pour augmenter les ressources de l'assurance maladie (4,2 milliards d'euros en 2006 à 1,5 milliard d'euros en 2008). Les ressources fiscales devraient augmenter ensuite pour assurer la couverture maladie des enfants. Mais la fiscalité ne concernera pas les revenus du capital et de la propriété.

Ainsi, ces nouvelles modalités de financement sont restées à l'état de discussions (alors qu'un projet de loi devait être adopté pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007) compte tenu de l'augmentation prévisible des cotisations d'assurance maladie et des changements institutionnels annoncés conduisant à un renforcement du pouvoir fédéral dans l'organisation et le financement du système de santé ainsi qu'à une réduction de la latitude décisionnelle des caisses.

## CONCLUSION

Le système de santé allemand est entré dans une crise sans précédent après des dizaines d'années de concertation entre les caisses et les unions de médecins dans un État fédéral dans lequel chaque *Land* avait une relative auto-

7. B. Lange, « La réforme du système de santé en Allemagne », Ifri-Note du Cerfa, n° 32, 1-13, 2006.

8. P. Hassenteufel, « Allemagne : consensus introuvable sur la réforme maladie », *Chronique internationale de l'Ires*, 99, 13-20, 2006.

nomie. Avec la réduction majeure du nombre de caisses et les réformes de maîtrise des dépenses de santé en cours et à venir, des difficultés sont prévisibles. Bien qu'économiquement l'Allemagne ait renoué avec la croissance après une phase de récession économique (le gouvernement table désormais sur 2% de croissance en 2008), la réforme du système de santé et de son financement rencontre un nombre croissant d'opposants. Le déficit cumulé de l'assurance maladie atteignait 14 milliards d'euros fin 2007 (ce qui est minime par rapport aux 100 milliards d'euros de déficit cumulé pour l'assurance maladie en France).

**contact**

**Anne-Laurence.Le-Faou@spim.jussieu.fr**

**Médecin, maître de conférences des universités en économie de la santé, épidémiologie et prévention à l'université Paris-VII-Denis-Diderot, docteur en sciences économiques de l'université Paris-II-Panthéon-Assas, Anne-Laurence Le Faou est également responsable du centre de tabacologie de l'Hôpital européen Georges-Pompidou et auteur d'ouvrages d'économie de la santé, notamment *Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada* (Éditions Ellipses). Elle a participé aux travaux franco-allemands de l'Institut Genshagen à Berlin en 2006 sur l'avenir des systèmes de santé des deux pays.**