

N° 439

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 29 juin 2006

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne,

Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU,

Sénateurs.

(1) *Cette mission est composée de :* M. Alain Vasselle, président ; M. Bernard Cazeau, vice-président ; MM. Guy Fischer et Bernard Seillier, secrétaires ; MM. Nicolas About, président de la commission des Affaires sociales, Gérard Dériot, Claude Domeizel, Jean-Pierre Godefroy, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jean-Marie Vanlerenberghe.

(2) *Cette commission est composée de :* M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhel.

Santé publique.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : LA FIN DU MODÈLE BISMARCKIEN ?	9
I. LA PROTECTION SOCIALE ALLEMANDE : UNE ARCHITECTURE EN CRISE	9
A. LES DÉPENSES À CARACTÈRE SOCIAL : PRÈS DU TIERS DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT	9
B. AU CŒUR DE LA PROTECTION SOCIALE ALLEMANDE : LE CONCEPT BISMARCKIEN DES ASSURANCES SOCIALES PROFESSIONNELLES	10
C. UN DISPOSITIF DÉFICITAIRE ET COÛTEUX	11
1. <i>Un dispositif déficitaire</i>	11
2. <i>Un dispositif coûteux</i>	15
a) Un coût élevé pour les employeurs et les salariés	15
b) Un coût élevé pour l'Etat fédéral et le contribuable	18
D. DES PERSPECTIVES MACRO-ÉCONOMIQUES À LONG TERME INQUIÉTANTES POUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE	20
II. QUINZE ANS DE RÉFORMES DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : UN BILAN EN DEMI-TEINTE	23
A. LES RÉGIMES DE RETRAITES : VERS UN SYSTÈME MIXTE RÉPARTITION/CAPITALISATION ?	25
1. <i>Les limites d'une stabilisation fondée sur la recherche de nouvelles ressources de financement</i>	25
2. <i>Le temps des réformes de structure</i>	26
a) La réforme « Riester » : un pas mesuré vers la retraite par capitalisation	26
b) Découpler l'évolution respective des salaires des actifs et des pensions : l'introduction d'un « facteur de viabilité » (Nachhaltigkeitsfaktor) dans le calcul des retraites	29
3. <i>Déficits persistants, relèvement de l'âge de la retraite et incertitudes à long terme</i>	32
B. L'ASSURANCE MALADIE : LES ESPOIRS DÉÇUS DE LA RÉFORME DE 2003	36
1. <i>La réforme de 2003 : un impact conjoncturel fort</i>	37
2. <i>Des effets à long terme insuffisants</i>	40
3. <i>Vers une nouvelle réforme programmée de l'assurance maladie</i>	43

III. L'INDISPENSABLE RÉFLEXION SUR LES NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT	45
A. PROLONGER L'EFFORT DE RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE : UNE PRIORITÉ DE LA NOUVELLE COALITION AU POUVOIR	45
1. <i>L'objectif : « assainir, réformer, investir » pour ramener le poids des prélèvements sociaux sous la barre des 40 % du salaire brut</i>	45
2. <i>Les mesures immédiates : coup d'arrêt à l'implication grandissante du budget fédéral et recours modéré à la TVA</i>	46
3. <i>Quelles ressources pour la protection sociale : les conditions d'une plus grande fiscalisation du financement</i>	47
B. LES GRANDS CHANTIERS D'ACTION STRUCTURELLE : FINALISER LA RÉFORME DES RETRAITES ET ASSURER LA RÉFORME DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	48
C. VERS UNE ÉTATISATION DE LA PROTECTION SOCIALE ?.....	52
ANNEXE - LES DÉPENSES DE SANTÉ : DE LA MAÎTRISE COMPTABLE À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE	53
A. LES SOINS DE VILLE	54
1. <i>Des politiques financières rigoureuses dont la priorité est de contenir la hausse des dépenses de santé</i>	54
a) La régulation des honoraires des médecins	54
b) La régulation des dépenses de médicaments	56
2. <i>Une action volontariste pour optimiser le fonctionnement du système de soins</i>	59
a) L'instauration d'un parcours de soins	59
b) Le développement des actions en matière de qualité des soins.....	61
B. LE SYSTÈME HOSPITALIER	63
1. <i>Un système hospitalier structuré par l'organisation administrative du pays</i>	63
a) Le rôle de la planification hospitalière dans l'organisation de l'offre de soins hospitaliers	63
b) La participation des Länder au financement des établissements de santé	64
2. <i>Le passage à la tarification à l'activité pour optimiser le financement des établissements de santé</i>	66
a) Une approche pragmatique de la réforme.....	66
b) L'objectif de 2009	68
PROGRAMME DE LA MISSION - BERLIN - 16/19 MAI 2006	71
EXAMEN DU RAPPORT	73
• Examen du rapport par la mission	73
• Examen du rapport par la commission.....	78

Mesdames, Messieurs,

Une délégation de la mission d'évaluation et de contrôle (Mecss) de la commission des Affaires sociales, conduite par son président, Alain Vasselle, et composée de Bernard Cazeau, vice-président, Guy Fischer, André Lardeux et Bernard Seillier, s'est rendue à **Berlin**, du **16 au 19 mai dernier**, afin d'étudier les évolutions du **financement de la protection sociale allemande** et la **réforme du système de santé** chez nos voisins d'outre-Rhin.

Dans le cadre du programme, très **dense** et très **complet** que lui avait préparé l'Ambassade de France, la délégation a rencontré les principales administrations concernées, les partenaires sociaux et les députés du Bundestag spécialistes des questions de protection sociale et de santé, les représentants des caisses de retraite et de maladie, ceux des associations de médecins et ceux des hôpitaux.

Elle s'est également entretenue longuement avec Ulrich Roppel, **Conseiller pour les affaires sociales** de la chancelière Angela Merkel, ce qui témoigne de **l'intérêt porté par ses interlocuteurs à sa démarche**.

Le choix de l'Allemagne pour ce premier déplacement de la Mecss à l'étranger était justifié par la proximité non seulement géographique, politique et culturelle de nos deux pays, mais aussi par les fortes similitudes existant dans le domaine de la protection sociale et, plus spécifiquement, celui de la santé.

Les situations respectives de la France et de l'Allemagne apparaissent en effet proches sur au moins **trois points** :

- d'abord, le **poids des dépenses à caractère social** dépasse, ici comme là-bas, **30 % du produit intérieur brut** ; avec un montant par habitant de l'ordre de 8.000 euros, ces deux pays se classent parmi ceux de l'Union européenne dans lesquels le poids relatif de ce poste de dépenses est le plus élevé ;

- ensuite, le cœur de la protection sociale est formé par **un système assurantiel**, qui remonte au Chancelier Bismarck pour l'Allemagne et que les Français ont largement imité au XX^e siècle ; les caractéristiques nous en sont bien connues : un financement par cotisations, un financement paritaire employeurs-employés et une gestion paritaire des caisses par les partenaires sociaux.

Toutefois, en Allemagne comme en France, **la part prise ces dernières années par l'Etat dans le financement de la protection sociale a eu tendance à s'accroître**, au point qu'aujourd'hui **la moitié** environ du budget fédéral est consacrée à des versements au profit des assurances sociales, notamment les assurances retraites ;

- enfin, comme c'est le cas en France, la sécurité sociale allemande est aujourd'hui globalement **déficitaire**, à hauteur de 3,35 milliards d'euros en 2005, essentiellement du fait du régime **vieillesse**, qui a perdu près de **6 milliards d'euros** l'an dernier, et, plus marginalement, de l'assurance-dépendance. En outre, **les branches maladie et chômage** sont également dans **une situation** jugée comme **très fragile** :

- l'assurance **maladie** a connu des soldes négatifs, de l'ordre de 3 à 3,5 milliards d'euros entre 2001 et 2003 ; si cette dégradation a semblé enrayée en 2004, grâce au plan d'ajustement adopté par le Gouvernement Schröder, le résultat de l'exercice 2005 est de 40 % inférieur à celui de 2004 et 2006 pourrait se terminer avec un solde tout juste à l'équilibre ; **de nouveaux déficits massifs sont annoncés à partir de 2007 avec, pour cet exercice, un solde négatif de 8 à 10 milliards d'euros**, c'est-à-dire proche des soldes connus ces dernières années en France pour la même branche ;

- pour la **branche chômage-soutien à l'emploi**, l'absence de déficit est purement « optique », dans la mesure où l'Etat fédéral doit assurer légalement l'équilibre de la partie assurantienne et financer intégralement la part relevant de l'aide sociale. Les **déficits** de la branche assurantienne, avant subvention fédérale, ont ainsi couramment atteint **4 à 5 milliards d'euros** ces dernières années. Un retour vers l'équilibre en 2005 n'a pu, pour l'instant, être retrouvé que grâce au basculement du chômage de longue durée vers le dispositif de l'aide sociale.

Face à un environnement globalement plus défavorable que celui que connaît la France, du fait en particulier d'un vieillissement plus accentué de la population outre-Rhin, les Allemands semblent avoir fait preuve de davantage de **réactivité** pour faire face aux défis posés à leur protection sociale.

En effet, l'ensemble des partis politiques de gouvernement et des partenaires sociaux ont développé une **conscience très aiguë** de la nécessité d'**alléger le coût du facteur travail**, afin de préserver la **compétitivité** du « Site Allemagne » dans l'économie mondiale.

Cette considération implique deux conséquences : la recherche permanente des voies et moyens permettant, sinon de réduire, du moins de **stabiliser les taux de cotisation** qui pèsent sur les seuls salaires, d'une part ; la prospection en direction **d'autres sources de financement** pour alimenter la protection sociale, d'autre part.

Actuellement, le taux global des cotisations acquittées pour l'ensemble des branches pèse sur les salaires à hauteur d'environ **43 %**. Le nouveau Gouvernement de coalition dirigé par Angela Merkel a ainsi l'ambition de ramener ce chiffre **sous la barre des 40 %**, et même si possible **autour de 36 %**.

La délégation de la Mecss avait pour objectif de mesurer sur place **les résultats des réformes engagées**, notamment par le dernier gouvernement Schröder, avec l'appui des chrétiens-démocrates, dans les deux domaines communs à nos deux régimes de protection sociale : **les retraites et la santé**.

À l'heure des bilans, après deux années pleines de mise en œuvre des réformes, **les résultats apparaissent pour le moins contrastés** :

- en premier lieu, le régime allemand de protection sociale, confronté à des défis proches de ceux auxquels la sécurité sociale française doit faire face, apparaît dans **une situation financière en définitive plus saine** ; l'action pour contrer l'apparition des déficits est plus systématique et nos partenaires, plus réactifs que nous, peuvent se flatter de ne pas avoir infligé **une dette sociale**, injuste dans son principe, aux générations futures ;

- ensuite, l'Allemagne est allée **très loin dans la réforme structurelle du financement de ses retraites**, en promouvant de fait un **système mixte alliant répartition et capitalisation** ; ce faisant, elle a pris deux paris risqués : celui d'un **relèvement significatif du taux d'activité des classes d'âge de plus de soixante ans** et celui d'une adhésion massive des générations cotisantes à ce système mixte, ce qui suppose de prolonger l'effort budgétaire déjà consenti en ce sens ;

- enfin, l'Allemagne a suivi, en matière de **maladie et de santé**, un **cheminement très proche de celui de la France**, avec cependant là aussi un **accent plus précoce** et plus marqué placé sur **les réformes structurelles**, comme par exemple la mise en concurrence des caisses dès 1992, ainsi que sur **la maîtrise médicalisée des dépenses**.

Au-delà de l'objectif d'optimisation des soins, la maîtrise médicalisée est aussi le moyen de faire face à **l'accroissement de la demande de soins d'une population vieillissante**. Elle permet enfin de maintenir **l'attractivité des professions médicales** fortement affectées par les politiques de maîtrise comptable.

Pour autant, cette orientation ne suffit pas, à elle seule, pour réduire **l'effet de ciseaux** qui caractérise l'évolution du solde de l'assurance-maladie, ce qui implique la réflexion en cours sur son **financement**.

LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : LA FIN DU MODÈLE BISMARCKIEN ?

I. LA PROTECTION SOCIALE ALLEMANDE : UNE ARCHITECTURE EN CRISE

A. LES DÉPENSES À CARACTÈRE SOCIAL : PRÈS DU TIERS DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT

Selon le dernier « Rapport social » (*Sozialbericht*), remis le 10 août 2005 au Bundestag par le Gouvernement fédéral, le budget social de la Nation approchait, en 2003, un montant global d'environ **700 milliards d'euros**, soit **32,2 % du produit intérieur brut** allemand. Cette proportion constituait le pourcentage le plus élevé jamais atteint depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Cet ordre de grandeur est comparable à celui constaté en France. Les dernières données fournies par Eurostat pour 2003¹ révèlent en effet des taux très proches de part de dépenses à caractère social dans le produit intérieur brut : 30,2 % en Allemagne (sur la base d'un total légèrement inférieur en montant à celui affiché dans le rapport social du Gouvernement allemand) et 30,9 % en France. Les dépenses par habitant sont pratiquement identiques et s'élèvent à près de 8.000 euros par an dans les deux pays.

A la date de la réunification, en 1991, le poids des dépenses sociales n'était encore que de 27,8 % du produit intérieur brut. En treize ans, **l'Allemagne a donc subi une évolution au terme de laquelle les dépenses à caractère social sont passées du quart environ du PIB à près du tiers.**

A l'intérieur de l'enveloppe globale de 700 milliards, la part prise par les mécanismes d'**assurance sociale** (qui comprennent les dépenses en faveur de l'emploi) est d'environ les deux tiers, avec près de **500 milliards d'euros** de dépenses en 2003. Le reste se répartit entre les prestations du régime spécifique des fonctionnaires (essentiellement en ce qui concerne les retraites), le régime des employeurs, les dépenses de solidarité financées par l'impôt et les prestations indirectes, telles les exonérations et abattements d'impôts.

La proportion des assurances sociales et des dépenses en faveur de l'emploi ainsi que celle des prestations indirectes dans les dépenses à caractère social ont progressé de 1991 à 2003, passant, pour la première de ces deux parts, de 62,4 % du total à 65,8 %.

¹ « *European social statistics – Social protection – Expenditure and receipts – Data 1995-2003* » – Eurostat (Février 2006).

Une fraction prédominante des dépenses à caractère social est concentrée sur deux postes :

- **la vieillesse** : **267,8 milliards d'euros** de dépenses, soit **12,4 % du PIB** en 2003. Sur ce total, le régime d'assurance vieillesse relevant du régime général de sécurité sociale représente **238,2 milliards d'euros**, soit **11 % du PIB** ;

- **la santé** : **235 milliards d'euros** de dépenses, soit **10,9 % du PIB** en 2003. Sur ce total, les dépenses des caisses relevant du régime légal d'**assurance maladie** atteignent **143,3 milliards d'euros**, soit **6,6 % du PIB**.

Les autres postes pèsent d'un poids plus faible : l'indemnisation du chômage et les dépenses pour l'emploi représentent autour de 70 milliards d'euros en 2003 (3,2 % du PIB) ; les prestations liées à la famille et à l'enfance s'élèvent à environ 100 milliards d'euros (4,7 % du PIB).

B. AU CŒUR DE LA PROTECTION SOCIALE ALLEMANDE : LE CONCEPT BISMARCKIEN DES ASSURANCES SOCIALES PROFESSIONNELLES

Les grandes lignes du système de protection sociale allemand conservent encore aujourd'hui l'aspect d'ensemble dessiné, à la fin du XIX^e siècle, par les réformes du Chancelier von Bismarck.

Dans la mesure où le système allemand a constitué la référence explicite du législateur français au cours de la première moitié du XX^e siècle, il est logique de retrouver de **fortes similitudes** entre les architectures de la protection sociale dans les deux pays.

Pour ne s'en tenir qu'aux domaines de la santé et de la retraite, on citera pêle-mêle l'existence dans les deux pays d'une médecine ambulatoire exercée par des médecins en cabinets libéraux et d'un hôpital majoritairement situé dans la sphère publique, ainsi que la forte prédominance d'un « premier pilier » de retraites fondé sur la répartition entre les générations.

L'Allemagne a cependant, sans doute plus que la France, **conservé les traits majeurs de son mécanisme de financement de la protection sociale**, même si le principe d'une **séparation stricte** entre **l'assurance sociale** financée par des **contributions** proportionnelles au revenu, offrant des prestations aux cotisants, gérée par les partenaires sociaux hors du regard de l'Etat d'une part, les dépenses de **solidarité** non contributives, financées en principe par **l'impôt**, d'autre part, a eu tendance là aussi à s'estomper avec le temps.

L'assurance sociale est elle-même un socle assis sur **cinq piliers** : l'assurance **maladie**, l'assurance invalidité-**vieillesse**, l'assurance **accidents du travail**, l'assurance **dépendance** (de création récente - 1995 - et gérée en pratique par les structures de l'assurance maladie) et l'assurance **chômage**, qui n'apparaît pas en revanche dans le périmètre de la sécurité sociale française. A l'inverse, il n'existe pas de branche famille dans le régime de protection

sociale allemand : la politique de l'enfance et de la famille relève, en effet, de la puissance publique (Etat fédéral, Länder et communes) qui la finance par l'impôt.

Les cinq branches d'assurances sociales ont donc conservé jusqu'à présent les principales caractéristiques de leurs origines bismarckiennes, avec cependant des nuances :

- **un financement par cotisations** : les cinq branches sont essentiellement financées par des cotisations assises sur un salaire brut sous plafond, les prestations relevant de la solidarité devant être, en principe, couvertes par l'impôt ; **la branche retraite constitue seule une exception notable, puisque le budget fédéral assure plus de 30 % des recettes du régime général de retraite** : encore convient-il de rappeler qu'à l'origine (lors de la réforme de l'assurance vieillesse de 1957), le « supplément fédéral » (*Bundeszuschuß*), qui constitue le cœur de l'apport du budget fédéral à l'assurance vieillesse, avait pour vocation exclusive de couvrir les prestations non contributives ; cette fonction précise s'est perdue au fil du temps, compte tenu notamment de la difficulté à trouver un accord sur un périmètre, et donc un chiffrage de ces prestations ; par ailleurs, l'une des enveloppes composant le versement du budget fédéral à l'assurance vieillesse (12 milliards d'euros sur 78 milliards) correspond bien à l'heure actuelle à la compensation à l'euro près de charges provenant de prestations non contributives ;

- **un financement paritaire employeur-employé** : la charge des cotisations est partagée de manière paritaire entre le salarié et l'employeur ; il existe cependant là aussi des exceptions, au nombre de deux ; la première est liée à la nature même de la prestation correspondante : les cotisations « accidents du travail » sont, par définition, supportées par les seuls employeurs, comme en France ; en ce qui concerne la seconde exception, depuis le 1^{er} juillet 2005, les frais relatifs aux prothèses dentaires et aux indemnités journalières en cas de maladie ont été sortis des cotisations générales d'assurance maladie et pèsent désormais uniquement sur les salariés sous forme d'une cotisation spécifique de 0,9 point ;

- **une gestion paritaire** : les caisses de sécurité sociale sont gérées de manière paritaire, les représentants des assurés et des employeurs étant élus tous les six ans.

C. UN DISPOSITIF DÉFICITAIRE ET COÛTEUX

1. Un dispositif déficitaire

Les **comptes consolidés de la sécurité sociale** allemande étaient globalement **déficitaires** en 2005, à hauteur de **3,35 milliards d'euros**, essentiellement du fait des branches vieillesse et, dans une moindre mesure, dépendance.

Pour s'en tenir à une comparaison rapide et superficielle avec la France, deux constats semblent s'imposer au premier abord :

- le solde apparaît moins dégradé en Allemagne qu'en France :
 - 3,35 milliards d'euros là (y compris la branche chômage, soit 0,15 point de PIB environ), contre - 11,6 milliards d'euros ici (déficit du régime général de sécurité sociale y compris la branche famille, hors Unedic, soit 0,6 point de PIB environ) ;

- les difficultés paraissent devoir plutôt se concentrer sur la branche vieillesse en Allemagne, alors que jusqu'à présent le déficit du régime général de sécurité sociale en France résulte avant tout de la branche maladie.

Comptes de la sécurité sociale allemande – Année 2005

(en milliards d'euros)

	Retraites	Santé	Dépendance	Accidents du travail	Chômage *	TOTAL
Recettes	238,56	146,63	17,59	12,54	53,59	468,07
<i>Cotisations sociales</i>	156,25	140,28	17,37	10,87	48,35	373,12
<i>Transferts publics</i>	81,25	4,70	0	0,43	4,77	90,31
<i>Divers</i>	1,06	1,65	0,22	1,24	0,47	4,64
Dépenses	244,50	144,10	17,92	12,16	53,58	471,42
<i>Prestations monétaires</i>	235,86	7,72	4,91	7,31	38,68	294,48
<i>Transferts publics</i>	0,65	0	0	0	4,79	4,60
<i>Prestations en nature</i>	3,54	127,12	12,08	2,38	0	145,12
<i>Divers</i>	4,45	9,26	0,93	2,47	10,11	27,22
Solde	- 5,94	2,53	- 0,33	0,38	0,01	- 3,35

Source : Office fédéral de la statistique

* Hors solidarité : il s'agit ici des seuls régimes d'assurances sociales. Ne sont en particulier pas intégrées les allocations aux chômeurs de longue durée, à la charge du seul Etat fédéral et qui sont financées par l'impôt

Dans la pratique toutefois, les situations respectives des deux régimes de sécurité sociale présentent **des similitudes** sur le long terme. Dans les deux pays, se pose le même type de problèmes d'écart récurrent entre les recettes de l'assurance maladie, largement indexées sur l'activité économique, et les dépenses de santé qui, elles, augmentent à un rythme souvent supérieur à celui des rentrées en termes de cotisations sociales.

En ce qui concerne les retraites, les problèmes démographiques, même s'ils apparaissent structurellement plus importants en Allemagne qu'en France, déséquilibrent profondément le financement de ces deux systèmes.

Dans le détail en effet, **tous les régimes, à l'exception de la branche « Accidents du travail »¹, sont en fait confrontés à des situations de dégradation de leurs soldes**, conduisant le cas échéant à des déficits :

- le régime des **assurances vieillesse** a éprouvé une première phase de déficits en 1993, 1995 et 1996 ; une dégradation est de nouveau apparue au **début des années 2000** et persiste depuis avec des montants représentant jusqu'à 0,2 point de PIB ;

- **l'assurance maladie** a, elle aussi, connu une période difficile dans le courant des années 1990, avec des déficits représentant jusqu'à 0,3 point de PIB entre 1991 et 1996 ; des soldes négatifs, de l'ordre de 3 à 3,5 milliards d'euros sont à nouveau apparus en 2001, 2002 et 2003 ; si cette dégradation a semblé enrayée en 2004, grâce au plan d'ajustement adopté par le Gouvernement Schröder, le résultat prévisionnel de l'exercice 2005 est de 40 % inférieur à celui de 2004 et 2006 pourrait se terminer avec un solde tout juste à l'équilibre ; **de nouveaux déficits massifs sont annoncés à partir de 2007, avec, pour cet exercice, un solde négatif de 8 à 10 milliards d'euros** selon les estimations du patronat et des caisses d'assurance maladie ;

- enfin, **l'assurance dépendance**, créée en 1995 seulement, apparaît en déficit constant dès 1999, en dépit de mesures de relèvement ciblées des cotisations (sur les personnes âgées et sur les célibataires) ; les réserves financières constituées les premières années, qui s'élevaient encore fin 2003 à un peu plus de 4 milliards d'euros, sont en train de fondre et auront disparu, au plus tard, en 2007. La dette cumulée du système pourrait s'élever à 5 milliards d'euros en 2010², au point que la pérennité même du régime assurantiel est franchement mise en cause, sans qu'aucune solution n'ait été cependant dégagée par les pouvoirs publics à la date de rédaction du présent rapport.

Quant à la **branche chômage-soutien à l'emploi**, l'absence de déficit est purement « optique », dans la mesure où l'Etat fédéral doit assurer légalement l'équilibre de la partie assurantienne (« *Arbeitslosengeld I* ») et où il finance intégralement la part relevant de l'aide sociale (« *Arbeitslosengeld II* »). Les déficits de la branche assurantienne, avant subvention fédérale, ont ainsi couramment atteint 4 à 5 milliards d'euros ces dernières années. Un retour vers l'équilibre (la subvention d'équilibre n'est plus que de 400 millions d'euros en 2005) n'a pu, pour l'instant, être retrouvé que grâce au basculement du chômage de longue durée vers le dispositif de l'aide sociale³.

¹ En Allemagne, la branche « Accidents du travail » a été en déficit, pour la première fois, en 2003 et l'est restée en 2004, à chaque fois pour des montants modestes. Elle est redevenue bénéficiaire en 2005.

² « Le modèle social allemand en mutation » - Ouvrage collectif - CIRAC - page 136.

³ Les lois dites « Hartz », principalement la loi Hartz IV entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, a limité à douze mois le versement des allocations chômage par la partie assurantienne (« *Arbeitslosengeld I* ») et a fusionné (« *Arbeitslosengeld II* ») l'aide sociale (*Sozialhilfe*) et l'aide au chômeur (*Arbeitslosenhilfe*).

Évolution des soldes des branches du régime général depuis 2000

(en millions d'euros)

Branches	2000	2001	2002	2003	2004
Retraites	714	104	-4.700	-2.344	-4.856
Santé	109	-3.108	-3.227	-3.496	4.190
Dépendance	-195	-47	-429	-623	-781
Accidents du travail	215	235	182	-63	-213
Emploi-Chômage	558	390	430	121	320

Source : Ministère fédéral du travail et des affaires sociales

Pour autant, la **sécurité sociale allemande** présente **une situation financière globalement plus saine** que celle de son homologue française. **Elle ne connaît pas**, en particulier, les affres d'une **dette sociale importante**, dont l'ordre de grandeur est, chez nous, d'une centaine de milliards d'euros¹. L'obligation d'équilibre ainsi que celle de constitution de réserves sont inscrites dans les textes et sont en principe garanties par un relèvement des taux de cotisation des contributeurs. Les déficits constatés dans les faits ont toujours pu, jusqu'à présent semble-t-il, être couverts, au moins pour partie, par les réserves antérieurement accumulées.

Les interlocuteurs de la mission ont toutefois souligné l'essoufflement **du système**, en premier lieu pour la **branche vieillesse** qui a, en 2005, **enfreint le ratio prudentiel** qui contraint le régime général à détenir en réserve au moins l'équivalent de 20 % des dépenses mensuelles. Ce ratio est, en effet, tombé à 12 % l'an dernier, alors que la limite de 20 % avait déjà elle-même été abaissée par la voie légale en 2004 (50 % auparavant).

S'agissant des **caisses d'assurance maladie**, il semblerait que **près de la moitié d'entre elles** (une centaine sur environ 250) aient eu à faire face à des déficits de gestion qui les ont conduites à activer des lignes de trésorerie qui se seraient transformées au fil du temps en **emprunts**. La mission n'a pas eu accès à plus d'information sur ce sujet qui ne semble pas, en l'état, avoir fait l'objet d'une centralisation au niveau fédéral².

Enfin, **le spectre de l'apparition d'une dette sociale** se profile également avec la décision prise par les partis de la coalition de **supprimer, à partir de 2007, la subvention d'équilibre versée à l'assurance chômage**, laquelle sera, en contrepartie, contrainte d'emprunter à défaut de pouvoir assurer la neutralité de son solde.

¹ Voir le rapport de la Mecss : « La dette sociale : mieux la connaître, pour mieux l'affronter ». Rapport d'information n° 345 (2005-2006) d'Alain Vasselle et Bernard Cazeau.

² D'après Patrick Hassenteufel, au début de 2003, le montant cumulé de la dette des caisses d'assurance maladie aurait atteint 11,8 milliards d'euros. La moitié de l'excédent constaté en 2004 (4,2 milliards d'euros) aurait été affecté à la réduction de la dette et à la reconstitution de réserves financières. In « Le modèle social allemand en mutation » - CIRAC - pages 124 et 132-133.

2. Un dispositif coûteux

L'apparition de déficits récurrents pose nécessairement la question des modes de financement de la protection sociale allemande, dont la caractéristique est double :

- **une assiette contributive essentiellement constituée par les salaires**, dans un contexte où l'Allemagne pâtit du coût de son facteur travail en termes de comparaison avec ses concurrents au sein de l'économie mondiale ;

- **une participation accrue du budget fédéral**, dans un contexte marqué par la violation par l'Allemagne des prescriptions du pacte européen de stabilité (les déficits publics allemands doivent être ramenés à la limite autorisée de 3 % en 2007).

La protection sociale allemande présente en effet un coût considéré comme élevé, pour les participants aux mécanismes de l'assurance sociale (employeurs et salariés), mais aussi pour les collectivités publiques, au premier chef l'Etat fédéral, dont la part prise dans le financement des dépenses à caractère social n'a cessé de s'accroître, surtout depuis la réunification.

a) Un coût élevé pour les employeurs et les salariés

Au total, en additionnant les parts salariés et employeurs, les cotisations sociales représentent environ **43 % du salaire brut sous plafond**, dont 21 % à la charge des salariés et 22 % à la charge des employeurs, la différence de contribution étant égale au solde « cotisations accidents du travail », financées par les seuls employeurs, et « contribution spécifique maladie » de 0,9 point, acquittée depuis le 1^{er} juillet 2005 par les seuls salariés.

Ainsi, **l'Allemagne figure parmi les pays de l'OCDE dans lesquels le « coin fiscal » - c'est-à-dire la différence entre les coûts salariaux à la charge de l'employeur et le salaire net perçu par le salarié - est le plus élevé¹**. En moyenne, un salarié allemand ne perçoit effectivement que la moitié de ce qu'il coûte à son employeur, contre 70 % environ aux Etats-Unis.

Le tableau ci-après récapitule les principales règles relatives à l'assiette et aux taux des cotisations sociales en 2006 :

¹ OCDE - *Les impôts sur les salaires* - 2004.

Assiette et taux des cotisations sociales (2006)

	Taux de cotisation	Mode de fixation	Assiette	Répartition salarié/employeur
Retraites	19,5 %	Décret	Salaire sous plafond (5.250 €/mois)	Répartition 50/50
Chômage	6,5 %	Loi	Salaire sous plafond (5.250 €/mois)	Répartition 50/50
Maladie-maternité	14,2 % en moyenne	Caisses d'assurance	Salaire sous plafond (3.562,5 €/mois)	Répartition 50/50 <i>Sauf : montant représentatif des frais liés aux prothèses dentaires et aux indemnités journalières mis à la charge des seuls salariés depuis le 1/07/2005</i>
Dépendance	1,7 % (+ surtaxe de 0,25 point pour les salariés sans enfant, taxés donc au taux de 1,1 %)	Loi	Salaire sous plafond (3.562,5 €/mois)	Répartition 50/50 <i>Sauf : les retraités qui acquittent l'intégralité de la cotisation</i>
Accidents du travail	Dépend de la branche (montant de l'ordre de 1,5 % du salaire)			100 % employeur

Les données de ce tableau appellent les précisions suivantes :

- L'affiliation à l'assurance maladie sociale n'est obligatoire qu'en dessous d'un certain plafond de revenu (3.937,5 euros par mois). Au-delà, le choix reste libre entre une affiliation volontaire (20 % des assurés sociaux) ou un contrat auprès d'une compagnie d'assurance privée. Les professions libérales relèvent d'office de l'assurance privée. Les soins des fonctionnaires et assimilés sont directement pris en charge par leur employeur (à hauteur de 80 %), sur la base des tarifs du privé.

En pratique, près de **90 % des Allemands sont couverts par l'assurance sociale publique.**

- Il existe sept régimes d'assurance maladie dans le secteur obligatoire, réunissant, au début de 2006, **254 caisses indépendantes** : 17 AOK (*Allgemeine Ortskrankenkassen* : caisses maladie générales locales), traditionnellement destinées aux ouvriers et couvrant 40 % des assurés sociaux ; 7 EKAng (*Ersatzkassen* : caisses de substitution), correspondant aux mutuelles et couvrant 37 % des assurés ; 199 BKK (*Betriebskrankenkassen* : caisses d'entreprises), les entreprises de 1.000 salariés pouvant instituer leur propre caisse d'assurance maladie (plus de 12 % des assurés sociaux y sont

affiliés) ; 17 IKK (*Innungskrankenkassen* : caisses d'artisans), couvrant 6,5 % des assurés sociaux ; 14 LKK (*Landwirtschaftskrankenkassen* : caisses agricoles) assurant les exploitants agricoles et leurs salariés (un million de personnes protégées) ; il s'y ajoute, enfin, la caisse des mineurs de fond et celle des marins.

- L'autonomie des caisses d'assurance maladie est plus marquée en Allemagne qu'en France, dans la mesure où **les caisses allemandes fixent librement le montant de leurs taux de cotisation.**

- A l'exception des secteurs agricoles, des mines et des marins, les assurés disposent du libre choix de leur caisse, **l'ensemble des caisses étant ainsi placées en concurrence.** Celle-ci porte essentiellement sur les taux de cotisation, qui oscillent en pratique entre 12,4 % et 14,42 %. **Le taux de 14,2 % figurant dans le tableau ci-dessus correspond donc bien à une moyenne.** La plupart des caisses sont très proches de cette moyenne.

Le taux de cotisation à l'assurance maladie, limité à 8,2 % en 1970 (ex-RFA) était encore de 13,2 % dans la première moitié des années 1990.

Les caisses d'assurance maladie ont **l'obligation d'assurer leur équilibre** en calculant **un niveau de cotisation garantissant la couverture des dépenses** et la constitution de réserves.

- La mise à la charge des seuls salariés du montant représentatif des frais liés aux prothèses dentaires et aux indemnités journalières s'est traduite par une hausse de cotisation de 0,45 point pour les salariés et une baisse de même ampleur pour les employeurs. Il existe donc désormais un différentiel de 0,9 point entre les cotisations salariés et employeurs.

- L'assurance **vieillesse** (*Gesetzliche Rentenversicherung* - GRV) est universelle et obligatoire pour les employés, les ouvriers, certaines catégories de travailleurs indépendants ainsi que pour les chômeurs percevant un revenu de remplacement. Début 2003, **80 % des actifs** (près de 34 millions de personnes) cotisaient à ce régime.

- Là aussi, **le régime général vieillesse a une obligation d'équilibre**, le montant des cotisations, fixé au plus tard le 30 septembre pour le 1^{er} janvier de l'année suivante par le Gouvernement fédéral, étant calculé de telle sorte que les réserves de la GRV soient au moins égales à la fin de l'année suivante à 20 % des dépenses mensuelles moyennes (50 % avant 2004).

Le taux de cotisation est ainsi passé de 17,7 % en 1991, à la date de la réunification, à 18,6 % en 1995, 19,3 % en 2000 et 19,5 % actuellement. Il devrait atteindre 19,9 % en 2007.

- L'assurance chômage ne s'étend pas aux **chômeurs de longue durée** (douze mois consécutifs sans emploi, dix-huit mois pour un salarié ayant atteint cinquante-cinq ans), qui sont intégralement à la charge de l'Etat fédéral.

b) Un coût élevé pour l'Etat fédéral et le contribuable

Le poids relatif de la Fédération (*Bund*) dans le financement de la protection sociale a été porté de 20,4 % en 1991 à 24 % en 2003. En comparaison, la part des Länder, qui financent l'investissement hospitalier, est passée de 10,1 % à 11,8 % sur la même période.

Consécutivement, **la part des dépenses de protection sociale dans le budget fédéral** a littéralement explosé, passant du tiers en 1991 (34,1 %) à plus de la moitié en 2006 (**51,4 %**), **conférant au budget de l'Etat central prioritairement une fonction de redistribution sociale.**

Sur un montant global de charges atteignant environ 250 milliards d'euros, le budget fédéral consacre ainsi plus de 100 milliards d'euros au domaine social, cette somme étant concentrée sur trois postes principaux, par ordre décroissant :

• **Le complément fédéral versé au régime légal d'assurance vieillesse**

Il s'agit d'une masse considérable, qui a atteint 78,7 milliards d'euros en 2004, soit, à elle seule, environ 30 % du budget de la Fédération et 30 % des ressources de l'assurance vieillesse.

Sur ce total, environ 44 milliards d'euros¹ correspondent à une enveloppe historique, constituant le complément fédéral à proprement parler (*Bundeszuschuß* - article 213, deuxième alinéa du Livre VI du code de la sécurité sociale), indexée sur l'évolution du salaire brut moyen d'une année sur l'autre ainsi que, le cas échéant, sur l'évolution du taux des cotisations. Cette enveloppe, qui visait initialement à compenser le coût des dépenses à caractère non contributif, ne constitue pas pour autant une subvention d'équilibre.

S'ajoutent à cette enveloppe de base 17 milliards d'euros, provenant pour 8 milliards de ressources de taxe à la valeur ajoutée (1 point de TVA a été attribué au financement de l'assurance vieillesse en 1998) et pour les 9 autres milliards, depuis le 1^{er} avril 1999, du produit d'une taxe sur l'énergie payée par les entreprises les plus polluantes (*Ökosteuern*).

Sur le reliquat, 12 milliards d'euros correspondent à la compensation par l'Etat fédéral, à l'euro près, des avantages accordés en matière de retraite aux familles ayant des enfants. Il s'agit de la prise en charge d'avantages non contributifs, conformément aux principes qui fondent les assurances sociales.

Enfin, 5 milliards d'euros sont des remboursements divers (prestations pour handicapés et invalides, charges liées aux anciens régimes de la RDA).

¹ 37 milliards d'euros pour les caisses des ouvriers et des employés et 7 milliards d'euros pour la caisse des mineurs.

• **Le financement des prestations liées au chômage de longue durée et la subvention d'équilibre du régime d'assurance chômage**

Outre le financement intégral des prestations offertes aux chômeurs de longue durée (25 milliards d'euros environ), le budget fédéral doit également assurer l'équilibre de l'assurance chômage, financée en principe à parts égales par les salariés et les employeurs (article 365 du Livre III du code de la sécurité sociale).

La subvention d'équilibre s'est élevée à 400 millions d'euros en 2005, mais a pu atteindre de 4 à 6 milliards d'euros les années difficiles. Selon l'accord de coalition établi entre les deux partis au pouvoir (CDU/CSU et SPD), cette subvention doit disparaître à partir de 2007.

Parallèlement, conformément au partage des tâches confiant à l'assurance chômage l'indemnisation des chômeurs de courte durée et à l'Etat fédéral la prise en charge des chômeurs de longue durée, le budget fédéral finance la part des mesures de politique active du marché du travail destinée aux chômeurs de longue durée (5 milliards d'euros) et rembourse à l'Agence fédérale du travail le coût administratif de la gestion de ces mêmes chômeurs de longue durée (3,5 milliards d'euros par an).

Au total, les dépenses pour l'emploi financées par la Fédération avoisinent donc 35 milliards d'euros.

• **Les subventions au profit de l'assurance maladie**

L'Etat fédéral verse traditionnellement une subvention d'un montant légèrement supérieur à un milliard d'euros au régime spécifique d'assurance maladie des salariés agricoles.

Par ailleurs, la réforme de l'assurance maladie de 2003 a inscrit à l'article 221, alinéa 1, du Livre V de la sécurité sociale l'obligation pour la Fédération de verser aux caisses publiques d'assurance maladie une subvention forfaitaire d'un milliard d'euros en 2004, 2,5 milliards d'euros en 2005 et 4,2 milliards d'euros chaque année à partir de 2006. Cette somme, gagée par les droits sur les tabacs, vise à compenser des charges correspondant à des dépenses non contributives (essentiellement les allocations grossesse-maternité).

Cependant, l'accord de gouvernement CDU/CSU-SPD prévoit de ramener cette somme forfaitaire à 1,5 milliard d'euros en 2007 (alors qu'elle aurait dû atteindre 4,2 milliards d'euros) et de la supprimer en 2008, la ressource budgétaire correspondante (droits sur les tabacs) étant réaffectée à la diminution du déficit du budget fédéral.

A cet ensemble de dotations dispensées aux branches vieillesse, chômage et maladie des régimes de sécurité sociale, il convient d'ajouter **le montant des retraites des fonctionnaires fédéraux**, qui pèsent directement sur le budget fédéral pour environ **7 milliards d'euros par an**.

**D. DES PERSPECTIVES MACRO-ÉCONOMIQUES À LONG TERME
INQUIÉTANTES POUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
SOCIALE**

À l'instar de la plupart des pays développés, **le système de protection sociale allemand est mis à mal par la dérive des coûts de santé, les mutations du travail et le vieillissement de la population.**

Toutefois, les deux derniers facteurs, emploi et démographie, présentent des caractéristiques qui révèlent une particulière fragilité de l'Allemagne en comparaison de ses partenaires.

Depuis le début des années 2000, l'Allemagne est confrontée à **l'irruption d'un chômage de masse**, alors que le pays avait affiché des performances enviables en matière d'emploi tout au long des années 1970 et 1980. Ce chômage présente quatre caractéristiques principales :

- c'est un chômage en grande partie de nature structurelle, qui ne descend pas en dessous de 7,5 % de la population active, même pendant les points hauts des cycles économiques ;

- le chômage de longue durée est particulièrement massif : il concerne plus d'un demandeur d'emploi sur deux, soit l'un des taux les plus élevés des pays de l'OCDE ;

- le taux de chômage des travailleurs les moins qualifiés est parmi les plus élevés au monde¹ ;

- enfin, l'âge effectif de cessation de l'activité est relativement précoce : si les 55-59 ans affichent un taux d'activité de 80 %, celui-ci tombe à moins de 30 % pour les 60-64 ans.

A la charnière entre le domaine de l'emploi et l'analyse de la situation démographique, il apparaît qu'entre 1993 et 2005 le nombre des salariés est resté à peu près stable, avec environ 34 millions de personnes employées, cependant que **la proportion de ceux qui acquittent une cotisation vieillesse et donc participent au financement des retraites par répartition subissait une chute assez marquée, passant de 84,3 % à 76,2 %**. L'économie allemande a vu se développer notamment ces dernières années les « mini-jobs », emplois de service très peu payés et largement exonérés de prélèvements sociaux.

S'agissant du **volet démographique** pur, l'Allemagne connaît **l'un des taux de fécondité les plus bas d'Europe, avec 1,4 enfant par femme.**

¹ En 2003, l'écart de taux de chômage entre les travailleurs n'ayant pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire et les diplômés de l'enseignement supérieur atteignait près de 13 points en Allemagne et 6 points en France et dans l'Union européenne - OCDE - Perspectives de l'emploi - 2005.

Selon les projections démographiques de l'Office fédéral de la statistique, l'évolution de la population deviendrait particulièrement défavorable à partir de 2015. Dans un scénario central, qui inclut une hypothèse d'un solde migratoire positif de l'ordre de 200.000 unités par an, la population totale diminuerait de 9 % d'ici à 2050.

Le déclin démographique devrait être particulièrement sévère à l'Est, avec une chute de population de 27 % d'ici 2050 (toujours selon les projections centrales), contre une baisse de 5,6 % seulement à l'Ouest.

La population âgée de quinze à soixante-cinq ans devrait diminuer de près de 10 millions entre 2000 et 2040. Parallèlement, la part des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans dans la population totale, qui représentait 16,4 % en 2000, s'élèvera à 20 % en 2010 et 30 % en 2040.

En 2050, l'espérance de vie des hommes après soixante-cinq ans atteindrait 19,6 années (contre 16,3 en 2004) et, pour les femmes, 23,6 années (contre 19,8).

Prévisions démographiques à l'horizon 2050

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Population (en millions d'habitants)	82,9	83,1	82,8	81,2	78,5	75,1
Ratio de dépendance (+ de 65 ans/ 15-64 ans en %)	28,5	30	33,8	43,7	49,1	50,5
Emploi (en millions d'actifs)	38,3	39,3	39,1	37,7	36,1	34
Taux de chômage (% au sens du BIT)	8,4	7,3	6,3	3,9	3,3	3,3
Nombre des retraités au régime général	21,3	22,4	24,6	29,2	30,8	30,1

Source : Office fédéral de la statistique - DB Research

Sans modification de l'âge légal de départ à la retraite, actuellement fixé à soixante-cinq ans, le ratio de dépendance augmenterait de 50 % d'ici à 2030 et de 80 % à l'horizon 2050, de même que le ratio du nombre de retraités par contributeur pour le régime général (avec une hypothèse de hausse de l'espérance de vie à la naissance d'un peu moins de six ans). **D'une personne âgée de plus de soixante-cinq ans pour quatre individus âgés de quinze à soixante-cinq ans en 2000, le ratio de dépendance passera à un pour deux en 2040.**

Le contexte de cette dégradation serait pourtant celui d'une nette hausse du taux d'emploi et d'un taux de chômage ramené à à peine plus de 3 %. En d'autres termes, ces projections, pourtant pessimistes, reposent sur l'hypothèse optimiste d'un environnement économique en sensible amélioration.

D'après les simulations du comité de politique économique de l'OCDE¹, le vieillissement devrait conduire, **si aucune réforme n'est entreprise, à une augmentation du poids des dépenses de protection sociale de l'ordre de 5,5 points de PIB d'ici à 2050**. Cette hausse serait due pour 4 points environ aux retraites et pour 1,5 point aux dépenses de santé.

¹ Comité de politique économique de l'OCDE - « *The impact of ageing populations on public finances* » - octobre 2003.

II. QUINZE ANS DE RÉFORMES DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : UN BILAN EN DEMI-TEINTE

L'Allemagne a entamé une réflexion sur les adaptations nécessaires de son régime de protection sociale à l'orée des années 1990, qui ont été celles de la réunification, mais aussi celles des premiers déficits de gestion des branches maladie et vieillesse.

La dernière période a en particulier été marquée par l'« **Agenda 2010** » du Chancelier Schröder qui s'est largement appuyé sur les réflexions de la Commission dite « Rürup », du nom de son président, ainsi que sur les recommandations du Conseil des sages¹. L'Agenda 2010 manifestait l'ambition d'être un programme de réformes « englobant », porteur d'une vision d'ensemble des mutations à opérer dans la totalité de la sphère sociale, avec des volets retraites, santé et marché de l'emploi traités concomitamment. L'ensemble des plans d'action ont ainsi été adoptés « tambour battant » au cours de l'année 2003 et mis immédiatement en œuvre.

S'agissant de l'**orientation** des réformes, les objectifs ont été prioritairement formulés en termes macro-économiques et financiers et le restent d'ailleurs aujourd'hui.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission, reflétant un consensus très largement répandu dans les deux grands partis de gouvernement (CDU et SPD), ont en effet mis en exergue la nécessité de garantir la compétitivité de l'économie allemande, le « site Allemagne » (« *Standort Deutschland* »), dans le cadre de la mondialisation, alors que leur pays se caractérise par des coûts de production particulièrement élevés, notamment pour le segment travail. Comme le notent les auteurs d'un ouvrage récent² sur l'économie allemande, « *des sociaux-démocrates aux chrétiens-démocrates, une quasi-unanimité s'est faite pour désigner les facteurs d'offre, et principalement le niveau de la protection sociale, comme les principaux responsables du chômage. (...) Alors que la consommation des ménages et les investissements des entreprises stagnent ou régressent depuis plusieurs années, l'hypothèse d'une politique de relance de la demande n'a pratiquement jamais été évoquée.* »

Dans les domaines des retraites et de la santé, l'objectif affiché des réformes a ainsi été de **stabiliser les taux de cotisation** (pour les retraites), voire de les **abaisser** (pour la santé).

¹ Le Conseil des sages est composé de cinq personnalités indépendantes, nommées pour cinq ans par le Président de la République fédérale sur proposition du gouvernement fédéral, et choisies en fonction de leur compétence économique, afin d'évaluer la politique économique et sociale de l'Allemagne et « d'aider à la formation du jugement de toutes les instances responsables de la politique économique ainsi que de l'opinion publique ».

² Fabrice Pesin et Christophe Strassel - « Le modèle allemand en question » - *Economica* - 2006 - pages 129 et 132.

Pour ce qui concerne le **contenu** des réformes, la politique menée a en premier lieu été axée sur la réduction des dépenses sociales avec deux niveaux d'action : la recherche d'un ralentissement de la dynamique même des dépenses, d'une part, l'abaissement du niveau de protection accordé aux bénéficiaires des assurances sociales, d'autre part.

Toutefois, au-delà de cette action classique sur les coûts, une tentative a été menée pour **passer de réponses conjoncturelles à des solutions permettant d'agir sur les structures**, afin d'asseoir la protection sociale sur des bases plus durables. C'est en ce sens que le législateur a fait **appel aux mécanismes de marché**, avec l'instauration d'une **concurrence entre les caisses d'assurance maladie, le recours accru aux techniques de maîtrise médicalisée des coûts** (par exemple avec l'introduction de la tarification à l'activité à l'hôpital) ou la création d'un environnement favorable à la **constitution de retraites d'entreprise et, surtout, par capitalisation**.

Par **l'appel à la responsabilité et à l'effort individuels**, le Gouvernement Schröder, qui avait en cela reçu l'appui de l'opposition chrétienne-démocrate, a essayé de promouvoir un système de protection sociale qui ne serait plus exclusivement assis sur la ressource salariale.

À l'heure des bilans, après deux années pleines de mise en œuvre des réformes, **les résultats apparaissent pour le moins contrastés**.

Le paysage des **retraites** ressort **structurellement bouleversé** avec une volonté affirmée de **réviser à la baisse le principe de solidarité intergénérationnelle**, sans pour autant le remettre en cause, et de compléter un premier pilier par répartition par le **recours à la capitalisation**. Après **des débuts hésitants**, ce schéma semble devoir se mettre en place, même si demeurent **deux interrogations**, d'une part sur la capacité de l'économie allemande à **intégrer les seniors à un marché de l'emploi** qui reste désespérément atone, d'autre part sur l'adhésion pleine et entière des Allemands à des **mécanismes de marché pour garantir le niveau de leur retraite**.

Dans l'immédiat, en outre, **le déficit de l'assurance vieillesse devra être compensé par une nouvelle hausse des cotisations**.

Pour le secteur de la **santé - maladie**, le bilan laisse apparaître en revanche **un échec assez marqué des réformes de l'« Agenda 2010 »**. Force est de constater, en effet, que si **des effets positifs** ont incontestablement été enregistrés **dans l'immédiat, l'impact des mesures prises paraît devoir être insuffisant pour garantir la viabilité à long terme du système de protection sociale**. Les caisses d'assurance maladie de base restent confrontées à un problème majeur de maîtrise de leurs déficits de gestion.

La volonté d'assurer sa pérennité de façon cohérente avec le souci d'améliorer les coûts du facteur travail conduisent inéluctablement les partenaires de la coalition (CDU/CSU et SPD) à poursuivre et renforcer les premières réformes structurelles engagées par la coalition précédente ainsi qu'à privilégier aujourd'hui **une réflexion sur la nature même du financement de cette protection sociale, du moins en ce qui concerne la santé et le chômage**.

A. LES RÉGIMES DE RETRAITES : VERS UN SYSTÈME MIXTE RÉPARTITION/CAPITALISATION ?

1. Les limites d'une stabilisation fondée sur la recherche de nouvelles ressources de financement

Au cours des années 1990, des premières mesures d'ajustement ont été prises.

Pour faire face aux perspectives démographiques défavorables, **l'âge de la retraite** a ainsi été porté à **soixante-cinq ans** par étape, en 1992, et les pensions ont été indexées sur le salaire moyen net (« *Rentenreform* » du ministre du travail et des affaires sociales Norbert Blüm).

Toutefois, au-delà d'une évolution démographique génératrice de dépenses supplémentaires, une large partie des surcoûts du régime général de l'assurance vieillesse a trouvé sa source dans la **réunification**. Le montant des transferts de la Fédération vers les nouveaux Länder pour le financement des retraites s'est ainsi élevé à environ 11 milliards d'euros en 2003 (soit plus de 0,5 point de PIB). En incluant les péréquations assurant la mise à niveau des caisses - 6 milliards d'euros de transferts de la caisse des employés à l'Ouest vers la caisse des ouvriers à l'Est -, les transferts de l'Ouest vers l'Est atteignent au total **17 milliards d'euros** aujourd'hui.

La hausse des transferts de la Fédération (*zusätzliche Bundeszuschüsse* ou transferts complémentaires à la dotation versée par le budget fédéral au régime légal d'assurance vieillesse) **a été financée par un relèvement d'un point de TVA au 1^{er} avril 1998 et par l'instauration de l'impôt écologique sur les entreprises polluantes (*Ökosteuer*) en 1999**, dont le produit est presque entièrement apporté au régime d'assurance légal. L'accroissement des transferts du Bund a permis de réduire la hausse du taux de cotisation (réalisation de l'économie d'une hausse de 1,7 point grâce à l'introduction de l'écotaxe), alors que le relèvement de ce taux est en principe le mécanisme permettant d'assurer l'équilibre du régime.

Un relèvement significatif des taux de cotisations a néanmoins été opéré tout au long des années 1990 (de 17,7 % du salaire brut en 1991 à 20,3 % en 1998), même s'il a été moindre que dans la situation où aucune autre ressource complémentaire n'aurait pu être dégagée.

Le taux de cotisation a ensuite pu redescendre par paliers jusqu'à 19,1 % entre 1999 et 2002.

L'équilibre du système a ainsi été maintenu, mais au prix d'une forte hausse de la part du subventionnement public qui atteint désormais près du tiers des ressources. Simultanément, les dépenses du régime général ont été portées de 8,7 % du PIB en 1991 à près de 11 % au début des années 2000, proportion qui reste celle constatée en 2006.

L'ensemble des partenaires sociaux a alors pris conscience qu'au-delà de mesures de stabilisation, une action structurelle s'imposait pour assurer la pérennité des retraites. Sur le contenu de cette action, le consensus s'est fait au début des années 2000 autour de deux points :

- l'équilibre ne doit pas être recherché en direction d'un accroissement des dépenses de transfert en provenance du budget fédéral ou d'une augmentation de la fiscalité dédiée au régime général (part de TVA et impôt écologique) ;

- le taux des contributions d'assurance doit être plafonné à 20 % à l'horizon 2020 et à 22 % à l'horizon 2030¹.

2. Le temps des réformes de structure

Les réformes adoptées par le Gouvernement Schröder ont tenté d'apporter des modifications importantes dans l'architecture du système des retraites. En complément du pilier des assurances par répartition - régime légal de base - une première réforme adoptée en 2001 a eu pour objectif de développer le second pilier de retraite d'entreprise et, surtout, de renforcer le troisième pilier par capitalisation, facultatif, en octroyant des avantages fiscaux (réforme dite « Riester »).

Une autre mesure d'envergure a été votée en 2004 afin de renforcer la viabilité du premier pilier à long terme, avec l'introduction d'un facteur de régulation démographique (le « facteur de viabilité ») dans le mode de revalorisation des pensions du régime général, qui aboutit à découpler l'évolution des salaires des actifs et celle des pensions de retraite.

a) La réforme « Riester » : un pas mesuré vers la retraite par capitalisation

Introduite en 2001, la réforme « Riester », du nom de son auteur, ministre des affaires sociales du Gouvernement Schröder, comportait **deux volets de développement de l'épargne des ménages en vue de la constitution d'une retraite complémentaire**, l'objectif étant de compenser la diminution attendue des taux de remplacement dans le régime de base :

• Développer les assurances complémentaires auprès des entreprises

Au début des années 2000, 15 millions de salariés bénéficiaient d'une assurance complémentaire auprès d'une entreprise (deuxième pilier). Cette retraite complémentaire est obligatoire pour les employés non fonctionnaires du secteur public, mais, dans le secteur privé, sa mise en œuvre est laissée au libre choix des entreprises. Seules 35 % d'entre elles proposent une assurance de ce type à leurs employés. Depuis le 1^{er} janvier 2002, les employés ont cependant le

¹ Ces taux ont été fixés par le législateur en 2001.

droit de demander qu'une partie de leur rémunération (*Entgeltumwandlung*) soit versée à un fonds de retraite d'entreprise de leur choix.

Outre la mise en place d'un régime fiscal favorable à la constitution d'une retraite par capitalisation (voir ci-après), la réforme « Riester » a également eu pour objet d'encourager l'épargne retraite grâce à ce deuxième pilier. Le renforcement de ce pilier se caractérise principalement par **la possibilité pour un salarié, depuis le 1^{er} janvier 2002, de convertir une fraction de sa rémunération salariale brute (contribution) en épargne** dans l'un des cinq véhicules d'épargne retraite d'entreprise dorénavant à sa disposition : couverture directe, gérée en interne par l'entreprise, versement des contributions à une caisse d'allocation, un fonds de pension, une caisse de pension ou un assureur privé.

Les pouvoirs publics encouragent le salarié dans cette voie par **des avantages fiscaux et sociaux**. Trois types d'aides sont prévus : à côté des aides « Riester » dans le cadre de l'assurance directe, de la caisse de pension et du fonds de pension (*voir ci-après*), ces incitations se traduisent par des exonérations d'impôts sur le revenu et de cotisations sociales salariales et patronales (sont concernés tous les véhicules d'épargne à l'exception de l'assurance directe) ainsi que par la possibilité d'une imposition forfaitaire au taux de 20 % (assurance directe et caisse de pension) des contributions.

Ces deux derniers types d'aide, spécifiques à la retraite d'entreprise (défiscalisation et imposition forfaitaire) ne sont toutefois que transitoires et s'éteindront fin 2008, ce qui peut expliquer le faible démarrage de ce mode d'épargne (en mars 2003, 1,14 million de salariés y avaient abondé). Les interlocuteurs de la mission ont globalement porté un jugement négatif sur cet aspect de la réforme « Riester », qui n'aurait pas atteint son objectif.

L'appréciation est aujourd'hui plus positive sur le développement d'un troisième « pilier » individuel.

• **Instituer un pilier par capitalisation privé et facultatif**

Le troisième pilier constitue à proprement parler les retraites « Riester ». Depuis le 1^{er} janvier 2002, les assurés sont encouragés à souscrire un contrat individuel de prévoyance vieillesse par capitalisation, appelé « contrat Riester ». Le principe consiste à verser sur un contrat d'épargne retraite certifié une contribution dont le montant est égal à une fraction des revenus bruts du travail.

Cette fraction est définie selon des règles précises fixant un minimum et un maximum, pour profiter pleinement des aides publiques qui complètent la contribution individuelle. Le taux de contribution, initialement fixé à 1 % des revenus bruts en 2002 et relevé à 2 % au 1^{er} janvier 2004, atteint 3 % en 2006 et passera à 4 % en 2008.

Les aides de l'Etat sont constituées de subventions forfaitaires et éventuellement d'un crédit d'impôt rendu possible par la déduction fiscale

extraordinaire (« *Sonderausgabenabzug* ») plafonnée de la contribution. Quand le souscripteur ne respecte pas les minima définis pour la contribution personnelle, les subventions sont ajustées en proportion.

La loi prévoit une subvention de base (« *Grundzulage* ») par souscripteur et une subvention par enfant (« *Kinderzulage* ») donnant droit aux allocations familiales¹.

Ce dispositif est tout particulièrement avantageux pour les ménages à bas revenus, la prime pouvant alors constituer l'apport principal.

Parallèlement à ce système de primes, le mécanisme de crédit d'impôt est une incitation supplémentaire pour les assurés à revenus élevés dotés d'une capacité d'épargne supérieure².

En dépit d'un subventionnement massif (de l'ordre de 10 milliards d'euros par an), à fin 2004, le nombre de contrats souscrits n'aurait atteint que 4,2 millions, contre 3,9 millions fin 2003 et 3,4 millions fin 2002, ce qui correspondait à une montée en puissance inférieure aux attentes du Gouvernement (8 millions de contrats attendus dès la première année du dispositif sur un potentiel de 31 à 32 millions de bénéficiaires).

De surcroît, selon un sondage publié en 2003, 72 % des Allemands interrogés ne souhaitaient pas souscrire de « retraite Riester », la plupart jugeant le produit trop complexe et insuffisamment attractif par rapport à d'autres formes d'épargne à long terme (notamment les produits d'assurance-vie)³.

Conscient de l'enjeu, le Gouvernement allemand a produit un important effort afin de simplifier l'accès à cette forme de capitalisation, cependant que les avantages relatifs des produits d'assurance-vie disparaissaient.

L'année 2005 et le début de l'année 2006 semblent ainsi avoir été bien meilleurs en matière de contrats « Riester », avec un total de contrats signés qui aurait atteint 6,2 millions d'unités⁴.

¹ De 76 euros par adulte en 2004 et 2005 à 114 euros en 2006 et 2007 et 154 euros à partir de 2008 pour la subvention de base. Par enfant, le bonus est de 92 euros en 2004 et 2005, 138 euros en 2006 et 2007 et 185 euros à partir de 2008.

² Les plafonds de déduction fiscale sont de 1.050 euros en 2004 et 2005, 1.575 euros en 2006 et 2007 et de 2.100 euros à partir de 2008. Si l'avantage fiscal qui en résulte est supérieur à la prime d'Etat (cas des ménages à haut revenu), la différence est reversée automatiquement au ménage sous forme de crédit d'impôt.

³ Mentionné in « Le modèle allemand en question » - op. cit. - page 135.

⁴ Indication fournie oralement à la mission par les représentants du ministère fédéral des affaires sociales et du travail.

b) Découpler l'évolution respective des salaires des actifs et des pensions : l'introduction d'un « facteur de viabilité » (Nachhaltigkeitsfaktor) dans le calcul des retraites

Après le court répit du début des années 2000, le retour des déficits de la branche vieillesse de la sécurité sociale, à partir de 2002, a justifié un nouveau train de mesures de stabilisation : relèvement de 0,4 point des taux de cotisation en 2003, qui atteignent donc dorénavant **19,5 %**, et adoption d'un paquet d'économies de 8 milliards d'euros pour 2004 (gel des pensions en 2004-2005, baisse de la réserve de fluctuation de 0,5 à 0,2 mois de paiements, transferts aux retraités de l'ensemble des contributions dépendance contre la moitié précédemment, et report du paiement des pensions des nouveaux entrants en fin de mois).

Au-delà de ces mesures de stabilisation des dépenses à court terme, des réformes de structure devant avoir en principe une incidence à long terme sur l'évolution des dépenses ont été adoptées en 2004 :

- le relèvement progressif entre 2006 et 2008 de l'âge minimal requis pour la liquidation des droits pour les chômeurs (de soixante à soixante-trois ans) ;

- la réduction des bonifications au titre des études professionnelles (dont bénéficiaient jusqu'alors certaines catégories d'étudiants et d'apprentis) et le plafonnement de ces bonifications à trente-six mois ;

- surtout, l'introduction d'un **facteur de viabilité** (*Nachhaltigkeitsfaktor*) dans le calcul de la revalorisation des pensions, **prenant en compte l'évolution du ratio des retraités par rapport au nombre de cotisants**, conformément aux recommandations de la commission d'experts dite « Rürup », chargée de faire des propositions pour assurer la pérennité du système de retraites.

L'objectif de la mise en place de ce facteur de viabilité est donc de contenir l'augmentation du taux de cotisation par la **prise en compte de l'évolution du rapport de dépendance économique**. Concrètement, lorsque ce rapport de dépendance économique augmente, la progression du salaire brut moyen n'est répercutée qu'en partie, limitant ainsi l'index de revalorisation des pensions.

L'introduction de ce nouvel élément de calcul vient couronner une évolution visant à ralentir la dynamique des retraites :

- jusqu'en 1991, les pensions étaient indexées sur l'évolution des salaires bruts ;

- à partir de 1992, la formule de revalorisation du point de retraite a tenu compte de l'évolution du salaire moyen net des cotisations sociales salariales ;

- depuis le 1^{er} juillet 2001, l'indexation des pensions est à nouveau fondée sur l'évolution du salaire brut moyen, mais tient également compte de

l'évolution des taux de cotisation retraite et de l'évolution des contributions dans un dispositif de prévoyance vieillesse facultatif (de type « Riester »). Concrètement, la progression des taux de cotisation « Riester » impacte négativement l'évolution des retraites.

Afin de réduire le risque de hausse du taux de cotisations au régime légal au-delà du plafond fixé par la loi, **l'évolution des pensions est donc désormais minorée par deux facteurs :**

- depuis 2001, par la hausse du taux de contribution au régime par capitalisation facultatif « Riester » ; en pratique, une hausse d'un point du taux « Riester » minore la revalorisation d'environ un quart de point (pour un taux de cotisation global de 20 %) ;

- **surtout**, depuis 2005, **en cas de dégradation du ratio entre retraités et cotisants, par l'activation du facteur de viabilité** ; à titre d'exemple, une hausse du ratio de dépendance de 1 % freine la revalorisation des pensions d'environ un quart de point.

Cette dernière mesure constituait, dans l'esprit de ses promoteurs, une réforme d'envergure¹, qui rompait avec la logique de stabilisation du ratio de remplacement net et devait permettre des économies importantes à long terme correspondant, selon les estimations initiales du Gouvernement Schröder, à 1,6 point de taux de cotisation à l'horizon 2020 et 2,3 points à l'horizon 2030.

En prenant en compte l'ensemble des mesures adoptées en 2003 et 2004 (mesures de stabilisation à long terme), l'équilibre du système devait être compatible avec le maintien du taux de cotisations sous le seuil de 22 % en 2030, conformément à l'objectif fixé par le législateur.

Impact des réformes sur les taux de cotisation retraite

	<i>en %</i>					
	2004	2005	2010	2020	2030	2040
Taux de cotisation sans réforme	20,5	20,1	19,8	21,6	24,3	25,8
Taux de cotisation après réformes (paquets 2003 et 2004)	19,5	19,5	18,6	20	22	22,9
Effet des réformes	1,0	0,6	1,2	1,6	2,3	3,0
<i>dont facteur de viabilité</i>	0	-0,1	-0,7	-1,0	-1,6	-2,4
<i>dont paquet de mesures court terme</i>	-1,0	-0,5	-0,4	-0,5	-0,6	-0,5

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, rapport du Conseil des sages, 2004.

¹ Cf : « Le système des retraites allemand : état des lieux et perspectives financières » - Bulletin d'informations économiques et financières n° 330 - Avril 2005 - Mission économique française de Berlin.

Le choix ainsi fait par la coalition SPD-Verts l'a clairement été au détriment du niveau des retraites de base dont le taux de remplacement ne pouvait être maintenu que par le recours à la capitalisation. En effet, selon les estimations du Conseil des sages, **le taux de remplacement de la retraite nette standard, calculée après cotisations et après impôt, doit tomber de 70 % en 2004 à 58,5 % en 2030**, du fait, notamment, de la mise en œuvre du facteur de viabilité.

A l'effet du facteur de viabilité doit cependant en outre s'ajouter celui du **nouveau mode d'imposition des retraites**, qui est, lui, indépendant de la volonté du législateur, mais procède d'une injonction de la Cour constitutionnelle fédérale.

L'avantage fiscal qui était consenti aux retraites du privé disparaît en effet progressivement à partir de 2005. Conformément aux injonctions de la Cour constitutionnelle fédérale formulées en 2002, le Gouvernement Schröder a fait adopter, en 2004, une loi qui met fin, d'ici 2040, à la différence de traitement entre les fonctionnaires (dont la pension est imposée à l'impôt sur le revenu) et les retraités du secteur privé. Pour ces derniers, la part des pensions brutes soumises à l'impôt sur le revenu sera portée par paliers, et pour chaque cohorte successive, de 50 % en 2005 à 100 % d'ici à 2040. En contrepartie, les cotisations sociales payées par les salariés seront progressivement exonérées - comme c'est le cas pour les cotisations employeurs - de l'impôt sur le revenu : **l'imposition est donc dorénavant différée.** En 2005, 20 % des cotisations sociales salariées ont ainsi été exemptées, l'exemption totale étant programmée pour 2025.

Selon l'estimation du Conseil des sages, **le ratio de remplacement net après cotisation et après impôt sera encore amputé de plus de 6 points de pourcentage à l'horizon 2030, par rapport à la situation créée par la mise en œuvre du seul facteur de viabilité, et descendra de 58,5 % à 52,2 % sous l'effet de l'impôt différé pour une personne partant à la retraite à cette date (contre 70 % en 2001).** D'après une autre étude de Deutsche Bank Research, le taux de remplacement net après impôt tomberait pratiquement à 50 % en 2050 si le taux de cotisation était plafonné à 22 %, toujours grâce au mécanisme du facteur de viabilité.

Cette chute importante du taux de remplacement pouvait poser le **problème, à l'échéance 2030, de la compatibilité du plafonnement à 22 % du taux de cotisation à l'assurance vieillesse et d'un taux de remplacement minimal garanti (hors capitalisation « Riester »).**

En effet, le législateur allemand a instauré, en 2001, **un ratio de remplacement minimal garanti**, initialement fixé à 67 % (contre 70 % aujourd'hui) correspondant à un ratio de remplacement net après cotisation et après impôt.

Le niveau garanti de retraite a été redéfini en 2004 pour tenir compte du nouveau mode de taxation des retraites. Désormais, c'est le ratio de remplacement net après paiement des cotisations sociales mais *avant* impôt

qui est retenu. **Le niveau garanti de ce nouveau ratio est de 46 % jusqu'en 2020 et 43 % jusqu'en 2030** (contre 53,3 % en 2003), ce taux de 43 % *avant* impôt correspondant à un taux d'environ 55 % *après* impôt (alors que les prévisions du Conseil des sages tablent, on vient de le voir, sur 52,5 % *après* impôt en 2030). En cas de franchissement de ce seuil, le Gouvernement est tenu de proposer des mesures appropriées pour accroître le niveau des pensions.

Or, le ratio de remplacement net avant impôt pourrait passer sous le plancher de 43 % à l'horizon 2030, si le taux de cotisation était maintenu par ailleurs à 22 % à la même date, comme le montre le tableau ci-après :

**Évolution des ratios de remplacement pour la pension standard
(scénario central)**

	2004	2010	2020	2030
Ratio de remplacement brut	48 %	44,5 %	42,3 %	39,7 %
Ratio de remplacement net après cotisations mais avant impôt	53 %	48,5 %	46,1 %	42,8 %
<i>Pm : ratio de remplacement net avant impôt garanti</i>	46 %	46 %	46 %	43 %
Ratio de remplacement net après cotisations et après impôt	70 %	-	-	55 %*

Source : Rapport du Conseil des sages, 2004 et Deutsche Bank Research.

** Estimation moyenne. Compte tenu des différents taux d'imposition par cohorte, ce taux varie en effet en fonction de l'âge de départ à la retraite. Hors changement du régime fiscal instauré en 2004, ce ratio aurait été de 58,5 % en 2030.*

La coalition SPD-Verts a cependant reculé, dans un premier temps, devant la proposition de la commission « Rürup » de relever de soixante-cinq à soixante-sept ans l'âge légal du départ à la retraite qui aurait permis de surmonter la difficulté de l'incompatibilité prévisible entre l'objectif de plafonnement des cotisations et celui de maintien d'un certain taux de remplacement de la pension standard.

3. Déficits persistants, relèvement de l'âge de la retraite et incertitudes à long terme

La stabilisation des dépenses de l'assurance vieillesse a été très nette en 2004 avec une progression modérée de l'ordre de 0,7 %, mais insuffisante pour enrayer la montée du déficit les deux années suivantes.

La coalition CDU/CSU - SPD au pouvoir a donc prévu une nouvelle hausse du taux de cotisation qui s'établira à **19,9 % à compter du 1^{er} janvier**

2007, soit à un dixième de point seulement du plafond de 20 % qui ne devait pouvoir être dépassé, en tout état de cause, qu'après 2020.

Selon les divers interlocuteurs rencontrés par la mission, cette hausse devrait cependant suffire à stabiliser la branche vieillesse. Grâce à l'allongement de la durée d'activité des salariés allemands, le taux de cotisation pourrait même redescendre à 19,5 % entre 2014 et 2020, avant de repartir vers le plafond prévu de 22 % à l'horizon 2030.

Surtout, le Gouvernement d'Angela Merkel a manifesté sa volonté de **relever progressivement l'âge de départ à la retraite de soixante-cinq à soixante-sept ans entre 2012 et 2029**, conformément aux recommandations de la commission « Rürup », et alors que la coalition précédente avait préféré renoncer à s'avancer sur ce terrain¹.

Le passage de l'âge légal de la retraite de soixante-cinq à soixante-sept ans est, on l'a vu, une conséquence logique de la mise en place d'un facteur de viabilité dans le calcul de l'évolution des retraites fondé sur le principe d'une déconnection de la progression respective des salaires et des pensions et donc d'une baisse relative de celles-ci par rapport à ceux-là².

A plus long terme, la philosophie même des mesures prises ces dernières années implique la prise en compte de deux interrogations majeures qui n'ont pas encore reçu de réponse probante :

- comment assurer un taux de remplacement des retraites socialement acceptable ?

- comment relever de façon sensible le taux d'activité des seniors ?

• S'agissant de la première question, **la baisse du ratio de remplacement net avant impôt de la retraite standard, évaluée avant l'annonce du relèvement de l'âge de la retraite à soixante-sept ans, promettait d'être importante (dix points à l'horizon 2030, douze ou treize à l'horizon 2040)**. Celle du ratio net après impôt était évidemment accentuée par l'instauration de l'imposition différée des retraites.

¹ Les deux mesures de remontée du taux des cotisations vieillesse et de relèvement progressif de l'âge de la retraite avaient, au moment de la rédaction du présent rapport, fait l'objet d'un accord politique entre les partenaires de la coalition sans que les projets de loi correspondants aient été déposés et discutés au Parlement.

² La coalition a cependant légèrement atténué, en début d'année 2006, les effets de cette déconnection en adoptant un dispositif (« Nachholfaktor ») qui conduit à geler l'évolution des retraites lorsque les salaires baissent d'une année sur l'autre ; en contrepartie, la progression des retraites est amputée les années d'évolution positive des salaires à due concurrence de la baisse qu'elles auraient dû subir les années où les salaires ont baissé. Le « Nachholfaktor » accorde un avantage en trésorerie aux retraités sans remettre en cause la logique d'ensemble de moindre progression des pensions par rapport aux salaires en cas de dégradation du ratio de dépendance.

Selon une étude de Deutsche Bank Research, cette baisse du ratio net ne **devait être que partiellement compensée par les revenus du troisième pilier « Riester »** : en considérant un rendement nominal de la capitalisation de 3,25 % par an, le revenu des retraités pouvait être augmenté de 10 % du revenu brut pour les nouveaux entrants à l'horizon 2040 (12 % à l'horizon 2050). **La retraite « Riester » comblait ainsi la moitié de la baisse du ratio de remplacement net après impôt dans un scénario relativement favorable** (pour un rendement de 2,25 % la compensation était de trois points inférieure en fin de projection). Selon les mêmes estimations de Deutsche Bank Research, le ratio net n'était pas maintenu même si par ailleurs l'âge effectif de départ à la retraite atteignait soixante-cinq ans (soit l'âge légal) et un écart de quatre à six points persistait autour de 2030-2035.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission au ministère fédéral des affaires sociales et du travail n'ont pas confirmé ces scénarios en demi-teinte, sans pour autant les infirmer totalement.

Les projections du Gouvernement laissent voir, en effet, **une possibilité de maintenir, voire de relever le taux de remplacement des retraites à l'horizon 2030¹**, sur la base toutefois d'un schéma qui repose, dans la plupart des cas, sur la perception par le retraité d'une « pension standard », doublée d'une retraite « Riester » par capitalisation constituée en utilisant à leur niveau maximum les incitations fiscales correspondantes. La « pension standard » est, selon la définition légale, celle versée à un salarié qui aurait travaillé quarante-cinq annuités sans aucune période de chômage avant l'âge légal de la retraite. Le scénario optimiste se vérifierait cependant, même si le pensionné a connu quelques périodes de chômage (dernière ligne du tableau ci-dessous).

Sur la base de ces conditions globalement favorables pour le salarié, les experts du Gouvernement aboutissent à **des résultats effectivement prometteurs.**

Seuls les plus hauts salaires seraient légèrement perdants et des gains spectaculaires, par rapport à la situation actuelle, pourraient être réalisés au profit des milieux les plus en difficultés (familles monoparentales et ménages ayant connu des périodes de chômage).

¹ Il s'agit du taux de remplacement APRÈS impôt (calculé selon « l'ancienne » méthode) - Cf. pages 31/32 du présent rapport.

**Évolution des ratios de remplacement globaux
(pension standard et capitalisation « Riester »)**

(en %)

	2005	2030	Écart
Bas salaires	65,6	68,6	+ 3,0
Salaires moyens	72,4	72,6	+ 0,2
Salaires élevés	77,9	75,8	- 2,1
Seul, élevant deux enfants	57,9	70,5	+ 12,6
Marié, deux enfants	65,6	71,6	+ 6,0
Marié, deux enfants, périodes de chômage	59,0	65,8	+ 6,8

Source : Ministère fédéral des affaires sociales et du travail

Le cadre légal est là : il reste à savoir comment amener plus d'Allemands à contracter des retraites par capitalisation et à travailler plus longtemps.

Sur le premier point, **la possibilité de rendre la retraite « Riester » obligatoire fait l'objet d'un débat** (cette option a été soutenue par le Conseil des sages).

• Sur la seconde question, celle du **taux d'activité des seniors**, il demeure des interrogations sur la capacité de l'économie allemande, comme d'ailleurs de celle de ses partenaires, à mobiliser les sexagénaires alors que le **taux d'activité** des plus de soixante ans est **inférieur à 30 %**. **L'âge effectif de départ à la retraite se situe déjà aujourd'hui légèrement en deçà de l'âge légal** actuel de soixante-cinq ans, avec une moyenne de **soixante-trois ans** environ (moins de soixante et un ans en incluant les bénéficiaires de pensions d'invalidité) et, surtout, un nombre moyen d'années de cotisation validées nettement inférieur aux quarante-cinq années de la retraite standard dont le niveau est légalement protégé (41,25 pour les hommes et 28,8 pour les femmes en 2003).

La retraite moyenne brute n'atteint par conséquent aujourd'hui qu'un tiers du salaire brut et, après impôt et versement des cotisations sociales, la pension nette ne s'élève qu'à environ la moitié du salaire net moyen (contre 70 % garantis pour la pension standard). Au vu des projections relatives aux évolutions négatives de la retraite standard, la question de l'augmentation du taux d'activité des plus de soixante ans rejoint celle du niveau socialement acceptable des retraites.

Le Gouvernement de coalition d'Angela Merckel a annoncé l'élaboration d'un **plan tendant à favoriser l'activité des seniors**.

B. L'ASSURANCE MALADIE : LES ESPOIRS DÉÇUS DE LA RÉFORME DE 2003

D'importants efforts ont été menés depuis la fin des années 1980 pour assurer la viabilité de l'assurance maladie. Parmi les premières mesures significatives, on doit relever, en 1992, la réforme « Seehofer », du nom du ministre (CSU) de la santé de l'époque, qui a introduit **la concurrence entre caisses d'assurance maladie**, à travers le libre choix offert aux assurés (alors qu'auparavant l'affiliation à un type de caisse dépendait de l'appartenance socioprofessionnelle ou du lieu d'habitation).

Au début de l'actuelle décennie, le principal fait notable, mais dont les conséquences restent différées, a été l'accord-cadre du 27 juin 2000, signé entre le ministère fédéral de la santé, la société allemande d'hospitalisation, les organismes fédéraux des caisses d'assurance maladie et l'Union fédérale des assureurs maladie en vue de l'adoption en Allemagne d'une **tarification à l'activité dans les établissements de soins** (GR-DRG - German Refined Diagnosis Related Groups ou *Fallpauschalen*), reprise du système australien des *Australian Refined-Diagnosis Related Groups*. Le système ne devrait être totalement opérationnel qu'au terme de la phase de convergence des tarifs à l'intérieur de chaque Land, en 2009 (*voir annexe*).

Le dernier train de **réforme** en date est celui **engagé, en 2003, par Ulla Schmidt, ministre de la santé du Gouvernement Schröder, dans le cadre de « l'Agenda 2010 »**. Aux termes de deux exercices pleins d'application de la réforme Schmidt de 2003, il apparaît que les caisses d'assurance maladie ont enregistré un excédent de 2,5 milliards d'euros en 2005, après un premier excédent de 4,2 milliards d'euros en 2004, alors que le déficit était de 3,5 milliards d'euros en 2003. Les caisses auraient pu résorber en deux ans tout ou partie de leur dette¹. En outre, avec un taux de progression limité à 2,6 % en 2005, les dépenses de santé apparaissent globalement en hausse modérée, la réussite de la réforme étant particulièrement nette pour les consultations de ville.

Pour autant, **le bilan de la réforme de 2003 doit d'emblée être nuancé**. Ainsi, certains postes de dépenses restent préoccupants, notamment **les dépenses de médicament** qui ont dérapé en 2005, avec un taux de progression (+ 16,3 %), encore plus élevé que celui constaté en France (+ 5 % sur le même exercice). En outre, **les caisses n'ont pas pu baisser leurs taux de cotisations, alors que le scénario prévisionnel de la réforme prévoyait une diminution des cotisations de 1,5 point (représentant 15 milliards d'euros) dès la fin 2005**. Enfin, **le maintien d'un excédent en 2005 résulte avant tout de la montée en puissance de la subvention versée par l'Etat fédéral**, que les partenaires de la coalition au pouvoir ont prévu de réduire en 2007 puis de supprimer en 2008.

¹ Voir I. C 1 du présent rapport - page 14.

Une **nouvelle réforme de la santé**, d'ailleurs envisagée par l'accord de coalition CDU/CSU-SPD du 11 novembre 2005, était en cours de discussion, lors du déplacement de la mission, pour empêcher une hausse des cotisations dès 2007.

1. La réforme de 2003 : un impact conjoncturel fort

La réforme adoptée fin 2003 avait pour but de permettre aux caisses d'assurance maladie de retrouver l'équilibre tout en baissant leurs taux de cotisation.

Les principales dispositions de la loi de modernisation du système de santé adoptée le 19 novembre 2003 sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2004. Ces mesures sont essentiellement organisées autour de **trois grandes orientations** :

- **un fort accroissement de la participation financière (directe ou indirecte) à la prise en charge du risque maladie** ; c'est cette orientation qui a le plus nettement retenu l'attention en France et dont on retrouve une inspiration très proche dans la réforme « Douste-Blazy » de 2004 ;

- **un recours accru à l'impôt** pour assurer le financement de l'assurance maladie ;

- une volonté de dépasser la simple maîtrise comptable de la dépense, par ailleurs indispensable, pour favoriser de plus en plus des démarches de **qualité des soins et de maîtrise médicalisée**.

Ces trois orientations sont déclinées en **quatre volets** :

- l'instauration d'un nouveau système de **ticket modérateur** (*Praxisgebühr*) pour les consultations médicales (à raison de 10 euros par trimestre) ; le relèvement du ticket modérateur existant pour les séjours hospitaliers (qui passe de 9 euros par jour plafonné à quatorze jours par an à 10 euros par jour plafonné à vingt-huit jours par an) et pour les médicaments (le taux de participation est fixé à 10 % du prix, pour un montant par médicament qui doit être compris dans une fourchette de 5 à 10 euros)¹ ;

- la **suppression de la prise en charge d'un certain nombre de prestations et de remboursements** (pour les médicaments de confort ne nécessitant pas d'ordonnance, les montures et verres de lunettes, la stérilisation, les cures thermales et les frais de transports hors ambulance) ;

- la réalisation de **gains d'efficacité** avec notamment la création d'une carte de sécurité sociale électronique ainsi que l'incitation à **choisir un « médecin de famille »** (« *Hausarzt* ») et à entrer dans **un système de parcours de soin** en échange d'une baisse de cotisation et d'une exemption de ticket modérateur (si le patient est adressé au spécialiste par le généraliste) ;

¹ Le montant des dépenses financées directement par le patient ne doit pas dépasser 2 % de son revenu annuel brut (1 % pour les malades chroniques).

- enfin, la hausse des contributions des assurés et des laboratoires, sous forme de **hausse des cotisations maladies des retraités, d'élargissement à certains médicaments du mécanisme du prix de référence (Festbetrag)¹** et d'une hausse de la **fiscalité sur le tabac²** (dont le produit devait être reversé aux caisses par la voie d'une subvention de l'Etat fédéral au titre des charges non contributives, essentiellement les dépenses de grossesse-maternité, au titre de l'IVG, des indemnités pour enfant malade et des indemnités en cas de décès).

Cette réforme devait permettre aux caisses d'assurance maladie du régime légal de retrouver un équilibre financier, d'une part, tout en leur donnant **la possibilité d'abaisser leurs taux de cotisation (l'objectif initial était une baisse de 1,5 point à fin 2005 et de plus de 2 points à l'horizon 2007)**, d'autre part.

Les caisses étaient directement partie prenante dans le volet d'amélioration de la qualité des soins, **la démarche qualitative devenant un élément de la concurrence, à côté des différences de taux de cotisation**. La possibilité est ainsi donnée aux caisses de proposer des formes de prise en charge intégrées dans le cadre de centres de soins médicaux regroupant médecins et autres professions de santé. Les caisses peuvent également verser des primes aux assurés participant à des actions de prévention et favoriser, comme on vient de le voir, ceux acceptant de recourir à un médecin de famille et d'entrer dans un processus de parcours de soins, prévoyant le passage par un généraliste avant le recours au spécialiste.

Le bilan du volet « maîtrise médicalisée » de la réforme est présenté en annexe au présent rapport.

Sur le plan financier, après plus de deux années de mise en œuvre, la réforme adoptée fin 2003 présente un bilan partiellement positif sur trois points :

- les caisses ont pu largement **assainir leur situation financière** et résorber en tout ou partie les dettes constatées fin 2003 grâce aux excédents enregistrés en 2004 (4,2 milliards d'euros) et 2005 (2,5 milliards d'euros) ;

- les **dépenses de santé** apparaissent **globalement en fort ralentissement**, marquant une inflexion incontestable. La hausse est restée contenue sur l'ensemble de l'année 2005 (2,6 % pour les dépenses totales, 3,3 % pour les dépenses par assuré), après une année 2004 marquée par une baisse (- 3,2 % pour les dépenses totales, - 3,3 % pour les dépenses par assuré) ;

¹ Le mécanisme du Festbetrag consiste à fixer un prix de remboursement unique pour les médicaments ayant les mêmes propriétés thérapeutiques. Seuls y échappent en principe les médicaments dont l'apport thérapeutique par rapport aux médicaments de la même classe est indéniable.

² 1 euro par paquet de tabac.

Montant et évolution des dépenses d'assurance maladie

	Résultats sur l'année 2005				Résultats sur l'année 2004			
	Dépenses totales		2005/2004		Dépenses totales		2004/2003	
	En Mds €	En % du total	Dép. totales	Dép. par assuré	En Mds €	En % du total	Dép. totales	Dép. par assuré
Consultations médicales	21,60	15,0	+0,8	+1,0	21,43	15,3	-5,3	-5,8
Consultations dentaires	7,52	5,2	-2,1	-1,7	7,68	5,5	-4,1	-3,9
Prothèses dentaires	2,45	1,7	-32,5	-32,3	3,63	2,6	-4,0	-3,7
Hôpital	49,01	34,1	+2,9	+3,3	47,63	34,0	+1,7	+1,5
Médicaments	25,39	17,7	+16,3	+16,8	21,83	15,6	-9,8	-9,5
Adjuvants	3,70	2,6	+3,1	+3,4	3,59	2,6	-5,5	-5,2
Appareils et prothèses	4,48	3,1	-0,7	-0,4	4,51	3,2	-15,2	-14,9
Congés maladie	5,86	4,1	-7,9	-7,4	6,36	4,5	-8,8	-8,5
Transports/ Ambulance	2,80	1,9	+7,3	+7,9	2,61	1,9	-8,1	-8,1
Coûts administratifs	8,05	5,6	+0,4	+0,8	8,02	5,7	-0,2	0,0
Autres	12,75	8,9	+0,9	+1,5	12,64	9,0	+6,0	+5,9
TOTAL	143,61	100	+2,6	+3,3	139,93	100	-3,2	-3,3

Source : Ministère fédéral de la santé.

- enfin, la réussite de la réforme est particulièrement nette s'agissant des **consultations de ville**, qui représentent 15 % du total des dépenses. La rupture observée en 2004 (avec une baisse de 5,8 % des dépenses par assuré en 2004 par rapport à 2003) s'est prolongée en 2005. Les dépenses par assuré n'ont que faiblement progressé (de 1 % par rapport à 2004), confirmant **l'impact de l'instauration au 1^{er} janvier 2004 d'un ticket modérateur de 10 euros par trimestre pour les consultations** (ticket devant être payé à la première consultation du trimestre), **qui semble avoir entraîné un changement des comportements** (voir annexe).

2. Des effets à long terme insuffisants

Dès 2005, le bilan de la réforme de 2003 a été cependant fortement nuancé, car ses effets sur le long terme ne paraissaient pas de nature à assurer à eux seuls la viabilité du régime d'assurance maladie. **Trois motifs** d'inquiétude subsistent :

• **La réforme n'a pas infléchi le rythme de progression des dépenses hospitalières, tandis que les dépenses de médicament ont clairement dérapé en 2005.**

Représentant 34 % du total des charges, les dépenses liées à l'hôpital ont progressé à un rythme plus soutenu en 2005 (+ 2,9 % pour les dépenses totales, + 3,3 % pour les dépenses par assuré) qu'en 2004 (+ 1,7 % pour les dépenses totales, + 1,5 % en dépenses par assuré). Le relèvement du forfait hospitalier semble ainsi avoir eu un impact limité, le recours aux soins hospitaliers ayant probablement un caractère moins facilement compressible que les soins de ville. Le rythme d'évolution des dépenses d'hôpital reste toutefois dans la moyenne constatée en 2005 pour les dépenses totales d'assurance maladie et représente une progression en volume relativement limitée.

Pour leur part, les **dépenses de médicament** (près de 18 % du total) **ont subi une forte hausse en 2005**, augmentant de 16,3 % par rapport à 2004 (+ 3,5 milliards d'euros), et de 16,8 % pour les dépenses par assuré. Elles ont ainsi dépassé en 2005 leur niveau de 2003, après une baisse de près de 10 % en 2004.

Certes, une partie de la hausse résulte d'effets statistiques¹ et de la fin, au 1^{er} janvier 2005, du moratoire sur les prix de certains médicaments non soumis au prix de référence (*Festbetrag*). Le dérapage est néanmoins manifeste : les représentants des médecins et des caisses avaient en effet anticipé une croissance des dépenses de médicaments de seulement 5,8 % pour 2005.

Compte tenu de l'évolution constatée, les médecins et les caisses ont signé à l'automne 2005 un accord en vue d'une mise en œuvre plus contraignante de leur convention en 2006, avec notamment la régionalisation de l'objectif de dépenses pour trois groupes de médicaments particulièrement utilisés. Le Parlement allemand a cependant accepté, sur proposition du Gouvernement, d'aller plus loin et d'adopter une loi, entrée en vigueur le 1^{er} mai 2006, qui prévoit, notamment, **le gel pendant deux ans du prix de tous les médicaments** et l'instauration **d'un dispositif de bonus-malus** sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins concernant les dépenses de médicament (*voir annexe*).

¹ Les dépenses de médicament avaient été particulièrement faibles sur les deux premiers mois de 2004 en raison d'un effet d'anticipation, fin 2003, de l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2004.

• **Le maintien d'un excédent en 2005 est dû avant tout à la montée en puissance, prévue par la réforme de fin 2003, de la subvention du budget fédéral censée couvrir les « charges indues ».**

Les caisses d'assurance maladie ont certes enregistré une progression importante de leurs recettes globales sur l'année 2005 (+ 3,3 milliards d'euros, soit + 2,3 %). Néanmoins, l'essentiel de cette progression provient de la montée en puissance, prévue par la réforme de fin 2003, de la subvention forfaitaire de l'Etat fédérale destinée à couvrir les « charges indues » de l'assurance maladie.

Cette subvention a représenté 2,5 milliards d'euros en 2005 contre 1 milliard d'euros en 2004. L'augmentation de la subvention, soit 1,5 milliard d'euros, représente ainsi près de la moitié de l'accroissement des recettes. Les recettes de cotisations n'ont pour leur part augmenté que de 0,9 %, reflétant la modération salariale et le niveau élevé du chômage¹.

En l'absence de subvention en provenance du budget fédéral, les caisses seraient revenues dès 2005 vers des soldes proches de l'équilibre et donc du déficit.

• **Enfin, les caisses n'ont pas abaissé leurs taux de cotisation.**

Comme en 2004, les caisses n'ont pas consacré en 2005 les marges dégagées par la réforme pour abaisser leurs taux de cotisation, optant prioritairement pour un effort de désendettement et de reconstitution de leurs réserves. Le taux reste en moyenne à 14,18 % contre 14,31 % avant la réforme, alors que celle-ci prévoyait un taux moyen de l'ordre de 12,7 % en 2006 (13,6 % fin 2004 et 13 % fin 2005). La différence, soit 1,5 point de cotisation, représente 15 milliards d'euros.

L'objectif initial d'une baisse des taux de cotisation de 1,5 point à fin 2005 et de plus de 2 points à l'horizon 2007 n'a donc pu être réalisé en pratique. Tout au plus peut-on observer que, sans la réforme, les cotisations auraient certainement recommencé à augmenter.

Néanmoins, le précédent gouvernement a procédé en juillet 2005 à un abaissement ciblé de 0,45 point sur les cotisations employeurs compensé par un relèvement de 0,45 point des cotisations salariales. Concrètement, depuis le 1^{er} juillet 2005, une cotisation spécifique de 0,9 point pèse, en application de la loi, sur les seuls salariés. Les caisses disposent ainsi désormais de deux cotisations :

- une cotisation « générale », partagée à parts égales entre employeurs et salariés et qui, toutes choses égales par ailleurs, est inférieure de 0,9 point à ce qu'elle était avant le 1^{er} juillet 2005 ;

- une cotisation spécifique de 0,9 point pesant sur les seuls salariés.

¹ Bien que les cotisations d'assurance maladie des chômeurs soient prises en charge par l'Office fédéral du travail, la perte d'emploi a un impact sur le niveau des cotisations à travers l'abaissement de la base des cotisations.

Cette réforme s'est donc traduite par un basculement de 0,45 point de cotisations (4,5 milliards d'euros) des employeurs vers les salariés.

**Evolution du solde et du taux de cotisation
des différentes caisses d'assurance maladie publiques**

	Caisses relevant de								Toutes caisses
	AOK	BKK	IKK	LKK	SKK	BKN	EAR	EKA	
Solde en millions € * (2005)	+ 152	+ 923	+ 251	- 53	- 5	- 105	+ 1	+ 423	+1.776
Taux de cotisation en 2003 (%)	14,47	13,66	14,32	-	12,90	12,90	13,96	14,68	14,31
Taux de cotisation en 2004 (%)	14,39	13,90	14,18	-	12,90	12,55	13,83	14,41	14,23
Taux de cotisation au S1 2005 (%)	14,36	13,90	14,02	-	12,90	12,40	13,72	14,35	14,19
Taux de cotisation au 1/07/05 (%) **	14,35	13,88	13,91	-	12,90	12,40	13,71	14,34	14,16
Taux de cotisation 1/01/06 (%) **	14,42	13,91	13,85	-	13,40	12,40	13,70	14,34	14,18

Source : Ministère fédéral de la santé

*: données provisoires (le solde définitif des caisses s'établit en réalité à 2,53 milliards d'euros en 2005)

** : y compris cotisation spécifique de 0,9 % introduite au 1^{er} juillet 2005 et pesant uniquement sur les salariés

Plus globalement, au terme de plus d'une décennie de mise en œuvre, **le bilan de la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie** (mise en concurrence à l'intérieur du champ des assurances légales et mise en concurrence avec le secteur privé pour les salariés au-delà du plafond) apparaît d'autant plus nuancé que, parallèlement, **ses effets en termes de « gouvernance » de la branche maladie ne sont eux-mêmes apparus que partiellement convaincants** aux yeux des interlocuteurs rencontrés par la mission :

- certes, **le nombre des caisses s'est fortement réduit**, passant de 1.150 en 1994 à seulement un peu plus de 250 aujourd'hui¹, dans un paysage qui était et reste marqué par un important morcellement des prestataires, facteur de surcoûts non négligeables ;

¹ Les caisses locales (*Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK*) ont notamment été progressivement transformées en caisses régionales, leur nombre passant de 264 à 17.

- toutefois, entre 1997 et 2003, près de cinq millions d'assurés ont changé de caisse, principalement en faveur des caisses d'entreprise¹ ; certaines caisses locales (AOK) bien implantées ont subi des **fuites de clientèles à « faible coût »** (jeunes diplômés en particulier) qui peuvent les fragiliser, alors qu'elles conservaient parallèlement une clientèle plus âgée ; la caisse AOK de Berlin ainsi indiqué à la mission que le nombre de ses cotisants était passé de 1,2 million au début des années 1990 à 700.000 aujourd'hui, soit une chute de plus de 40 % ; or, la compensation existant entre caisses n'inclut pas pour l'instant de critères reflétant le taux de prévalence des pathologies par classe d'âge, même si le sujet reste débattu ;

- enfin, il n'est pas sûr que la clientèle jeune qui s'oriente aujourd'hui vers les assurances privées soit gagnante sur le long terme : dans une logique assurantielle, les primes augmentent avec l'âge et la situation familiale de l'intéressé ; or, il n'est en principe pas possible de revenir dans le giron des assurances légales une fois que l'assuré les a quittées, sauf s'il est resté salarié, remplit les conditions de plafond (environ 4.000 euros de revenu mensuel) fixées pour relever du régime légal et s'il a moins de cinquante-cinq ans.

3. Vers une nouvelle réforme programmée de l'assurance maladie

Une nouvelle réforme de l'assurance maladie, prévue par l'accord de coalition CDU/CSU-SPD, apparaît indispensable courant 2006 pour empêcher une hausse des taux de cotisation dès l'an prochain. **En effet, l'équilibre financier des caisses ne paraît plus assuré à l'horizon 2007 à taux de cotisation constant avec des déficits qui atteindraient annuellement 8 à 10 milliards d'euros.**

L'équilibre des caisses devrait en 2006 pouvoir être préservé sans hausse de taux de cotisation. Les caisses bénéficieront en effet cette année, d'une part de la poursuite de la montée en puissance de la subvention, qui doit ensuite disparaître, en provenance du budget fédéral (4,2 milliards d'euros en 2006 contre 2,5 milliards d'euros en 2005), d'autre part des effets de la loi entrée en vigueur le 1^{er} mai 2006 dont on attend qu'elle permette d'économiser environ 1 milliard d'euros sur les dépenses de médicaments.

En revanche, **trois effets cumulatifs menacent l'équilibre des caisses à moyen terme :**

- en premier lieu, la réforme de fin 2003 n'a **pas véritablement « cassé » l'effet de ciseaux** qui continue de jouer entre les recettes de cotisations (qui progressent peu, + 0,9 % en 2005) et les dépenses de santé (qui sont réparties à la hausse même si le taux, + 2,6 % en 2005, apparaît modéré) ;

¹ Patrick Hassenteufel - « Le modèle social allemand en mutation » - page 126. Les déperditions d'assurés des caisses publiques vers les caisses privées seraient en outre de 170.000 à 230.000 par an (données communiquées par l'ambassade de France à Berlin).

- ensuite, le Gouvernement a prévu de **ramener la subvention du budget fédéral** à l'assurance maladie à 1,5 milliard d'euros en 2007 puis de la **supprimer** complètement à partir de 2008 ;

- enfin, de manière plus marginale, le relèvement de trois points de la TVA au 1^{er} janvier 2007 devrait augmenter le niveau des dépenses d'assurance maladie pour un montant de l'ordre de 0,8 milliard d'euros.

La réforme de 2003 ne marque donc qu'une nouvelle étape, certes importante, de la transformation progressive du système d'assurance maladie. **Le principal enjeu reste aujourd'hui son financement**, qui est, en ce mois de juin 2006, le principal dossier de la coalition au pouvoir. Au-delà, tous les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné la nécessité de **poursuivre et d'approfondir l'effort engagé en direction de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé**, seul à même de casser durablement l'effet de ciseaux qui menace l'avenir de l'assurance maladie (*voir annexe*).

III. L'INDISPENSABLE RÉFLEXION SUR LES NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT

A. PROLONGER L'EFFORT DE RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE : UNE PRIORITÉ DE LA NOUVELLE COALITION AU POUVOIR

1. L'objectif : « assainir, réformer, investir » pour ramener le poids des prélèvements sociaux sous la barre des 40 % du salaire brut

Le **contrat de coalition** signé, le 11 novembre 2005, par les partenaires CDU/CSU-SPD affirme, en préambule : « *Nous allons mettre à profit notre majorité parlementaire pour mener **des réformes structurelles**, donner le courage de l'effort et consolider la confiance de nos concitoyens dans la capacité de l'Allemagne à maîtriser les enjeux du futur.* ». Dans son discours de politique générale du 30 novembre, la chancelière, Angela Merckel présentait ainsi le programme gouvernemental : « *assainir, réformer, investir* ».

Alors que le déficit budgétaire avoisine le taux de 4 % du PIB et que l'endettement public, légèrement supérieur à celui de la France, approche 70 %, le nouveau Gouvernement s'est engagé à ramener le solde fédéral à 3 % du PIB « *au plus tard en 2007* » et à poursuivre la consolidation au-delà, ce qui implique **un effort de 35 milliards d'euros par an**.

Parallèlement, toutefois, le Gouvernement fédéral s'engage à une hausse de ses investissements, programmés à hauteur de 25 milliards d'euros pour l'ensemble de la législature. L'un des objectifs poursuivis est **de réduire les dépenses sociales**, qui représentent plus de la moitié des dépenses fédérales, grâce à une hausse de l'emploi permise par la croissance et, consécutivement, une baisse du budget lié au chômage, avec en corollaire une hausse du volume des cotisations sociales.

Ces investissements visent un objectif central : **la réduction à terme du poids des prélèvements sociaux**. Si le **contrat de coalition** évoque le fait de les faire passer en dessous de la barre des 40 % dès 2007, au lieu d'environ 43 % aujourd'hui, la Chancelière, dans un discours tenu le 29 novembre 2005 devant la Fédération de l'artisanat, a déclaré vouloir les ramener à 36 %, objectif confirmé par le vice-Chancelier SPD, Franz Müntefering, dans une déclaration récente (juin 2006).

2. Les mesures immédiates : coup d'arrêt à l'implication grandissante du budget fédéral et recours modéré à la TVA

Dans l'immédiat, la plupart des mesures annoncées visent à **dégager, dès 2006, l'Etat fédéral d'une partie des contraintes** qui lui ont été progressivement imposées du fait de sa participation accrue au fil du temps **dans le financement de la protection sociale.**

Le contrat de coalition contient d'ores et déjà les mesures suivantes :

- **la suppression de la subvention automatique d'équilibre** qui était jusqu'à présent versée par l'Etat fédéral à l'agence fédérale pour l'emploi afin de couvrir, le cas échéant, **le déficit de la partie assurantielle du dispositif de protection contre le chômage** ; la nécessité de recourir à l'emprunt si un déficit apparaît ;

- **la réduction progressive, puis la suppression des versements complémentaires à l'assurance maladie légale**, ce qui suppose l'abrogation des dispositions de la réforme de 2003 qui avait institué une subvention forfaitaire du budget fédéral destinée à compenser les charges indues (essentiellement les allocations maternité) et gagée par des droits sur les tabacs ; la subvention sera ramenée à 1,5 milliard d'euros en 2007 (alors qu'elle aurait dû atteindre 4,2 milliards d'euros) et sera supprimée à partir de 2008, le gage « tabac » étant intégralement réaffecté au budget fédéral ;

- **le gel de la hausse du versement complémentaire à l'assurance retraite légale** (*Bundeszuschuß*), qui approche dorénavant la somme annuelle de 80 milliards d'euros ; ce dernier objectif semble cependant faire débat entre les partis membres de la coalition, le ministre CDU des finances ayant une interprétation stricte de la notion de « gel », qui pourrait aboutir à une diminution en euros constants, cependant que le partenaire SPD estime qu'un simple arrêt de la dynamique de forte croissance de la subvention serait suffisant, ce qui laisse la possibilité d'une augmentation modérée au cours des prochaines années.

L'accord de coalition CDU/CSU-SPD prévoit en outre **d'abaisser au 1^{er} janvier 2007 les cotisations chômage de deux points (de 6,5 % à 4,5 %)**, soit environ 15 milliards d'euros, et de financer la moitié de cette baisse par **l'affectation d'un point de TVA**¹ (environ 8 milliards d'euros). L'autre moitié proviendra, d'après l'accord de coalition, d'économies réalisées par l'agence fédérale du travail de Nuremberg, qui gère la branche des assurances chômage (économies administratives et gains d'efficacité dans le placement des chômeurs).

¹ L'accord de coalition prévoit que le taux normal de TVA sera relevé de trois points (de 16 % à 19 %) au 1^{er} janvier 2007. Les deux points non affectés à l'assurance chômage reviendront au budget fédéral, afin de réduire la dette de l'Etat.

3. Quelles ressources pour la protection sociale : les conditions d'une plus grande fiscalisation du financement

Cette batterie de mesures d'économies peuvent être à première vue interprétées comme portant **un coup d'arrêt à l'implication grandissante de l'Etat fédéral dans le financement de la protection sociale.**

En fait, ce tournant serait dans l'intérêt de l'Etat qui peut toujours craindre de se laisser impliquer dans un financement dont il ne contrôle pas tous les déterminants. Il serait aussi dans l'intérêt des partenaires sociaux qui gèrent les régimes et ont souligné devant les membres de la mission leur hostilité à l'égard d'un système de partage de la ressource fiscale transitant par le budget fédéral, dans la mesure où l'Etat peut toujours être tenté de reprendre d'une main ce qu'il a donné de l'autre, comme le montre l'exemple de la ressource « tabacs », initialement affectée par la réforme Schmidt de 2003 au financement des charges non contributives de l'assurance maladie et qui en est aujourd'hui détournée, par l'accord de coalition de novembre 2005, pour venir renflouer une partie du déficit fédéral.

On constate également que dans le débat sur la recherche de nouvelles ressources spécifiques pour assurer le financement de la protection sociale, la question de la mise en place d'une « TVA sociale » n'a pas pris en Allemagne l'ampleur que certains, en France, ont cru qu'elle avait atteinte.

Dès l'année prochaine, ce sont certes **deux points de TVA (soit environ 16 milliards d'euros) sur un total de dix-neuf** qui seront affectés au financement de la protection sociale : un point pour la branche vieillesse (depuis 1998) et un point pour la branche assurance chômage (à compter de 2007).

Pour autant, **ce chiffre de 16 milliards d'euros doit être rapproché de celui des dépenses globales du régime général, soit environ 470 milliards d'euros, dont il ne représente que 3 % à 4 %.** Il paraît délicat dans ces conditions de voir dans cet appel à la TVA autre chose qu'un recours ponctuel, fort éloigné du débat français sur la TVA sociale.

La prudence dont font preuve les responsables allemands en ce domaine peut au demeurant se comprendre au regard de **la faiblesse de la consommation qui demeure l'un des principaux handicaps structurels qui brident le retour de la croissance.** Le coût d'un relèvement du taux de TVA est en outre loin d'être neutre sur la protection sociale elle-même, puisque le relèvement de trois points de la TVA au 1^{er} janvier 2007 devrait augmenter le niveau des dépenses d'assurance maladie pour un montant de l'ordre de 800 millions d'euros.

En tout état de cause, le recours à la TVA présente les mêmes inconvénients que tous les autres impôts, notamment celui sur les tabacs évoqué plus haut : la taxe sur la valeur ajoutée reste fondamentalement une

ressource du budget fédéral dont la fraction détachée en vue d'autres financements que celui de l'Etat peut à tout moment être révoquée pour revenir à sa destination d'origine, particulièrement en période de déficit budgétaire accentué. De fait, deux des trois points de la majoration de TVA prévue au 1^{er} janvier 2007 reviendront au budget fédéral, afin de participer à la réduction du déficit budgétaire.

Les **constats** qui précèdent méritent cependant d'être **nuancés**, au-delà des premières impressions qui se dégagent des mesures volontaristes prises par la Grande coalition au pouvoir depuis l'automne dernier.

Réduction du recours aux financements budgétaires, usage mesuré de la TVA, maintien de l'objectif tendant à réduire le recours à la seule assiette salariale pour le financement des cotisations, avec dans l'immédiat la volonté de ramener le montant des prélèvements sociaux sous la barre des 40 % du montant des salaires, l'ensemble dans un contexte d'insuffisante maîtrise des dépenses : ce faisceau de contraintes prend, en effet, des allures de « quadrature du cercle ».

En réalité, les partenaires de la coalition accordent avant tout leur priorité à la réalisation du consensus fort qui n'a cessé de dominer les décisions prises ces quinze dernières années : trouver des alternatives à un financement de la protection sociale trop exclusivement centré sur le facteur travail. Ce qui peut impliquer, le cas échéant, **une attitude beaucoup plus pragmatique que celle affichée ces derniers mois en ce qui concerne la contribution des finances publiques et de l'impôt à ce financement.**

Les propositions des deux grands partis en témoignent : en pratique, aucun n'écarte *a priori* un recours ciblé aux subventions fédérales ainsi qu'à la matière fiscale qui alimente le budget fédéral, même si ce recours est chaque fois conditionné à un effort de maîtrise de la dépense à travers la recherche d'une plus grande efficacité.

Au total, il n'est donc pas sûr que le processus de « budgétisation » ou « d'étatisation » d'une partie au moins de la protection sociale soit enrayé et il apparaît en revanche certain que celui de sa fiscalisation va continuer.

B. LES GRANDS CHANTIERS D'ACTION STRUCTURELLE : FINALISER LA RÉFORME DES RETRAITES ET ASSURER LA RÉFORME DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Le chantier de la **réforme de l'assurance vieillesse** a été largement mis en place par le précédent gouvernement et vient d'être complété par celui issu des élections de septembre dernier. Il comprend aujourd'hui **trois étages** :

- **relèvement du taux de cotisation de 19,5 % à 19,9 %** afin de stopper la tendance au déficit apparue ces dernières années ; ce taux doit pouvoir redescendre dans le courant des années 2010 avant de remonter progressivement sans dépasser le plafond fixé à 22 % à l'horizon 2030 ;

- **montée en puissance progressive des capitalisations « Riester »** prenant le relais d'une partie des retraites par répartition, qui resteront cependant la base du revenu des pensionnés ;

- **passage par étape de l'âge légal de la retraite de soixante-cinq à soixante-sept ans** entre 2012 et 2029, à un moment où une proportion significative de salariés auront pu acquérir des droits suffisants dans le nouveau système de retraite par capitalisation, cette évolution intervenant en outre dans un contexte où des aménagements favorables à l'emploi des seniors auront été pris.

Les questions de financement se concentrent donc pour l'heure sur l'assurance maladie, dont le déficit structurel devrait atteindre 8 à 10 milliards d'euros annuels à partir de 2007 et pour lequel les réformes engagées jusqu'à présent ont globalement échoué, en dépit, pour certaines d'entre elles, des modifications de structures non négligeables qu'elles comportaient.

L'accord de coalition CDU/CSU-SPD avait anticipé la situation difficile de l'assurance maladie en prévoyant l'adoption d'une réforme dans le courant de l'année 2006.

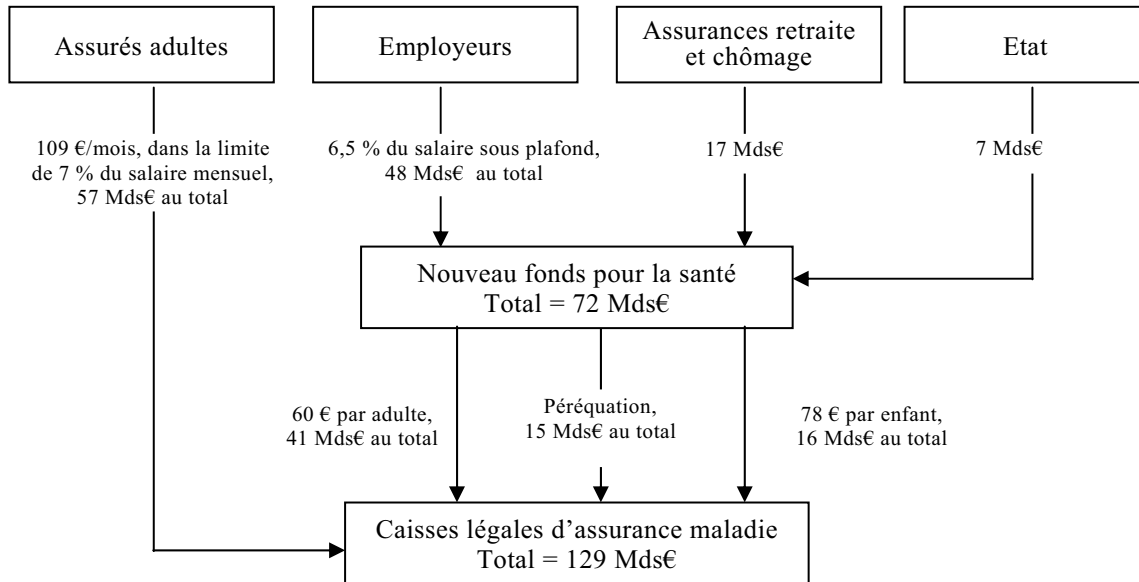
La CDU/CSU et le SPD avaient chacun présenté, lors de la campagne pour les élections de septembre 2005, une proposition de réforme de fond du financement de l'assurance maladie. **Les deux partis défendaient toutefois des conceptions très différentes et, a priori, difficilement conciliables.**

- **Le SPD** (de même que les Verts) s'est prononcé, dans un document rendu public en août 2004, en faveur d'une « assurance citoyenne » (*Bürgerversicherung*), consistant en un élargissement de l'assiette de cotisations à d'autres types de revenus que les seuls revenus du travail, selon **un schéma proche de la CSG française**. Dans sa version initiale, l'objectif était non seulement de taxer les revenus autres que ceux du travail - et donc en particulier ceux du capital - mais aussi d'étendre l'obligation de cotisations à l'ensemble de la population, et notamment les professions libérales et indépendantes ainsi que les fonctionnaires. Le projet, en l'état, semblait devoir aboutir *de facto* à entraîner la disparition des assurances privées, sauf pour les couvertures complémentaires.

- De son côté, la **CDU/CSU** avait élaboré¹ un concept de cotisations forfaitaires *per capita* (*Kopfpauschale*) visant à réduire le poids du financement de la protection sociale sur le coût du travail. **Concrètement, le concept de la CDU aurait conduit à figer le taux de cotisation patronal en faisant porter sur les assurés le coût des dérivés financiers du système. Des mécanismes de prise en charge partielle par l'Etat** auraient permis de préserver la justice sociale de l'ensemble, mais sur des bases, semble-t-il, complexes et pour **un coût non négligeable pour les finances publiques.**

¹ En fait, Bernd Rürup à partir de propositions qui figuraient initialement dans les recommandations du Conseil des sages.

Schéma du financement de l'assurance maladie proposé par la CDU-CSU



Dans le détail, selon les propositions des partis chrétiens-démocrates, le besoin de financement de l'assurance maladie, estimé à 129 milliards d'euros¹, serait à l'avenir financé en partie par un prélèvement forfaitaire de 109 euros par mois² versé par chaque assuré adulte (soit 57 milliards d'euros au total) et, pour le solde, par un fonds de 72 milliards d'euros lui-même alimenté par des cotisations employeurs (pour 48 milliards d'euros), des cotisations versées par les régimes d'assurance retraite et chômage (pour 17 milliards d'euros) et par un apport direct de l'Etat (pour 7 milliards d'euros).

Le nouveau fonds de 72 milliards d'euros aurait pour vocation de financer, d'une part, le supplément de cotisation nécessaire pour financer l'assurance maladie des adultes salariés (soit un besoin de 60 euros par personne et par mois, ou 41 milliards d'euros au total), d'autre part, les cotisations pour l'assurance des enfants (soit 78 euros par enfant, ou 16 milliards d'euros au total) et, enfin, la prise en charge d'une partie des cotisations des personnes à bas revenus, c'est-à-dire celles pour lesquelles le montant de 109 euros par mois excède 7 % du salaire brut (besoin total de 15 milliards d'euros).

¹ Alors que les dépenses 2005 sont de l'ordre de 145 milliards d'euros, la différence peut éventuellement s'expliquer par l'absence de prise en compte des professions indépendantes.

² Plafonné à 7 % du salaire brut mensuel, nécessitant une prise en charge partielle des cotisations pour toute personne gagnant moins de 1.557 euros.

En dynamique, l'accroissement des dépenses de l'assurance maladie serait supporté uniquement par les assurés (au travers d'un relèvement de la contribution forfaitaire) et par l'Etat (son apport servant de fait à financer l'impasse), le taux des entreprises (soit 6,5 %, contre un peu plus de 7 % aujourd'hui) devant en revanche être figé.

Au total, **aucun des deux projets (SPD et CDU/CSU) n'apparaît donc complètement convaincant** au regard des objectifs d'allègement de la taxation pesant sur le secteur productif, d'une part, et de réduction du déficit budgétaire, d'autre part.

Aucun projet officiel de réforme n'a pour l'instant été présenté. Les membres de la coalition ont constitué un groupe de travail qui devait présenter des propositions de compromis entre les concepts initiaux du SPD et de la CDU susceptibles de recueillir l'assentiment des partenaires. Ce compromis, dont la conception paraît délicate, devrait être rendu public avant la fin des travaux parlementaires, le 10 juillet prochain, afin que les administrations puissent le traduire en projet de loi pendant l'été. Dans le calendrier initial des partis de la coalition, un texte devait en effet être proposé aux assemblées à l'automne pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007.

Au début du mois de juin, une ébauche d'accord avait semblé se dessiner, reposant sur la création d'un fonds de financement de l'assurance maladie publique. Ce fonds, alimenté par les cotisations patronales et salariales, ainsi que par des contributions fiscales, aurait alloué à chaque caisse une somme forfaitaire par assuré (de 150 à 170 euros par mois).

Ce système aurait permis d'accroître la concurrence entre les caisses, les plus performantes ayant la possibilité de reverser une partie du forfait reçu à leurs assurés tandis que les moins performantes auraient été contraintes de prélever des cotisations additionnelles. Le processus, déjà largement entamé, de fusion des caisses s'en serait trouvé accéléré, même si le système avait dû être complété par un mécanisme de péréquation, de manière à tenir compte des différences de structures de risques entre caisses.

Cette première mouture semblait cependant devoir être abandonnée à la date de parution du présent rapport, et les partenaires de la coalition paraissent devoir s'orienter plus franchement vers **une fiscalisation accrue du financement de l'assurance maladie**, grâce à un relèvement de l'impôt sur le revenu ou d'impôts sur la consommation (sans précisions sur les prélèvements concernés). Le SPD plaide pour le dégagement d'une ressource de 30 à 45 milliards d'euros à l'horizon 2008¹, qui permettrait de faire baisser d'emblée de 3 à 4,5 points les taux de cotisation maladie et d'atteindre ainsi l'objectif d'un retour à 36 % du taux global de prélèvements sociaux sur les salaires (après la baisse des cotisations chômage de deux points qui interviendrait au 1^{er} janvier 2007). Certains dirigeants de la CDU, dont Angela Merkel, ne semblent pas hostiles au principe de cette fiscalisation accrue, mais sont partisans d'un apport

¹ Grâce à une majoration de l'impôt sur le revenu ou d'impôts sur la consommation (sans précision sur la nature de ces impôts).

plus faible (de l'ordre de 16 milliards d'euros seulement), destiné prioritairement à couvrir les cotisations pour les enfants, conformément au schéma proposé par les chrétiens-démocrates dans leur projet de prime forfaitaire.

C. VERS UNE ÉTATISATION DE LA PROTECTION SOCIALE ?

Les conditions de la discussion politique qui a conduit au vote des dispositions de l'« Agenda 2010 » du Chancelier Schröder ont conduit à s'interroger sur la pérennité même du modèle allemand de dialogue social, dans la mesure où le gouvernement de l'époque a semblé systématiquement vouloir contourner les organisations syndicales. Les entretiens qu'a eus la mission, notamment avec les partenaires sociaux, tendent à montrer que cet « évitement » a laissé des traces durables, voire un traumatisme réel, dans les esprits.

Cette véritable révolution dans la méthode de gestion de la sphère sociale s'est en outre accomplie dans un contexte marqué, depuis plusieurs années, par la montée en puissance de l'interventionnisme de l'Etat fédéral en matière de protection sociale, avec en particulier un recours accru à la fiscalisation des ressources des différentes assurances. Le développement, voulu et encouragé par le même Etat fédéral, des retraites complémentaires par capitalisation a fini de convaincre une partie de l'opinion que la période actuelle marque peut-être la fin du modèle bismarckien, caractérisé par un fort degré d'autonomie de partenaires sociaux par rapport à la puissance publique dans la gestion de la protection sociale. Les débats en cours sur l'assurance maladie semblent aller dans ce sens.

Les constats qui figurent dans le présent rapport invitent cependant à une approche plus prudente. Il en ressort plutôt que l'Allemagne s'achemine vers un modèle mixte, où l'Etat fédéral est appelé à un rôle essentiel de régulateur et de garant de l'intérêt général, mais dans lequel les assurances légales de base, fondées sur une gestion paritaire associant employeurs et employés, continueront de former le socle incontournable de la protection sociale.

ANNEXE

LES DÉPENSES DE SANTÉ : DE LA MAÎTRISE COMPTABLE À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

Les comparaisons entre les systèmes sanitaires allemand et français sont rendues possibles par une proximité réelle dans l'organisation de l'Etat providence. Dans les deux pays, le financement de l'assurance maladie est assuré conjointement par les salariés et les entreprises, les soins de ville sont délivrés par les médecins libéraux tandis que le secteur hospitalier est à dominante publique.

L'analogie peut être poussée plus loin puisqu'en France, comme en Allemagne, les réformes se sont succédé depuis le milieu des années 70 pour contenir la hausse des dépenses de santé.

Ces mutations comportent certains traits communs. Même si le calendrier d'introduction ou le détail des dispositifs diffèrent, **elles se caractérisent, ces dernières années, par la promotion d'une politique de maîtrise médicalisée des dépenses.**

Le choix de ces nouveaux outils de régulation est motivé par la nécessité d'optimiser l'offre de soins et de répondre ainsi aux besoins croissants de santé exprimés par la population.

Un tel choix modifie en profondeur les mécanismes de gestion en vigueur dans le système sanitaire allemand, initialement bâti sur une régulation comptable organisée autour d'enveloppes globales opposables, pour les honoraires médicaux et les prescriptions de médicaments.

Dans le domaine des soins de ville, trois évolutions majeures peuvent être constatées : l'aménagement des mécanismes de régulation des honoraires et des médicaments, le développement d'une politique dynamique de « protocolisation » des soins et la mise en œuvre d'un parcours de soins.

Le secteur hospitalier connaît quant à lui une réforme majeure avec l'introduction d'un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité.

Ce mouvement de fond que constitue l'introduction de la maîtrise médicalisée est accentué à l'occasion de chaque nouvelle réforme, même si les autorités ont parfois recours à des mesures financières à court terme,

comme par exemple le gel du prix des médicaments pendant deux ans à compter du 1^{er} mai 2006.

L'objectif poursuivi est double : il s'agit d'une part d'améliorer la qualité des soins délivrés aux assurés, d'autre part, de limiter les dépenses redondantes ou inutiles.

Des mesures adaptées s'adressent à chacun des acteurs du système de soins : ticket modérateur et mise en place d'un médecin de famille pour intégrer les assurés dans un parcours de soins coordonnés ; diffusion sous différentes formes des recommandations de bonne pratique pour accompagner les médecins dans l'exercice de leur art ; adaptation des mécanismes de régulation des honoraires et des prescriptions pour tenir compte de l'évolution des besoins de santé.

L'analyse plus fouillée du système sanitaire allemand à laquelle s'est livrée la mission met en exergue l'action plus précoce et plus marquée développée par l'Allemagne en matière de réformes aussi bien dans le domaine du financement que dans celui de la maîtrise médicalisée. Sa politique en matière de prescription et de régulation du médicament illustre parfaitement ce constat.

A. LES SOINS DE VILLE

1. Des politiques financières rigoureuses dont la priorité est de contenir la hausse des dépenses de santé

a) La régulation des honoraires des médecins

La rémunération des médecins allemands est déterminée dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale. Chaque année, les différentes caisses d'assurance maladie du Land et l'union régionale des médecins conventionnés définissent une enveloppe financière dont le montant est affecté au règlement des honoraires des médecins et au financement des structures administratives chargées de la gestion et du contrôle de ces opérations.

Alors qu'en France, la négociation entre les partenaires conventionnels fixe le tarif de la consultation médicale, **en Allemagne la négociation a pour objet de définir le montant de la capitation consacrée à la médecine ambulatoire que chaque caisse versera pour un assuré.** Cette capitation est modulable chaque trimestre afin de tenir compte de la survenance plus fréquente de certains épisodes épidémiques à certaines périodes de l'année, par exemple, la grippe et les infections pulmonaires l'hiver. Dans le Land de Berlin, pour le second trimestre 2006, le régime général (AOK, *Allgemeine Ortskrankenkassen*) accorde une capitation de 107,14 euros par assuré, le régime des artisans (IKK, *Innungskrankenkassen*) 51,09 euros et la *Barmer Ersatzkasse* (la principale caisse privée) 134,40 euros.

Les écarts importants qui peuvent exister entre les différentes caisses ne semblent avoir d'autres fondements que le poids de l'Histoire. Ces variations pèsent fortement sur les politiques de gestion de risque développées par les unions régionales de médecins et les rendent budgétairement très sensibles aux règles de concurrence introduites entre les différentes caisses.

Une fois ces contributions versées aux unions régionales des médecins conventionnés, les caisses d'assurance maladie sont dégagées de toute responsabilité en matière de rémunération des médecins et de régulation des honoraires. Les médecins n'ont aucun contact direct avec les caisses.

Les unions régionales des médecins répartissent le montant disponible entre chaque spécialité médicale en fonction des besoins de santé exprimés par la population et du nombre de médecins conventionnés installés dans leur ressort territorial.

Chaque cabinet médical, ou chaque médecin, se voit attribuer un forfait exprimé en nombre de points. Cette attribution fait l'objet d'une négociation entre le professionnel et l'union régionale et des revalorisations peuvent être envisagées en fonction de différents paramètres : évolution de son activité les années précédentes, situation sanitaire du bassin de population dans lequel il exerce, départ à la retraite d'un confrère exerçant dans le voisinage.

Ce forfait représente à la fois un volume d'activité et une rémunération dont la valeur est variable. Contrairement à l'usage français, il n'existe pas de tarif forfaitaire, **la valeur monétaire de chaque consultation est déterminée en fonction des actes médicaux ou administratifs accomplis** à cette occasion. La nomenclature médicale indique la valeur, exprimée en points, de ces actes.

Le montant de l'enveloppe budgétaire étant limitatif, la valeur monétaire est obtenue en divisant le montant de l'enveloppe globale par le nombre de points facturés par l'ensemble des médecins. Si le nombre de points cumulés est supérieur à la dotation attribuée aux médecins, ce qui est le cas le plus fréquent, il est procédé à une régulation **prix/volume** qui se traduit par une baisse de la valeur du point.

En cours d'année, les médecins perçoivent des douzièmes provisoires dont le montant est calculé sur la base de la convention passée entre l'union régionale et le médecin. **A la fin du trimestre, chaque praticien adresse son relevé d'activité à l'union régionale des médecins conventionnés.** Les unions régionales pratiquent alors un ajustement partiel en fonction des résultats collectés. Une régularisation définitive a lieu en fin d'année.

Des suppléments forfaitaires sont prévus pour la prise en charge des consommables ou des matériels à usage unique. Les consultations de prévention ou celle effectuées dans le cadre de prises en charge spécifiques (le diabète par exemple) font quant à elles l'objet d'une rémunération spécifique.

Le contrôle de l'activité médicale est du ressort des unions. Cette compétence s'exerce sous trois formes :

- le contrôle d'économicité, c'est-à-dire le respect de l'obligation légale de ne pratiquer que des actes qui sont suffisants, adaptés au but recherché et efficaces. Ce contrôle porte sur le nombre d'actes médicaux exécutés par un médecin ;

- le contrôle de plausibilité qui porte sur la facturation. Il a pour objet de détecter des erreurs de facturation et la recherche d'actes « non efficaces ». Un critère important dans ce cadre est le temps nécessaire pour effectuer les actes déclarés ;

- le contrôle aléatoire. La loi fixe à 2 % le pourcentage de médecins devant être contrôlé de façon aléatoire chaque année.

Mis en place en 1931, lors de la constitution des unions régionales des médecins conventionnés, **ce système de rémunération devait être assoupli à compter du 1^{er} janvier 2007 afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins médicaux** notamment au regard du vieillissement de la population **et de maintenir l'attractivité de la profession médicale.** L'évolution principale prévoyait le remplacement des capitations versées par les caisses d'assurance maladie par des objectifs opposables (*Regelleistungsvolumina*). Les points se voyaient attribués une valeur monétaire fixe, dans la limite des objectifs, et des tarifs régressifs au-delà.

Dans un contexte de dégradation des comptes sociaux, **l'entrée en vigueur de ces mesures a été repoussée au 1^{er} janvier 2009.** Toutefois, ces éléments constituent, aujourd'hui encore, autant de pistes de réflexion pour les acteurs du système de santé. Ils répondent aux revendications des médecins qui souhaitent une amélioration des conditions de leur rémunération, de son montant comme de ses modalités de calcul. Leur mise en œuvre reste tributaire des conclusions du groupe de travail, constitué au sein du Bundestag, chargé d'élaborer la prochaine réforme du système de santé.

b) La régulation des dépenses de médicaments

Pour contenir l'évolution rapide des dépenses de médicaments, l'Allemagne a développé des politiques rigoureuses de régulation du secteur. Ces politiques se déclinent autour de plusieurs axes qui mettent en exergue les hésitations des autorités sanitaires soucieuses de concilier les impératifs de santé publique et une rigueur budgétaire indispensable à la recherche de l'équilibre financier de l'assurance maladie. Les mesures adoptées portent sur toutes les étapes de la distribution du médicament : sa prescription, sa délivrance, la fixation de son prix.

Dès 1992, la réforme Seehofer, du nom de son auteur, ministre de la santé, a mis en place **un premier mécanisme de responsabilisation des prescripteurs fondé sur le principe d'une enveloppe financière globale opposable.**

Au sein de chaque Land un accord conclu entre l'union des caisses d'assurance maladie et l'union régionale des médecins conventionnés déterminait la répartition des budgets en fonction de chaque spécialité médicale. A l'issue de cette négociation, chaque médecin se voyait attribuer un plafond annuel de prescriptions.

En cas de dépassement de cette enveloppe, les médecins encourraient une sanction qui prenait la forme d'une réversion d'honoraires.

Le contrôle était assuré par les caisses d'assurance maladie sur la base des informations transmises par le pharmacien (médicament prescrit, prix) et l'assuré.

Ce mode de régulation est demeuré en vigueur entre 1993 et 2001. Durant cette période, le comportement des médecins allemands a évolué : ils ont augmenté les prescriptions de médicaments génériques et réduit celles relatives aux médicaments à service médical insuffisant.

Médecins et assurés ont exprimé leur vive opposition à l'égard de cette mesure suspectée de conduire à un rationnement des soins. Face à ces contestations, son application s'est révélée défailante. Des dépassements ont été constatés dans de nombreuses régions sans que les sanctions soient appliquées, notamment en l'absence de consensus sur les raisons de ces dérapages. Dans ce contexte, ce dispositif a été supprimé malgré les demandes des représentants des caisses d'assurance maladie à qui il assurait une plus grande visibilité sur l'évolution des dépenses.

Un mécanisme de régulation plus souple lui a été substitué à compter du 1^{er} janvier 2002. Le principe de l'encadrement des prescriptions a été maintenu mais est désormais élaboré sur la base d'objectifs quantifiés et non plus dans le cadre d'une enveloppe financière limitée. La loi précise que les objectifs régionaux doivent être calculés en fonction des dépenses de l'année précédente et des besoins effectifs de soins exprimés par la population. Ces derniers sont évalués en fonction du nombre d'assurés, de l'âge de la population et du prix des médicaments.

Ces mesures d'encadrement n'ont pas suffi à contenir la dynamique des dépenses en matière de médicament. Dans ce contexte, le Parlement allemand a adopté de nouvelles mesures de régulation appliquées depuis le 1^{er} janvier 2004, parmi lesquelles il convient de distinguer :

- **le déremboursement total**, ou plus exactement la non-prise en charge puisque les assurés bénéficient d'un système de tiers payant, **des médicaments dits de confort** ;

- **l'instauration d'un ticket modérateur à la charge de l'utilisateur** dont le montant représente 10 % du coût des médicaments prescrits, avec un maximum compris entre 5 et 10 euros par boîte ;

- la modification des règles de calcul des marges des pharmaciens.

Le nouveau dispositif conduit de fait à accroître les marges sur les médicaments bon marché et à les réduire sur les produits les plus coûteux ;

- le relèvement de 6 % à 16 % du rabais que les producteurs sont obligés de consentir pour tous les médicaments soumis à un tarif de référence (*Festbetrag*). Le dispositif du *Festbetrag*, introduit par la réforme Blüm en 1989, plafonne le montant versé par l'assurance maladie pour la prise en charge d'un médicament. Le prix des médicaments reste libre mais les assurés doivent prendre à leur charge la différence entre le prix fixé par le laboratoire pharmaceutique et le prix de référence retenu pour le remboursement. Il s'agit d'un dispositif central pour réguler le prix des médicaments puisque 65 % des médicaments prescrits sont soumis à ce mécanisme.

Ces mesures n'ont pas suffi à stabiliser la progression des dépenses de médicaments qui ont connu des évolutions contrastées, notamment sur les deux dernières années avec une baisse importante en 2004 (10 %) suivie d'une forte hausse (16,4 %) en 2005.

Dépenses de médicaments

(en milliards d'euros)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
19,21	20,12	22,33	23,45	24,22	21,83	25,39

Source : Ministère fédéral de la santé (BMG)

Cette situation ayant des effets négatifs sur l'équilibre général de l'assurance maladie, le contrôle des dépenses de médicament a une fois encore été renforcé. Ces nouvelles dispositions sont entrées en vigueur à compter du **1^{er} mai 2006**.

Un dispositif de bonus-malus vient encadrer les prescriptions délivrées par les médecins. Ce système se greffe sur les mécanismes de régulation des dépenses par objectifs en vigueur. Il prend en compte les exigences comptables mais également la volonté déclarée des autorités sanitaires allemandes de développer des procédures de qualité, sous la forme de « recommandations de bonne pratique », destinées à optimiser les dépenses de santé.

Ce nouveau mécanisme de bonus-malus repose sur une convention conclue entre les représentants des médecins et des caisses d'assurance maladie. **Désormais, les médecins bénéficient de tables de référence qui indiquent les médicaments utilisables pour le traitement d'une pathologie donnée.** Ces tables comprennent un coût moyen par groupe de médicaments. En cas de dépassement de ces moyennes le médecin sera sanctionné sur une base individuelle. Si ce dépassement se situe entre 10 % et 20 % de la moyenne, le médecin doit rembourser 20 % des surcoûts ainsi constatés, 30 %

lorsque le dépassement se situe entre 20 % et 30 %. Au-delà, le remboursement est fixé à 50 %. Un bonus est prévu en cas de dépenses inférieures à la moyenne. Son mode de calcul et ses modalités pratiques résulteront des négociations en cours entre les caisses et les représentants des médecins.

Outre les mesures portant sur l'encadrement des prescriptions établies par les médecins, les autorités ont développé une politique de régulation qui prend en compte chacune des étapes organisant la prise en charge collective et la commercialisation des médicaments. Le dispositif comprend :

- **le gel pendant deux ans du prix de tous les médicaments ;**
- **l'extension du mécanisme du tarif de référence à de nouvelles catégories de médicaments** en adoptant une définition plus précise de ce qu'est un médicament « *apportant un progrès thérapeutique* » ;
- **une révision à la baisse de tous les tarifs de référence ;**
- **la possibilité offerte aux caisses d'exonérer de ticket modérateur les médicaments dont le prix est inférieur de 30 % au tarif de référence.**

2. Une action volontariste pour optimiser le fonctionnement du système de soins

a) L'instauration d'un parcours de soins

En complément des mesures de régulation destinées à encadrer les dépenses médicales, les autorités sanitaires allemandes ont fait porter leurs efforts sur les modalités d'accès au système de santé avec la mise en œuvre d'un parcours de soins. Construit en plusieurs étapes entre 2000 et 2004, ce dispositif a pour vocation d'optimiser la prise en charge médicale des assurés et de contribuer au développement de la qualité des soins.

Trois éléments caractérisent ce parcours de soins.

- Le premier est relatif à **l'accès aux soins**. Depuis le 1^{er} janvier 2004, les assurés âgés de plus de dix-huit ans sont assujettis à un ticket modérateur (*Praxisgebühr*).

Ce ticket modérateur d'un montant de 10 euros est versé auprès du premier médecin (généraliste ou spécialiste) consulté au cours du trimestre. Si le premier médecin adresse le patient à un de ses confrères l'assuré ne fait l'objet d'aucune pénalité financière. En revanche, si l'assuré consulte un autre médecin de sa propre initiative, il paie à nouveau le ticket modérateur.

L'entrée en vigueur de ces mesures, proches du principe du médecin traitant développé en France, a eu un effet notable sur le comportement des assurés. Selon les informations disponibles, le nombre de consultations a baissé de 7,5 % entre 2003 et 2004 avant de se stabiliser entre 2004 et 2005.

Dépenses de consultation de ville (hors dentistes)

(en milliards d'euros)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
21,19	21,50	21,90	22,31	22,86	21,43	21,60

Source : Ministère fédéral de la santé (BMG)

En pratique, la génération des vingt/trente-neuf ans est celle qui a le plus réduit ses consultations ; à l'inverse, les personnes âgées n'ont que plus faiblement limité leur niveau de consultations. L'impact a été plus fort pour les spécialistes que pour les généralistes.

D'après une enquête réalisée par un institut indépendant (KVB), il semblerait que l'instauration du ticket modérateur ait eu un impact sur l'état sanitaire de la population, d'une part, parce les patients consultent à un stade plus avancé de la maladie, d'autre part, car il se traduit par une forte baisse des consultations de prévention, notamment en gynécologie.

- Parallèlement, les autorités sanitaires favorisent le développement d'un deuxième élément constitutif d'un parcours de soins avec **la promotion du médecin de famille (Hausarztsystem)**. Introduite à partir de 2000, cette mesure prend la forme d'un contrat individuel volontaire souscrit entre le patient et son médecin. Ce dernier est alors considéré comme le point d'entrée obligatoire de l'assuré dans le parcours de soins. Il gère le dossier médical du patient et l'accès aux spécialistes, y compris les ophtalmologistes, les gynécologues et les psychiatres.

La réforme entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 a renforcé les avantages du recours au médecin de famille, voire à la pharmacie de référence. La loi prévoit que chaque caisse d'assurance maladie peut désormais **offrir à l'assuré qui souscrit à ce dispositif des avantages parmi lesquels figurent une exonération partielle de la franchise sur les actes médicaux (Praxisgebühr)** qui est ramenée de 10 euros par trimestre à 10 euros annuels et **une exonération partielle du ticket modérateur sur les médicaments**. Selon le décompte effectué par le ministère fédéral de la santé, environ 3,5 des 71 millions d'assurés au régime obligatoire d'assurance maladie ont opté pour le mécanisme du médecin de famille.

Les caisses peuvent également procéder à une baisse des cotisations versées par l'assuré mais il semble que dans la pratique cette disposition soit peu appliquée.

- Ce parcours de soins est complété par un troisième dispositif qui prend la forme d'un **programme de prise en charge intégrée des pathologies chroniques**. Lancés en 1999 à l'initiative de certains Länder, les contrats régionaux de prise en charge intégrée du diabète ont reçu une consécration législative dans le cadre de la loi sur la compensation du risque adoptée en 2000. Ce texte a étendu le principe de ces contrats à la prise en charge de quatre pathologies chroniques : le diabète (types I et II), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies coronaires et le

cancer du sein. Tous ces programmes se caractérisent par une prise en charge individualisée, fondée sur des recommandations de bonne pratique, une intervention des professionnels de soins hiérarchisée en trois niveaux comprenant le médecin de famille, un spécialiste et le plus souvent un établissement hospitalier, une coordination et un suivi du dossier assurée par le médecin référent. Ces contrats font l'objet d'une accréditation obligatoire délivrée par l'agence fédérale des caisses d'assurance maladie et d'une évaluation régulière dont les résultats sont communiqués aux professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient. Ce dispositif n'est pas sans rappeler la prise en charge des assurés souffrant d'une affection de longue durée dans le système de soins français.

L'instauration du parcours de soins est enfin mise à profit pour renforcer **l'articulation entre soins ambulatoires et soins hospitaliers**. Historiquement, les médecins de ville disposaient d'un monopole sur les soins ambulatoires ; les hôpitaux, à l'exception des établissements universitaires et de ceux situés dans des zones sous-médicalisées, voyaient leurs missions limitées aux soins nécessitant une intervention chirurgicale. Aujourd'hui encore, l'articulation entre ville et hôpital demeure marquée par l'ancienne répartition des compétences et les consultations externes hospitalières telles qu'on les pratique en France restent rares.

La promotion du parcours de soins est au cœur de la réflexion des autorités allemandes qui envisagent de **franchir une étape supplémentaire dans ce domaine en favorisant la constitution des réseaux de soins intégrés (*Integrierte Versorgung*)**. L'hypothèse d'un recours à des solutions de type « *managed care* », c'est-à-dire la mise au point de contrats individuels au sein desquels l'adhérent pourra faire appel à une structure de soins et à des services paramédicaux, est envisagée comme un axe majeur d'adaptation du système de santé. Une telle évolution s'appuierait sur les résultats d'une **expérimentation en cours qui autorise les caisses d'assurance maladie à contracter directement avec les médecins** sans passer par l'intermédiaire des unions régionales de médecins conventionnés.

b) Le développement des actions en matière de qualité des soins

L'optimisation de la qualité des soins constitue un autre thème majeur des différentes réformes du système de santé allemand menées depuis le début des années 1990. Cette politique vise à « protocoliser » la délivrance des soins par l'intermédiaire de normes thérapeutiques et à évaluer l'efficacité des soins et des médicaments. Visée par le code social, cette démarche se développe en direction des établissements de santé et de la médecine de ville à travers différents volets : les recommandations de bonne pratique, le développement d'une politique de qualité, le renforcement des contraintes s'imposant aux médecins en matière de formation continue.

Dans le domaine des **recommandations de bonne pratique**, les allemands distinguent les « *Richtlinien* », les « *Leitlinien* » et les « *Richtgrößen* ».

Les « *Richtlinien* » ou lignes directrices sont des recommandations de bonne pratique opposables aux hôpitaux et aux médecins libéraux. Éditées au niveau fédéral, elles doivent être mises en application par les unions régionales des médecins.

Les « *Leitlinien* » sont des recommandations de bonne pratique non opposables. Dans la pratique, elles sont établies par les sociétés savantes. Le médecin peut s'éloigner de ces recommandations s'il estime que la situation du patient le nécessite.

Les « *Richtgrößen* » ne sont pas des outils de qualité mais des indicateurs chiffrés, par exemple des volumes de prescription. Il s'agit de normes quantitatives de référence.

Il peut y avoir des lignes directrices et des recommandations sur un même thème, notamment en matière de prévention et de dépistage. C'est ainsi qu'une « *Richtlinie* » encadre le nombre d'échographies ou de mammographies et qu'une « *Leitlinie* » définit leur périodicité.

Les lignes directrices (*Richtlinien*) sont approuvées par un comité fédéral commun (GBA) rassemblant les représentants des unions de médecins conventionnés, des caisses d'assurance maladie et des sociétés hospitalières.

Une institution spécialisée, l'IQWiG (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*) est chargée de l'élaboration des protocoles thérapeutiques, de l'évaluation des soins et du service médical rendu des médicaments. Elle assure la diffusion de ces informations en direction des professionnels de santé et des patients. De création récente, elle est opérationnelle depuis 2004 et est appelée à jouer un rôle croissant dans le fonctionnement du système de santé.

La démarche d'assurance qualité, instaurée depuis 2000 dans les établissements de santé, est étendue depuis 2004 aux cabinets libéraux. Elle prévoit des procédures relatives à la qualité de la structure médicale (traçabilité des dossiers, formation des collaborateurs) et à la qualité des actes (respect des règles de prescription, équipement de la structure).

L'union régionale des médecins conventionnés assure l'évaluation de cette politique d'assurance qualité dans le secteur ambulatoire. Ce contrôle est assorti de sanctions allant de l'entretien confraternel jusqu'à la réversion d'honoraires.

Les établissements de santé sont soumis à une évaluation externe dont les modalités sont définies par une convention conclue entre les organismes fédéraux d'assurance maladie, la société allemande d'hospitalisation et les unions professionnelles des infirmiers.

La formation médicale continue, rendue obligatoire en 2004, s'intègre dans cette démarche en faveur de la qualité des soins. Ses modalités sont fixées par la Chambre fédérale de l'Ordre des médecins. Pour être validées, les formations doivent recevoir un agrément délivré par la

chambre régionale de l'ordre et être indépendantes de l'industrie pharmaceutique. L'obligation de formation imposée à chaque praticien est annuelle ; le respect de ces règles est contrôlé par les unions régionales de médecins.

Cette politique de « protocolisation » des soins devrait être poursuivie, voire accentuée dans les années à venir. Les autorités sanitaires allemandes considèrent que des marges d'amélioration sont encore disponibles et concentrent leurs efforts sur deux points en particulier : le diagnostic et la stratégie thérapeutique, d'une part, la coordination de la prise en charge du patient au sein d'un parcours de soins intégré, d'autre part.

B. LE SYSTÈME HOSPITALIER

Dans le vaste mouvement de mutation que connaît le système sanitaire allemand depuis la fin des années 80, le secteur hospitalier, qui représente environ 35 % des dépenses de santé, occupe une place à part. Touché par les mesures d'ordre général, et notamment par un encadrement budgétaire plus strict de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, l'hôpital a fait l'objet d'une réforme spécifique. Cette situation ne saurait surprendre les observateurs du système français qui ont pu constater un mode opératoire similaire dans notre pays.

Cette réforme majeure porte sur la médicalisation des modalités de financement des établissements de santé. Adopté au début des années 2000, ce nouveau mécanisme a pour ambition d'optimiser les dépenses hospitalières en renforçant le lien qui existe entre l'activité des établissements et leurs recettes budgétaires.

1. Un système hospitalier structuré par l'organisation administrative du pays

a) Le rôle de la planification hospitalière dans l'organisation de l'offre de soins hospitaliers

Le système hospitalier allemand se caractérise par son organisation décentralisée calquée sur la structure fédérale du pays et par la place essentielle dévolue aux négociations contractuelles entre les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie.

L'organisation du système hospitalier relève de la compétence des Länder dans un cadre juridique défini au niveau fédéral avec l'accord du Bundesrat.

La planification hospitalière relève de la compétence propre de chaque Land. Un schéma d'hospitalisation est déterminé par le ministère des affaires sociales du Land. Il fixe la localisation, le profil d'activités et les capacités d'accueil indispensables pour répondre aux besoins de santé de la

population. Ce schéma ne concerne que les établissements de soins aigus (*Akut-Krankenhaus*).

Ce schéma est préparé au sein d'une commission de planification qui réunit l'ensemble des acteurs du système hospitalier (représentants du Land, collectivités territoriales, union des caisses d'assurance maladie, société d'hospitalisation, assureurs, représentants des cliniques privées). L'intégration des hôpitaux à ce schéma est assez aisée ; dans la mesure où l'offre de soins proposée répond aux besoins exprimés, elle vaut autorisation d'exercer.

De l'avis des observateurs, cette planification ne constitue pas un obstacle à la création de nouveaux établissements et produit peu d'effets en termes de restructuration hospitalière qui relève plutôt des mécanismes de concurrence entre établissements ou de processus de négociation entre les sociétés d'hospitalisation et l'assurance maladie.

Seuls les établissements hospitaliers disposant de l'agrément administratif peuvent prétendre à des financements publics. Ces établissements sont regroupés en trois grandes catégories : les cliniques universitaires, les hôpitaux intégrés dans la carte hospitalière établie par chaque Land et les établissements ayant conclu une convention avec une union régionale des caisses d'assurance maladie.

Le périmètre des prestations hospitalières prises en charge par l'assurance maladie est défini par le comité fédéral d'hospitalisation composé de représentants de l'assurance maladie, de l'ordre fédéral des médecins et de la société allemande d'hospitalisation.

La création d'établissements de soins non agréés est autorisée mais ces derniers ne bénéficient d'aucun financement public et les soins délivrés ne sont pas pris en charge par la solidarité nationale.

Avec le développement des politiques d'optimisation de l'offre de soins, **un débat se fait jour sur la nécessité de définir des niveaux minimum d'activités pour maintenir l'autorisation d'exercer certaines activités hospitalières.** Il s'agit d'un sujet nouveau en Allemagne, relié à la réflexion générale entamée sur les moyens et les conditions indispensables pour améliorer l'efficacité et la qualité du système de santé et de ses différentes composantes. Le sujet est pour l'instant circonscrit à quelques activités spécifiques (greffes, oncologie), mais le comité fédéral commun qui réunit les représentants des secteurs ambulatoires et hospitaliers est chargé d'établir les critères à appliquer. Une première mesure est d'ores et déjà entrée en vigueur et seuls les services d'orthopédie pratiquant plus de cinquante endoprothèses du genou annuelles sont autorisés à poursuivre leurs activités.

b) La participation des Länder au financement des établissements de santé

2.240 établissements de santé conventionnés exercent une activité en médecine chirurgie et obstétrique, dont **50 % d'établissements publics, 36 %**

d'établissements privés à but non lucratif et 14 % de cliniques privées à but lucratif. Ils sont gérés par les collectivités locales, des organismes caritatifs et religieux, les caisses d'assurance maladie ou des investisseurs privés.

Les organismes propriétaires des établissements, à l'exception des cliniques privées non conventionnées, sont regroupés au sein de la société d'hospitalisation du Land et fédérés au niveau national dans la société allemande d'hospitalisation (DKG). Ces sociétés représentent les établissements de santé au sein des structures régionales et fédérales chargées de la détermination de la politique hospitalière. Elles participent à la définition des différents paramètres de la politique hospitalière, notamment les modalités de financement, la politique de qualité, la restructuration des systèmes d'information.

L'Allemagne ne pratique pas la distinction entre public et privé telle qu'elle existe en France. Tous les établissements conventionnés sont régis par les mêmes règles tarifaires et les mêmes règles de prise en charge, quel que soit leur statut juridique.

Pour les établissements agréés, plusieurs modes de financement peuvent être distingués.

Depuis 1996, **les coûts de fonctionnement sont financés par les caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire de forfaits (*Fallpauschalen*) et de prix de journée (*Tagesgleiche Pflegesätze*).** Ces derniers représentent environ 75 % des ressources d'un établissement. Les prix de journée de base (*Basispflegesätze*) sont utilisés pour la rémunération des tâches administratives, de l'entretien ainsi que des prestations hôtelières. Dans chaque Land, ces tarifs sont négociés entre les caisses d'assurance maladie et la société des hôpitaux.

Les prix de journées par service (*Abteilungspflegeätze*) sont calculés pour la rémunération des soins médicaux et infirmiers.

Le paiement forfaitaire s'applique aux activités de chirurgie. Le montant des forfaits est calculé sur la base d'un barème à points fixé au niveau fédéral en fonction de la technicité de chaque acte chirurgical, la valeur du point étant déterminé au niveau régional. Cette tarification est en principe indépendante de la durée d'hospitalisation du patient mais des ajustements sont prévus ; si le séjour dépasse un certain seuil (*Grenzverweildauer*), l'hôpital recevra une rémunération additionnelle.

Chaque année, les hôpitaux négocient individuellement leur budget avec l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Une régulation est prévue l'année n+1 : en cas de dépassement de la dotation, l'établissement doit rembourser 65 % du trop perçu. *A contrario*, en cas de dépenses moindres, il conserve 40 % du montant des économies réalisées. Les Länder donnent leur agrément.

Les investissements sont financés par le Land. L'organe statuant sur l'attribution des crédits est une commission de l'investissement, placée auprès du ministère des affaires sociales de chaque Land. Depuis une dizaine d'années, les

sociétés hospitalières se plaignent de la baisse régulière du montant des investissements consentis par les Länder et estiment ce manque à gagner entre 30 et 50 milliards d'euros.

Les activités de recherche et d'enseignement sont financées par l'Etat fédéral.

Avec l'introduction de la tarification à l'activité, ce mode de financement est appelé à disparaître à compter de 2008.

2. Le passage à la tarification à l'activité pour optimiser le financement des établissements de santé

La loi relative aux forfaits à la pathologie (*Fallpauschalengesetz*) du 23 avril 2002 confirme l'adoption de nouvelles modalités de financement des établissements de santé, fondées sur la tarification à la pathologie ou tarification à l'activité (T2A), lancées par un accord-cadre conclu en 2000.

Avec l'adoption de cette réforme, l'Allemagne inscrit son action en matière hospitalière dans le cadre choisi par de nombreux pays occidentaux, tels que l'Australie, les Etats-Unis, l'Italie ou encore la France.

L'objectif principal de la réforme est de financer chaque établissement en fonction de sa productivité réelle et de mettre fin à un système considéré comme coûteux.

Ces nouvelles modalités de financement doivent également permettre d'améliorer la transparence en matière de planification sanitaire, favoriser une politique de restructuration hospitalière et inciter les établissements à optimiser leur gestion.

a) Une approche pragmatique de la réforme

Le champ de la réforme couvre l'ensemble des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) à temps complet, y compris l'hospitalisation de jour et les urgences.

Les soins de suite et de réadaptation entreront ultérieurement dans la réforme. La psychiatrie fait l'objet d'un système de financement mixte entre tarification à l'activité et paiement forfaitaire, cette dernière partie représentant un quart du budget total consacré à la prise en charge des activités psychiatriques.

La chirurgie ambulatoire est exclue du champ de la T2A, elle demeure financée selon la nomenclature des actes médicaux du secteur ambulatoire.

Les activités de recherche et de formation entrent pour partie dans le champ de la réforme, par le biais d'une majoration appliquée sur les forfaits à la pathologie.

Le système est fondé sur une classification appelée GR-DRG (*German Refined Diagnosis Related Groups*). Chaque DRG, ou GHS (groupes homogènes de

séjour, selon la terminologie retenue en France) se définit par une description clinique d'une pathologie ou d'un groupe de pathologies ; il tient compte des processus suivis (chirurgie, actes techniques, etc.), de l'âge et du sexe des patients.

Initialement, le nombre total de GHS était limité à 800. La première version de la nomenclature publiée en 2003 rassemblait 661 GHS. Il y en avait 844 dans la version 2004 et 878 dans la version 2005. Cette évolution est symptomatique des difficultés rencontrées pour décrire et codifier l'activité hospitalière. L'objectif poursuivi est de distinguer la complexité des cas, afin d'éviter la sélection des patients au sein d'un même GHS.

La détermination de la nomenclature et sa mise à jour sont confiées à l'InEK, institut pour la tarification à l'activité.

Le tarif associé à chaque pathologie repose sur un système à points défini à l'échelon fédéral en fonction de la complexité des actes et de la gravité de la pathologie. La valeur du point de base est définie au niveau de chaque Land. Les coûts relatifs et les durées moyennes de séjour sont calculés sur la moyenne des coûts et durées de séjour constatés.

Une échelle relative des coûts a été élaborée sur la base d'un échantillon représentatif de 122 établissements choisis parmi les 285 établissements volontaires répondant au cahier des charges.

In fine, les données de 116 établissements ont pu être exploitées ; elles représentent 3 % de l'ensemble des hospitalisations de l'année 2001.

Des majorations de tarifs sont prévues pour certains établissements. Elles concernent les établissements ruraux isolés et ceux ayant des activités de recherche et d'enseignement.

Le contrôle de la réforme est confié au service médical de l'assurance maladie (MDK). Ces opérations sont assurées soit à la demande expresse des caisses dans le cadre de contrôles effectués sur des prestations individuelles, soit en cas de doute sur le bien-fondé de la facturation des établissements ou d'anomalies statistiques, soit dans le cadre de contrôles systématiques sur des échantillons aléatoires. La mise en œuvre des contrôles systématiques fait l'objet d'accords-cadres au niveau fédéral et au niveau des Länder, établis par des commissions paritaires d'arbitrage. Ces accords fixent la qualification des contrôleurs, la taille des échantillons et les modalités de retour d'informations. Pour ces missions, le MDK a accès au dossier médical du patient et aux données de facturation de l'établissement.

Effectués *a posteriori*, ces contrôles portent sur l'adéquation des règles de codage avec les séjours hospitaliers. Les anomalies constatées se traduisent par une prise en charge partielle, un refus de prise en charge ou une sanction. Dans la mesure du possible, un consensus financier est recherché avec l'établissement et une balance budgétaire est réalisée afin d'éviter les rétrocessions. En cas de désaccord, le cas est soumis à une commission d'arbitrage qui comprend les représentants des caisses d'assurance maladie et

de la société régionale d'hospitalisation. Elle est présidée par une personnalité indépendante.

b) L'objectif de 2009

Une période de transition en trois étapes est prévue pour permettre aux établissements de santé de se préparer à la T2A.

- En 2003, première année de la réforme, les établissements ont expérimenté ces nouvelles modalités de financement sur la base du volontariat.

- En 2004, les modalités de financement des hôpitaux ont été maintenues, mais parallèlement à cette procédure, les établissements ont simulé un décompte de leurs activités en appliquant les mécanismes de la T2A.

- Entre 2005 et 2008, une phase de convergence est organisée. Durant cette période, la rémunération associée à chaque GHS sera progressivement harmonisée afin d'obtenir un tarif identique pour tous les établissements d'un même Land.

Au cours de cette période transitoire, les établissements se voient garantir la neutralité de leur dotation budgétaire tandis que des mesures d'accompagnement sont prévues pour faciliter l'adaptation des établissements « perdants » aux nouvelles modalités de financement.

A l'issue de cette période, un catalogue uniforme des tarifs à l'activité sera appliqué dans chaque Land tandis que les modalités de régulation budgétaires actuelles seront devenues caduques puisque les négociations entre les caisses et les établissements porteront sur les volumes d'activité.

Cette période de transition, initialement prévue entre 2003 et 2007, a été prolongée jusqu'en 2009 afin de laisser un délai d'adaptation supplémentaire aux établissements de santé.

Comme en France, le processus de convergence est un élément constitutif de la réforme. Ses concepteurs ont fait le choix d'une convergence vers des tarifs calculés en fonction des coûts moyens et non pas vers les établissements les plus performants afin, dans un premier temps, de rendre la réforme soutenable pour le plus grand nombre d'établissements. Une fois cette convergence achevée, les établissements se trouveront mis en concurrence et une restructuration s'opérera au profit des établissements dont les coûts de fonctionnement sont égaux ou supérieurs aux tarifs, tandis que les établissements perdants devront cesser leur activité ou se reconvertir.

Bien que la mise en œuvre de la réforme ne soit pas suffisamment avancée pour tirer les premiers bilans, il convient de constater que ces nouvelles modalités de gestion sont **plutôt bien accueillies du côté des sociétés hospitalières** qui considèrent que la T2A est le seul outil disponible pour optimiser les moyens financiers mis à la disposition des établissements de santé et assurer la pérennité du système de soins. Elles émettent néanmoins deux réserves : le maintien d'une obligation de prise en charge des patients

afin d'éviter la pratique de la sélection des patients, et des financements complémentaires pour tenir compte des progrès technologiques.

Elles souhaitent également une évaluation régulière du ratio coût/efficacité de la T2A.

Cette appréciation n'est pas partagée par les médecins qui contestent le principe même de la T2A.

**PROGRAMME DE LA MISSION
- BERLIN -
16/19 MAI 2006**

Mardi 16 mai 2006 (cadrages généraux, historique)

- 11 heures 45 Réunion de travail à l'Ambassade. Présentation générale de la problématique de la protection sociale en Allemagne ; acteurs, données chiffrées.
- 13 heures Déjeuner de travail
- 15 heures Entretien au BDA (*Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* - Syndicat des employeurs), avec Eugen Müller, directeur du secteur sécurité sociale, et Angela Schneider-Bodien, de la direction Europe
- 17 heures Entretien au DGB (*Deutscher Gewerkschaftsbund* - Syndicat des salariés) avec Ingo Kolf (secteurs chômage-emploi) et Knut Lambertin (secteur santé)

Mercredi 17 mai 2006 (volet financement : protection sociale, santé)

- 9 heures - BMAS (*Bundesministerium für Arbeit und Soziales* - Ministère fédéral du travail et des affaires sociales) - Entretien sur le financement de la protection sociale, avec M. Recht, directeur de la direction numéro 4 (sécurité sociale, retraites) et des collaborateurs
- 11 heures 30 - Entretien avec la Fédération des caisses de retraite publiques
- 12 heures 45
- 13 heures Déjeuner de travail avec des chercheurs de la *Stiftung Marktwirtschaft*
- 15 heures - Entretien à la Chancellerie fédérale avec le Dr Roppel, directeur des affaires sociales, de santé et de marché du travail, M. Kuhne, directeur adjoint, et Mmes Wald et Optendrenk, du bureau santé, sur les problématiques de financement et sur la réforme de la santé
- 16 heures 30
- 17 heures BMG (*Bundesministerium für Gesundheit* - Ministère fédéral de la santé) - Financement de la santé et réforme du système de santé
- 20 heures 30 Dîner à l'Ambassade, à l'invitation de M. Claude Martin, Ambassadeur de France en Allemagne, en présence de Mme Annette Widmann-Mauz (CDU) et de M. Wolfgang Wodarg (SPD), députés du Bundestag, spécialistes des questions de santé

Jeudi 18 mai 2006 (volet système de santé, dont aspects locaux)

- 9 heures - Entretien avec l'association des médecins conventionnés de Berlin
- 10 heures 30
- 11 heures - Entretien avec Mme Pia Maier, chef de cabinet de la ministre de la santé du Land de Berlin
- 12 heures 30
- 14 heures - Entretien avec la caisse d'assurance maladie AOK de Berlin
- 16 heures

Vendredi 19 mai 2006 (hôpitaux)

- 9 heures - Entretien au DKG (*Deutsche Krankenhaus Gesellschaft* - Fédération des hôpitaux)
- 11 heures

EXAMEN DU RAPPORT

Examen du rapport par la mission

Réunie le **mardi 27 juin 2006** sous la présidence de **M. Alain Vasselle, président**, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale a procédé à **l'examen du rapport** de **MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau** sur le déplacement à Berlin d'une délégation de la Mecss chargée d'étudier les **évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne**.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé qu'une délégation de la Mecss, composée de MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer, André Lardeux et Bernard Seillier, s'est rendue à Berlin du 16 au 19 mai dernier. Elle y a rencontré les représentants des principales administrations concernées, les partenaires sociaux et les députés spécialistes des questions de protection sociale et de santé, les représentants des caisses de retraite et de maladie, ceux des associations de médecins et ceux des hôpitaux. La délégation a également pu avoir un long entretien avec le conseiller pour les affaires sociales de Mme Angela Merkel.

Si la mission a choisi de se rendre en Allemagne, c'est en raison des fortes similitudes que ce pays entretient avec la France dans le domaine de la protection sociale, et plus spécifiquement de la santé : d'abord, le poids des dépenses à caractère social y dépasse 30 % du produit intérieur brut (PIB) ; ensuite, le cœur de la protection sociale est formé par un système assurantiel qui remonte au chancelier Bismarck pour l'Allemagne et que les Français ont largement imité au vingtième siècle, encore que, dans les deux cas, la part prise ces dernières années par l'Etat dans le financement de la protection sociale a eu tendance à s'accroître au point qu'aujourd'hui la moitié environ du budget fédéral est consacrée à des versements au profit des assurances sociales, notamment des assurances retraite ; enfin, la sécurité sociale allemande dans son ensemble est aujourd'hui déficitaire à hauteur de 3,35 milliards d'euros en 2005, essentiellement du fait du régime vieillesse, qui a perdu près de 6 milliards d'euros l'an dernier.

Si les déficits se sont concentrés en 2005 sur la vieillesse, les branches maladie et chômage de la sécurité sociale allemande sont également dans une situation de grande fragilité : l'assurance maladie a connu des soldes négatifs entre 2001 et 2003 et de nouveaux déficits massifs - 8 à

10 milliards d'euros - sont annoncés à partir de 2007 ; quant à la branche chômage, l'absence de déficit n'est due qu'à l'intervention de l'Etat fédéral, qui doit assurer légalement l'équilibre de la partie assurantielle et qui finance intégralement la part relevant de l'aide sociale. Les déficits de la branche assurantielle, avant subvention fédérale, ont ainsi couramment atteint 4 à 5 milliards d'euros ces dernières années.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a ensuite insisté sur les différences entre les deux pays, et d'abord sur l'écart de leurs taux de fécondité : 1,4 enfant par femme en Allemagne, alors que la France parvient pratiquement à assurer le renouvellement des générations. En conséquence, le rapport entre retraités et actifs reviendra de 1 pour 4 à 1 pour 2 en 2040 et le vieillissement de la population allemande pourrait alourdir les dépenses de protection sociale d'environ 5,5 points de PIB d'ici à 2050.

En dépit de cet environnement, globalement plus défavorable que celui de la France, les Allemands semblent avoir fait preuve d'une plus grande réactivité : l'ensemble des partis politiques participant au Gouvernement et les partenaires sociaux ont développé une conscience très aiguë de la nécessité d'alléger le coût du facteur travail, afin de préserver la compétitivité du « site Allemagne » dans l'économie mondiale. Ils ont donc cherché à réduire, ou du moins stabiliser, les taux de cotisation qui pèsent sur les seuls salaires et à trouver d'autres sources de financement pour alimenter la protection sociale.

Cette attitude volontariste a permis d'empêcher, jusqu'à présent, l'émergence d'une dette sociale, que la Mecss a estimé en France à environ 100 milliards d'euros.

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a dressé le bilan des réformes engagées, notamment par le dernier gouvernement Schröder avec l'appui des chrétiens-démocrates, dans les domaines des retraites et de la santé. Après deux années de mise en œuvre, les résultats apparaissent pour le moins contrastés.

Le paysage des retraites ressort structurellement bouleversé, en raison d'une moindre solidarité intergénérationnelle et de la création d'un dispositif de capitalisation en plus du régime par répartition. Deux instruments complémentaires ont été utilisés : d'une part, le taux de croissance des retraites est amputé chaque fois que le rapport entre cotisants et retraités se dégrade ; d'autre part, la retraite par capitalisation a été renforcée par la réforme « Riester », du nom du ministre qui l'a promue, grâce à l'octroi d'avantages fiscaux. En pratique, les montants des retraites individuelles de base baissent sous l'effet de la dégradation du rapport démographique et les futurs retraités sont incités à compenser le manque à gagner en contractant une retraite par capitalisation avec l'aide de l'Etat.

Après des débuts hésitants, ce schéma semble devoir progressivement se mettre en place, même si deux mesures supplémentaires ont dû être annoncées : le relèvement du taux de cotisation de 19,5 % à 19,9 % au 1er janvier 2007, afin de faire face au déficit persistant de la branche

vieillesse ; le report de soixante-cinq à soixante-sept ans de l'âge légal de départ à la retraite afin d'empêcher une trop forte dégradation des taux de remplacement de la retraite standard.

L'efficacité de ces réformes suppose toutefois que l'économie allemande parvienne à maintenir les seniors sur le marché de l'emploi jusqu'à l'âge de soixante-sept ans, alors que le taux actuel d'activité au-delà de soixante ans est inférieur à 30 % ; elle repose ensuite sur l'adhésion pleine et entière des Allemands à des mécanismes de marché pour garantir le niveau de leur retraite, la question étant posée de savoir s'il convient de rendre les retraites « Riester » obligatoires.

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a exposé le bilan, plutôt négatif, de la réforme du secteur de la santé et de la maladie entreprise en 2003. Celle-ci a produit des résultats positifs la première année, en 2004, mais l'impact des mesures prises paraît insuffisant pour garantir la viabilité à long terme du système d'assurance maladie.

Cette réforme reposait sur trois principes : un accroissement de la participation des assurés, notamment par la création d'un ticket modérateur de 10 euros par trimestre pour les consultations de soins de ville ; un recours accru à l'impôt à travers la hausse des droits sur les tabacs ; la mise en place d'une démarche de qualité des soins et de maîtrise médicalisée : parcours de soins organisé autour d'un « médecin de famille », prise en charge intégrée des pathologies chroniques, recours à des « lignes directrices » accompagnant l'activité des médecins, introduction de la tarification à l'activité dans le secteur hospitalier.

Grâce à ces mesures, les dépenses de santé ont subi une baisse franche en 2004, permettant à l'assurance maladie de dégager à nouveau un excédent de plus de 4 milliards d'euros, mais elles sont reparties à la hausse en 2005, essentiellement sous la pression du poste médicament qui a franchement dérapé, avec un taux d'évolution de +16,3 %, plaçant l'Allemagne en tête des progressions pour ce poste au sein des pays développés. Une loi a ainsi dû être adoptée en urgence prévoyant notamment, à compter du 1er mai 2006, le gel, pendant deux ans, du prix de tous les médicaments et l'instauration d'un dispositif de bonus-malus sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins.

Sans l'apport complémentaire des droits sur les tabacs, un nouveau déficit de l'assurance maladie aurait été enregistré dès 2005 du fait d'un taux de progression de cotisation extrêmement faible. La volonté d'assurer la pérennité du système conduit donc inévitablement les partenaires de la coalition au pouvoir à renforcer les premières réformes structurelles engagées par la majorité précédente ainsi qu'à privilégier aujourd'hui une réflexion sur la nature même du financement de l'assurance maladie.

Alors que le parti social démocrate (SPD) plaide pour un schéma proche de la contribution sociale généralisée (CSG) française, les chrétiens démocrates (CDU) sont favorables à un système de cotisation forfaitaire par tête qui permettrait de figer le taux de cotisation patronale en faisant porter

sur les seuls assurés le coût des dérives financières du système d'assurance maladie. Un compromis doit être rédigé pour le 10 juillet prochain et un projet de loi doit être adopté pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2007.

En conclusion, M. Alain Vasselle, rapporteur, a présenté trois observations :

- en premier lieu, le régime allemand de protection sociale, confronté à des défis proches de ceux de la sécurité sociale française, apparaît dans une situation financière plus saine ; l'action pour contrer l'apparition des déficits est plus systématique et les Allemands peuvent se flatter de ne pas avoir infligé une dette sociale, injuste dans son principe, aux générations futures ;

- ensuite, l'Allemagne est allée très loin dans la réforme structurelle du financement de ses retraites en promouvant de fait un système mixte alliant répartition et capitalisation ; ce faisant, elle a pris deux paris : celui d'un relèvement significatif du taux d'activité des classes d'âge de plus de soixante ans et celui d'une adhésion massive des générations cotisantes à ce système mixte ;

- enfin, l'Allemagne a suivi, en matière de maladie et de santé, un cheminement très proche de celui de la France, mais davantage axé sur les réformes structurelles. Pour autant, cette orientation ne suffit pas à elle seule pour réduire l'effet de ciseaux qui caractérise l'évolution du solde de l'assurance maladie, ce qui explique la réflexion en cours sur son financement.

M. André Lardeux a rappelé le poids du financement public dans le système assurantiel allemand, soulignant que le tiers des ressources de l'assurance vieillesse provient du budget fédéral. Il a également insisté sur le fait que les Allemands parviennent mieux que les Français à distinguer, dans la protection sociale, ce qui relève soit de l'assurance, soit de la solidarité, ce second volet étant en principe pris en charge par l'impôt.

M. Guy Fischer a mis en avant les points qui l'ont le plus marqué dans le cadre du déplacement de la délégation de la Mecss : l'absence d'assurance complémentaire pour le secteur de la maladie ; la volonté forte du patronat et des partis politiques de la coalition d'empêcher une hausse des cotisations pesant sur les salaires afin de préserver la compétitivité de l'Allemagne ; l'existence de positions très éloignées entre le parti social démocrate et le parti chrétien démocratique sur les modalités futures de financement de l'assurance maladie, la mise en place d'une CSG ou d'une prime forfaitaire constituant deux solutions a priori difficilement conciliables ; enfin, l'importance de la crise qui affecte le secteur médical.

De ce point de vue, si le conflit qui touchait les médecins hospitaliers a pu être résolu ces derniers jours, la crise demeure pour les médecins de ville, dont certains sont de plus en plus tentés par l'expatriation vers des pays étrangers.

Puis les membres de la mission ont adopté le rapport d'information relatif aux évolutions du financement de la protection sociale allemande et à la réforme du système de santé, qui sera présenté devant la commission des affaires sociales afin qu'elle autorise sa publication.

Examen du rapport par la commission

Réunie le mercredi 28 juin 2006, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu une communication de M. Alain Vasselle sur le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) relatif au déplacement à Berlin d'une délégation chargée d'étudier les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a présenté le rapport d'information adopté par la mission au cours de sa réunion du mardi 27 juin 2006.

Mme Isabelle Debré a demandé si les Allemands se sont dotés d'un dossier médical personnel (DMP). Elle a souhaité connaître le montant des franchises à la charge des assurés et savoir s'il subsiste en Allemagne des prises en charge à 100 % ou si ces franchises sont d'ordre public et s'appliquent à tous. Elle a souligné en contrepoint la tendance des Français à l'assistantat au travers du maintien de prises en charge complètes, déresponsabilisantes pour ceux qui en bénéficient.

M. Alain Gournac a mis en avant le courage des Allemands qui n'hésitent pas à repousser à soixante-sept ans l'âge légal du départ à la retraite alors que, dans le même temps, les Français discutent simplement de la possibilité de laisser travailler ceux qui le souhaitent au-delà de l'âge légal de soixante ans. Il a également souligné, pour preuve de ce courage, le gel pendant deux ans du tarif des médicaments et le fait que la prochaine réforme de l'assurance maladie entrera en vigueur, quoi qu'il arrive, au 1er janvier 2007.

Il a encouragé la Mecss et la commission à poursuivre ces déplacements à l'étranger qui ne peuvent être que riches d'enseignements pour la France.

M. Guy Fischer a insisté sur le fait qu'au-delà de la similitude des problématiques entre la France et l'Allemagne, l'histoire avait légué des particularismes aux deux pays. Le régime d'assurance maladie de base en Allemagne est très largement dominant. Même si elles sont trop nombreuses, les caisses d'assurance maladie ont un pouvoir réel. Ce sont elles qui mènent les négociations avec les organisations de médecins.

S'agissant du corps médical, des tensions très nettes sont apparues ces dernières années. L'augmentation de salaire dont viennent de bénéficier les médecins hospitaliers n'a pu être obtenue qu'en contrepartie de la

suppression d'avantages sociaux non négligeables. Pour la médecine de ville, le malaise demeure puisqu'en pratique, les médecins sont appelés à travailler gratuitement une fois que l'enveloppe budgétaire qui leur a été attribuée globalement est épuisée.

Pour ce qui est du domaine de la prévention, les entretiens de la Mecss ont laissé apparaître que la politique allemande présente des lacunes.

S'agissant des prestations de chômage, le désengagement progressif du budget fédéral entraîne une baisse importante des prestations au détriment des salariés.

*Afin d'éclairer le débat, **M. Guy Fischer** a souhaité que la commission dispose d'un tableau comparatif établissant pour chaque pays européen l'âge légal ainsi que l'âge réel du départ à la retraite.*

Il a confirmé le caractère consensuel et la force du discours dominant aujourd'hui outre-Rhin sur la nécessité de préserver la compétitivité du « site Allemagne » par un gel, voire une diminution des cotisations patronales.

Il a également mis en avant le poids de l'industrie pharmaceutique qui apparaît aussi important en Allemagne qu'en France.

Enfin, il a rappelé que les entretiens avec la fédération hospitalière allemande tendent à prouver que le nombre des hôpitaux devrait baisser de 20 % dans les prochaines années.

***M. Louis Souvet** a demandé à son tour que la commission dispose d'un tableau comparatif sur les âges de départ à la retraite chez les principaux partenaires de la France.*

Il a souligné le fait qu'en dépit de problèmes assez semblables, la sécurité sociale allemande parvient plus facilement à rétablir son équilibre que son homologue française. Il a jugé louable la volonté des responsables allemands de privilégier coûte que coûte une baisse du taux de cotisation en matière d'assurance maladie.

***M. Dominique Leclerc** a mis en avant le caractère identique des problématiques en matière de retraite en Allemagne et en France.*

Il a souhaité savoir si la démarche de réforme des retraites engagée en Allemagne était sincère, critiquant au passage l'absence de réalisme des projections faites en France, notamment par le Conseil d'orientation des retraites (Cor).

Il a souligné le fait que le faible taux d'activité des seniors est un problème commun à l'Allemagne et à la France.

Il a enfin estimé que la solidarité intergénérationnelle, c'est-à-dire le poids de l'effort que les retraités sont en droit d'exiger des actifs, est le sujet central aujourd'hui de la question des retraites.

Répondant aux différents intervenants, **M. Alain Vasselle** a indiqué à Mme Isabelle Debré qu'il n'existe pas en Allemagne de dossier médical personnel, mais qu'a été mis en place un système similaire à celui de la carte vitale.

Sur la question de la franchise, il a précisé que celle-ci s'applique non seulement aux consultations de ville, mais aussi aux boîtes de médicaments. Il a confirmé que les médecins allemands bénéficient d'une enveloppe de rémunération fermée, selon un schéma proche de celui qu'avait voulu imposer en France M. Alain Juppé lorsqu'il était Premier ministre.

Il a partagé le souhait de MM. Guy Fischer et Louis Souvet de disposer d'une étude comparative sur les âges, légaux et réels, de départ à la retraite, jugeant que cette étude pourrait être complétée par une comparaison sur les différentes natures de retraite offertes aux pensionnés, selon qu'il s'agit de retraite par répartition, par capitalisation ou d'un système mixte.

Il a également estimé souhaitable l'établissement d'un tableau comparatif des différents types et niveaux de franchises existant dans les différents pays européens sur les consultations de ville, les médicaments ou les soins hospitaliers.

En réponse à M. Dominique Leclerc, il a souligné la sincérité, au moins apparente, des personnes rencontrées à Berlin sur la question de la réforme des retraites. Celles-ci lui ont paru effectivement déterminées à gagner leur pari de mise en place d'un système mixte alliant répartition et capitalisation. D'une façon générale, l'état d'esprit dominant en Allemagne dans la classe politique et parmi les partenaires sociaux est beaucoup plus consensuel qu'en France. L'existence de ce consensus permet d'apporter des réponses plus précoces et plus efficaces aux problèmes qui se posent à la protection sociale au fur et à mesure qu'ils se présentent. Cette différence de comportement apparaît bien dans la question de la dette sociale que les Français ont laissé se constituer, alors que la sécurité sociale allemande bénéficie d'une situation financière beaucoup plus saine.

S'agissant de la baisse des cotisations d'assurance maladie, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a indiqué que les négociations en cours entre sociaux-démocrates et chrétiens-démocrates au sein de la coalition devraient aboutir à proposer de les compenser par une augmentation de l'impôt sur le revenu des ménages.

Enfin, en réponse à M. Guy Fischer, il a indiqué que la fermeture envisagée de 20 % des hôpitaux allemands ne sera pas le fruit d'une décision autoritaire mais devrait être la conséquence mécanique de la réforme en cours, qui prévoit la généralisation de la tarification à l'activité en 2009.

La commission a alors autorisé la publication du présent rapport d'information consacré aux évolutions du financement de la protection sociale allemande et à la réforme du système de santé.