

## LA SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE ALLEMANDE ET BRITANNIQUE APRES LES REFORMES

Les régimes de protection sociale allemand et anglais reposent sur des logiques différentes. Le système de santé allemand, d'inspiration bismarckienne, est fondé sur des assurances sociales où les prestations sont financées par les salariés. Le système britannique, de type beveridgien, repose quant à lui sur un système national de santé (*National Health Service*, NHS) financé par l'impôt, destiné à assurer la gratuité des soins à l'ensemble de la population.

Bien que très différents, ces deux régimes sont soumis au même phénomène de progression rapide des dépenses de santé qui nécessite la mise en œuvre de mesures de redressement.

### La réforme du régime d'assurance maladie allemand<sup>1</sup>

#### Des effets rapides et significatifs de la réforme de 2003, mais une reprise de certains postes de dépenses en 2005

Les caisses ont enregistré un excédent de 4,0 Mds€ en 2004 après avoir connu un déficit de 3,6 Mds€ en 2003. Le ralentissement des dépenses observé en 2004 après la mise en place de la réforme semble néanmoins devoir rester temporaire, car en 2005, l'excédent se réduit à 1,8 Mds€, soit un niveau inférieur de 40 % à celui de 2004 (*cf.* graphique 1). Même si la reprise des dépenses observée en 2005 semble de prime abord modérée (+2,6 %) en raison de la réussite de la réforme sur les soins de ville (effet notamment de l'instauration du ticket modérateur de 10 € par trimestre pour les consultations), certaines évolutions sont préoccupantes (*cf.* tableau 1) :

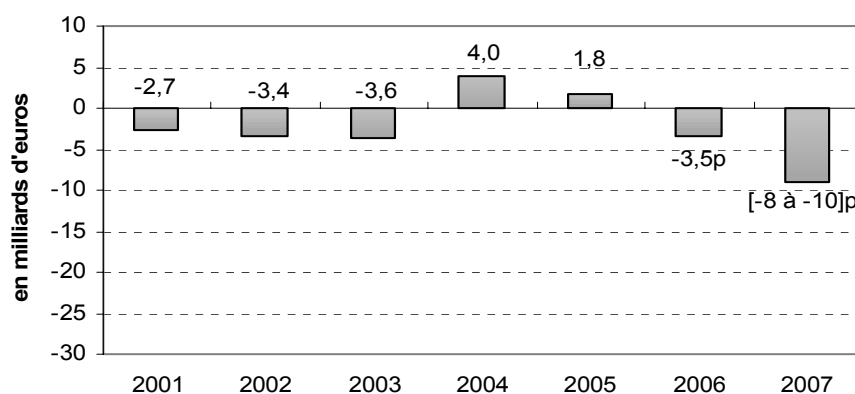
- la forte progression des dépenses de médicaments qui atteignent 25,4 Mds€ (+16,5 % par rapport à 2004, contre +5 % en France la même année)<sup>2</sup> ;
- les dépenses liées à l'hôpital dont la croissance s'accélère un peu en 2005 (2,9%) malgré la réforme de 2003 (relèvement du forfait hospitalier).

Par ailleurs, le maintien de l'excédent est en grande partie assuré par la subvention versée par l'Etat (issue des taxes sur les tabacs) qui permet d'accroître les recettes globales des caisses. Il s'agit d'une subvention forfaitaire obligatoire créée par la réforme de 2003, que le gouvernement fédéral doit verser aux caisses publiques d'assurance maladie. Son montant est d'1 Md€ en 2004, 2,5 Mds€ en 2005 et 4,2 Mds€ chaque année à partir de 2006. L'augmentation de cette subvention en 2005 a représenté près de la moitié de l'accroissement des recettes. Les recettes de cotisation n'ont que peu augmenté en lien avec la modération salariale et une évolution médiocre de l'emploi.

<sup>1</sup> Les données statistiques de cette présentation sont pour la plupart reprises du rapport d'A. Vasselle et B. Cazeau (2006), « Préserver la compétitivité du site « Allemagne » : les mutations de la protection sociale Outre-Rhin », Rapport d'information n° 439, *Sénat*, juin 2006, 80 p. Cf. également : « La réforme de l'assurance maladie en Allemagne », fiche 8-5, rapport CCSS, mai 2004 et « Premiers résultats de la réforme allemande du système de santé », Fiche 9-2, rapport CCSS, sept. 2005.

<sup>2</sup> Une partie de cette hausse provient d'un effet statistique lié à des achats anticipés de médicaments en décembre 2003, en prévision de la réforme au 1<sup>er</sup> janvier 2004, qui se sont traduits par des dépenses plus faibles dans les premiers mois de 2004. Malgré cela, l'augmentation est supérieure à ce qui était prévu par les caisses (5,8 %) pour 2005.

**Graphique 1 – Evolution du solde budgétaire de la branche maladie de la sécurité sociale allemande**



Note : p : prévision.

Sources : Ambassade de France en Allemagne (2001-2005) ; Rapport Sénat juin 2006 (2006-2007).

**Tableau 1 – Montant et évolution des dépenses d'assurance maladie**

	2004	2005	Variation Mds€	%
Consultations médicales	21,4	21,6	0,2	0,9%
Consultations dentaires	7,7	7,5	-0,2	-2,6%
Prothèses dentaires	3,6	2,4	-1,2	-33,3%
Hôpital	47,6	49,0	1,4	2,9%
Médicaments	21,8	25,4	3,6	16,5%
Adjuvants	3,6	3,7	0,1	2,8%
Appareils et prothèses	4,5	4,5	0,0	0,0%
Congés maladie	6,4	5,9	-0,5	-7,8%
Transports/ambulance	2,6	2,8	0,2	7,7%
Coûts administratifs	8,1	8,1	0,0	0,0%
Autres	12,6	12,7	0,1	0,8%
<b>Total</b>	<b>139,9</b>	<b>143,6</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6%</b>

Source : Rapport Sénat juin 2006.

Début 2006, les dépenses ont conservé leur dynamique haussière et les caisses d'assurance maladie du régime obligatoire ont atteint un niveau préoccupant dès le premier trimestre, avec un déficit de 1,2 Md€. Ce déficit est supposé atteindre 3,5 Mds€ sur l'année en relation avec différents facteurs tels que la hausse des dépenses en médicaments, les coûts de personnel, et l'épuisement progressif des réserves fédérales liées au déremboursement de prestations.

### **Un compromis sur la nécessité d'une nouvelle réforme**

Même si des effets conjoncturels positifs ont été indéniablement obtenu, les mesures mises en œuvre apparaissent insuffisantes pour garantir la viabilité à long terme du système d'assurance maladie. Des déficits importants de l'ordre de 8 à 10 Mds€ annuels sont prévus à partir de 2007 selon les estimations du patronat et des caisses d'assurance maladie. Les partis de la coalition (CDU/CSU et SPD) sont parvenus à un accord le 4 juillet 2006 sur la nouvelle réforme du système de santé. Les principales mesures portent sur l'augmentation des cotisations, la création d'un fonds pour la santé et pour la première fois en Allemagne, l'appel à l'impôt pour le financement des caisses d'assurance maladie publiques (cf. encadré 1). Cependant ces réformes initialement annoncées pour le 1<sup>er</sup> janvier 2007 ne devraient entrer en vigueur que le 1<sup>er</sup> avril en raison de la complexité du projet.

### Encadré 1 – Mesures adoptées en 2006 et envisagées pour 2007

- Une **nouvelle loi sur le médicament dite « loi pour l'amélioration de l'économie des prestations pharmaceutiques »** (*Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitgesetz - AVWG*) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006 doit engendrer des économies de près de 1,3 Md€ sur les dépenses de médicaments des caisses d'assurance maladie publique. Elle comprend les mesures suivantes :
  - blocage du prix des médicaments pendant 2 ans (jusqu'en mars 2008) pour enrayer la hausse des dépenses,
  - instauration d'un rabais de 10 % que les génériques doivent consentir aux caisses d'assurance maladie (les génériques représentent 35 à 40 % du marché allemand qui occupe le 2<sup>ème</sup> rang mondial des génériques),
  - régionalisation de l'objectif de dépenses pour trois groupes de médicaments particulièrement utilisés,
  - instauration d'un système de « bonus-malus » sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins concernant les dépenses de médicaments (limitation des prescriptions en échange d'une revalorisation des honoraires),

En contrepartie, l'augmentation de la TVA de 3 points (de 16 à 19 %) en 2007 renchérra les médicaments remboursables, entraînant un coût supplémentaire de plus de 700 M€ pour les caisses.

- Un accord prévoit de **réduire la subvention forfaitaire provenant de la taxe sur les tabacs versée par l'Etat aux caisses de 4,2 Mds€ à 1,5 Md€ en 2007** et de la supprimer à partir de 2008. Les droits sur le tabac doivent ensuite être réaffectés au budget fédéral.

Les principales **mesures prévues pour l'année 2007** par un projet de loi conclu par la coalition gouvernementale en juillet 2006 (qui doit faire l'objet d'une présentation en Conseil des ministres en Octobre) sont les suivantes :

- **Hausse des cotisations d'assurance maladie de 0,5 point**, supportée pour moitié par les salariés et par les employeurs (le taux de cotisation avant réforme s'élève à 14,2 % en moyenne).
- **Création d'un fonds de financement pour la santé (*Gesundheitsfonds*)** en 2008, destiné à centraliser le financement des caisses. Le fonds sera ainsi financé par les cotisations des salariés et des employeurs qui seront versées dans ce fonds de gestion et non plus directement aux caisses concernées, ainsi que par un financement de l'ordre de 3 % supplémentaires de l'impôt sur le revenu (les caisses privées réservées aux revenus supérieurs au plafond pour l'assurance-maladie obligatoire -3 937,50 € par mois- ne sont pas concernées par la réforme). En principe, ce fonds reversera aux 253 caisses publiques un montant forfaitaire par assuré (contribution par tête ajustée selon le nombre et le profil des assurés). Le mode de financement de ce fonds est donc un compromis entre un système de prime forfaitaire (harmonisé) et un système de cotisation élargie (y compris aux revenus financiers).
- **Financement d'une couverture santé des enfants** (qui représente 16 Mds€ par an) **gratuite par l'impôt** à partir de 2008 (à hauteur d'1,5 Mds€ en 2008 puis de 3 Mds€ en 2009).
- **Introduction d'un renforcement de la concurrence entre les caisses**, qui peuvent négocier les prix des médicaments avec les fabricants, et qui peuvent fusionner à des fins de réduction des coûts de gestion. Les prix fixes pour les médicaments remboursables sont remplacés par un « prix plafond », et les caisses et les pharmacies ont la possibilité de négocier les prix des médicaments avec les laboratoires. Ce dispositif doit permettre d'économiser 500 M€ d'ici 2007. Dans le cas contraire, les pharmaciens devront reverser des ristournes aux caisses.
- **Limitation des prescriptions de médicaments les plus chers par les médecins généralistes** qui devront recueillir un second avis médical auprès d'un spécialiste pour pouvoir les délivrer
- **Incitation des hôpitaux à effectuer le maximum de soins en ambulatoire.**

## La réforme du système de santé britannique

Alors que l'Allemagne doit prendre des mesures pour réduire la « générosité » de son système de santé, la réforme britannique se pose en d'autres termes. Un plan de réforme global a été engagé par le Royaume-Uni en 2000 afin de pallier aux difficultés d'accès aux soins liées au sous-investissement et aux restrictions budgétaires des années précédentes. Toutefois, après une remise à niveau des dépenses, un retour à la rigueur semble nécessaire.

### Un accroissement des déficits faisant suite à un investissement massif dans le système de santé

Le gouvernement s'est engagé à augmenter les dépenses publiques britanniques de santé au profit du NHS à un rythme soutenu jusqu'en 2008. L'objectif est que la part des dépenses publiques consacrées à l'amélioration du système de santé augmente pour atteindre un niveau comparable à la moyenne des autres pays européens, soit une augmentation de 3 points de PIB, pour passer de 6,2 % en 2000 à 9,2 % du PIB en 2008. Les crédits alloués à la santé augmentent rapidement, l'objectif initial étant de passer de 66 Mds€ en 2000 à un montant de 122 Md€ en 2007-2008. Le budget du NHS est ainsi de l'ordre de 110 Mds€ en 2005 et les crédits s'accroissent au rythme sans précédent de 7,4 % par an depuis le début du plan de réforme britannique.

L'augmentation du budget a permis d'accroître les capacités du NHS (le nombre de salariés du NHS atteint 1,3 millions de personnes - infirmiers, médecins, personnel administratif ; ce qui fait du NHS le plus gros employeur du pays<sup>1</sup>), d'effectuer des revalorisations salariales (les généralistes et les infirmières sont aujourd'hui parmi les mieux payés au monde), de construire de nouveaux établissements et d'investir dans des médicaments de meilleure qualité (cf. encadré 2). Une forte amélioration de la qualité des soins est attendue, et peut notamment être reflétée par la réduction des files d'attente particulièrement longues au Royaume-Uni. L'attente pour une opération non urgente a été réduite à 6 mois. Le temps d'attente, en 2000, pour une opération de la cataracte ou une prothèse de la hanche pouvait excéder 18 mois. Le délai d'attente aux urgences a été ramené à 4 heures.

Malgré cet apport budgétaire historique, le déficit du NHS n'a cessé de se creuser depuis le début du plan. Le déficit du service public de santé britannique a doublé en un an pour atteindre 754 M€ nets à la fin de l'année fiscale qui s'est achevée le 31 mars 2006 (contre 371 M€ en 2004) (cf. graphique 2). Le NHS accuse donc un déficit qui apparaît relativement faible (moins de 1 % du budget) mais révèle une accélération préoccupante des pertes financières. La part des organisations déficitaires augmente et représente 31 % de l'ensemble en 2005, alors que 69 % des établissements équilibrent leur budget ou dégagent des excédents (cf. graphique 3). Les deux tiers du déficit sont concentrés sur les pertes de seulement 11 % des organisations du NHS. Le directeur du NHS, Nigel Crisp, jugé responsable de la situation financière du NHS, a dû démissionner le 8 mars 2006.

Parmi les raisons avancées du déficit, on évoque :

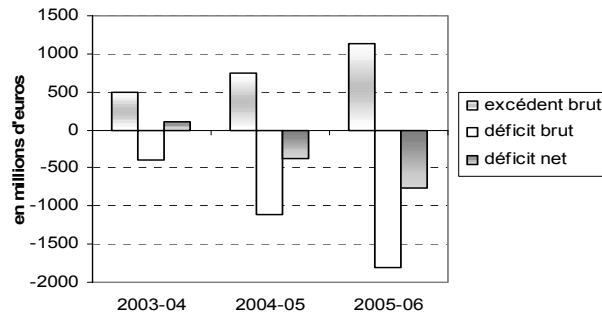
1/ Les embauches de personnel qui auraient été réalisées sans faire le lien avec l'efficacité de l'organisation des services. Les accords salariaux particulièrement favorables semblent avoir absorbé une grande partie de la manne financière. Les deux tiers du budget du NHS sont consacrés aux salaires.

2/ Le passage à une tarification complète à l'activité qui pourrait expliquer le déficit de certains hôpitaux.

3/ Les mauvaises pratiques de gestion qui seraient également responsables de la dérive budgétaire. Les hôpitaux contraints de présenter un budget à l'équilibre en fin d'année auraient eu tendance à reporter des charges les années suivantes, entraînant une accumulation des déficits.

<sup>1</sup> Les chiffres présentés concernent l'Angleterre uniquement qui représente 85 % de la population du Royaume-Uni. La même augmentation touche l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord.

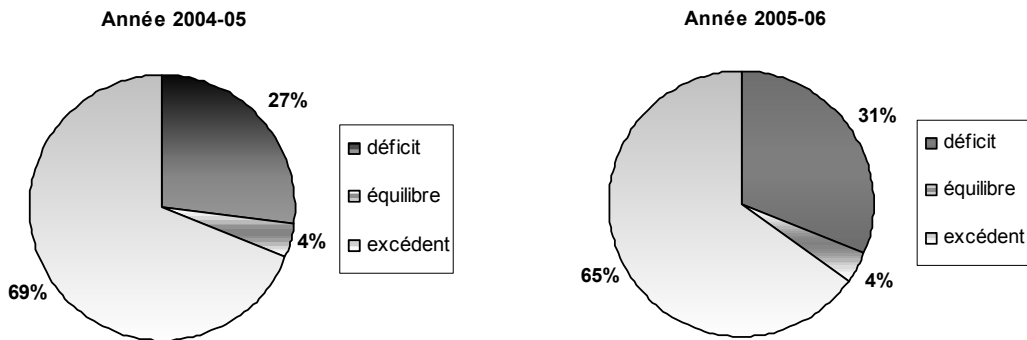
**Graphique 2 – Evolution des excédents et des déficits des organisations du NHS  
2003-2006**



Note : Le déficit net est obtenu par différence entre le total des excédents bruts dégagés par les organisations excédentaires et le total des déficits bruts des organisations déficitaires.

Source : King's fund

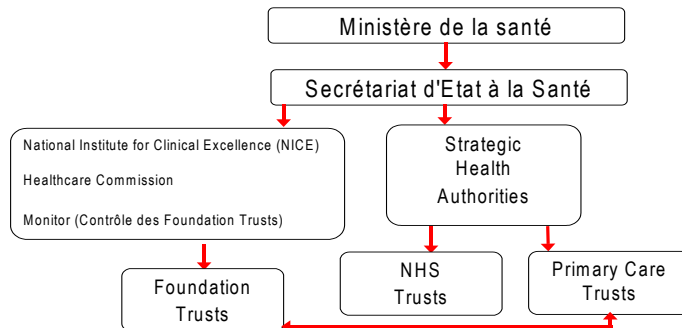
**Graphique 3 – Répartition des organisations déficitaires du NHS**



Note : Organismes présentant des comptes en déficit, à l'équilibre ou en excédent.

Source : King's fund

**Graphique 4 – Organisation du NHS**



Source : University of York

### Encadré 2 - Les principaux éléments de la réforme du NHS depuis 2003

Les principales mesures de la réforme consistent en l'introduction d'une certaine dose de « concurrence » au sein du système afin d'améliorer son efficacité et en la généralisation de la tarification à l'activité.

- **séparation des missions d'acheteurs (*commissioners*) et de fournisseurs de soins (*providers*)** en 2003 : les autorités régionales de santé (*strategic Health authorities- SHA*<sup>1</sup>) et une partie des médecins généralistes regroupés sous forme d'organisation des soins primaires (*primary care trusts -PCT*<sup>2</sup>) sont devenus acheteurs de soins pour le compte de leurs patients, et les hôpitaux sont structurés en trusts, fournisseurs de soins (cf. graphique 4). Les ressources des hôpitaux viennent en partie des acheteurs de soins avec lesquels ils passent des contrats pluri-annuels (3 ans).
- **réforme du fonctionnement des hôpitaux** : l'objectif est d'accroître la productivité des hôpitaux (publics pour la plupart) en augmentant la concurrence afin de les inciter à améliorer leurs performances et de renforcer leurs compétences comptables et financières
  - début d'autonomisation budgétaire des hôpitaux par la création des *Foundation hospitals ou trusts*<sup>3</sup> en 2004.
  - instauration d'un système d'objectifs (*targets*) et de classement des performances des hôpitaux en 2005 ; le système public est ainsi soumis à des objectifs de résultats et à des indicateurs de performance, c'est-à-dire que tous les hôpitaux sont notés et évalués par le NHS.
  - instauration du refus de l'Etat de subventionner les établissements déficitaires à partir de 2005 ; les établissements doivent se restructurer pour rétablir leur situation financière. Aucune tolérance comptable n'a désormais cours.
- **plan d'économie** (fin septembre 2005) en vue de limiter le déficit :
  - gel des nouveaux programmes d'investissement et de recrutement,
  - report des opérations non urgentes,
  - restructuration des SHAs et des PCTs prenant la forme de fusions : réduction du nombre de SHAs de vingt-huit à neuf ou dix et du nombre de PCTs de 303 à 120 ou 160. Il en résulte une certaine démotivation d'une partie du personnel (ceux qui vont perdre leur emploi suite au regroupement) ,
  - 12 000 suppressions d'emploi annoncées par le gouvernement (il existe certaines possibilités de reclassement des salariés dans d'autres institutions du NHS, notamment par les PCT dans le cadre de « community nursings ») ; licenciement des personnels du service de conseils médicaux à distance par téléphone et par internet (NHS Direct) ; multiplication des plans sociaux
  - mise en place d'une nouvelle stratégie de réduction des listes d'attente dans les hôpitaux publics avec un objectif de 18 semaines maximum d'attente en 2008.

<sup>1</sup> Les *Strategic Health authorities* (SHA) au nombre de 28 sont chargées du contrôle de l'efficacité du système de santé au niveau local. Elles collaborent avec les *NHS foundation ou trusts* (hôpitaux) et les *Primary Care Trusts*, élaborent les programmes tri-annuels d'amélioration de la santé et financent les PCT qui en contrepartie doivent rendre compte des opérations effectuées.

<sup>2</sup> Les *Primary care trusts* (PCT) sont des organisations administratives déconcentrées (achat de soins hospitaliers, organisation des soins primaires), auxquelles doivent adhérer les médecins généralistes qui y sont rattachés territorialement. Ils servent une population de 150 000 personnes, et reçoivent l'essentiel des dotations affectées au NHS (80 % en 2006) et gèrent le budget (médicament et hôpital) de leurs adhérents qui leur est attribué en fonction du volume des soins fournis et des services rendus aux patients. Dès lors que leur déficit n'est plus comblé, ils doivent se restructurer pour rétablir leur situation financière.

<sup>3</sup> Les *Foundation hospitals ou trusts* sont des hôpitaux d'excellence à but non lucratif qui sont ouverts au financement privé, et peuvent rémunérer leur personnel à un niveau supérieur au salaire national défini dans les hôpitaux publics. Contrôlés localement, ils disposent d'une plus grande autonomie financière et de gestion par rapport à un financement centralisé. Ils peuvent établir leur budget, réinvestir leurs profits au lieu de le rétrocéder aux structures déficitaires au sein du système de santé. Ils détiennent également une capacité autonome d'emprunt. Il existe 32 *Foundation trusts* (sur 290 hôpitaux) depuis avril 2004.

### Une inflexion prononcée vers la rigueur budgétaire pour assainir la situation financière du NHS

L'objectif annoncé par la ministre de la Santé est le retour à l'équilibre du NHS d'ici mars 2007, en précisant que des « décisions difficiles » seront nécessaires. Les abondements du NHS au rythme de 7 % annuels s'abaisseront à 3 ou 4 % au plus à partir de 2008, alors que la plupart des rapports chiffrent les besoins dans une fourchette de 4,4 à 5,6 %, ce qui implique que des mesures soient prises rapidement. La ministre demande que les organismes concernés par un déficit présentent un budget à l'équilibre au plus tard en avril 2007. Un guide financier élaboré par le Ministère de la santé demande aux organisations du NHS de dégager un surplus budgétaire en fin d'année afin de se constituer une réserve budgétaire pour faire face au ralentissement de l'abondement du système à partir de 2008. Le Ministère envoie des consultants en gestion dans les établissements déficitaires depuis janvier 2006, pour identifier les sources de sous-productivité et les restructurations nécessaires. Le gouvernement prévient que les restructurations, gel des recrutements voire licenciements, les fermetures d'hôpitaux et de services d'urgence pourraient continuer jusqu'à la fin de l'année dans les hôpitaux déficitaires en vue de rétablir leur équilibre financier. Ainsi, certaines opérations programmées sont différées voire annulées au risque de voir les files d'attente réapparaître. On assiste à un retour en arrière (allongement des files d'attente, fermetures d'hôpitaux). Désormais, le principal objectif est de rétablir l'équilibre financier du NHS (cf. encadré 3).

#### Encadré 3 – Mesures 2006

- ◆ **Tarification quasi-intégrale à l'activité (*Payment by results*)** à partir d'avril 2006 : selon ce système mis en place progressivement depuis 2002, les hôpitaux perçoivent un montant fixe pour chaque acte ou traitement sur la base des coûts moyens nationaux.
- **Elargissement du champ des hôpitaux susceptibles d'accéder au statut de *foundation trust*** auparavant réservé aux hôpitaux à trois étoiles (système de notation du NHS), en l'ouvrant aux établissements à 2 étoiles à partir de février 2006. L'objectif est d'améliorer les compétences financières et comptables des hôpitaux. La totalité des hôpitaux britanniques doit être en mesure de candidater au statut de fondation d'ici 2008. Ceci entraîne qu'en cas de difficulté financière, ces établissements ont une obligation de rééquilibrer leurs comptes, quitte à licencier ou à annuler les opérations programmées.
- **Application des techniques de management à la régulation de la consommation de soins** : les PCT sont incités à exercer des pressions sur les médecins généralistes d'une part et sur les fournisseurs des hôpitaux d'autre part, par le biais de contrats qui à défaut d'adhésion autorisent les PCT à suspendre ou réduire les paiements aux fournisseurs, et au moyen d'autres outils de managements de la demande qui impliqueront une certaine limitation de la capacité de choix des patients quant à leur lieu de prise en charge.
- **Augmentation des possibilités de choix pour le patient (*patient choice*)**. Depuis janvier 2006, les patients anglais peuvent choisir entre quatre hôpitaux ou cliniques publics ou privés (à la condition pour ces derniers que le coût de la prise en charge ne soit pas supérieur à celui du NHS) pour se faire soigner dans le cas de soins non urgents. Ils ne sont plus contraints de se rendre à l'hôpital le plus proche. La mesure s'inscrit dans le cadre d'une réforme plus large visant à briser le monopole du système national de santé (NHS) et à l'inciter à s'améliorer (le choix sera sans limite en 2008). L'objectif est d'améliorer la qualité du service et de provoquer la fermeture des hôpitaux les moins performants. Les établissements seraient incités à attirer les patients, dans la mesure où leur revenu dépendrait du nombre de patients. Le risque selon certains opposants au projet est de voir les patients se tourner vers les établissements les plus prisés, et donc de voir les listes d'attente s'allonger. Les patients sont également libres de choisir leur organisation de santé et de choisir leur médecin au sein de cette organisation (même si en pratique le rattachement géographique prévaut et les contraintes bureaucratiques rendent l'exercice de ce droit difficile).
- **Economies sur les génériques** : 2,9 Md€ au cours des 5 prochaines années (étude du *British Medical Journal*), en prescrivant notamment aux patients des génériques anti-cholestérol (statines) plutôt que des médicaments de marque. Cette catégorie représente la plus grosse dépense en médicaments du NHS (1 Md€ en 2004) et ses prescriptions devraient augmenter fortement en raison des directives du NICE (*National Institute for Clinical Excellence*).