

## LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE

MARKUS SCHNEIDER\*

Les aspects financiers ont joué un rôle primordial dans toutes les discussions ayant trait au système allemand de sécurité sociale. En règle générale, ces discussions portent sur les possibilités différentes de gérer les conflits entre les trois objectifs suivants : allocation efficiente, équité et stabilisation. Afin de réduire ces conflits, le financement des services de santé est séparé en deux flux successifs. D'abord, les flux de capitaux des payeurs finaux vers les organismes intermédiaires, tels que les caisses maladie et ensuite, des flux de paiement de les organismes intermédiaires vers les prestataires de santé. Les institutions intermédiaires de santé s'attachent à éviter les effets négatifs de redistribution et à assurer la liquidité et l'accès aux services. De même, dans le cas du financement des services de santé par des frais financés par l'assuré, tels que l'assurance complémentaire ou le ticket modérateur, ce sont les organismes intermédiaires qui jouent un rôle clé dans la régulation.

307

Ce document traite d'abord du système allemand de financement de la santé, comme les cotisations sur les salaires, les allocations gouvernementales, les primes privées, etc., qui équilibrent les dépenses des organismes intermédiaires. Ensuite, il aborde le mécanisme de péréquation financière entre les fonds de maladie introduits par la Loi sur la Structuration de la Santé de 1993 visant à améliorer l'affectation et l'équité. Plus loin, sont expliqués les mécanismes de paiement des prestataires destinés à assurer un accès égalitaire et la stabilité financière. Finalement, certains aspects de l'assurance de soins de garde de longue durée, en vigueur depuis le premier janvier 1995, sont décrits.

### *Financement de la santé*

A l'instar de la France, la sécurité sociale en Allemagne est l'institution intermédiaire qui prédomine. Par ailleurs, les assurances de santé privées, les caisses de retraite et d'accidents, ainsi que quelques institutions publiques comme l'assistance sociale sont également concernées.

---

\* Directeur de Basys. Allemagne.

*Sécurité Sociale (GKV)*

Les bases du système moderne de sécurité sociale allemande ont été jetées par Bismarck en 1883 (Rosenberg 1990). A l'heure actuelle, le gouvernement exige que tous les salariés aient une assurance maladie obligatoire, les cotisations sont calculées en pourcentage des salaires bruts jusqu'à un plafond de revenu. Ce plafond détermine non seulement la contribution maximale, mais également la possibilité d'opter pour une assurance privée. Les cotisations sont perçues mensuellement, sous forme de taxe sur les salaires, versée par les employeurs. Néanmoins, le coût total de la cotisation est partagé entre employeur et employé à concurrence de 50 % chacun.

Il existe plusieurs caisses maladie qui fournissent ce qui est appelé «assurance santé». A présent, elles comprennent 84 caisses locales dans les états d'Allemagne de l'Ouest, 649 caisses maladie d'entreprise, 127 caisses de corporations, 19 caisses agricoles, 1 caisse maladie des marins et 1 des mineurs et 15 caisses maladies alternatives. Par l'intermédiaire de ces 996 caisses, environ 88 % de la population allemande est assurée, dont autour de 75 % l'est obligatoirement. Tous les employés ne disposant pas du minimum de revenu assuré, les chômeurs, retraités, fermiers indépendants, handicapés, étudiants et artistes sont couverts par des caisses maladie de la sécurité sociale.

308

Force est de signaler que parmi les assurés sociaux qui revendiquent la liberté de choisir entre un système d'assurance privé et les caisses publiques, la plupart choisit ces dernières. Il y a une raison simple qui explique cela. Dans la plupart des cas, les primes des compagnies d'assurance privées sont plus élevées pour les couples mariés et les familles avec enfants que les cotisations aux caisses maladie de la sécurité sociale. D'où, une sélection des risques entre les caisses maladie et les compagnies d'assurance privées. Les personnes seules ayant des revenus supérieurs au plafond fixé par l'assurance obligatoire préfèrent les compagnies privées. En revanche, les familles choisissent plus fréquemment le système classique de sécurité sociale publique.

Depuis la création des Caisses Maladie de la Sécurité Sociale -la Gesetzliche Krankenversicherung GKV- en 1883, les cotisations sur salaires ont été la principale source de financement des services de santé. Cette source a été en augmentation constante étant donné que les taux des cotisations ont été fréquemment relevés et que la définition des salaires a été élargie. A présent, les cotisations doivent également être payées sur les revenus imputés, comme dans le cas du personnel des services hôteliers, sur les revenus transférés, comme dans le cas des retraités, ou sur d'autres revenus, ce qui est le cas des personnes assurées volontairement.

LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE

Pendant les premières années, les employeurs payaient un tiers et les employés les deux tiers des cotisations. En 1991, le partage 50-50 a été introduit et il continue à être applicable. Alors que le taux de cotisation était au départ de 1,5 %, aujourd'hui il est d'environ 13,2 % en moyenne.

La subvention de l'assurance santé n'a jamais été un sujet de grande répercussion en Allemagne. L'auto-administration des caisses maladie leur a toujours fait craindre une perte d'influence en cas de financement public. A l'heure actuelle, l'état ne subventionne que les allocations maternité et les caisses maladie agricoles, soit deux % du total du budget des caisses maladie.

Tableau 1 : *Taux\* de cotisation générale des caisses maladie (moyennes annuelles), 1970-1994.*

Année	GKV	OKK	BKK	IKK	SKK	Bukn	EAR	EAN
Allemagne de l'Ouest								
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	6,60	9,60	8,07	8,89
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	9,00	11,90	10,17	10,70
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	9,90	12,60	11,01	11,22
1985	11,80	12,90	10,29	11,26	10,50	11,60	11,33	12,10
1990	12,53	13,13	10,10	12,28	12,52	13,30	11,23	12,32
1991	12,20	12,75	10,84	11,94	11,9	12,70	11,01	12,04
1992	12,74	13,46	11,33	12,54	11,9	13,90	11,10	12,37
1993	13,41	14,05	11,86	13,27	13,1	13,90	12,39	13,18
1994**	13,20	13,60	12,00	12,80	13,1	13,90	12,40	13,30
Allemagne de l'Est								
1991	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
1992	12,61	12,80	11,81	12,45	12,54	12,80	12,00	12,54
1993	12,62	13,11	11,71	12,14	11,90	12,80	11,86	12,19
1994*	13,00	13,40	11,60	12,00	9,90	12,80	11,80	12,90

309

\* Cotisants au système obligatoire bénéficiant d'un salaire total pendant au moins 6 semaines.

\*\* Septembre 1994.

GKV (toutes caisses maladie confondues), OKK (caisses m. locales), BKK (caisses m. d'entreprise), IKK (caisses m. des corporations), SKK (caisses m. maritimes), Bukn (caisses m. minière), EAR (caisses alternatives pour les ouvrieres), EAN (caisses alternatives pour les employés).

Source : Ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Après la réunification fin 1989, l'ensemble du système des caisses maladie a également été instauré dans les Länder d'Allemagne de l'Est. A présent, non seulement la structure financière a essentiellement convergé vers le système des structures occidentales, mais également celle des dépenses, ainsi que les institutions des prestataires. Néanmoins, en fonction du produit intérieur brut (PIB), les dépenses de santé par rapport au PIB sont les plus élevées du monde. En 1993, 14,5 % du PIB a été consacré à la santé par rapport à 8,4 % en Allemagne Occidentale.

A présent, il existe 11 caisses maladie locales dans les états d'Allemagne de l'Est, 162 caisses maladie d'entreprise, 26 de corporations, 3 de l'agriculture, 1 des marins et 1 des mineurs, et 11 caisses alternatives. Environ 98 % de la population est allemande assurée à ces 215 caisses maladie, dont 90 % de manière obligatoire.

Tableau 2 : *Dépenses santé en pourcentage du PIB par source de financement : 1970-91.*

Année	Dépenses de Santé en % du PIB	Financement en % des dépenses santé				
		Assurance Sec. Soc. GKV	Caisses Retraite et Accidents	Gouvernement fédéral, d'état, local	Assur. Santé Privée PKV	Autres
Allemagne de l'Ouest						
1970	5,35	56,2	6,6	13,6	8,2	15,4
1975	7,83	64,3	5,4	12,6	6,5	11,2
1980	7,92	65,3	4,8	12,0	6,7	11,2
1985	8,33	64,7	4,0	11,6	6,9	12,0
1990	8,02	62,7	3,9	12,1	7,8	13,5
1991	8,10	63,3	3,8	11,7	7,9	13,2
1992	8,41	64,0	3,7	11,3	7,9	13,1
1993	8,40	62,3	3,8	11,9	8,3	13,7
Allemagne de l'Est						
1991	14,22	77,2	2,5	12,6	0,9	6,8
1992	15,78	78,6	2,1	10,3	1,6	7,4
1993	14,52	76,8	2,4	11,1	1,8	7,9

Source : BASYS

*Assurance Santé Privée (PKV)*

L'obligation d'adhérer aux caisses maladie de la sécurité sociale, était dès le début limitée aux personnes qui n'étaient pas en mesure de se prendre en charge elles-mêmes d'un point de vue public. Cette capacité jusqu'à présent a été mesurée par le salaire. Le plafond de revenu n'est pas seulement une frontière vers l'adoption de l'assurance privée, mais définit également la contribution maximale. A présent, ce plafond de revenu est de 5700 DM par mois, soit 75% du plafond de revenu pour la caisse de retraite. Le plafond est ajusté annuellement par les taux d'augmentation pondérée sur les salaires. Par ailleurs, si le salaire d'un cotisant aux caisses maladie ayant caractère obligatoire vient à dépasser le plafond de revenu fixé, son statut changera d'obligatoire à volontaire.

Il demeure évident que le plafond de revenu de la GKV déterminera le gâteau de la PKV. Sous la pression du Parti Libéral Démocrate, le Gouvernement élu en Octobre 1994 a introduit dans son programme de politique de santé l'objectif de geler le plafond pour l'actuelle période législative. Contrairement à cette proposition, le Parti Social Démocrate réclame son augmentation à concurrence du niveau des caisses de retraite. Cependant, outre le plafond de revenus, l'exclusion de certains groupes de population, comme les fonctionnaires et les travailleurs indépendants, détermine également le terrain couvert par la PKV. Un troisième facteur est la relation de la cotisation et de la prime. Alors que la cotisation est calculée sur un ratio de salaire, la prime dans la PKV est fonction de l'âge d'entrée, du sexe et de l'état de santé. Tandis que les ayants-droits sont exemptés de cotisations dans les caisses de sécurité sociale, dans les systèmes privés les cotisations doivent être payées pour chaque membre de la famille adhérente. Ceci a pour conséquence un écrémage et une sélection dans l'assurance privée. Parmi les personnes ayant le choix entre les deux systèmes, ceux qui sont malades et ont des enfants ont tendance à prendre le système privé, alors que ceux qui se trouvent en bonne santé, sont seuls ou en couple préfèrent le système public.

Au sein du groupe des personnes cotisant dans le système privé, les fonctionnaires constituent un sous-groupe spécial, car plus de la moitié de leurs dépenses médicales est remboursée par les autorités publiques (Beihilfestellen). Pour les fonctionnaires, l'assurance privée n'est qu'une assurance complémentaire du remboursement public. En revanche, pour les travailleurs dépassant le plafond de revenus, le système privé remplace la sécurité sociale, comme aux Pays Bas.

Bien que la part de l'assurance privée dans les dépenses totales d'assurance santé ait augmenté pendant les années 80, le rôle de l'assurance privée dans le financement de la santé est limité compte tenu des mécanis-

mes de paiement onéreux pour les services médicaux. Généralement, les prix des services privés sont le double de ceux que versent les adhérents aux caisses maladie de la sécurité sociale. C'est pour cela que les caisses privées ont maintenant introduit le tarif appelé standard, par lequel le remboursement des honoraires pour les prestations médicales privées est limité à 1,7 fois ceux remboursés par les caisses maladie de la sécurité sociale.

*Caisses de retraite et d'accident du travail et autres systèmes de protection sociale*

Le système mis en place en 1884 prévoyait déjà l'assurance accident pour financer les accidents liés au travail. La cotisation était entièrement prise en charge par l'employeur et calculée selon le risque et le salaire. Après la deuxième guerre mondiale, l'assurance retraite a commencé à financer les services de santé et introduit le principe de «rééducation avant la retraite». Notamment, les services de rééducation des patients par une hospitalisation dans des cliniques spécialisées ont été fournis aux handicapés avant l'âge de la retraite.

Pendant les années 80, la rentabilité de ces programmes de rééducation a été de plus en plus mise sur la sellette. Il a été réclamé une rééducation globale et rapide pendant la période critique de maladie de même que dans l'environnement habituel du patient. La Loi de 1989 sur la Réforme du système de santé donnait priorité à la rééducation du patient à l'extérieur des cliniques spécialisées avant son hospitalisation dans ces cliniques. Ceci a permis aux caisses maladie d'accroître leur responsabilité dans le domaine du traitement des maladies chroniques.

Les caisses maladie de la sécurité sociale ainsi que les caisses de retraite sont toutes deux financées par les taxes sur les salaires; néanmoins, vu sous l'angle de la charge sur le revenu, celle-ci est moindre pour le financement des caisses maladie que pour les caisses de retraite. S'agissant des caisses de retraite, le plafond sur le revenu est plus élevé que pour les caisses maladie. Par ailleurs, la part des subventions d'état est d'environ 16 % pour les caisses de retraite par rapport à 2 % pour les caisses maladie. Par conséquent, le transfert de charges des caisses de retraite vers les caisses maladie soulève la question concernant la participation des revenus élevés dans le financement du système de protection de la santé.

Parmi les systèmes de protection sociale financés par les impôts, les services de santé publique, d'assistance sociale et d'assistance publique pour les fonctionnaires jouent un rôle de premier plan. Tel que le Tableau 2 le montre, en 1993, 11,9 % du PIB était consacré à des dépenses de santé par les systèmes financés par l'imposition locale, régionale ou fédérale. Pendant les dernières années, il y a eu une pression spéciale sur

les communes pour augmenter leur contribution financière, compte tenu du nombre croissant de gens qui tombaient dans la pauvreté et requerraient des soins de longue durée; ce qui a été une des causes de l'établissement d'une assurance à long terme qui débuta en Janvier 1995.

#### *Co-assurance et co-paiement*

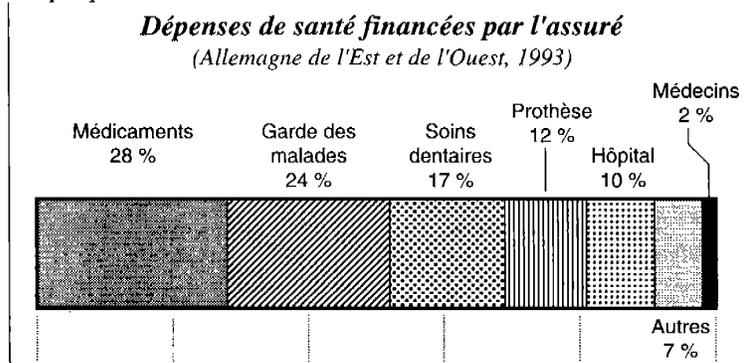
En Allemagne, les services de santé sont fournis sur la base du principe du bénéfice en nature. Cela veut dire que les caisses maladie règlent les prestataires de santé et non pas le patient. Les co-paiements du type Ticket Modérateur ne jouent qu'un rôle mineur dans le financement des services de santé. La plupart des responsables politiques et administrateurs de la santé en Allemagne croient que les réglementations concernant la co-assurance ou le co-paiement sont inefficaces et possèdent des effets négatifs sur la distribution des revenus. Les personnes devraient avoir libre accès aux services médicaux. Le médecin porte la responsabilité d'éviter les services qui ne sont pas nécessaires. Par conséquent, les frais restant à charge du bénéficiaire ne sont pas considérés comme des mesures appropriées pour réduire la demande induite par le prestataire, au cas où cela se présenterait.

Malgré ces dispositions, depuis la mise en vigueur de la Loi sur la réduction des coûts de 1977, les frais subis par le bénéficiaire ont été plusieurs fois revus et augmentés pour certains services de santé. Plusieurs exonérations ont été introduites en faveur des plus démunis socialement. A présent, les enfants et jeunes de moins de 18 ans sont exonérés de la co-assurance, excepté pour les prothèses dentaires et les coûts de transport. Il est possible d'obtenir une exonération de co-assurance, dans le cas où il s'agit de produits médicaux dont le prix est référencé (par exemple, les médicaments ou les lunettes). Sont également exonérés les chômeurs et ceux qui suivent des études. Par ailleurs, il existe des limites à la co-assurance selon les revenus de l'assuré.

Il existe trois domaines principaux concernant les paiements financés par l'assuré : les produits pharmaceutiques, les maisons de repos, et les prothèses dentaires. En 1993, le total des dépenses sur produits pharmaceutiques financés par l'assuré était de 9,25 milliards DM.

Plus des deux tiers du chiffre d'affaires des pharmacies est remboursé directement par les caisses maladie de la sécurité sociale. Par conséquent, toutes les mesures des caisses maladie concernant le remboursement des médicaments sous ordonnance ont une répercussion sur le marché pharmaceutique de la République Fédérale d'Allemagne. La part des dépenses financée par les assurés dans la consommation pharmaceutique était de 27 % dans les états de l'Ouest et de 14 % dans les états de l'Est. Il n'y a pas de liste positive comme en France, mais une négative. Les médicaments suivants prescrits sur ordonnance se trouvent dans la liste négative :

Graphique 1



Source : BASYS

- médicaments contre le rhume et infections du type de la grippe comprenant les décongestionnants, analgésiques, antitussifs et expectorants ;

- tout médicament pour la bouche ou la gorge, à l'exclusion des infections liées aux mycoses ;

- laxatifs ;

- maux de voyage.

Le total des dépenses financées par l'assuré pour des soins de longue durée était de 7,9 milliards DM en 1993 et pour les soins dentaires et prothèses, de 5,5 milliards DM.

Dans le secteur hospitalier, les patients sont généralement libres de choisir leur hôpital, néanmoins toutes les admissions aux hôpitaux ne se font que par référence. A présent, les patients doivent payer 12 DM pour chaque jour calendaire de séjour à l'hôpital à partir du jour de l'admission et pour un maximum de 14 jours à l'intérieur d'une même année calendaire. Le co-paiement est adressé aux caisses maladie. Les patients suivant des cures thermales dans des cliniques spécialisées ou une rééducation versent 15 DM par jour aux caisses maladie (les gens à faibles revenus et les cas particuliers sont exonérés). Cela ne s'applique ni aux enfants ou jeunes de moins de 18 ans ni à toute période d'hospitalisation partielle.

### *Péréquation financière*

#### *Variation dans les taux de contribution*

L'Allemagne, comparée aux autres pays européens, a toujours essayé de maintenir le principe d'autogestion des caisses maladie. La capacité à financer la même liste de prestations médicales affichera des divergences

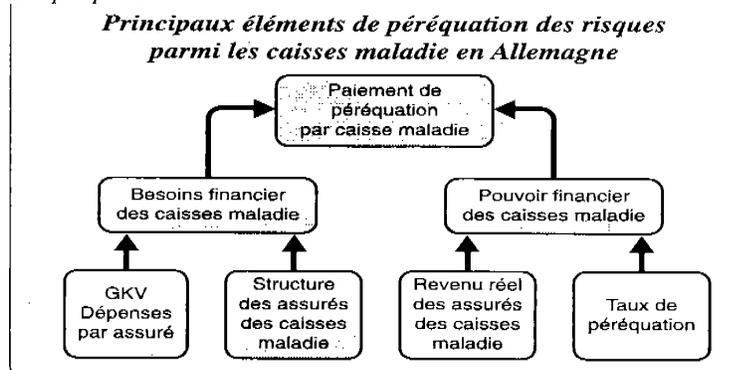
parmi les secteurs industriels lorsque les industries se développeront économiquement. Des variations élevées dans les taux de cotisation sont le résultat d'un système de caisse maladie axé sur un secteur industriel déterminé. En 1975, les taux de cotisation variaient entre 4,6 et 12,9 %. En 1993, l'écart allait de 8 à 16,8 % ; néanmoins, pour les personnes âgées un mécanisme de péréquation financière a été mis en place en 1963 par toutes les caisses. Il est évident que toutes les lois de diminution des coûts n'ont pas pour autant réduit les différences existant entre les différents taux de cotisations. Par conséquent, la caisse maladie avec les taux les plus élevés a réclamé une poursuite des réformes. La Loi de Réforme du Système de Santé de 1989 a beau avoir amendé complètement la Loi sur les caisses de sécurité sociale, la liberté de choix pour cotiser aux caisses maladie n'était pas pour autant la même selon qu'il s'agisse du personnel cadre ou des ouvriers. C'est pour cela qu'une réforme organisationnelle a été entreprise par la Loi sur la Structure du Système de Santé de 1993 qui a déterminé des règles uniformes visant la liberté de choix concernant les caisses et un mécanisme de péréquation financière pour réduire les écarts entre taux de cotisation.

#### *Péréquation des risques*

Dans tout système de protection de santé, il existe certaines formes de partage du risque financier. Des pays comme la Belgique, la France, le Luxembourg et les Pays Bas ont un panier de risque à l'échelle nationale avec des taux de cotisation égaux. Aux Pays Bas, il existe quelques variations mineures dans ce que l'on appelle la prime nominale (Bultman 1994, Van de Ven et. al. 1994). La Belgique et le Luxembourg disposent par ailleurs d'une contribution au risque par l'Etat sous forme de subventions aux caisses maladie.

315

Graphique 2



Source : BASYS

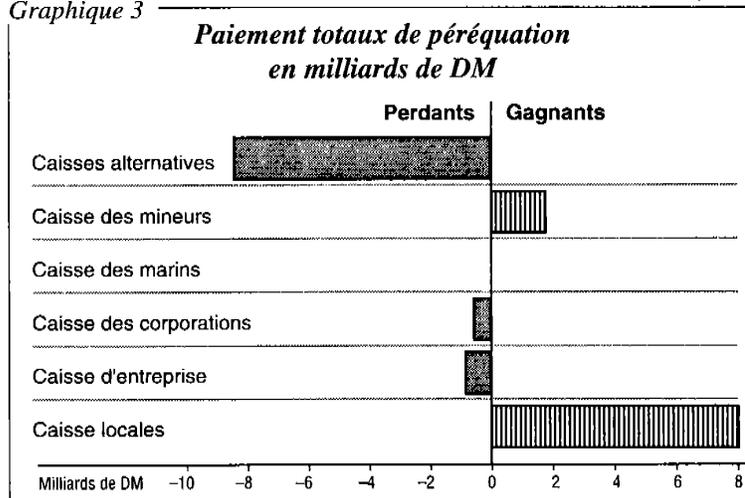
Par la Loi sur la Structure du Système de Santé de 1993, ce que l'on appelait «péréquation du risque» entre caisses maladie fut introduit le premier Janvier 1995. Cette procédure vise à donner à toutes les caisses les mêmes conditions de concurrence entre adhérents, ainsi qu'à assurer l'équité dans la charge financière causée par l'assurance obligatoire.

Les principaux éléments de la formule de péréquation sont présentés dans la Figure 2 (Schneider W. 1993). La somme que la caisse maladie doit verser ou recevoir est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Paiement de compensation} = \text{Pouvoir financier} - \text{besoin financier.}$$

Le pouvoir financier est calculé à partir du revenu des assurés des caisses maladie avec un taux de cotisation standard (taux de péréquation). Le besoin financier est calculé en tenant compte des profils d'indice standardisés pour les dépenses des caisses maladie selon le sexe, l'âge, l'invalidité et les membres de la famille.

Graphique 3



Source : BASYS

Ce système de péréquation introduit par la Loi sur la Structure du Système de Santé a contribué à produire des caisses gagnantes et des caisses perdantes. Les gagnantes ont été les caisses maladie locales. Selon les estimations des résultats comptables de 1993, elles ont obtenu environ 7,9 milliards DM de péréquation du risque. Cette somme a été essentiellement payée par les perdantes, les caisses alternatives, qui doivent verser 8,3 milliards DM. Une seule caisse alternative, la Techniker Krankenkasse, est censée payer 3,2 milliards DM.

Outre les caisses maladie locales, la Bundesknappschaft a également encaissé des versements substantiels de péréquation (environ 1,7 milliards DM). Les gains par tête de la Bundesknappschaft sont encore plus élevés.

#### *Païement des services de santé*

Par rapport à la structure de financement des services de santé, qui a été plutôt stable pendant les dernières décennies, le système de paiement a été assujéti à plusieurs réformes. L'ajustement actuel des mécanismes de paiement est en fait capital pour adapter les services de santé à l'évolution des besoins, aux développements technologiques et à l'accroissement du potentiel.

#### *Praticiens recevant dans leur cabinet*

Les services médicaux destinés aux patients se rendant au cabinet médical doivent être maîtrisés par des contrôles sévères de coûts. Plus de 80 % du revenu de ces médecins provient des caisses maladie. Par conséquent, toutes les activités des caisses maladie concernant le remboursement des frais médicaux affectent directement les revenus des médecins.

Tant les caisses de sécurité sociale que leurs homologues privées paient pour les services médicaux au cabinet sur la base des honoraires facturés, mais, dans le cas des adhérents aux caisses de sécurité sociale, ces sommes sont consolidées dans des budgets globaux. L'actuel barème d'honoraires pour les prestations des médecins fournies aux assurés sociaux a été établi en 1978. Depuis lors, la structure du système ainsi que les honoraires pour les diverses prestations fournies ont été modifiés suite aux négociations maintenues entre les organisations nationales et régionales des différentes caisses maladie et les organisations des médecins des caisses maladie.

Comparé à d'autres services, la caractéristique la plus significative du système allemand est l'organisation des médecins des caisses maladie sous la législation publique (cf. Schneider et. al. 1993). Il existe des organisations d'Etat pour les praticiens des caisses maladie (pour les services en cabinet médical), parmi elles 25 concernent les médecins et 23 les dentistes. Ces organisations contrôlent aussi bien l'accès régional des praticiens, en ce qui concerne les prestations en cabinet fournies aux patients des caisses maladie, que le remboursement des honoraires. Tous les trois mois, chaque médecin envoie les notes d'honoraires pour les patients des caisses maladie à l'organisation régionale pour remboursement. L'organisation surveille le volume et la valeur des prestations de chaque praticien. Par ailleurs, l'organisation contrôle le nombre et la valeur des ordonnances et des références. Par conséquent, ces organisations de praticiens des caisses maladie jouent un rôle important dans le processus de compression des coûts.

Tableau 3 : *Méthodes de paiement pour différents domaines de prestations, 1993-1995.*

Domaine	Méthodes de paiement		
	Caisse maladie		Patient
Prestations méd. en Cabinet	Micro niveau Honoraires pour prestations, honoraires complexes	Macro niveau Budgets globaux excepté des services préventifs	pas de co-paiement
Prestations dentaires	Honoraires pour prestations	Budget global	pas de co-paiement
Prothèses dent.	Honoraires pour prestations	inclus dans le budget global pour prestations dentaires	autour de 40 %
Médicaments	Système de prix de référence pour 60 % des dépenses	budget global	3, 5 et 7 DM selon le prix ; différence par rapport au prix de référence
Services Hospitaliers	Paiements par cas, par jour, taux spéciaux	budget global pour services hospitaliers	co-paiement 12 DM par jour

318

Les associations d'Etat des caisses maladie correspondent aux organisations d'Etat des médecins des caisses maladie. Il existe des contrats généraux au niveau national et des états pour la prestation et le contrôle des services médicaux. Ces contrats généraux réglementent les spécificités des services médicaux rendus, les principes de remboursement, les honoraires pour prestations, le traitement des réclamations et le contrôle économique. Ces contrats fournissent le cadre public général (sans une implication directe du gouvernement) pour les relations entre les caisses maladie et les praticiens des caisses maladie.

Après la réunification allemande, les barèmes d'honoraires des praticiens et des services dentaires ont été également établis dans les cinq états de l'Allemagne de l'est, mais avec une réduction de 45 % du facteur de conversion au début. Les deux niveaux de barèmes d'honoraires ont été harmonisés par étapes accompagnant l'égalisation des niveaux salariaux dans les deux parties de l'Allemagne. Malgré le faible niveau d'honoraires des états d'Allemagne de l'Est, la plupart des praticiens a investi dans des cabinets privés et abandonné les anciens centres de soins de santé. Cela ne surprend guère, les revenus potentiels des prestations privées sont beaucoup plus élevés que les anciens salaires perçus par les médecins et les dentistes dans les centres de soins de santé.

*Dentistes*

En Allemagne, les dépenses de soins dentaires par tête sont les plus élevées au monde (Schneider et. al., 1993). Cela est notamment dû aux importantes dépenses pour les prothèses qui ont été presque totalement couvertes par les caisses maladie depuis 1974. Pour les assurés des caisses de retraite, les dentistes suivent le barème commun d'honoraires pour les prestations dentaires (BEMA). Les demandes des dentistes sont réglées à l'instar de celles des médecins -via les organisations de dentistes des états, lesquelles à leur tour régularisent trimestriellement leurs comptes auprès des caisses maladie. Pour les prothèses, la Loi sur la Structure du système de santé de 1989 a modifié la méthode de paiement, par conséquent, les dentistes doivent maintenant facturer directement le patient. Par la suite, les caisses maladie remboursent les patients. En 1986, le programme commun d'honoraires pour les services dentaires a été complètement revu. Par ailleurs, depuis le premier juillet 1986, des directives spéciales ont été mises en application afin de garantir l'utilisation de matériel pour prothèses à moindre coût. Le contrôle des prix sur les soins dentaires est également un sujet capital de la Loi sur la Structure du système de santé de 1993, laquelle donne des prix de référence pour le matériel de prothèses ainsi qu'une réduction globale des honoraires pour l'application des prothèses.

319

*Hôpitaux*

Des institutions comparables aux organisations de praticiens des caisses maladie n'existent pas dans le secteur hospitalier. Les 3 500 hôpitaux négocient directement avec les caisses maladie pour le remboursement des coûts encourus. Les investissements des hôpitaux sont financés par les états, en relation avec leurs programmes hospitaliers. Ce système de financement double génère nombre de conflits d'intérêt entre les caisses maladie et les états. Par rapport à la France, la densité de lits est légèrement plus élevée en Allemagne et la durée du séjour est en moyenne plus longue. Jusqu'à 1993, il n'existait pas de «budget global» dans le secteur hospitalier. Par conséquent, la part des dépenses hospitalières dans le total des dépenses de santé a fortement augmenté en Allemagne pendant les deux dernières décennies.

La Loi sur le Financement hospitalier et celle de Réglementation sur le paiement des hôpitaux fédéraux édictées en 1985 et 1986 respectivement, ont mis en oeuvre un système de budget prévisionnel pour chaque hôpital qui permet de réaliser des profits jusqu'à une certaine limite. Ce budget prévisionnel comprend tous les coûts d'exploitation (par exemple : coûts de personnel et ressources). Les coûts d'investissement sont inclus dans une faible proportion, puisqu'ils sont essentiellement financés par les

subventions publiques des états. Chaque hôpital doit établir des coûts de base et un registre des services, fournissant un aperçu de la structure de coûts spécifique à chaque hôpital. La Loi de financement des hôpitaux a également proposé d'introduire plusieurs formes de paiement alternatives comme unités de coûts, en plus du taux journalier de base en tant qu'honoraires de compensation spéciaux. Entre-temps, des cas de paiement DRG pour les interventions chirurgicales et des honoraires spéciaux de compensation ont été développés. Selon la Réglementation sur le Paiement des Hôpitaux de 1995, les hôpitaux, qui acceptent ces paiements, ont la possibilité d'abandonner le système du budget global en 1995. Néanmoins, en 1996, le système de paiement des cas remplacera le système de budget global pour l'ensemble du secteur hospitalier. Par conséquent, des changements majeurs dans la structure des hôpitaux devraient voir le jour.

#### *Produits pharmaceutiques*

Du point de vue du contrôle des coûts, aussi bien la Loi sur la structure des soins de santé que la Loi sur la réforme de la santé ont apporté un changement significatif, alors que les plafonds introduits par la Loi de 1977 n'ont en effet jamais cessé de s'accroître (Schneider 1990).

320

La Loi sur la Réforme de la santé de 1989 a introduit le système de prix de référence. Pour les médicaments ayant des succédanés appropriés, le remboursement est fixé au niveau du prix du produit générique. Les assurés doivent être incités à utiliser des médicaments moins onéreux, sans pour cela restreindre leur droit à consommer des médicaments pharmaceutiques appropriés à leurs besoins. Par ailleurs, la concurrence entre fabricants de produits pharmaceutiques doit être encouragée. Sous l'angle des assurés, le système de prix de référence doit fonctionner de la manière suivante : les caisses maladie paieront le coût total de tout médicament pour lequel un prix de référence a été fixé. Si l'assuré utilise un médicament plus onéreux, il paiera le dépassement par rapport au prix de référence. Pour les médicaments n'ayant pas encore de prix de référence, il y a un co-paiement de 3 DM par produit.

Selon la Loi de 1989 sur la Réforme de la santé, des prix de référence ont été introduits pour les types de médicaments suivants :

- médicaments ayant les mêmes composants actifs ;
- médicaments avec des composants actifs pharmacologiquement comparables, notamment avec composants chimiquement reliés ;
- médicaments ayant un effet thérapeutique comparable, notamment des combinaisons de médicaments.

Les prix de référence sont fixés conjointement par les organisations nationales des caisses maladie et les médecins. Ces organisations doivent

assurer une offre adéquate de médicaments efficaces de qualité garantie à des prix raisonnables. Les montants fixés doivent être revus régulièrement et ajustés à la lumière des évolutions du marché. Les économies globales du système de prix de référence ont été approximativement chiffrées à 2 milliards DM par an.

Les premiers prix de référence ont en moyenne été établis 30 % en dessous des prix précédents des produits de marque. Par la suite, beaucoup d'entreprises pharmaceutiques ont réduit leurs prix au niveau des prix de référence. En décembre 1989, les médicaments à prix fixes coûtaient 21 % moins chers que précédemment, alors que les médicaments n'ayant pas de prix fixe ont augmenté de 2,1 %.

La Loi de 1989 sur la Réforme de la santé visait également la substitution des médicaments. Sur l'ordonnance, le docteur est obligé de spécifier si le pharmacien a le droit de fournir un médicament générique moins cher que la préparation originale. Depuis 1981, le pourcentage des ordonnances génériques est passé de 11,6 % à 38 % (Schwabe et Paffrath, 1994).

La Loi de Structure du Système de Santé a réduit les prix des médicaments sans référence de prix de 5 % au premier janvier 1993. Le co-paiement des médicaments a été modifié de façon à inciter à la production de conditionnements en paquet qui sont adaptés à des fins thérapeutiques, mais encore moins chers. Par ailleurs, les co-paiements ont été étendus à des médicaments avec prix de référence. Le co-paiement est de 3 DM pour un prix de médicament jusqu'à 30 DM, de 5 DM pour un prix de médicament jusqu'à 50 DM et de 7 DM, pour un prix supérieur à 50 DM. Par ailleurs, la Loi sur la Structure du Système de santé a établi un budget global de médicament.

321

### *Assurance soins de longue durée*

Un des problèmes majeurs pour le futur concernant le système de santé allemand est de fournir des services adéquats aux patients nécessitant des soins de garde. En 1994, une loi fédérale a été passée pour introduire une nouvelle caisse sociale pour soins de longue durée qui devait entrer en vigueur au premier avril 1995. Le nouveau programme d'assurance maladie de longue durée (Gesetzliche Pflegeversicherung) constitue le cinquième pilier du système de sécurité sociale allemand, en complément des quatre piliers traditionnels (santé, accident, retraite, assurance chômage). Les principaux éléments de l'assurance à long terme sont :

- assurance obligatoire pour l'ensemble de la population (assurés de GKV au sein de la GKV, assurés de PKV au sein de la PKV) ;
- le taux de cotisation, qui est partagé à 50 % par l'employeur et 50 % par l'employé, est de 1 % dès le premier janvier 1995, et pour 1996 sera de

1,7 %. Pour éviter un accroissement du coût de la main d'oeuvre, les employeurs reçoivent une compensation par l'élimination d'une journée de congés payés. Pour les retraités, une moitié de la cotisation est payée par l'assurance retraite et l'autre par le retraité lui-même. Les membres de la famille dont les revenus sont insignifiants (en dessous du seuil de revenus requis) sont assurés gratuitement ;

- des traitements de longue durée sont fournis à tous les assurés, qu'ils soient considérés comme suffisamment fragiles (niveau 1), gravement fragiles (niveau II) ou extrêmement fragiles (degré III) selon une activité s'insérant dans un cadre de vie journalier. La classification est faite par le Service Médical des caisses maladie de la sécurité sociale. La somme des prestations diffère selon les trois niveaux (voir Tableau 3) ;

- les personnes fragiles vivant chez elles peuvent choisir entre transferts en liquide ou en nature. Des combinaisons entre liquide et nature sont autorisées. Dans le cas des traitements de longue durée dans les maisons de repos, la résidence permanente n'est financée que si elle est jugée nécessaire. Si elle est jugée non nécessaire, les versements sont réduits à la somme que la personne aurait obtenue si elle était restée chez elle et avait choisi des paiements en nature ;

- il n'y a pas de co-paiement pour le traitement de longue durée. Néanmoins, les coûts d'hôtellerie des maisons de repos ne sont pas couverts, ainsi que le degré de soins dépassant les limites du Tableau 3 ;

- l'assurance de soins de longue durée est gérée par les caisses maladie.

322

Tableau 3 : *Paiements mensuels effectués par l'assurance soins longue durée selon le degré de dépendance et le type de prestations*

	Soins à domicile		Soins en maison de repos
	Prestations en liquide	Prestations en nature	
Niveau I	DM 400	DM 750	DM 2.800
Niveau II	DM 800	DM 1.800	DM 2.800
Niveau III	DM 1.300	DM 2.800	DM 2.800

Les dépenses liées aux soins de longue durée dans les maisons de repos et au domicile ont été celles qui ont connu la plus forte augmentation ces dernières années. Dans le secteur des soins de garde, il n'existe pas de réglementation de remboursement comparable à d'autres domaines du système de protection de la santé (programmes d'honoraires, plafonds). A présent, l'organisation des prestataires de service de soins de garde est également assez légère. Néanmoins, il est question de transférer l'expérience acquise en matière de réduction des coûts aux soins de garde.

Il existe plusieurs estimations sur les développements des besoins futurs des cotisations pour financer les coûts croissants des soins de longue durée. Les nouvelles estimations de Schmal de 1994 ont montré qu'il n'y a pas lieu de s'attendre à une explosion des coûts dans l'assurance des soins longue durée. Le choix entre soins à domicile et en maison de repos, entre soins familiaux et professionnels et la sélection des taux d'ajustement pour les prestations constituent des données encore plus importantes.

### *Conclusion*

Depuis le début de la politique réduction des coûts au milieu des années 70, les structures de financement des soins de santé en Allemagne ont été assez stables. Les caisses maladie de sécurité sociale ont financé autour de 63 % des dépenses totales, cependant le taux moyen de cotisation des caisses maladie est passé de 10,5 à 13,2 sur la période allant de 1975 à 1994. En plus des caisses maladie de la sécurité sociale, les dépenses financées par les assurés et le financement par des organismes d'intermédiation publics, comme l'assistance sociale, sont les principales sources de financement. Les compagnies d'assurance privées financent environ 8 % du total des dépenses de santé.

323

Le financement de l'assurance de longue durée qui débute au premier janvier 1995 est fondé sur le même mélange entre public et privé de l'ensemble des dépenses de santé. Bien qu'il existe des inconsistances du système du point de vue de l'équité, le modèle de financement entre assurance maladie de la sécurité sociale, assurance santé privée et organismes publics a montré dans le passé une grande stabilité politique.

En comparaison avec les mécanismes de financement, des changements importants sont intervenus dans les mécanismes de paiement aux prestataires de santé. Dans presque tous les secteurs de la santé pendant ces deux dernières décennies, les mécanismes de paiement ont été réformés dans le sens d'une budgétisation globale, d'un resserrement de l'ajustement des prix, d'incitations pour l'utilisation efficace des ressources et de contrôles économiques. Tout cela a stabilisé le développement des coûts, les taux de cotisations et les indices de prix dans un environnement d'accroissement du potentiel et de nouvelles technologies.

Néanmoins, davantage de rationalisation semble possible et nécessaire pour permettre l'ajustement du système de santé aux changements démographiques et technologiques. Par conséquent, le défi majeur dans le futur ne réside pas du côté du financement, mais du côté du paiement, ainsi que de l'organisation des prestations. Les mécanismes sélectifs de paiements

pour un meilleur rendement doivent être encore améliorés. Puisque l'égalité des prix ne stimulera pas les améliorations de la qualité, le développement des mécanismes de contrôle de la qualité a la plus haute priorité. La politique de compression des coûts du système de santé allemand a été essentiellement dirigée vers une réduction de l'inflation des prix, bien que le volume des prestations soit une préoccupation lorsqu'on budgète les coûts liés à la santé. Cette politique s'est avérée utile pour maintenir les taux de cotisation à un niveau bas et renforcer la croissance économique. Néanmoins, à long terme, cette politique conduit à une qualité moindre ou à des suppressions dans les prestations de santé, dans la mesure où l'inflation des coûts dépasse les coûts de remboursement. Le gouvernement fédéral a anticipé ce conflit. Selon la Loi de 1989 sur la Réforme de la santé et la Loi de 1993 sur la Structure du Système de la santé, les ajustements futurs de paiement doivent être mieux reliés aux coûts et à l'assurance qualité, ainsi qu'au contrôle des dépenses.