

**Chapitre XVI**

**Les systèmes d'assurance maladie**

**en France et en Allemagne**



---

**PRÉSENTATION**

---

*La France et l'Allemagne possèdent des systèmes de santé dont les structures sont largement comparables. Les prestataires de soins, hôpitaux publics, établissements à but non lucratif, cliniques privées, mais aussi professions libérales de santé, y sont présents de façon analogue et offrent dans les deux pays une liberté de choix aux patients. Les dépenses de santé y atteignent des niveaux élevés, 11,6 % du PIB pour la France, 11,3 % du PIB pour l'Allemagne, proches entre eux mais très supérieurs à ceux d'autres pays européens ayant adopté des modèles différents comme le Royaume-Uni (9,4 %) ou la Suède (9,5 %).*

*Les ressemblances s'étendent dans une large mesure à l'organisation des systèmes d'assurance maladie obligatoire, qui reposent dans chaque cas sur un réseau de caisses gérées par les employeurs et les représentants des assurés, sont financées majoritairement par des cotisations et sont supervisées par l'autorité publique.*

*Ces points communs confèrent à la comparaison des deux systèmes un intérêt particulier puisque les choix que l'Allemagne a opérés peuvent éclairer d'un jour utile, en se détachant sur un fonds institutionnel proche, les dispositions prises en France. Ils ne mettent que mieux en évidence les solutions souvent différentes qui ont été adoptées pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé et pour rechercher l'équilibre financier de l'assurance maladie. De cet objectif d'équilibre, central en Allemagne, découlent des mécanismes de responsabilisation des acteurs, parfois contraignants et la mobilisation si nécessaire de leviers complémentaires, par des lois de rétablissement des comptes pouvant aller jusqu'à un apport du budget fédéral.*

*C'est dans cette perspective que la Cour a mené une enquête comparative sur les systèmes d'assurance maladie dans les deux pays, en s'intéressant aussi bien à leurs dépenses qu'aux questions d'organisation et aux mécanismes de régulation.*

*Les constats qui s'en dégagent mettent en évidence un socle commun, mais des évolutions progressivement divergentes (I). En particulier, les deux pays ont mis en œuvre des dispositifs de régulation financière aux principes distincts (II). Le mode de pilotage de certaines dépenses sectorielles - médecine de ville et hôpital - est à cet égard particulièrement illustratif de choix différents (III).*

---

### **Approche méthodologique**

La comparaison a porté sur la période 2000-2014, sauf lorsque des discontinuités des données dans l'un ou l'autre pays ont limité les possibilités de rapprochement, ce qui est le cas pour les dépenses de médecine de ville avant 2006 et hospitalières avant 2003.

Les différences notables de périmètre entre les systèmes d'assurance maladie, l'absence de correspondance, dans certains cas, dans les nomenclatures de dépenses, les frontières variables entre secteurs, notamment entre la ville et l'hôpital, posent des difficultés méthodologiques. Pour les surmonter en partie, il a été fait appel, autant que possible, aux sources comparatives permettant, comme la base de données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), d'assurer une homogénéité dans les informations, ce qui, dans certains cas, conduit à retenir une année de comparaison plus ancienne.

Les travaux se sont appuyés sur les sources documentaires internationales, françaises et allemandes disponibles, ainsi que sur plusieurs séries d'entretiens réalisés avec le soutien de l'ambassade de France auprès des principaux acteurs du secteur, ministères de la santé, des finances, caisses d'assurance maladie publiques et privées, associations des hôpitaux et unions de médecins, office fédéral des assurances et institutions participant à la gestion de l'assurance maladie, ainsi que sur des échanges avec des universitaires, à Berlin et à Bonn ainsi que dans deux *Länder*, le Brandebourg et la Rhénanie Nord-Westphalie.

## **I - Un socle commun, mais des évolutions divergentes**

### **A - Des dépenses de santé proches**

Le présent chapitre n'a pas pour ambition de comparer les systèmes de santé des deux pays, mais seulement l'organisation et la régulation de leurs régimes d'assurance maladie. Il n'est toutefois pas inutile de rappeler, à titre liminaire, certaines données de base sur l'évolution et la structure des dépenses de santé.

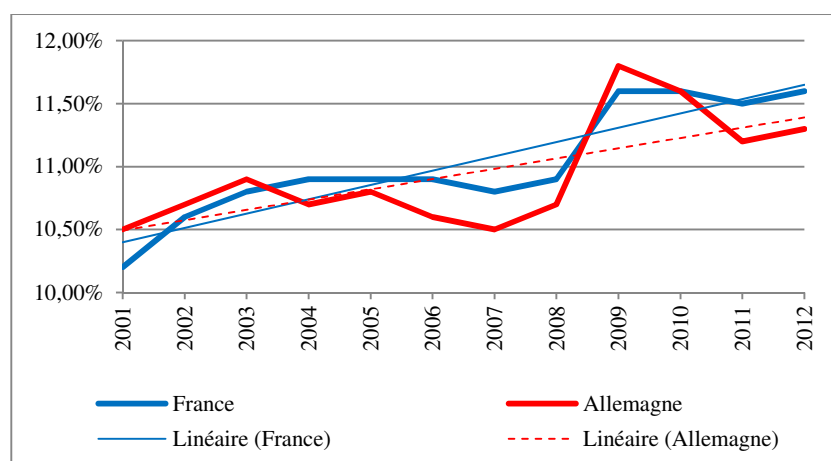
#### **1 - Des évolutions comparables**

Proches en proportion des richesses nationales respectives, les dépenses de santé diffèrent également peu par habitant : 3 611,1 € pour l'Allemagne contre 3 465,8 € pour la France en 2012. Elles ont progressé dans les deux cas à un rythme rapide entre 2000 et 2009 (+2,1 % par an en termes réels). Cette dynamique s'est poursuivie ensuite au même

niveau en Allemagne, alors qu'elle s'est nettement ralentie en France (+0,7 % en termes réels entre 2009 et 2012).

Ce récent freinage n'empêche pas que, comme le montre le graphique *infra*, la part des dépenses de santé dans le PIB ait tendance à croître un peu plus vite en France sur l'ensemble de la période, sous l'effet notamment d'une croissance économique plus forte en Allemagne et en dépit du vieillissement plus rapide de la population allemande<sup>757</sup>.

**Graphique n° 45 : évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB (2000-2012)<sup>758</sup>**



Source : OCDE.

## 2 - Un poids plus important des dépenses hospitalières en France

Si les dépenses de santé des deux pays se situent dans une fourchette étroite, leur répartition fonctionnelle présente un contraste plus marqué. Les statistiques de l'OCDE font en effet ressortir une place plus grande des dépenses ambulatoires en Allemagne et, corrélativement, une place plus importante des dépenses hospitalières en France alors que les données relatives aux autres catégories de dépenses sont comparables.

757. 21 % de la population avait plus de 65 ans en Allemagne en 2010, contre 17 % en France. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est en outre plus faible dans le premier (6,8 ans) que dans le second (10 ans) pays (Eurostat santé, données 2012).

758. Dépense totale de santé (courante et investissements).

**Tableau n° 95 : dépenses de santé par type en France et en Allemagne (2013)**

*En %*

Pays	Soins en milieu hospitalier	Soins ambulatoires	Soins de longue durée	Biens médicaux	Services pour la collectivité
France	37	22	11	21	9
Allemagne	29	30	12	20	9

Source : OCDE.

Du côté de la médecine de ville, les fortes dépenses qui apparaissent en Allemagne sont à rapporter au nombre plus élevé, de près de 50 % par rapport à la France, des consultations par habitant, alors que les densités de médecins de ville sont proches (1,9 pour 1 000 habitants en Allemagne contre 1,8 pour 1 000 en France<sup>759</sup>), ce qui aboutit à un niveau de revenu nettement supérieur en Allemagne, pour les généralistes (138 000 € par an en 2011<sup>760</sup> contre 82 020 € en France) comme pour les spécialistes (181 000 € contre 133 460 €). Les effectifs rapportés à la population des autres professions de santé sont également plus importants en Allemagne, qu'il s'agisse des dentistes (0,67 pour 1 000 habitants contre 0,56) ou des infirmiers (1,9 pour 1 000 contre 1,5).

S'agissant de l'hôpital, le montant des dépenses est plus élevé en France qu'en Allemagne, quoique l'activité hospitalière considérée en termes de séjours<sup>761</sup> soit plus intense en Allemagne (24 290 sorties d'hôpital pour 100 000 habitants contre 20 721 en France), le nombre de lits plus élevé (8,34 pour 1 000 habitants en Allemagne contre 6,34 pour 1 000 en France) et la durée de séjour un peu plus longue (9,3 jours contre 9,1 jours en France)<sup>762</sup>.

Deux autres facteurs contribuent en revanche à ces différences de poids relatif des dépenses hospitalières. En premier lieu, les coûts de fonctionnement de l'hôpital, particulièrement en matière de charges de personnel, sont plus élevés dans notre pays. Le ratio d'emploi hospitalier

759. L'Allemagne compte en revanche davantage de spécialistes : 2,32 pour 1 000 habitants en 2012, contre 1,76 en France.

760. Les statistiques de revenu des médecins, tant allemandes que françaises, ne sont pas disponibles pour les années plus récentes. En revanche, les données concernant notre pays, établies à partir d'enquêtes fiscales, prennent en compte les dépassements d'honoraires et les exonérations de charges dont bénéficient les médecins.

761. L'activité de l'hôpital en soins de ville est significative en France, plus récente et limitée en Allemagne.

762. Données OCDE relatives à 2011.

y est en particulier nettement plus fort (17,33 équivalents temps plein pour 1 000 habitants contre 11,2 en Allemagne)<sup>763</sup>. Ce constat traduit une plus forte tendance à l'externalisation de certaines fonctions dans ce dernier pays.

Interviennent aussi les différences dans les périmètres respectifs de la médecine de ville et de l'hôpital. Alors que les soins ambulatoires constituent une part significative de l'activité des hôpitaux français, une séparation plus stricte des prises en charge entre hôpital et médecine de ville prévaut en Allemagne. Malgré de récents assouplissements, le principe reste celui d'une spécialisation des établissements de santé sur les soins nécessitant une hospitalisation. De plus, médecine de ville et médecine hospitalière couvrent des champs différents dans les deux pays : les soins de suite et de réadaptation et les soins de longue durée ne sont en particulier pas intégrés à l'hôpital en Allemagne, au contraire de ce qui est le cas en France.

## **B - Une organisation de l'assurance maladie et de sa gestion propre à chaque pays**

### **1 - L'« auto-administration »<sup>764</sup> de l'assurance maladie légale en Allemagne**

En dehors des personnes ayant opté pour une assurance privée (voir *infra*), il n'existe en Allemagne qu'un seul régime d'assurance maladie, qui couvre l'ensemble des assurés sociaux, quelle que soit leur activité professionnelle : l'assurance maladie légale.

Les caisses d'assurance maladie sont gérées de façon paritaire entre représentants des employeurs et des salariés. Elles négocient chaque année avec les prestataires de soins (professions de santé, hôpitaux...), dans un cadre assez libre, les tarifs et les rémunérations. Les gestionnaires de l'assurance maladie jouissent par ailleurs de larges marges de manœuvre pour fixer les règles qui gouvernent le système. Cette « auto-administration » a bénéficié ces dernières années d'un renforcement de ses institutions et d'une extension de leurs compétences.

---

763. Il y a notamment beaucoup plus d'agents administratifs (32,3 ETP pour 100 lits) et de personnels techniques, logistiques et de nettoyage (27,6 ETP pour 100 lits) qu'en Allemagne (respectivement 10,6 et 13,6 ETP pour 100 lits).

764. *Selbstverwaltung*.

### **L'organisation des caisses d'assurance maladie en Allemagne**

Le système créé en 1883 à l'initiative du chancelier Bismarck en Allemagne reposait sur un grand nombre de caisses paritaires, locales ou d'entreprise, indépendantes entre elles et fixant chacune leur taux de cotisation particulier.

Dans les vingt dernières années, pour encourager la restructuration du réseau des caisses, réduire les coûts administratifs et améliorer le service rendu, les autorités allemandes ont choisi de développer leur mise en concurrence. La liberté pour les assurés de choisir l'organisme auprès duquel ils cotisent a ainsi été progressivement affirmée<sup>765</sup>.

À partir de 2009, les différentes caisses se sont vu en particulier attribuer la faculté de moduler, dans certaines limites fixées par la loi, les tarifs et les protections et reconnaître la possibilité de conclure des « contrats sélectifs » avec les prestataires de soins et de diversifier ainsi les services proposés à leurs assurés. Elles ont également reçu compétence pour instaurer des « cotisations supplémentaires » spécifiques à chaque caisse<sup>766</sup> qui peuvent, pour les seuls assurés<sup>767</sup>, s'ajouter au taux de cotisation de base<sup>768</sup>, de manière à respecter l'obligation qui leur est faite d'équilibrer leurs comptes.

Ces dispositions ont eu des effets importants sur le nombre de caisses, qui était encore de 1 223 en 1992, s'est réduit à 221 fin 2008, puis à 124 fin 2014. Elles incitent également à la modération des hausses de cotisations complémentaires, car l'expérience de ces dernières années a montré que les assurés y étaient très sensibles et étaient enclins à changer de caisse en fonction des tarifs proposés. Sur le plan de la négociation avec les professionnels de santé, les « contrats sélectifs » amènent, notamment pour la fixation des rémunérations associées aux formules de coordination des soins, qui se sont développées sur une très large échelle (voir *infra*), à des tarifs différents entre caisses et entre professionnels de santé.

À côté de ce réseau organisé au niveau des *Länder*, a été mis en place en 2004, un Comité fédéral commun où siègent l'ensemble des professions, des parties intéressées et des institutions de l'assurance maladie, qui a pris la suite de plusieurs comités sectoriels. Il publie des

---

765. Aujourd'hui, seuls les agriculteurs relèvent obligatoirement du système des caisses agricoles.

766. Les caisses peuvent, lorsque c'est le cas, prélever sur leurs réserves pour limiter le montant des cotisations supplémentaires.

767. Les cotisations des employeurs ne sont en revanche pas susceptibles d'être modulées.

768. L'information des assurés sur les taux de cotisation supplémentaires doit être assurée en indiquant le cas échéant les tarifs plus avantageux proposés par la concurrence.



directives sur les questions de traitements médicaux et d'exercice professionnel, sans toutefois interférer dans les discussions tarifaires.

### **Un rôle de surveillance de l'État fédéral et des *Länder***

Le cadre fédéral de la constitution allemande détermine de nombreux aspects du fonctionnement de l'assurance maladie. La loi détermine les grandes lignes de son organisation. Elle prévoit la fixation au niveau de la fédération (*Bund*) des règles générales, ainsi qu'un encadrement ou des orientations dans les questions tarifaires. La détermination des paramètres précis (niveau des tarifs, fixation des enveloppes de rémunération, déclinaison de programmes d'organisation des soins) relève toutefois toujours de la responsabilité des États fédérés (*Länder*).

Le gouvernement fédéral et ceux des *Länder* se limitent à un contrôle légal et financier de l'assurance maladie. Ils n'interviennent pas dans les discussions tarifaires. De même, le Parlement fédéral ne prend pas, au-delà du cadre du système et de règles générales visant à une certaine modération des dépenses, de dispositions interférant directement avec les négociations sur les tarifs, sauf de manière exceptionnelle en cas de difficultés financières avérées<sup>769</sup>. Ces dispositions confortent le principe de l'« auto-administration » de l'assurance maladie.

## **2 - Une pluralité de régimes et un rôle renforcé de l'État en France**

L'assurance maladie en France partage avec le système allemand certaines bases de son organisation. Elle repose notamment sur des réseaux de caisses, dont les conseils comprennent des représentants des partenaires sociaux.

Mais elle en diffère sur plusieurs points. L'assurance maladie est fondée en France sur une base professionnelle, avec rattachement obligatoire en fonction de l'activité exercée, sans possibilité de choix par l'assuré de sa caisse. En contraste avec l'unicité de l'assurance maladie légale en Allemagne pour les assurés qui relèvent du régime public, il existe ainsi en France plusieurs régimes d'assurance maladie. Indépendamment même des larges pouvoirs de tutelle dévolus à l'administration depuis l'origine, la responsabilité des partenaires sociaux dans la gestion s'est fortement affaiblie, avec l'affaiblissement du paritarisme et la mise en œuvre, à partir de 1996, des lois de financement

769. Les honoraires des médecins ont ainsi été bloqués pendant plusieurs années lorsque les difficultés économiques des années 2008-2009 ont mis en difficulté l'équilibre financier de l'assurance maladie légale.

de la sécurité sociale qui font du Parlement, qui adopte chaque année l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la clef de voûte du système.

Depuis 2004, la responsabilité de la négociation des conventions avec les professions libérales de santé est également passée des conseils d'administration au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Succédant en 2009 aux agences régionales de l'hospitalisation, dont la mise en place en 1996 avait signifié le retrait de l'assurance maladie du champ hospitalier, la création des agences régionales de santé est venue consacrer le rôle prépondérant de l'État dans le pilotage d'ensemble du système de soins.

## **C - Des choix substantiellement différents dans les prises en charge**

### **1 - Une place similaire, mais une autre répartition des financeurs publics**

Les statistiques harmonisées de l'OCDE mettent en évidence une large convergence dans la répartition de la prise en charge des dépenses de santé entre les financeurs publics et privés. Le poids des premiers est, en effet, très proche dans l'un et l'autre pays (France : 77,7 % ; Allemagne : 77,2 %) <sup>770</sup>, de même que, par suite, celui du total des seconds (ménages, assurances privées, autres).

**Tableau n° 96 : répartition des dépenses de santé par type de financement en 2012**

*En %*

Pays	Administrations publiques hors sécurité sociale	Sécurité sociale <sup>771</sup>	Versements nets des ménages	Assurance privée	Autres
France	3,9	73,8	7,8	13,8	0,6
Allemagne	6,8	70,4	12,2	9,6	1,0

Source : OCDE.

770. En outre, l'État fédéral mais aussi les Länder et les communes remboursent directement une proportion élevée des frais médicaux engagés par leurs agents.

771. Il s'agit de l'ensemble des acteurs intervenant pour prendre en charge des dépenses de santé, dont les accidents du travail.

La prise en charge par les systèmes de sécurité sociale, elle est globalement équivalente entre les deux pays (73,8 % en France, 70,4 % en Allemagne). Des différences de périmètre significatives existent toutefois. En France, ce taux correspond aux prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire de base tous régimes et de la branche accidents du travail - maladies professionnelles. En Allemagne, la prise en charge à ce double titre, soit 60 % des dépenses de santé, dont 57,4 % au titre de la seule assurance maladie légale, est complétée par l'intervention d'autres types d'assurances sociales. L'assurance dépendance, qui n'a pas d'équivalent en France, prend en particulier en charge pas moins de 7,7 % des dépenses de santé en Allemagne.

**Tableau n° 97 : dépenses de santé par financeur en Allemagne en 2012<sup>772</sup>**

*En Md€ et en %*

Financier	Montant pris en charge	Proportion prise en charge
Budgets publics	14,4	4,8 %
Assurance maladie légale <sup>773</sup>	172,4	57,4 %
Assurance dépendance	23,0	7,7 %
Assurance retraite légale	4,3	1,4 %
Assurance accidents du travail légale	4,9	1,6 %
Assurance maladie privée	28,0	9,3 %
Employeurs	12,9	4,3 %
Ménages	40,6	13,5 %
<i>Total des dépenses de santé</i>	<i>300,4</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Statistisches Bundesamt, 2014.

772. Les données de ce tableau ne correspondent pas exactement à celles du tableau précédent, en raison de conventions de classement et de comptabilisation des dépenses différentes entre l'OCDE et l'Office statistique allemand.

773. Le chiffre donné par l'office statistique fédéral pour l'année 2012 diffère de celui des dépenses du Fonds de santé pour cette même année (184,25 Md€) parce que ce fonds comptabilise dans ses dépenses les mises en réserve provenant de ses excédents de l'année et que certaines de ses autres dépenses, pour un montant faible, ne sont pas retenues par l'Office statistique comme faisant partie des dépenses de santé (« *Explications des données retenues dans les statistiques* », comptabilité des dépenses de santé, code 23611, p. 3 et 4, Statistischesbundesamt, 2014).

## 2 - Des évolutions contrastées

a) *En Allemagne : des taux de prise en charge supérieurs mais sur un périmètre plus étroit qu'en France et « un bouclier sanitaire »*

En Allemagne, les taux de remboursement par l'assurance légale apparaissent nettement supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire de base française. Une étude de la CNAMTS portant sur l'année 2010 estimait ainsi la prise en charge des frais d'hospitalisation à 98 % en Allemagne contre 90,4 % en France, celle des honoraires médicaux à respectivement 95,3 % et 71 %, celle des soins dentaires conservateurs à 96 % contre 30 %, celle des actes de biologie à 100 % contre 72 % et celle des médicaments à 94,5 % contre 76,4 %.

Le « panier de biens et services » pris en charge par l'assurance légale apparaît cependant plus étroit que celui retenu en France. Les économies réalisées pour maintenir l'équilibre financier de l'assurance maladie légale avec notamment la loi portant modernisation de l'assurance maladie légale de 2003, se sont en effet plutôt faites en rationalisant son champ d'intervention. L'assurance légale s'est ainsi entièrement retirée des domaines des lunettes et des verres de contact<sup>774</sup>, des prothèses dentaires, des médicaments sans ordonnance et d'une grande partie des transports sanitaires<sup>775</sup>. De même, les prises en charge par l'assurance maladie légale des indemnités journalières en cas de maladie ont été réduites. Depuis lors, à la différence de la France, le salaire est maintenu intégralement par l'employeur pendant les six premières semaines, l'assurance maladie n'intervenant qu'ensuite.

Le poids des dépenses a également été réduit grâce à la mise en place de franchises sur de nombreuses prestations, qui se sont particulièrement développées en application de la loi portant modernisation de l'assurance maladie légale de 2003. Elles ont notamment touché les domaines de la médecine de ville<sup>776</sup>, de l'hôpital et des médicaments.

Pour atténuer l'impact de ces co-paiements, l'Allemagne a mis en place en 2004, au terme d'une longue évolution, un « bouclier sanitaire » protégeant de façon uniforme l'ensemble de la population couverte par

---

774. Sauf pour les enfants et les défauts de vision lourds.

775. Ceux qui ne sont pas prescrits par ordonnance ou ne sont pas en rapport avec une entrée, une sortie d'hôpital ou une urgence.

776. Cette catégorie de franchise a cependant pu être supprimée au 1<sup>er</sup> janvier 2013, grâce à la bonne santé financière de l'AML.

l'assurance légale. Depuis lors, les ménages ne sont plus tenus de payer les tickets modérateurs et les franchises au-delà d'un seuil de 2 % du revenu brut annuel, cette limite étant abaissée à 1 % dans le cas des patients atteints de maladies chroniques nécessitant des traitements de longue durée.

Par ailleurs, l'ensemble de la population bénéficie d'une couverture maladie minimale, l'affiliation à l'assurance maladie ayant été rendue obligatoire à compter de 2009, cette charge étant financée par la solidarité.

*b) En France : la priorité à la préservation du remboursement à 100 % des affections de longue durée et l'attrition consécutive de la prise en charge des soins courants*

Les efforts pour contenir l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie obligatoire de base ont conduit en France à réduire les taux de remboursement des soins courants.

Au-delà des tickets modérateurs<sup>777</sup>, y compris au titre des actes réalisés dans les hôpitaux, ces restes à charge comprennent le forfait journalier hospitalier (18 €), une participation forfaitaire de 1 € (consultations ou actes réalisés par un médecin, examens radiologiques et analyses de biologie médicale) et des franchises de 0,5 € (médicaments, actes paramédicaux) ou de 2 € (transports sanitaires). Ils revêtent souvent un caractère significatif, principalement pour les dépenses hospitalières<sup>778</sup>. Dans le même temps, les remboursements de l'assurance maladie ont été maintenus dans plusieurs domaines, notamment l'optique, pour lesquels les taux de prise en charge ne peuvent suffire à assurer une couverture satisfaisante pour les assurés.

Les patients atteints d'affections de longue durée (ALD), soit 9,6 millions de personnes à fin 2013, dont le nombre s'est fortement accru du fait du développement des pathologies chroniques et de

---

777. C'est-à-dire des taux de remboursement réduits.

778. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p. 289-320, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

l'élargissement de la liste des affections en cause<sup>779</sup>, bénéficient cependant d'une prise en charge à 100 %.

Portée par la progression des affections chroniques, la dynamique des prises en charge à 100 % a ainsi eu tendance à entraîner une érosion de la prise en charge des soins courants des autres assurés et provoqué une nette différenciation des taux de prise en charge. Si l'assurance maladie a pris en charge en 2012 en moyenne 76,1 % des dépenses de soins présentées au remboursement, cette part atteignait 88,6 % pour les patients en ALD, mais 61,3 % pour les autres assurés et, pour ces derniers, seulement 51 % pour les soins ambulatoires.

Elle s'est accompagnée d'un développement corrélatif des assurances complémentaires<sup>780</sup>, qui a pour effet d'amortir globalement les effets des baisses de remboursement sur la consommation de soins, mais qui laisse dans certains cas, en fonction des contrats souscrits, des restes à financer conséquents pour les patients.

Afin de prévenir le renoncement aux soins, a été mise en place en 2000 la couverture maladie universelle de base, qui permet d'être affilié, généralement à titre gratuit, à l'assurance maladie en fonction d'un critère subsidiaire de résidence, lorsqu'aucun autre critère d'affiliation n'est satisfait<sup>781</sup>. Cette couverture de base a été complétée par un dispositif gratuit de prise en charge complémentaire des dépenses de santé concentré sur les seules populations à bas revenu avec l'instauration, également en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), puis par la mise en œuvre, à partir de 2005, d'une aide au financement d'une assurance complémentaire santé pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond d'accès à la CMU-C (ACS)<sup>782</sup>.

---

779. Du fait de la définition de la 31<sup>ème</sup> (forme évolutive et invalidante d'une affection grave pour des soins prévisibles d'une durée supérieure à six mois) et de la 32<sup>ème</sup> maladie (plusieurs affections conduisant à un état pathologique nécessitant les mêmes soins) en particulier.

780. Elles ont, notamment du fait des remboursements hospitaliers, augmenté de 1,2 point depuis 2003, où elles ne couvraient que 12,6 % des dépenses de santé en France (base de données santé OCDE).

781. Voir chapitre XII du présent rapport : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448.

782. Voir chapitre XII précité du présent rapport.

### **3 - Une articulation propre à chaque pays des systèmes d'assurance maladie publics avec les assurances privées**

En France comme dans de nombreux pays membres de l'OCDE, se conjugue, dans la prise en charge des dépenses de santé, une assurance de base fournie par un dispositif public pour un panier de soins défini par la loi et des systèmes d'assurance complémentaire gérés par des intervenants privés. Cette organisation à deux étages ne s'applique toutefois pas complètement à l'Allemagne.

#### *a) Une généralisation progressive de la couverture complémentaire santé en France*

Le désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire a poussé en France au développement de la couverture complémentaire, facilité par des aides fiscales et sociales importantes en faveur de la complémentaire d'entreprise. En 2010, 95 % environ de la population française était couverte par une assurance complémentaire, dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel, ou par la CMU-C. Ces dispositifs prenaient en charge en 2012 13,8 % du total des dépenses de santé, contre 12,6 % en 2003.

La couverture maladie complémentaire est en voie de généralisation sous l'effet, d'une part, du relèvement important des plafonds d'accès à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé et d'autre part, de l'extension au 1<sup>er</sup> janvier 2016 de la protection complémentaire d'entreprise à l'ensemble des salariés, en application de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 conclu par les partenaires sociaux et transposé par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

#### *b) Une place spécifique de l'assurance privée en Allemagne*

En Allemagne, à côté de l'assurance maladie légale, des assurances maladie privées prennent en charge au premier euro - et non à titre de complément d'une prise en charge par une assurance maladie de base - la couverture de santé d'une partie de la population. Les fonctionnaires, les salariés disposant des revenus les plus élevés et certaines professions indépendantes peuvent en effet se soustraire à l'obligation de s'assurer dans le système légal pour s'assurer auprès d'assurances privées : 11 % de la population s'est ainsi affiliée à des assurances privées pour sa couverture santé.

Les dispositifs d'assurance maladie strictement complémentaires ne prennent en revanche en charge en Allemagne que 2 % environ des dépenses de santé. Le niveau de remboursement par l'assurance maladie légale laisse en effet, contrairement à la France, peu d'espace pour des offres de couverture complémentaire dont les assurés ressentent par ailleurs moins le besoin.

\*  
\* \*

Les similitudes dans l'organisation et les dépenses du système de santé des deux pays ne se retrouvent que partiellement dans l'organisation de l'assurance maladie. Des choix différents dans la structuration des responsabilités ont en effet été opérés, en développant l'« auto-administration » en Allemagne et en mettant au contraire en France, par le moyen de lois annuelles, la régulation de l'assurance maladie obligatoire de base sous le contrôle du Parlement et de l'État.

Sur le plan de la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance de base, les chemins suivis se sont également écartés puisque l'Allemagne, qui a maintenu un niveau plus élevé de prise en charge mais sur un périmètre plus restreint, a progressivement associé des franchises croissantes à un « bouclier sanitaire », tandis que la France, dans un contexte de désengagement de l'assurance maladie des soins courants, a concentré les prises en charge sur les soins les plus lourds et les pathologies les plus graves, avec le dispositif des ALD, tout en encourageant le développement de la couverture complémentaire, notamment pour les ménages défavorisés, avec la CMU-C et l'ACS, et pour les salariés.



## II - Des modes de régulation financière aux logiques différentes

### A - Un objectif prioritaire d'équilibre des comptes en Allemagne

L'objectif prioritaire de maintien de l'équilibre financier de l'assurance maladie légale repose sur la combinaison d'un grand nombre d'instruments.

#### 1 - Un principe central d'équilibre des comptes

Des règles de nature constitutionnelle exigent dès 2016 un retour à l'équilibre des finances de l'État fédéral<sup>783</sup> (déficit limité à 0,35 % du PIB, sauf circonstances exceptionnelles) et imposent l'absence de déficit aux *Länder* à compter de 2020.

Un dispositif législatif spécifique contraint ainsi depuis 2009 l'ensemble des organismes de l'assurance maladie légale à éviter l'apparition de déficits, tout au moins tant que les réserves financières ne sont pas épuisées et fait que les cotisations pesant sur les employeurs ne peuvent augmenter, préservant ainsi la compétitivité des entreprises.

#### **Le financement de l'assurance maladie légale en Allemagne**

La loi relative au renforcement de la concurrence en assurance maladie du 26 mars 2007 a profondément modifié l'organisation du financement des caisses gérant l'assurance maladie légale.

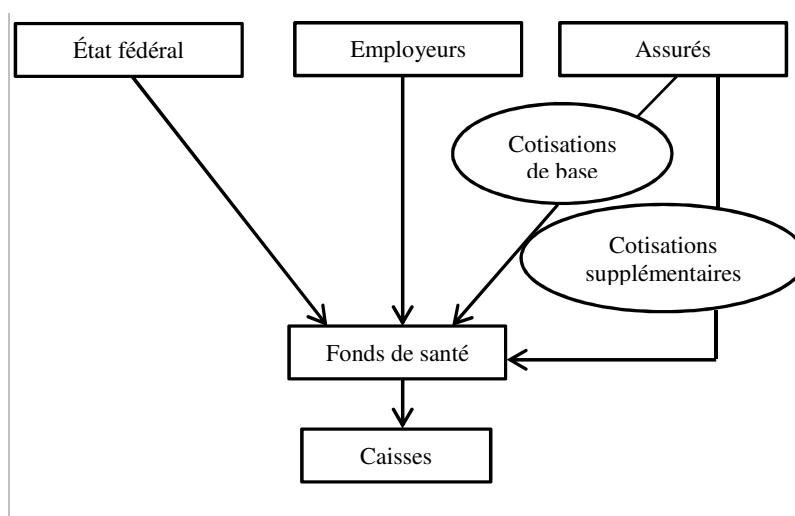
La nécessité d'assurer l'équilibre simultané de l'ensemble d'entre elles, tout en unifiant les taux de cotisation, avait conduit le législateur allemand à développer, dans une première étape, des dispositifs de compensation inter-caisses.

---

783. En vertu des articles 109 (3), 115 et 143 de la Constitution qui portent le dispositif voté en 2009 de « frein à la dette ».

La réforme de 2007 a consisté à mettre en place un Fonds de santé qui mutualise l'ensemble des ressources, cotisations de base<sup>784</sup> et subvention publique essentiellement et qui les répartit ensuite entre les caisses en fonction de critères uniformes, en prenant en compte les facteurs sous-tendant leurs dépenses, comme le nombre, l'âge, le sexe et la morbidité des personnes couvertes<sup>785</sup>.

**Schéma<sup>o</sup> 6 : organisation du financement de l'assurance maladie légale en Allemagne**



Source : code social allemand, livre V.

Les niveaux respectifs des cotisations de base des entreprises et des assurés et de la subvention fédérale étant tous deux fixés par la loi, le besoin de financement supplémentaire éventuel du Fonds de santé comme de chacune des caisses est connu avant le début de l'exercice suivant. Pour le couvrir, le ministère de la santé détermine, sur la base des évaluations de recettes et de dépenses, le besoin moyen de cotisations supplémentaires que les caisses devront appeler pour équilibrer leurs comptes. Ce besoin moyen n'a pour l'essentiel qu'une valeur indicative. Il appartient à chaque caisse, en fonction de sa situation financière propre, de décider du taux de cotisation supplémentaire effectif à prélever auprès de ses membres, taux qui sera différent d'un organisme à l'autre.

784. Voir *infra* schéma n°1. Elles ont donc désormais un taux unique pour toute l'Allemagne.

785. Ce dispositif, dit de « compensation pour la structure du risque et de la morbidité », a été mis effectivement en place en 2009.

Ces cotisations supplémentaires ne sont en effet pas versées au Fonds de santé, mais restent affectées aux caisses et leur permettent de combler l'écart entre leurs dépenses et les versements qu'elles recevront du Fonds. Elles ne sont dues que par les assurés et ne pèsent pas sur les entreprises, ce qui permet de respecter dans tous les cas le principe de stabilité des prélèvements qui les affectent. Le montant et la forme de ces cotisations supplémentaires ont été modifiés en dernier lieu en 2014. Elles sont désormais proportionnelles aux revenus. Le niveau des cotisations de base a été fixé de telle sorte que le besoin moyen de cotisations supplémentaires s'est établi à 0,9 % en 2015.

Plusieurs dispositions assurent que les équilibres initiaux seront respectés en cours de gestion. Les dépenses prévues ne peuvent être dépassées puisque les versements effectués par le Fonds de santé aux caisses sont strictement déterminés par les prévisions de dépenses arrêtées lors de la préparation de l'exercice. Du côté des recettes, un mécanisme de réserve obligatoire permet de couvrir les variations interannuelles non prévues. Dans le cas où ce mécanisme ne suffirait pas, ce qui ne s'est jamais produit à ce jour, un emprunt auprès de l'État fédéral peut être momentanément appelé, mais il est remboursable au cours du même exercice, la caisse ayant l'obligation en tout état de cause de décider une augmentation des cotisations supplémentaires pour équilibrer les comptes de l'année en cours.

## 2 - Plusieurs mécanismes d'équilibrage complémentaires

Le respect des règles d'équilibre des comptes de l'assurance maladie légale<sup>786</sup> est favorisé par l'utilisation de plusieurs leviers à la disposition des autorités chargées de sa gestion, au-delà du mécanisme des cotisations complémentaires : la subvention de l'État fédéral, l'utilisation des réserves accumulées et les lois de redressement des comptes en sont les principaux.

S'ajoutent à ces outils les marges de manœuvre créées par la prudence dans l'évaluation des recettes et des dépenses, qui contribuent à expliquer l'accumulation progressive d'excédents. Ces dernières années, en effet, les recettes se sont presque toujours révélées supérieures aux prévisions, tandis que les dépenses n'atteignaient pas celles escomptées.

---

786. Qui dérivent, outre des dispositions législatives présentées *supra*, de la règle générale d'équilibre de l'article 110 de la Constitution allemande.

*a) La subvention de l'État fédéral et l'utilisation des réserves*

L'État fédéral a commencé à intervenir dans le financement de l'assurance maladie en 2004, en mettant en place un soutien de base. Cette subvention a été portée à un niveau beaucoup plus important, plus de 15 Md€ par an, lors de la crise de 2009-2010.

À l'inverse, la bonne conjoncture de ces dernières années et l'accumulation de réserves dans l'assurance maladie légale ont permis, sans que l'équilibre de celle-ci soit mis en danger, plusieurs réductions dans les montants apportés par le *Bund*. Ces mouvements sont en partie programmés sur plusieurs années<sup>787</sup>. Le soutien fédéral n'est donc pas une subvention d'équilibre *ex post*, mais constitue plutôt l'un des leviers de l'équilibrage pluriannuel *ex ante* des comptes.

*b) Les cotisations supplémentaires des assurés*

Jusqu'ici, l'augmentation des subventions fédérales, puis les effets bénéfiques de la conjoncture économique favorable, n'ont pas laissé jouer un rôle significatif, au-delà de quelques augmentations ponctuelles, aux cotisations supplémentaires comme moyen d'ajustement des finances de l'assurance maladie légale.

La logique de la construction mise au point par les lois de 2007 et de 2014 exposée dans les développements précédents y pousse cependant à terme, puisqu'au moins à l'issue de l'épuisement des réserves et à défaut de nouvelle augmentation des transferts budgétaires du *Bund*, la croissance tendancielle des dépenses au-delà des recettes entrainera automatiquement l'appel des cotisations supplémentaires.

*c) Les lois de rétablissement des comptes*

Si le jeu des dispositifs inscrits dans le code social ne suffit pas, il reste la possibilité de modifier le fonctionnement du système ou de réduire les remboursements et les rémunérations qu'il définit.

Le législateur allemand ne procède pas par des lois annuelles sur le modèle français, mais intervient très régulièrement par des lois de réforme à la portée souvent multiple, portant sur les prestations, l'organisation et la tarification.

---

<sup>787</sup> L'évolution de la subvention fédérale et le niveau des réserves sont détaillés *infra*.

Dans certains cas, des mesures de redressement des comptes sont au premier plan. Des lois de réforme de l'assurance légale ont joué ainsi, en 2003 et en 2010, à la fois sur les dépenses et sur la subvention de l'État fédéral. À l'inverse, la bonne conjoncture de ces dernières années a permis des augmentations de dépenses, dont la suppression de la franchise sur les consultations médicales et l'attribution de crédits supplémentaires pour les hôpitaux en 2014, financés en partie sur les réserves du Fonds de santé grâce à une disposition législative *ad hoc*.

La réactivité, dans le sens d'un durcissement ou au contraire d'un assouplissement des paramètres en dépenses et en recettes, apparaît donc comme l'une des composantes essentielles de l'approche allemande de la régulation par les soldes.

### **3 - Des dispositions visant à encadrer les dépenses**

Sans constituer un élément de pilotage actif, certaines dispositions régissant l'assurance maladie introduisent des freins à la croissance des dépenses.

Un « principe de stabilité des taux de cotisation », de nature législative, s'applique à toutes les décisions prises par les caisses et les prestataires de soins dans leurs négociations de portée tarifaire ou de réorganisation des soins. Il vise à écarter ou à modifier les dispositions susceptibles de nécessiter, pour leur financement, une hausse du taux de cotisation.

Plus spécifiquement, la loi fixe certains facteurs à prendre en compte dans la fixation des honoraires des médecins. Le code social prévoit également des règles encadrant l'évolution des tarifs hospitaliers.

## **B - Un dispositif centré sur la maîtrise des dépenses en France**

### **1 - L'ONDAM<sup>788</sup>**

Le principal instrument d'action mis en place par les lois de financement de la sécurité sociale depuis la loi organique du 22 juillet 1996 est l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

---

788. Voir chapitre III du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique de croissance toujours soutenue en 2014, une trajectoire de ralentissement conditionnée à la réalisation d'économies structurelles, p. 95-142.

Cet instrument combine des prévisions de dépenses faites sur une part prépondérante du champ de l'assurance maladie de la sécurité sociale avec des mesures d'économies destinées à atteindre l'objectif fixé. Il a été renforcé par la loi organique du 2 août 2005 qui a réformé le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, puisqu'il est depuis lors voté par sous-objectifs décomposant les principaux secteurs de la dépense.

Comme son appellation l'indique, il s'agit d'un outil de régulation de la dépense, déterminant un taux d'évolution de cette dernière dans lequel doivent s'inscrire les différents acteurs du système de soins. Son efficacité s'est améliorée au cours de la période récente, notamment par la mise en place de gels sur les dotations hospitalières et d'une réserve tarifaire, ainsi que par l'abaissement du seuil d'intervention du Comité d'alerte qui avertit le Parlement en cas d'évolution des dépenses incompatible avec l'objectif voté.

Le respect de l'ONDAM a également été facilité par des erreurs de prévision sur la dépense tendancielle et la fixation de taux d'évolution relativement élevés à partir d'une base surévaluée. Ces limites, ainsi que l'attention exclusive qui a été accordée à cet objectif plutôt qu'à l'équilibre des comptes lui-même, ont permis que persistent, malgré son respect, des déficits élevés de l'assurance maladie, financés par endettement.

## **2 - Les contraintes limitées de la reprise de dettes**

Les lois de financement de la sécurité sociale comportent peu d'instruments portant spécifiquement sur l'équilibre financier de l'assurance maladie obligatoire de base.

Le principal mécanisme de nature à peser sur l'apparition de déficits est celui qui limite les transferts de la dette sociale accumulée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il est en effet, depuis la loi organique du 2 août 2005, obligatoire d'affecter des ressources à cette caisse à due concurrence du coût d'amortissement de la dette transférée. Cette obligation a d'autant moins pesé que le transfert des déficits de l'assurance maladie à la CADES n'est pas automatique.

Cette contrainte ne joue pas en effet pour la partie de la dette de l'assurance maladie à court terme qui demeure gérée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dans l'attente d'un transfert

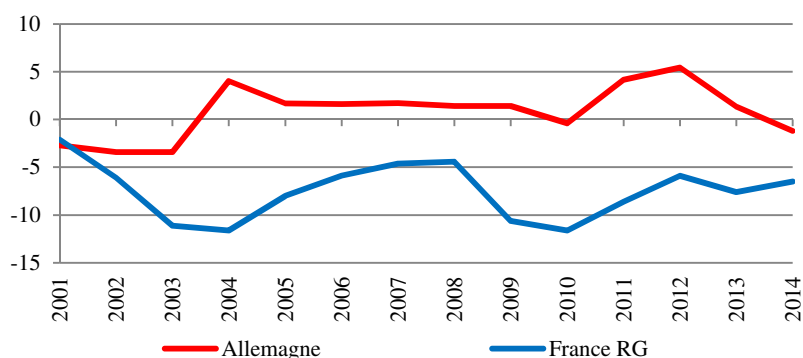
éventuel à la CADES (13 Md€ à fin 2014, au titre des exercices 2013 et 2014)<sup>789</sup>.

### C - Des résultats de gestion contrastés

Le graphique présenté *infra* montre des résultats contrastés sur la période longue 2000-2014. Entre 2004 et 2013, l'assurance maladie légale allemande a constamment dégagé des excédents. Fin 2014, elle avait accumulé 11,8 Md€ d'excédents, tandis que la branche maladie du régime général de sécurité sociale français enregistrait 104,8 Md€ de déficits. Selon l'estimation de la Cour, la proportion de la dette transférée à la CADES qui provient de déficits de l'assurance maladie est de l'ordre de 55 %, ce qui signifie qu'un peu plus de la moitié de la charge annuelle d'amortissement de la CADES résulte des déficits de la branche maladie, soit de l'ordre de 0,4 point de PIB.

**Graphique n° 46 : soldes de l'assurance maladie légale allemande et de la branche maladie du régime général français (2001-2014)**

*En Md€ courants*



Source : Ministère fédéral de la santé, lois de financement de la sécurité sociale et rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

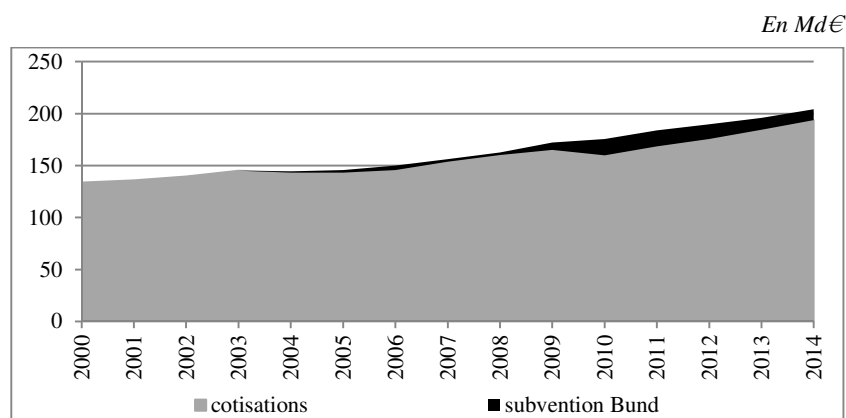
#### 1 - Le pilotage des soldes en Allemagne

En Allemagne, le financement de l'assurance maladie repose essentiellement sur les cotisations acquittées par les employeurs et par les salariés. Celles-ci se montent au total en 2015 à 14,6 % du salaire dans la

<sup>789</sup>. Voir chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction modérée des déficits en 2014, un objectif de retour à l'équilibre reporté, p. 17-63.

limite d'un plafond<sup>790</sup>, réparties à égalité entre les deux contributeurs, à l'exception de la cotisation supplémentaire, qui s'ajoute à ces cotisations de base, mais qui pèse sur les seuls assurés (voir *supra*). La subvention de l'État fédéral vient en appoint de cette ressource principale<sup>791</sup>.

**Graphique n° 47 : évolution de la structure des recettes de l'assurance maladie légale en Allemagne (2000-2014)**



Source : Ministère fédéral de la santé.

Au début de la décennie 2000, dans un contexte de faible croissance économique et de déficits publics, l'Allemagne s'est engagée dans une politique de réformes structurelles dans le domaine de la santé parallèlement à un effort de consolidation budgétaire.

Dans ce cadre, après deux années de déficits de l'assurance maladie, la loi portant modernisation de l'assurance maladie du 14 novembre 2003 a mis en place une série de mesures fortes, à hauteur de 1,1 % du PIB, conduisant au rétablissement des comptes de l'assurance maladie légale dès 2004. Ce texte a, comme vu *supra*, porté principalement des mesures de compression des dépenses de l'assurance maladie avec une forte augmentation des franchises payées par les patients, mais également un accroissement des recettes, avec l'introduction d'une subvention de l'État fédéral financée par une augmentation des droits sur le tabac, qui s'est montée en 2004 à 1 Md€, puis a été progressivement portée à 4,2 Md€ en 2006.

790. 4 050 € mensuels en 2014.

791. Les recettes sont constituées à 92,6 % par les cotisations et à 7,4 % par la subvention.

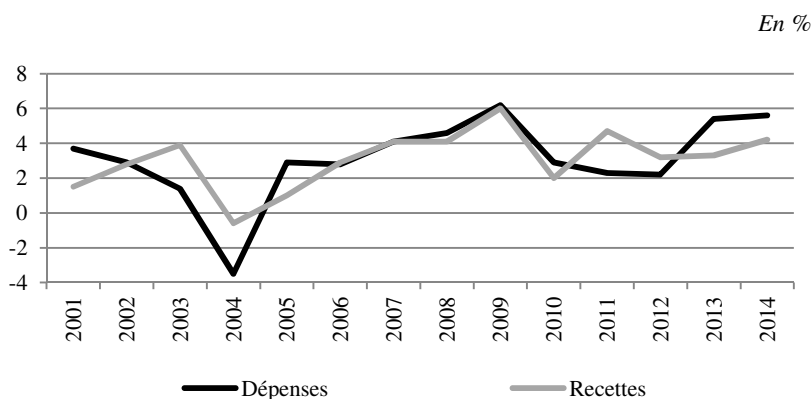


La loi relative au financement de l'assurance maladie légale du 22 décembre 2010 est venue quant à elle répondre aux difficultés économiques des années 2009-2010 en imposant notamment un « gel financier » aux caisses, en limitant fortement la rémunération des médecins pour les années 2011 et 2012 et, du côté des recettes, en augmentant substantiellement la subvention de l'État fédéral, jusqu'à 15,7 Md€ en 2010.

Les taux de cotisation ont eu tendance à augmenter pendant les phases de tension financière puisqu'ils sont passés de 13,54 % en moyenne en 2001 à 14,31 % en 2003 et de 13,28 % en 2006 à 15,5 % en 2011, alors qu'ils ont au contraire baissé en dehors de ces périodes.

Après 2012, les bonnes conditions financières d'ensemble de l'assurance maladie ont permis à la fois un accroissement des dépenses et une diminution de la subvention fédérale, qui ne s'élevait plus qu'à 10,5 Md€ en 2014.

**Graphique n° 48 : taux de croissance des recettes et des dépenses de l'assurance maladie légale en Allemagne (2001-2014)**



Source : Ministère fédéral de la santé.

## 2 - Un freinage plus marqué des dépenses en France ces dernières années

En France, les recettes ont été plus diversifiées qu'en Allemagne, puisque les cotisations ne représentent plus que 45,6 % du total, principalement du fait du poids de la cotisation sociale généralisée (CSG, 35,2 %). S'il n'y a pas, dans notre pays, de subvention budgétaire directe de l'État à l'assurance maladie comme en Allemagne, des ressources fiscales importantes ont toutefois été progressivement affectées à la

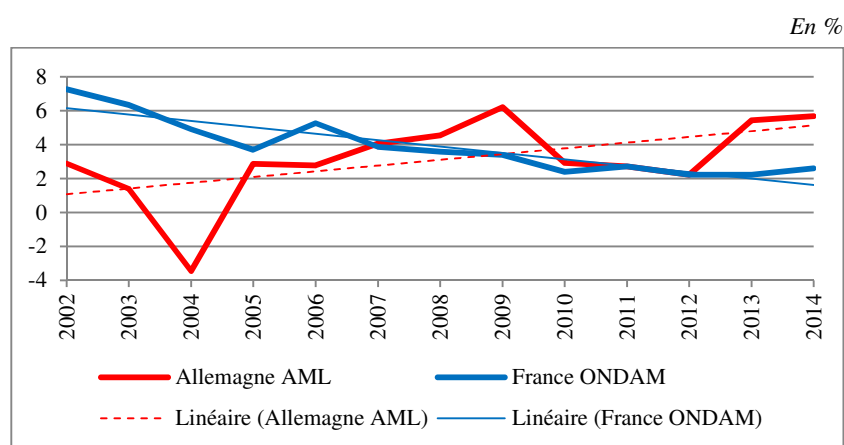
branche maladie pour compléter son financement. Elles représentent en 2015, pour le seul régime général, 23,9 Md€ et 16,6 % de ses recettes.

Du fait de la variété de ses ressources et de la moins grande sensibilité du PIB à la crise de 2009, la branche maladie doit en partie son déficit au dynamisme de ses dépenses et au fait que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été, sur une grande partie de la période, dépassé.

Cependant l'accent mis, dans le pilotage des finances de l'assurance maladie, sur le contrôle de l'évolution des dépenses par l'ONDAM a enregistré des résultats positifs au cours de la période récente.

Alors que, jusqu'en 2007, les dépenses ont été plus dynamiques en France qu'en Allemagne, le graphique *infra* montre que depuis cette date, la situation inverse s'est presque toujours présentée, le différentiel des taux d'augmentation des dépenses devenant significatif en 2013 et 2014.

**Graphique n° 49 : taux de progression de l'ONDAM en France et des dépenses de l'assurance maladie légale en Allemagne (2002-2014)**

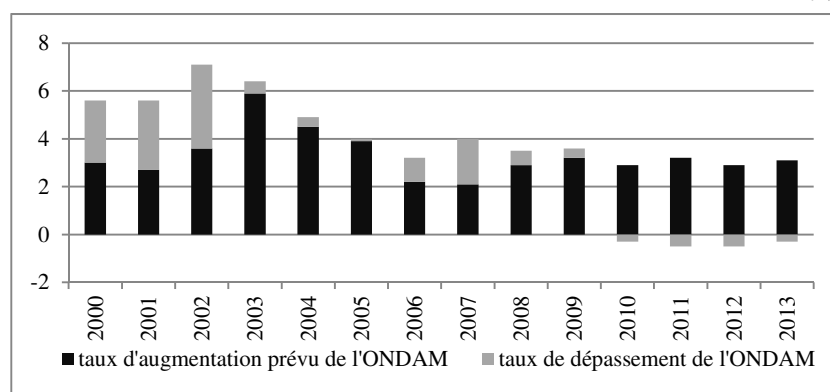


Source : Ministère fédéral de la santé, lois de financement de la sécurité sociale.

L'amélioration de la situation relève non seulement d'une modération croissante de l'augmentation des plafonds prévisionnels de dépenses, mais aussi de la disparition des dépassements à partir de 2010<sup>792</sup>.

#### Graphique n° 50 : décomposition du taux d'augmentation de l'ONDAM

En %



Source : Écosanté, CCSS.

La modération des dépenses ne s'est en revanche pas accompagnée d'une disparition des déficits de la branche maladie, comme vu *supra*. Le dispositif de limitation des reprises de dettes par la CADES s'est dans une certaine mesure transformé en un mécanisme de financement des déficits.

792. Le taux de croissance de l'ONDAM est cependant resté en France, pendant toute la période, nettement supérieur à la croissance économique exprimée en termes nominaux et ce dans une mesure supérieure à l'Allemagne, ce qui explique notamment que la part des dépenses de santé dans le PIB augmente tendanciellement plus vite dans le premier que dans le second pays (cf. *supra*, graphique n° 45).

### Des performances inégales en matière de dépenses administratives

Les dépenses administratives semblent de prime abord plus faibles en France puisqu'elles s'y montaient, pour l'assurance maladie obligatoire de base, à 6,5 Md€ en 2011, alors que le Fonds de santé allemand a versé cette même année 9,4 Md€ aux caisses à ce titre<sup>793</sup>.

Toutefois, lorsque l'on cherche à appréhender l'ensemble des coûts de gestion de l'assurance maladie en intégrant ceux de l'assurance complémentaire en France et ceux de l'assurance privée en Allemagne, la comparaison est plus favorable à ce dernier pays. Les dépenses administratives de l'assurance maladie complémentaire ont en effet été évaluées récemment à 6 Md€ par les inspections générales des finances et des affaires sociales<sup>794</sup>, alors qu'en Allemagne, elles s'élèvent à 3,25 Md€<sup>795</sup>.

Au total, le coût de fonctionnement de l'assurance maladie prise dans son ensemble serait donc inférieur en Allemagne à ce qu'il est en France (environ 160 € par habitant contre environ 195 €/habitant).

\*

\* \*

Les deux pays ont développé des philosophies distinctes de la régulation financière de l'assurance maladie. C'est un principe d'équilibre des comptes qui a été introduit en Allemagne, sous des formes variées, dans les règles de pilotage budgétaire des organismes qui gèrent les prestations de l'assurance maladie légale. Son application est facilitée par des leviers d'action diversifiés. En France, au contraire, c'est, avec l'ONDAM, un outil de contrôle des dépenses qui a été mis en œuvre et progressivement renforcé.

793. Une étude de 2010 montre que les dépenses réelles sont légèrement inférieures à ce chiffre (*Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung ADMED*), *Potentiels d'économies dans les coûts administratifs des caisses d'assurance maladie légale (Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen)*. Le ministère fédéral de la santé signale en outre de fortes disparités entre les caisses (de 3,5 % à 6,5 % de dépenses administratives). Les chiffres français et allemands provenant de sources différentes et non harmonisées (CCSS et BMG), des différences de méthodes de comptabilisation peuvent exister.

794. IGF-IGAS, *Rapport sur les coûts de gestion de l'assurance maladie*, septembre 2013.

795. Le chiffre d'affaire total de l'assurance privée était de 33,2 Md€ en 2014 (rapport d'activité de l'Union des assurances privées), hors assurance dépendance et contrats particuliers. Sur cette somme, 7,7 Md€ concernent l'assurance complémentaire. La même source chiffre à 3,25 Md€ les coûts administratifs de gestion de ces contrats.

Cette différence dans le choix des instruments mis en œuvre se retrouve dans les résultats de la gestion. En effet, l'Allemagne a réagi rapidement lorsque sont apparues des difficultés financières et est parvenue à gérer l'assurance maladie légale à l'équilibre et même en excédent sur la durée. En France, en revanche, de meilleures performances ont été atteintes dans la maîtrise des dépenses, mais tardivement. Malgré ces progrès, l'assurance maladie n'est pas gérée en fonction d'un principe d'équilibre de ses comptes, ce qui concourt à expliquer la permanence de son déficit depuis le début des années 2000.

### **III - Des formules propres à chaque pays pour le pilotage des dépenses sectorielles**

#### **A - Des enjeux similaires pour les dépenses hospitalières**

Entre 2003 et 2012, les dépenses hospitalières courantes<sup>796</sup> ont connu une croissance légèrement moins dynamique outre-Rhin (+35,7 % en France, +31,4 % en Allemagne). La situation s'est cependant inversée en fin de période : entre 2008 et 2012, les dépenses hospitalières allemandes ont crû de 17,1 % contre 11,8 % pour les dépenses françaises.

##### **1 - La réorganisation de l'offre : un enjeu en Allemagne comme en France**

###### *a) La restructuration des hôpitaux et le pilotage de l'offre*

Les deux pays sont engagés dans une démarche de rationalisation de leur parc hospitalier qui s'est traduite, entre 2000 et 2012, par une diminution du nombre des lits de 10,5 % en Allemagne (-11,8 % pour le court séjour) et de 14,4 % en France (-8,2 % pour le même secteur).

À la différence de la France, cette diminution du nombre des lits s'est accompagnée en Allemagne d'une progression nette de la part de marché des établissements privés à but lucratif (+ 3,5 points entre 2006 et 2012), au détriment de l'hôpital public. Cette situation s'explique par un important mouvement d'absorption de structures publiques par des

---

796. Les données utilisées sont celles de l'OCDE. L'agrégat inclut les soins aigus et les soins de suite et de réadaptation. L'investissement, qui n'est pas financé par l'assurance maladie légale en Allemagne, mais par les *Länder*, n'est pas inclus.

chaînes d'hôpitaux privés à but lucratif, notamment dans les *Länder* orientaux<sup>797</sup>.

Le pilotage de l'offre de soins hospitaliers est en Allemagne de la responsabilité des *Länder*. Ils élaborent une carte hospitalière qui détermine le niveau de l'offre, à la fois en quantité (nombre de lits, nombre de sites, taux d'occupation cible) et en qualité (spécialités, degré de technicité ou de spécialisation des structures). La compétence des *Länder* se limite cependant aux soins de médecine, chirurgie et obstétrique et aux soins psychiatriques. Ils disposent également d'un droit de regard sur la qualité de la gestion des hôpitaux dès lors que leur activité pourrait être mises en péril. Ils peuvent ainsi conseiller les établissements, voire décider de mesures de redressement financier, comme par exemple la fermeture d'un site ou d'un service ou encore sa fusion avec une autre entité.

En France, l'offre hospitalière est également pilotée dans un cadre territorial, mais ce pilotage relève de la compétence de l'État et des établissements publics nationaux que sont les agences régionales de santé, qui partagent avec le système allemand une compétence unifiée sur les établissements hospitaliers quel qu'en soit le statut, mais élargie aussi à tous les acteurs du système de soins : soins hospitaliers, soins ambulatoires et prise en charge médico-sociale.

*b) Une activité en plus forte croissance en Allemagne*

Les différences de périmètre et, en particulier, l'existence en France d'une activité de soins ambulatoires à l'hôpital ancienne et significativement plus développée qu'en Allemagne, rendent préférable, plutôt qu'une comparaison globale des niveaux d'activité des hôpitaux allemands et français, le recours à des données plus spécifiques. Pour ce qui concerne les séjours en hospitalisation complète, tels que mesurés par l'OCDE, la période 2006 à 2011 est marquée en Allemagne par une progression significative (+10,4 %, soit 22,3 séjours par million

---

797. La répartition des établissements de santé est de 35 % pour les hôpitaux publics, 26 % pour les établissements privés à but non lucratif et 39 % pour les cliniques privées en France et de 30 % pour les hôpitaux publics, 34 % pour les établissements privés à but non lucratif et 34 % pour les cliniques privées à but lucratif en Allemagne.

d'habitant), alors qu'elle est stable en France (-0,4 %, soit 18,2 séjours par million d'habitants en 2011<sup>798</sup>).

Cette augmentation des volumes d'activité s'explique par une diminution sensible de la durée des séjours, dans un contexte de croissance du taux d'occupation des lits à compter de 2006 (79,2 % en 2012<sup>799</sup>), c'est-à-dire pendant la période de montée en charge de la tarification à l'activité. Elle s'est accompagnée de gains de productivité sur les séjours, dont les coûts ont crû moins vite que le total des coûts de l'hôpital depuis le milieu des années 2000.

Les caisses d'assurance maladie allemandes estiment que la croissance de l'activité des hôpitaux, qui s'appuie sur une échelle de classification des coûts relatifs d'une série de groupes homogènes de séjours (*casemix*), a été en moyenne de 3 % par an ces dernières années et que seul un tiers de cette croissance peut s'expliquer par l'évolution démographique. Le rapport réalisé en application d'une disposition législative de 2012<sup>800</sup> sur les raisons du développement de l'activité dans les hôpitaux a également montré une influence de la tarification à l'activité sur la progression de celle-ci.

En conséquence, certaines mesures adoptées récemment, de même que la réforme de certaines modalités de l'assurance maladie en cours de discussion<sup>801</sup> cherchent à accentuer la réorganisation des soins, que ce soit par la transformation des surcapacités hospitalières au travers du fonds de restructuration créé en 2015 et financé par l'assurance maladie légale et par les *Länder*, ou par l'introduction de critères de qualité et de pertinence des soins pour le remboursement.

---

798. Ces données ne prennent pas en compte l'activité en ambulatoire et les soins de ville réalisés à l'hôpital.

799. Base de données statistiques de l'OCDE.

800. La législation sur le financement des hôpitaux prévoyait que les partenaires de l'« auto-administration » devaient commander une étude sur les raisons de l'inflation de l'activité et les solutions à apporter.

801. Projet de loi sur le renforcement des soins médicaux dans l'assurance maladie légale.

## 2 - L'encadrement financier des hôpitaux : la négociation des budgets en Allemagne, une déclinaison de l'ONDAM en France

### a) Un choix identique de tarification à l'activité, mais des conceptions différentes

L'Allemagne a, comme la France, opté pour un mode de remboursement des dépenses de soins hospitaliers reposant sur le niveau d'activité effectif. Il concerne depuis 2014 aussi bien les soins des services de médecine, chirurgie et obstétrique que les soins psychiatriques en Allemagne, mais continue à porter uniquement sur les premiers en France. Ce choix obéit à la nécessité non seulement de mieux maîtriser les ressources consacrées à l'hôpital, mais aussi de mieux répartir les moyens en fonction des niveaux d'activité réels et de gagner en efficacité. Les outils déployés dans les deux pays présentent cependant des différences.

#### Des différences notables dans la construction et le déploiement de l'outil de tarification

La tarification à l'activité (T2A), introduite progressivement en France à partir de 2004, consiste à rémunérer les établissements de soins non plus de façon forfaitaire, comme c'était le cas auparavant, mais en fonction des prestations effectivement réalisées et selon un tarif précis. À cette fin, une classification des actes a été établie et des enquêtes ont permis de constituer des référentiels de coûts. Les tarifs ainsi fixés sont revus tous les ans dans leur niveau global, en lien avec l'évolution de l'ONDAM et partiellement lorsque des analyses de coûts plus précises sont menées ou des reclassifications sont opérées. Des dotations complémentaires continuent de s'ajouter à la rémunération tarifaire pour certains établissements, au titre notamment des missions d'intérêt général<sup>802</sup>.

L'Allemagne a mis en place, à la même date qu'en France, une tarification à l'activité. Elle repose sur une échelle de classification des coûts relatifs d'une série de groupes homogènes de séjours. L'activité des hôpitaux se traduit donc par une valeur, le *casemix*, qui représente le nombre de séjours multiplié par la valeur relative de chaque séjour. Le budget de l'hôpital est le résultat de la multiplication du *casemix* par le prix de base moyen valable à l'échelle du *Land*.

802. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199-227, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).



La mise en œuvre de la réforme a été assortie d'une période durant laquelle les prix de base individuels de chaque hôpital ont convergé vers le prix moyen du *Land*. À la différence de la France, la période de transition s'est donc effectuée par un alignement progressif des prix vers le prix moyen plutôt que par une extension par étape du champ des activités soumises à la tarification à l'activité.

Une autre différence significative entre les systèmes allemand et français de tarification à l'activité tient au fait que des tarifs identiques s'appliquent à l'ensemble des établissements, quel qu'en soit le statut (hôpitaux publics, cliniques privées à but lucratif ou non lucratif).

L'élaboration de l'échelle relative des coûts des séjours relève d'une structure gérée conjointement par les représentants des assurances maladie légale et privée et ceux des hôpitaux. Elle repose sur l'analyse des coûts d'exploitation de plus de 200 hôpitaux. À la différence du système français, ces coûts sont considérés hors amortissement, les dépenses d'investissement ne relevant pas de l'assurance maladie légale, mais des *Länder*.

*b) Une régulation décentralisée des tarifs et des volumes en Allemagne, une régulation centralisée en France*

La régulation de la dépense hospitalière repose en Allemagne sur un système de négociations successives entre les caisses d'assurance maladie et les offreurs de soins. À l'échelon fédéral, les partenaires (Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie, Union des assurances privées, Fédération des hôpitaux allemands) négocient un taux plafond de progression du prix unitaire applicable au *casemix*. Il doit être compris entre des bornes fixées par la loi et ne peut, sauf disposition législative expresse, être inférieur à l'indice de l'évolution des coûts des hôpitaux calculé par l'office fédéral des statistiques. Le *Bund* se réserve le droit d'intervenir de façon ponctuelle dans la fixation de ce taux.

Ce taux plafond est ensuite utilisé dans le cadre des négociations entre les partenaires qui arrêtent le prix unitaire dans chaque *Land*. La marge de négociation des partenaires tend cependant à s'amoinrir : depuis 2010, les prix unitaires des *Länder* convergent vers un corridor étroit autour de la moyenne fédérale<sup>803</sup>.

L'étape la plus déterminante en termes de régulation de la dépense consiste dans la troisième phase de la négociation qui a lieu entre chaque hôpital et les caisses d'assurance maladie. Elle permet de déterminer un

803. Le prix unitaire négocié dans un *Land* doit se situer entre 98,75 % et 102,5 % du prix unitaire moyen fédéral pondéré par les séjours hospitaliers effectifs.

volume d'activité pondéré (*casemix*) autorisé auquel sera appliqué le prix unitaire. Ce budget est partiellement opposable aux hôpitaux au travers d'un double mécanisme de dégressivité tarifaire. Le premier mécanisme consiste en un bonus-malus incitant les hôpitaux à rester dans le volume d'activité négocié : une décote de 65 % du prix unitaire est appliquée aux volumes réalisés en dépassement du budget, tandis que les sous-exécutions ouvrent droit à un paiement compensatoire égal à 20 %. Un deuxième mécanisme de décote concerne les augmentations de volumes négociés d'une année sur l'autre. Il se traduit par une moindre progression du prix unitaire négocié au niveau du *Land*. Un institut de recherche allemand<sup>804</sup> a estimé que la progression des volumes pondérés des séjours de 1 % avait conduit entre 2010 et 2013 à une réduction de 0,24 % de la croissance du prix unitaire fixé à l'échelon fédéré. Depuis 2013, ce mécanisme de décote, qui du fait de son articulation avec le prix unitaire du *Land*, ne touche pas seulement les hôpitaux à l'origine de l'accroissement de l'activité, est neutralisé partiellement pour les établissements dont l'activité n'a pas progressé d'une année sur l'autre.

Bien que les évolutions des prix unitaires soient déterminées *ex ante* par les négociations aux niveaux du *Bund* et des *Länder*, c'est bien dans chaque hôpital que s'effectue l'essentiel de la régulation : du fait des mécanismes de décotes, le prix unitaire moyen varie pour chaque hôpital en fonction de son niveau d'activité au sein d'une enveloppe individuelle non fermée.

Les outils de régulation ont ainsi été construits en Allemagne à l'inverse de ce qui existe en France, où la régulation s'exerce essentiellement « par le haut » : le prix unitaire sur la base duquel est calculé le niveau de remboursement de chaque type de séjour varie en fonction du niveau d'une enveloppe globale de dépenses - l'« ONDAM hospitalier » - adoptée dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. En cas de dérapage de la dépense, un ajustement du prix unitaire peut être effectué au niveau national pour que la dépense reste dans des limites compatibles avec l'évolution projetée de l'ONDAM. La mise en place fin 2014 d'un mécanisme de dégressivité tarifaire individualisé<sup>805</sup> contribue cependant à rapprocher les deux systèmes même si la dégressivité tarifaire pour les volumes d'activité réalisés au-delà des

---

804. Étude de l'institut de recherche économique de Rhénanie Nord-Westphalie réalisée à la demande du ministère fédéral de la santé sur les fondements des différences dans les prix unitaires à l'échelon fédéré (décembre 2013).

805. En application de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale.

seuils est aujourd'hui moindre (20 %) <sup>806</sup> et le périmètre des soins concernés plus étroit.

*c) Des dépenses d'investissement financées par les Länder en Allemagne et par l'assurance maladie en France*

Le système de financement des hôpitaux allemands est dit « dual » en ce qu'il associe deux catégories d'acteurs : les caisses d'assurance maladie assurent le remboursement des dépenses courantes, tandis que les *Länder* financent les investissements (2,7 Md€ en 2012) <sup>807</sup>. Cette responsabilité est le pendant de leur compétence dans la détermination de la capacité hospitalière sur leur territoire.

Les subventions peuvent prendre deux formes : les investissements courants donnent lieu au versement d'une subvention forfaitaire, tandis que les grands projets font l'objet de subventions attribuées au cas par cas. Il existe cependant une tendance dans certains *Länder* à la globalisation des subventions pour équipements lourds sur la base d'un forfait annuel et non de projets précis. Ces forfaits peuvent être assortis d'une garantie de versement qui les rend comparables dans le principe aux aides à l'endettement par dotation reductible existant en France. Ils restent cependant moins développés outre-Rhin.

La période récente a été marquée en France par une forte relance de l'investissement hospitalier dans le cadre des Plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. La situation est inverse en Allemagne où les contraintes budgétaires pesant sur les *Länder* ont conduit ceux-ci à réduire, sensiblement pour certains, les subventions pour équipement lourd (- 35 % sur la période 2000 - 2011).

---

806. Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale.

807. Cette différence introduit donc un décalage dans la comparaison des dépenses hospitalières et d'assurance maladie entre les deux pays. Celui-ci est toutefois d'ampleur modeste, puisque les sommes en cause ne représentaient en 2012 que 3,3 % des dépenses hospitalières et moins de 1,4 % de celles de l'assurance maladie légale.

## **B - Des rémunérations des médecins à la fois plus encadrées et plus élevées en Allemagne**

### **1 - Une décision tarifaire appuyée sur une négociation à deux niveaux en Allemagne et étroitement centralisée en France**

#### *a) Un processus large et à double niveau en Allemagne*

La détermination des honoraires des médecins en Allemagne illustre pleinement le fonctionnement de l'« auto-administration » de l'assurance maladie. Les décisions sont prises au cours d'un processus de négociation à deux niveaux.

Dans chaque *Land*, les caisses, représentées par un groupement, discutent avec une Union de médecins de caisses, collectivité de droit public représentant l'ensemble des praticiens travaillant avec l'assurance maladie légale. Ces unions de médecins de caisses répartissent ensuite entre les praticiens de leur ressort les honoraires qu'elles ont négociés avec les caisses et participent à la surveillance de l'exercice de la profession.

Au niveau central, une Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie, créée par la loi en 2007, a compétence pour représenter l'ensemble des caisses et pour négocier avec l'association fédérale des médecins de caisse au sein d'un Comité d'évaluation.

Le bon fonctionnement de ces dispositifs complexes, rassemblant de nombreux acteurs à différents niveaux d'organisation géographique est facilité par plusieurs instruments.

Le premier d'entre eux est le contrat collectif. Conclu directement entre les organisations de caisses et les unions de médecins, il a directement force obligatoire, sans qu'aucune approbation par une autorité de tutelle soit nécessaire et s'applique à tous les praticiens comme à toutes les caisses.

L'organisation des acteurs de la négociation est un deuxième facteur d'efficacité du dispositif de négociation. Les présidents élus des unions de médecins ont la capacité de signer les accords qu'ils discutent, sans être tenus d'obtenir un accord spécifique de leurs mandants.

Un mécanisme de règlement des différends efficace vient enfin assurer qu'une solution sera dans tous les cas trouvée à des problèmes qui mobilisent souvent des positions opposées de la part des prestataires de soins et des caisses d'assurance maladie. Lorsque, comme c'est le cas presque chaque année, les deux parties ne parviennent pas à se mettre

d'accord dans le cadre du Comité d'évaluation sur le niveau des rémunérations à accorder pour l'année à venir, un comité élargi est mis en place, dont le président, en cas de divergence persistante, peut imposer un arbitrage appuyé par seulement l'une des parties.

*b) Une négociation conventionnelle centralisée qui ne réussit pas à associer tous les acteurs en France*

Une tentative de réorganisation a été menée avec la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie pour mieux fédérer les participants à la négociation conventionnelle. Elle s'est en partie inspirée des dispositions en vigueur en Allemagne.

Du côté des assureurs, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui rassemble l'ensemble des caisses, est maintenant en principe responsable de la conclusion des conventions, alors que dans le régime antérieur, les présidents des conseils d'administration des trois principaux régimes (général, agricole et des indépendants) participaient aux discussions. Dans le cadre de cette architecture plus resserrée, le directeur général de la CNAMTS, qui remplit statutairement la même fonction à l'UNCAM, est chargé de conduire les négociations. De plus, alors même que, contrairement à l'Allemagne où elle n'a qu'un rôle marginal, l'assurance complémentaire participe en France de façon essentielle au financement des professions de santé, elle n'est dans les faits qu'imparfaitement intégrée aux négociations. Son instance représentative, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, n'a pas été partie prenante à la négociation de nombreux accords.

Du côté des professions de santé, la loi prévoyait d'équilibrer le pôle de l'UNCAM par une Union nationale des professions de santé. Cette disposition n'a pas produit l'effet escompté, car cette structure ne joue pas de rôle interprofessionnel réel. Les règles de conclusion des accords nécessitent toujours la signature d'organisations reconnues représentatives ayant obtenu au moins 30 % des suffrages au niveau national aux élections aux unions régionales des professions de santé.

Enfin, contrairement à l'Allemagne, les partenaires de la négociation n'en sont pas les seuls acteurs. S'il n'y participe pas directement, l'État intervient dans les faits fréquemment.

## 2 - Des enveloppes de rémunération limitatives en Allemagne

Des limitations dans les paiements totaux aux cabinets de médecins existent en Allemagne sous diverses formes depuis 1996. Dans le système en vigueur depuis 2009, les deux tiers environ des versements faits par l'assurance médicale légale, soit 31,4 Md€ en 2013, sont bornés par des enveloppes qui ne peuvent être dépassées et dont les niveaux sont renégociés chaque année<sup>808</sup>.

Dans ce système, certains éléments de la rémunération des médecins font l'objet de décisions d'ensemble au niveau fédéral, selon les procédures de l'« auto-administration » exposées *supra*. Il s'agit de la Grille uniforme d'évaluation, qui détermine la liste et la valeur en points des prestations remboursées par l'assurance légale et de la valeur d'orientation du point. D'autres mesures connexes sont souvent décidées au cours des négociations tarifaires annuelles du Comité d'évaluation.

### Schéma° 7 : calcul des tarifs des prestations en Allemagne

$$\boxed{\text{Tarif d'une prestation}} = \boxed{\text{Valeur en points de la prestation dans la grille}} \times \boxed{\text{Valeur du point}}$$

Source : Cour des comptes d'après le code social allemand, livre V.

Le cadre s'appliquant effectivement aux praticiens est toutefois discuté au niveau de chaque *Land*.

Il consiste tout d'abord à déterminer une « enveloppe de rémunération globale liée à la morbidité » qui fixe la limite budgétaire maximale des dépenses de médecine de ville. Pour l'établir, il est nécessaire de combiner des éléments de prix et des quantités. Pour ce qui est des prix, certaines adaptations de la grille et de la valeur du point fédérales peuvent être arrêtées, quoique ce type de décision ne soit pris que très rarement. La fixation des paramètres quantitatifs à retenir pour l'année suivante, en fonction des besoins de soins exprimés (soins facturés l'année précédente, évolution du nombre des assurés et de leur morbidité), a, en revanche, une grande influence sur le montant final de l'enveloppe.

808 . Les autres paiements concernent les circonstances imprévues comme les épidémies, ainsi que les prestations que les pouvoirs publics souhaitent encourager pour des raisons de santé publique (vaccinations, dépistages, chirurgie ambulatoire, programmes de gestion des maladies chroniques par exemple).

**Tableau n° 98 : organisation de la négociation de la rémunération sous enveloppe des médecins en Allemagne**

Niveau d'organisation	Participants à la négociation	Résultat de la négociation
<i>Bund</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie</li> <li>• Union fédérale des médecins de caisses (représentées paritairement au sein du Comité d'évaluation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeur fédérale d'orientation du point</li> <li>• Grille uniforme d'évaluation</li> </ul>
<i>Länder</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caisses locales d'assurance maladie</li> <li>• Union locale des médecins de caisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation locale de la valeur du point (rare)</li> <li>• Adaptation locale de la grille (rare)</li> <li>• Détermination des volumes de soins conduisant à celle d'une enveloppe de rémunérations globale</li> </ul>

Source : Cour des comptes d'après le code social allemand, livre V.

Les paiements concernant les soins extérieurs à « l'enveloppe de rémunération globale liée à la morbidité », s'ils ne sont pas strictement plafonnés, font toutefois l'objet de discussions entre les caisses et les médecins. Dans certains cas, des volumes cibles d'actes sont contractualisés.

### **La régulation des dépenses de médicaments en Allemagne**

Les dépenses de médicaments restent inférieures en Allemagne malgré leur récent freinage en France : le médicament représentait en 2011 15,6 % des dépenses de santé en France, contre 14,1 % en Allemagne. En outre, la part de marché des médicaments génériques y est l'une des plus hautes d'Europe (75 % des volumes, contre 35 % en France en 2011).

Les outils de régulation outre-Rhin reposent assez largement sur la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et l'utilisation de la concurrence entre laboratoires pour faire pression sur les prix.

#### *Les laboratoires*

Plusieurs dispositifs visent à compenser le bénéfice que les laboratoires tirent de la liberté des prix.

Les tarifs de remboursement - ou tarifs de référence - de l'assurance maladie sont fixés à un niveau se situant dans le tiers inférieur des prix du marché de façon à inciter les laboratoires à baisser leurs prix afin de gagner des parts de marché.

En outre, les laboratoires doivent également contribuer à l'effort de retour à l'équilibre de l'assurance maladie par le biais des rabais légaux qu'ils accordent aux caisses d'assurance maladie, dont les taux varient en fonction de la situation financière de l'assurance maladie, ou par des gels de prix. Les caisses peuvent également négocier des rabais spécifiques directement avec les laboratoires.

Ces mécanismes s'appuient sur l'obligation faite aux pharmaciens de substituer au médicament prescrit un équivalent moins cher ou un médicament pour lequel un accord de caisse existe, sauf mention expresse du médecin sur l'ordonnance. À la différence de la France, ce ne sont pas les médicaments équivalents qui figurent sur une liste positive (répertoire des médicaments génériques), mais les médicaments non substituables.

Enfin, comme en France, un mécanisme permet de fixer le tarif de remboursement des médicaments innovants à un niveau directement en lien avec l'amélioration du service médical rendu.

#### *Les prescripteurs*

Les médecins sont également soumis à une régulation par leurs pairs et par l'assurance maladie afin que le volume de leurs prescriptions ne dépasse pas de plus de 25 % un niveau négocié annuellement. Bien que les sanctions prévues par les textes – remboursement des dépenses indues à l'assurance maladie – restent rarement appliquées, leur existence exerce, de l'avis des représentants de l'assurance maladie comme des médecins, une pression sur les volumes prescrits.

Les médecins bénéficient également d'une information statistique complète sur les pratiques de leurs pairs, les prix des médicaments et les montants concernés afin d'orienter leur propre pratique.

#### *Les assurés*

La responsabilisation des assurés passe tant par le niveau de remboursement avec l'existence de tickets modérateurs relativement élevés (entre 5 et 10 € par boîte), qui s'ajoutent à la différence qui peut exister entre le prix pratiqué par le laboratoire et le tarif de remboursement fixé par l'assurance maladie (l'impact des écarts en question sur l'accès aux soins étant maîtrisé par l'existence d'un bouclier sanitaire fonction du revenu de l'assuré, voir *supra*). En sens inverse, les assurés peuvent être exemptés du paiement du ticket modérateur lorsque le prix du médicament est inférieur au tarif de remboursement.



### 3 - Une répartition des honoraires entre médecins fondée sur le tiers-payant

#### *a) Un mécanisme de limitation quantitatif*

Les médecins de ville allemands ne sont pas, au contraire de leurs homologues français, payés directement par les patients, mais par leurs unions<sup>809</sup>.

La répartition, à l'intérieur de l'enveloppe de rémunération globale, des honoraires versés aux différents praticiens est effectuée par les unions de médecins selon des modalités complexes qui peuvent en outre varier d'un *Land* à l'autre.

Dans son principe, le mécanisme s'apparente toutefois à un « droit de tirage » à l'intérieur d'une limite. Les praticiens disposent chacun d'une référence<sup>810</sup>, établie en tenant compte de leur activité passée<sup>811</sup>. Les actes qui sont réalisés en deçà de cette référence reçoivent au cours de la période qui suit une rémunération pleine, ceux qui la dépassent sont au contraire rétribués de façon dégressive, en fonction du dépassement de l'enveloppe de rémunération globale par l'ensemble des médecins<sup>812</sup> et de façon à ce que la limite budgétaire régionale ne soit pas dépassée.

#### *b) Les conséquences sur l'accès aux soins et sur les dispositifs de réorganisation des acteurs du système de santé*

Outre qu'il simplifie la négociation paritaire en la concentrant, pour une bonne part, sur un seul chiffre, le système de rémunération sous enveloppe permet, tout en se référant à une grille tarifaire, de ne pas figer les rémunérations individuelles, qui doivent être compatibles dans tous les cas avec une limite globale. En revanche, la menace de sanction en cas de dépassement fait que certains soins non urgents peuvent être reportés à la période trimestrielle suivante.

Sans devoir recourir à des suppléments d'honoraires au-delà de la Grille uniforme d'évaluation, le système de rémunération ménage également, par le simple jeu de l'exonération des abattements, des marges

---

809. Sauf pour les patients qui relèvent de l'assurance privée.

810. Ce sont des « quantités de services standard curatifs » pour la majorité des actes et des « volumes additionnels liés à des qualifications » pour certains autres.

811. Des abattements affectent toutefois les cabinets les plus importants.

812. Ainsi, un médecin ayant dépassé sa référence sans que, pendant la même période, la limite budgétaire régionale ait été dépassée, ne sera pas pénalisé.

de manœuvre pour des politiques incitatives en faveur de certaines prestations ou certains types de contrats. Des programmes de traitement structurés pour les maladies chroniques associant plusieurs types de prestataires de soins ont ainsi pu être développés et atteindre plusieurs millions de patients en limitant les coûts additionnels pour le Fonds de santé<sup>813</sup>.

La faculté de considérer, dans la mise en œuvre du mécanisme de répartition des honoraires, certains regroupements de praticiens comme une seule unité, permet de compenser les dépassements d'actes réalisés par certains participants par les sous-réalisations d'autres. Elle a également encouragé certaines formes de réorganisation de l'exercice de la profession, comme les centres de soins médicaux ou les réseaux de santé.

Des aides à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées ou des rachats de cabinets dans les régions où les praticiens sont au contraire trop nombreux sont également en partie financées par prélèvement sur les enveloppes de rémunération.

#### **4 - Des rémunérations plus élevées et plus dynamiques en Allemagne qu'en France dans la période récente**

À côté de la classification commune des actes médicaux, qui concerne les actes techniques, la rémunération des médecins de ville repose essentiellement en France, pour les visites et les consultations, sur une grille fixe de tarifs. En revanche, aucune limitation quantitative ne vient encadrer leurs honoraires, au contraire de ce qui existe en Allemagne.

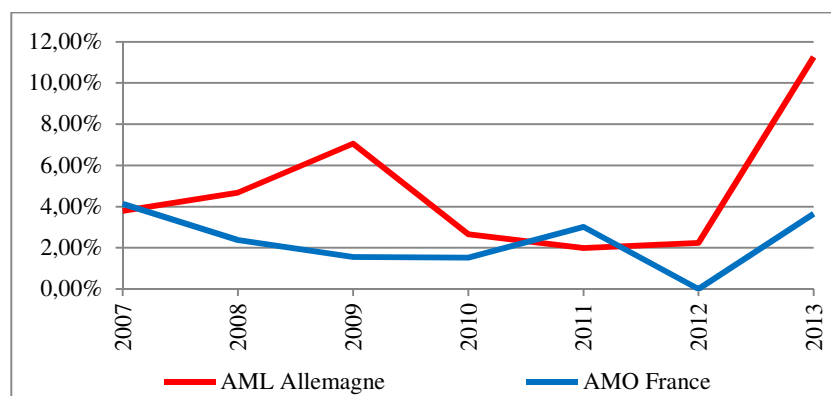
En France, afin de limiter l'augmentation des dépenses de soins de ville, ce sont les revalorisations de la grille elle-même qui ont été limitées. De ce fait, l'évolution de cette catégorie de dépenses a été, au cours des années récentes, moins dynamique en France qu'en Allemagne. Dans ce pays, au contraire, sauf pendant la période 2010-2012 où elles ont été limitées par la loi, de nombreuses mesures positives ont été négociées entre les caisses et les médecins. Une revalorisation de la grille a ainsi été décidée en 2009, ainsi que plusieurs augmentations de la valeur

---

813. Les caisses mettant en place ces programmes reçoivent toutefois du Fonds de santé une aide - 148 € par dossier en 2013 - qui diminue régulièrement. L'exonération des franchises sur les soins médicaux dont bénéficient depuis 2008 les adhérents à ces dispositifs, ainsi que les tarifs optionnels que peuvent leur offrir les caisses, contribuent également à leur succès.

du point. La suppression de la franchise sur les consultations a en outre occasionné en 2013 un fort ressaut des dépenses, même si celles-ci n'ont pas, dans ce cas, bénéficié aux praticiens, mais aux assurés.

**Graphique n° 51 : taux de progression des dépenses de médecine de ville en Allemagne et en France (2007-2013)**



Source : Ministère fédéral de la santé, CNAMTS.

S'agissant de la France, cette analyse doit toutefois être nuancée par le développement récent de formes de rémunération alternatives à la rémunération à l'acte, sous forme de forfaits et de rémunération sur objectifs de santé publique. Cette dernière forme de rémunération, très minoritaire encore, est acquise en fonction de l'atteinte de certains indicateurs dans une logique qui n'est pas sans s'apparenter à celle qui préside à la détermination de marges incitatives dans les enveloppes de rémunération des médecins allemands.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte la dynamique de développement des dépassements d'honoraires<sup>814</sup>. Ils ont atteint 2,4 Md€ en 2013, soit 12 % du volume total des honoraires. Pour les seuls spécialistes, ils atteignent à 2,15 Md€ et concernent 43 % d'entre eux (contre 9,5 % pour les généralistes). Le taux de dépassement moyen, qui représente désormais 54,1 % du tarif de base, a doublé depuis 1990, même si un léger tassement s'est fait sentir récemment, en relation

814. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépenses, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

vraisemblablement avec les mesures incitatives prévues par l'avenant 8 à la convention médicale<sup>815</sup>.

Les dépassements ne sont pas autorisés en Allemagne pour les assurés relevant de l'assurance médicale légale<sup>816</sup>. Les médecins traitant des patients assurés auprès de compagnies privées peuvent en revanche pratiquer des dépassements d'honoraires qui peuvent être très importants<sup>817</sup> et qui contribuent de façon décisive aux revenus globaux de la profession<sup>818</sup>, mais ce phénomène n'affecte que la part minoritaire de la population qui a souscrit un contrat d'assurance privée plutôt que de rester affiliée à une caisse publique (11 % environ).

Au total, comme indiqué *supra*, la rémunération moyenne des médecins généralistes était en 2011 supérieure de 68 % en Allemagne à ce qu'elle était en France et celle des spécialistes de 36 %.

\*  
\* \*

Si le périmètre des dépenses hospitalières varie sensiblement entre les deux pays, ces derniers sont confrontés à des enjeux similaires, quoique plus accentués en Allemagne, de réorganisation de l'offre de soins et de maîtrise des effets inflationnistes de la tarification à l'activité. L'Allemagne a d'ores et déjà mis en place des mécanismes de dégressivité tarifaire en fonction des volumes de soins, alors que la France n'a introduit ce type de mécanisme que depuis 2015 et réfléchit aux moyens qui permettraient de mieux articuler le niveau de remboursement avec des objectifs de qualité et de pertinence des soins.

Les honoraires des médecins de ville en Allemagne sont décidés par la voie de négociations paritaires essentiellement locales entre les caisses et les médecins. Leur volume est en grande partie encadré par des enveloppes calibrées en fonction du nombre et de la morbidité des patients couverts. Leur répartition entre les praticiens est mise en œuvre par les unions de médecins elles-mêmes, *via* un système de tiers-payant et sur la base de références individuelles glissantes. Ce système n'autorise pas, comme c'est le cas en France, de dépassements tarifaires, même si, pour les patients couverts par l'assurance privée, un régime de

---

815. Créant notamment le nouveau « contrat d'accès aux soins ».

816. En revanche, les prestations non remboursées ont eu tendance à se développer ces dernières années.

817. Dans certaines conditions, jusqu'à 3,5 fois le tarif de la grille spécifique à l'assurance privée.

818. 29 % en 2013, d'après une étude de l'Office statistique fédéral.

rémunérations beaucoup plus avantageux est possible. Le système allemand, qui impose un encadrement des honoraires et une responsabilisation financière des praticiens, a également permis de consolider un volume de dépenses de médecine de ville, correspondant pour l'essentiel à des rémunérations, plus élevé et, sur la période récente, plus dynamique qu'en France.

---

### CONCLUSION

---

*La comparaison des systèmes d'assurance maladie entre la France et l'Allemagne met en relief des conceptions différentes du rôle des acteurs, de l'architecture des responsabilités et des règles d'organisation. Même si les écarts dans les structures de base et les traditions des deux pays sont fortes et ne peuvent laisser penser qu'une transposition pure et simple de solutions adoptées dans l'un d'entre eux serait appropriée, les constats faits permettent d'ouvrir plusieurs champs de réflexion en termes d'efficience, de pilotage et de soutenabilité.*

*En matière d'efficience générale de l'assurance maladie, les solutions qui ont émergé en Allemagne - maintien d'un niveau de remboursement élevé par l'assurance légale, mais sur un champ d'actes de soins et de biens de santé moins large, mise en place d'un « bouclier sanitaire » plafonnant les restes à charge en fonction de critères de revenus - peuvent conduire à s'interroger sur le choix constant fait en France de concentrer sur le dispositif des affections de longue durée une part croissante des remboursements, avec pour corollaire un recours progressivement généralisé à une couverture complémentaire qui engage des financements publics considérables au double titre de la protection d'entreprise et des dispositifs mis en place au bénéfice des ménages défavorisés, tout en laissant à la charge des assurés des restes à financer qui peuvent être élevés.*

*S'agissant du pilotage du système, le rôle essentiel que jouent en Allemagne les partenaires de l'assurance maladie pour prendre les décisions d'organisation et de fixation d'enveloppes tarifaires limitatives et pour répartir entre les médecins, les honoraires qui leur sont versés par leurs unions en tiers payant, ne peut manquer de retenir l'attention. Sur un autre plan, l'expérience allemande met en exergue le rôle de la dégressivité des tarifs pour peser sur le volume de l'activité à l'hôpital. Dans le domaine du médicament, enfin, les dispositions prises pour développer la prescription des génériques ont porté beaucoup plus de fruits qu'en France.*

---

*L'exemple allemand montre que des règles strictes dans le contrôle de certaines dépenses sectorielles permettent en définitive à toutes les parties prenantes du système de santé d'en retirer des bénéfices, qu'il s'agisse des médecins, par des revenus élevés, des patients, qui bénéficient de niveaux de prise en charge appropriés et de tarifs respectés et des entreprises et des ménages qui en assurent le financement, parce que ces disciplines contribuent à l'équilibre financier de l'assurance maladie en prévenant ainsi le poids très lourd du financement de la dette sociale.*

*Pour ce qui est de la soutenabilité financière de l'assurance maladie, en effet, la priorité sous contrainte législative que l'Allemagne accorde à son équilibre financier s'est traduite par la mise en œuvre ces dernières années, de dispositifs conduisant à des excédents et à l'accumulation de réserves appréciables. Les résultats moins favorables de la France dans ce domaine montrent la nécessité, maintes fois soulignée par la Cour, de renforcer l'ONDAM, par une meilleure formulation, un calibrage plus juste, une pesée plus forte et plus décisive sur chaque compartiment de la dépense. Cet affermissement devrait s'inscrire dans le cadre plus large de la consolidation du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale, dont la Cour a également montré l'intérêt dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2014. Une réflexion pourrait à cette occasion s'ouvrir sur l'opportunité de compléter ce cadre par une règle d'équilibrage proscrivant, sous une forme ou une autre, des déficits durables de l'assurance maladie.*

---