

Note du Cerfa 32

---

# La réforme du système de santé en Allemagne

---

**Bernd-Peter Lange**

*Avril 2006*

Comité d'études des relations franco-allemandes (Cerfa)



L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales. Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901). Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

En 2005, l'Ifri a ouvert une branche européenne à Bruxelles. Eur-Ifri est un *think tank* dont les objectifs sont d'enrichir le débat européen par une approche interdisciplinaire, de contribuer au développement d'idées nouvelles et d'alimenter la prise de décision.

*Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la responsabilité des auteurs.*

Comité d'études des relations franco-allemandes (Cerfa)  
Tous droits réservés, Ifri, 2006 - [www.ifri.org](http://www.ifri.org)  
Institut français des relations internationales  
27 rue de la Procession - 75740 Paris Cedex 15 - France  
Tél. : 33 (0)1 40 61 60 00 – Fax : 33 (0)1 40 61 60 60

# Introduction : le système de santé en Allemagne

Avec l'assainissement des finances publiques, la réforme de l'assurance maladie légale (*gesetzliche Krankenversicherung*, GKV) fait partie des tâches essentielles de la grande coalition. Comparée à d'autres pays, l'offre de soins de santé est excellente en Allemagne ; mais l'assurance maladie légale est chère – tout particulièrement au niveau du couplage des cotisations aux salaires et rémunérations. Pour cette raison, il est nécessaire de réformer l'organisation et le financement de l'assurance maladie légale, afin de faire évoluer le système existant. Alors que le parti social-démocrate (SPD) a proposé de créer une assurance citoyenne (*Bürgerversicherung*), à laquelle seraient affiliés l'ensemble des citoyens, les partis de l'Union chrétienne (CDU/CSU) proposent une prime d'assurance forfaitaire individuelle (*Kopfpauschale*) pour les assurés de l'assurance maladie légale. Il est indispensable d'évaluer ces modèles de réforme, ainsi que les différentes manières dont ils peuvent éventuellement être combinés. Dans ce contexte, les lignes directrices du concept d'économie sociale de marché et les principes d'autodétermination et de responsabilité de l'individu, consacrés par la Loi fondamentale, peuvent ouvrir une perspective d'avenir durable.

## ***Les principes du système de santé en Allemagne***

Les caisses d'assurance maladie de droit public sont compétentes pour les personnes affiliées à l'assurance maladie, alors que les compagnies d'assurance maladie privées (*private Krankenversicherungsunternehmen* PKV) sont compétentes pour les personnes qui ne le sont pas.

### **L'assurance maladie légale**

L'assurance maladie légale est une assurance obligatoire : les salariés dont le revenu se situe en dessous du seuil de 3 937,50 euros par mois doivent s'assurer auprès d'une caisse légale d'assurance maladie (*gesetzliche Krankenkasse*, GKK). À l'origine, cette obligation avait été

---

Bernd-Peter Lange est professeur émérite de socio-économie à la faculté de sciences sociales de l'université d'Osnabrück. Il a été directeur général de l'Institut européen des médias (*Europäisches Medieninstitut*) de 1993 à 1999. Traduction de l'allemand : Patrick Le Bihan. Le texte a été publié en allemand sous le titre « Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, n° 8-9/2006

introduite, conformément au principe de subsidiarité, comme une mesure d'assistance étatique pour les indigents ; elle touche maintenant 60 % de la population. Les assurés peuvent choisir entre différentes caisses d'assurance maladie et donc des niveaux de cotisations différents – entre 12 et 14 % du salaire brut ; en revanche, les catalogues de soins sont pour l'essentiel identiques.

Le financement de l'assurance maladie légale est indexé sur les salaires : jusqu'au 30 juin 2005, les cotisations sociales – sous la forme d'une déduction d'un certain pourcentage du salaire brut – étaient payées pour moitié par le salarié et pour moitié par l'employeur. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, les salariés doivent financer eux-mêmes les prothèses dentaires et les allocations maladie à hauteur de respectivement 0,4 et 0,5 % du salaire brut. Pour les employeurs, les cotisations sociales représentent des charges sociales. Les personnes dont les revenus sont supérieurs au plafond des cotisations de 3 525 euros paient des cotisations plus élevées sans avoir pour autant accès à davantage de prestations.

Le financement global de l'assurance maladie légale s'effectue selon le principe de répartition, ce qui signifie que les cotisations collectées sont utilisées pour payer les dépenses courantes de santé. Les caisses légales d'assurance maladie ne constituent pas des provisions pour pallier à l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge. Selon le contrat intergénérationnel, au fondement de ce système, les cotisants doivent assumer les coûts de santé variables entre les générations : en 2004, les dépenses de santé des personnes âgées de plus de 80 ans s'élevaient à 12 430 euros par personne et par an, alors que les dépenses de santé moyennes de la population ne représentaient que 2 710 euros<sup>1</sup>. Cette technique de financement repose sur le « contrat de travail normal », aujourd'hui dépassé. Ce contrat de travail a été constitué selon le modèle du travail industriel d'antan, qui reposait sur le plein emploi et sur l'hypothèse du renouvellement de la population. Au sein des assurances maladie légales, les épouses et les enfants inactifs sont co-assurés sans payer de cotisation. Le modèle de la famille jusqu'à présent dominant part du principe que l'épouse est une femme au foyer et qu'il n'y a qu'une seule personne effectuant un travail rémunéré par famille.

Les médecins traitants et les hôpitaux facturent les prestations de santé aux assurances maladie légales via les associations de médecins conventionnés (*kassenärztliche Vereinigungen*). L'assuré n'a donc pas connaissance des coûts de son traitement. Ses cotisations sont retenues par l'employeur et toute visite chez le médecin – si l'on fait abstraction de la taxe de cabinet (*Praxisgebühr*) récemment introduite – semble quasiment gratuite aux yeux de l'assuré ; il n'y a pas d'incitations à recourir aux soins de santé dans un esprit de responsabilité, ni de prise en compte des coûts de ces soins.

Il existe une compensation financière des risques (*Risikostruktur-ausgleich*) entre les assurances maladie légales. Cela signifie que les caisses dont les recettes sont relativement faibles sont soutenues par les autres. Par conséquent, on ne peut parler d'une réelle concurrence entre les caisses. Les possibilités de réaliser des économies importantes au niveau des caisses sont donc bien présentes.

---

<sup>1</sup> Cf. PKV-Reformkonzept Krankenversicherung, PKV-Verband 15 juin 2005, p. 5 et suiv.

En raison du progrès médical, de la progression de l'espérance de vie ainsi que de l'augmentation concomitante de la proportion de personnes âgées dans la population, les dépenses de santé ont explosé ces dernières années. C'est pour cette raison que les gouvernements ont entrepris – sans toutefois beaucoup de succès – des efforts pour contrôler l'évolution des dépenses. Par ailleurs, pour développer le sens de la responsabilité individuelle et pour donner aux assurés une plus grande conscience du coût des prestations de santé, la taxe de cabinet et le ticket modérateur pour les médicaments ont été introduits. Ces mesures n'étaient cependant pas appropriées pour régler les problèmes existants. Des réformes structurelles des assurances maladie légales et de leur « autogestion » vers une plus grande concurrence et un contrôle des dépenses sont nécessaires.

## **L'assurance maladie privée**

Dix pour cent de l'ensemble des citoyens – ceux dont le revenu est supérieur au plafond d'assujettissement et qui ne sont pas volontairement assurés auprès de l'assurance maladie légale, les fonctionnaires et les travailleurs indépendants – sont assurés auprès de l'assurance maladie privée. Les primes sont calculées en fonction des risques et sont indépendantes du revenu de l'assuré. Le principe de capitalisation est utilisé, ce qui signifie que des fonds de réserve pour la vieillesse sont constitués de manière à ce que les primes d'assurance ne soient pas dans l'obligation d'être ajustées en raison de l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge. Pour amortir l'augmentation générale des prix des prestations de santé, un supplément légal de 10 % sur les primes d'assurance est levé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000. De plus, les primes d'assurance sont variables en fonction de l'éventail de soins choisi.

L'assurance maladie privée participe à hauteur de 8,5 milliards d'euros au financement du système de santé allemand, car les médecins et les hôpitaux peuvent exiger des rémunérations plus élevées de la part des assurés privés pour les actes accomplis<sup>1</sup>. Sans cette possibilité, de nombreux cabinets de médecins et hôpitaux ne pourraient survivre financièrement.

Une réelle concurrence existe au sein de l'assurance maladie privée : tout assuré potentiel peut comparer les primes, le catalogue de soins, le niveau des coûts d'administration, le taux d'intérêt du capital fourni, les conditions de remboursement des primes d'assurance lors du non recours aux prestations de l'assurance et ainsi de suite. Par ailleurs, les entreprises privées sont organisées de manière variable : il existe d'une part des sociétés anonymes et d'autre part des sociétés d'assurance mutuelle (*Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit*) qui représentent exclusivement les intérêts de leurs assurés.

---

<sup>1</sup> Cf. Fr. Niehaus et Ch. Weber, *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV*, Cologne, 2005.

# Vers une réforme du système de santé

## ***Les défis de l'assurance maladie légale***

**L**es fondements actuels de l'assurance maladie légale s'avèrent de plus en plus fragiles.

Le « contrat de travail normal » est de moins en moins la règle : les périodes d'emploi – à temps plein ou partiel – alternent avec les périodes de chômage, de reconversion ou de congés liés à l'éducation des enfants. L'âge effectif de départ à la retraite est souvent largement inférieur à 65 ans. En même temps, le taux d'activité des femmes augmente et correspond souvent à un emploi à temps partiel<sup>1</sup>.

L'Allemagne est confrontée depuis de nombreuses années à un chômage structurel : selon les données officielles, le chômage annuel moyen s'élève à environ cinq millions de demandeurs d'emploi. À cela il faut ajouter le chômage caché des personnes en reconversion ou qui, découragées, ont renoncé à s'inscrire au chômage : le *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (Conseil d'experts pour l'évaluation de l'évolution économique globale, SVR) évalue à 1,6 millions le nombre de ces personnes<sup>2</sup>. Le taux de chômage durablement élevé est une des raisons qui explique que les recettes de l'assurance maladie légale ne suffisent plus à couvrir les dépenses de santé.

L'évolution démographique a entraîné et continue d'entraîner des changements dramatiques de la pyramide des âges en Allemagne. En raison de la diminution de l'indice synthétique de fécondité, qui n'atteint plus que 1,3 enfant par femme aujourd'hui – pour le maintien de l'effectif de la population à son niveau actuel, 2,1 enfants par femme en moyenne seraient nécessaires – les classes d'âge les plus nombreuses se décalent de plus en plus vers les générations plus âgées. Certains pronostiquent qu'en 2050, la moitié de la population allemande aura plus de 48 ans et que le nombre des naissances ne représentera plus que la moitié du nombre de personnes entre soixante et soixante dix ans. On dénombre aujourd'hui 226 actifs pour 100 retraités, ce nombre ne sera plus que de 78

---

<sup>1</sup> Cf. Gesprächskreis Arbeit und Soziales (éd.), *Experimentierfeld Deutschland?, Reformstrategien in der Sozialpolitik auf dem Prüfstand*, Friedrich-Ebert-Stiftung, juin 2005.

<sup>2</sup> Cf. SVR Jahresgutachten 2004/05, paragraphes 244 et suiv.

en 2030 et de 71 en 2050<sup>1</sup>. Parallèlement, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et la population totale commence à diminuer. Le contrat entre les générations ne peut être respecté dans ces conditions.

La dette de l'Etat fédéral, des Länder et des communes a atteint le niveau astronomique de plus de 1,4 billions d'euros. En 2004, l'État a dû déboursé 68 milliards d'euros pour payer les intérêts de la dette. Le pacte de stabilité européen, jadis exigé et encouragé par l'Allemagne, sera violé une énième fois par le Bund et les Länder en 2006. La collectivité publique doit se résoudre à faire des économies drastiques; il n'y a aucune marge de manœuvre pour accorder des subventions au système de santé.

On ne peut espérer une croissance économique substantielle pour l'année 2006. On ne peut compter sur le fait que des emplois seront créés dans des proportions notables ; au contraire, on observera une nouvelle réduction du nombre d'emplois. La comparaison internationale montre que ce ne sont pas les charges fiscales qui affaiblissent la compétitivité internationale des entreprises allemandes, mais les charges sociales trop élevées – les cotisations patronales et salariales représentent 42 % du salaire brut –, c'est-à-dire essentiellement les cotisations sociales pour les retraites et la santé.

Une réforme des caisses légales d'assurance maladie doit également viser une réduction des démarches administratives et un renforcement de la concurrence. Une « réforme avant la réforme » s'avère nécessaire : tout comme la réforme du fédéralisme doit créer les conditions d'un meilleur fonctionnement de notre système politique, la réforme des caisses légales d'assurance maladie et du système de facturation des dépenses de santé doit améliorer le fonctionnement du système de santé.

Les difficultés d'une réforme découlent du fait que tous les problèmes mentionnés sont liés : l'absence de croissance économique et le chômage élevé réduisent les recettes des caisses légales d'assurance maladie. La flexibilisation nécessaire du marché du travail et la création d'un secteur à bas salaires – promu par exemple par un impôt négatif sur le revenu – en réponse à la faible croissance économique créent de nouvelles pressions sur les recettes de l'assurance maladie légale. A moyen terme, l'évolution démographique va certes réduire le problème du chômage ; cependant, avec le « survieillessement » qui menace nos sociétés, les dépenses de santé vont augmenter, sans que la contribution des retraités puisse compenser en contrepartie cette augmentation.

## ***Économie sociale de marché et Loi fondamentale***

Au regard de ces défis, un retour au principe de subsidiarité – dans ses deux acceptations – est dans un premier temps nécessaire. D'une part, les activités et les interventions de l'État ne sont justifiées que si l'offre du marché concurrentiel n'est pas optimale ou ne fonctionne pas pour tous les

---

<sup>1</sup> Cf. op. cit., tableau 50, p. 257 ; cf. également *Datenreport 2004*, Statistisches Bundesamt (vol. 450), août 2004.

individus. D'autre part, chaque individu est appelé à agir de manière autonome et responsable<sup>1</sup>. La responsabilité de l'unité supérieure la plus proche – dans un premier temps la famille, puis la commune, le Land, le Bund – ne doit être engagée que dans le cas où l'individu ne peut se prendre en charge seul, sans pour autant que cela soit de sa faute.

D'après le principe de subsidiarité, l'obligation de s'assurer pour plus de 60 % de la population ne peut être justifiée. L'assistance étatique s'est éloignée de l'aide d'urgence temporaire qu'elle était à l'origine. A plus forte raison, une assurance obligatoire pour tous ne peut être légitimée. Le concept d'économie sociale de marché, tel qu'il peut être déduit entre autres des art. 2 (libre épanouissement de la personnalité), 14 (garantie du droit de propriété) et 20 (État fédéral démocratique et social) de la Loi fondamentale et qui, après la seconde Guerre mondiale, a favorisé l'essor économique, la croissance et une prospérité largement partagée, accorde la priorité à la libre entreprise par rapport à l'intervention étatique. Selon ce concept, la concurrence économique privée, qui est le fondement de toute activité économique et cherche à promouvoir l'innovation, à augmenter la productivité et autant que possible à garantir des prix faibles pour les consommateurs, se développera plus aisément dans le cadre de la régulation de l'État. Il en découle que l'assurance maladie privée doit être prioritaire par rapport à l'assurance maladie légale.

Le principe de l'État social peut être lié à différentes conceptions de la justice : il existe ainsi une conception d'un État social consommateur (justice distributive), pour lequel la justice distributive constitue la priorité ; les différences de niveau des cotisations au sein de l'assurance maladie légale pour l'accès à des soins identiques pourraient être justifiées par une telle conception de la justice. Il existe par ailleurs une conception d'un État social investisseur (justice productiviste ou activante) pour lequel l'égalité des chances et la justice méritocratique sont la priorité<sup>2</sup> ; une obligation de s'assurer pour les personnes les plus faibles socialement – environ 20 % de la population – pourrait reposer sur cette conception. Le centre de gravité de l'activité étatique se déplacerait vers la formulation d'exigences et l'encouragement d'incitation dans le domaine de l'éducation et des qualifications professionnelles ; on miserait alors sur une nouvelle dynamique économique qui s'avère urgente.

L'insistance sur l'égalité des chances et la justice méritocratique est en accord avec le principe de subsidiarité, elle promeut l'indépendance et la prévoyance de chacun. Par ailleurs, elle décharge l'État de missions « dépassées » et d'une bureaucratie foisonnante. Enfin, il est bon de rappeler que la redistribution est la tâche du système fiscal – par exemple à travers des taux d'imposition progressifs – et non de l'assurance maladie légale : le principe de l'équivalence devrait valoir au sein du système de santé comme d'ailleurs dans de nombreux autres secteurs de l'économie et de la société : mêmes prestations pour un même niveau de cotisations, plus de cotisations pour plus de prestations.

---

<sup>1</sup> Cf. particulièrement les articles 1 et 2 de la Loi fondamentale.

<sup>2</sup> Cf. Pour les conceptions différentes, voire concurrentes de la justice, voir Lutz Leisering, « Eine Frage der Gerechtigkeit, Armut und Reichtum in Deutschland », *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (1999) 18, p. 10 et suiv.



## ***Paramètres d'évaluation***

Un système de santé moderne qui surmonte d'une part les défis décrits plus haut et qui respecte d'autre part les exigences fondamentales formulées doit correspondre aux paramètres d'évaluation suivants :

La prévoyance individuelle doit avoir la priorité sur l'assistance étatique. Selon les critères de concurrence, tout citoyen doit pouvoir choisir l'assurance de base et d'éventuelles assurances complémentaires en fonction de ses besoins individuels. La priorité doit être accordée à la concurrence économique privée dans le cadre d'une régulation étatique de la concurrence.

En ce qui concerne la justice intergénérationnelle et l'évolution démographique prévisible, un système de financement reposant sur la capitalisation doit être introduit pour garantir la pérennité du système : chaque génération doit supporter elle-même ses dépenses de santé et constituer des fonds de réserve pour la vieillesse. L'assistance étatique n'est justifiée que pour les indigents et, dans ce cas, sous la forme d'une couverture de base.

Dans le but de réduire les charges sociales et de stimuler ainsi la création de nouveaux emplois, les cotisations doivent être découplées des salaires.

Pour ne pas retarder la réduction d'une dette de l'État qui atteint des niveaux injustifiables, aucune subvention du système de santé par l'État n'est à envisager. De plus, la bureaucratie dans le domaine des caisses légales d'assurance maladie doit être réduite.

Les réformes doivent prendre place au sein du système de santé dual et continuer à développer ce dernier. Toute réforme radicale présente trop de risques en raison des conséquences incalculables. Par ailleurs, étant donné sa structure traditionnelle, de longues périodes de transition sont à prévoir pour éviter autant que possible des injustices sociales.

# Modèles de réforme

## *L'assurance citoyenne*

Avec l'assurance citoyenne proposée par le SPD et les Verts, l'ensemble de la population serait affiliée aux caisses légales d'assurance maladie, y compris les personnes assurées jusqu'à présent par des assurances privées. Pour évaluer le niveau de cotisations que chaque individu devrait payer, les revenus du capital comme les intérêts ou les loyers seraient pris en compte en plus des revenus du travail. S'il a certes été prévu que les assurances maladie privées proposent un « tarif d'assurance citoyenne » (*Bürgerversicherungstarif*), on ne pourra cependant pas parler de concurrence sur un marché unique de l'assurance maladie : la vérification et la prise en compte des risques seront exclues et l'obligation de contracter sera prescrite ; de plus, une compensation financière des risques entre les assurances sur la base de la morbidité est prévue.

Ces propositions sont en contradiction avec l'ensemble des paramètres d'évaluation que nous avons présentés : le droit des citoyens au choix et à l'autodétermination serait restreint de manière anticonstitutionnelle. Il en résulterait plus de bureaucratie et de contrôle, tout particulièrement à travers la surveillance des différents types de revenus. L'introduction de l'assurance citoyenne constituerait une expropriation anticonstitutionnelle des assurances de santé privées dans leur domaine d'activité principal, c'est-à-dire l'assurance complète contre le risque maladie. Ces propositions maintiennent le système dépassé de financement par répartition.

Ne serait-ce que pour cette raison, ce modèle n'a pas d'avenir: ce qui ne fonctionne plus correctement pour 90 % de la population, ne pourra fonctionner de façon satisfaisante pour 100 %. L'argument avancé pour justifier cette réforme – solidarité globale de tous les citoyens et redistribution nécessaire du haut vers le bas – ne peut convaincre pour la simple raison qu'avec l'inclusion de nouveaux contributeurs s'ajoute également celle de nouvelles personnes ayant accès aux soins. Ces propositions de réforme – caractérisées par des idéologies dépassées d'une assistance étatique large – ne survivent pas au test de la réalité. A ceci s'ajoute qu'une fois encore on ne s'efforce d'agir que sur les recettes de l'assurance maladie légale. La nécessité d'une réforme de l'ensemble du système de santé selon des conceptions régulatrices claires n'est pas prise en compte.

## **Modèle hybride**

Les propositions de la CDU/CSU reposent sur une formule de compromis combinant un système de primes forfaitaires (« *Kopfpauschale* » : prime par tête) et de primes dépendantes du revenu. Les cotisations patronales destinées aux caisses légales d'assurance maladie doivent être gelées à 6,5 % du salaire brut. Les primes forfaitaires doivent être acquittées par les deux époux, les cotisations pour les enfants et les subventions pour les personnes à faible revenu – supplément accordé sur la base de l'impôt sur le revenu – doivent au contraire être financées avec les moyens de l'État. Il est prévu que les employeurs et les organismes d'assurance retraite transfèrent leurs cotisations à une agence de coordination (*Clearingstelle*), qui doit de son côté augmenter les primes payées individuellement.

Contrairement à l'assurance citoyenne, ce modèle présente l'avantage de ne s'appliquer qu'aux personnes assurées jusqu'à présent auprès des caisses légales d'assurance maladie et de laisser ouverte la possibilité de faire le choix de la prévoyance privée. Au regard des paramètres d'évaluation, ce modèle doit cependant être critiqué. Par rapport au système de l'assurance maladie légale, il ne donne pas plus de possibilités de choix aux assurés et ne promeut pas la concurrence au sein du système. Il conduit à plus de bureaucratie – écueil à éviter (introduction d'une nouvelle *Clearingstelle*). Des subventions étatiques plus élevées deviennent nécessaires. Il limite la transparence du système de santé et n'agit à nouveau que sur le mode de financement des recettes de l'assurance maladie légale.

Le modèle hybride reposant sur deux écoles de pensée incompatibles – d'une part l'école qui souhaite, avec la prime forfaitaire par tête, découpler radicalement le financement de l'assurance maladie légale des salaires (position essentiellement de la CDU) et d'autre part l'école qui veut développer avec prudence l'assurance maladie légale à travers l'introduction de subventions étatiques pour des raisons sociales (plutôt le modèle de la CSU) – ne remplit pas de façon satisfaisante les paramètres d'évaluation.

La question de la réforme du système de santé est restée sans réponse dans le cadre de la négociation du contrat de coalition entre la SPD et la CDU/CSU, car les conceptions respectives de réforme étaient trop éloignées les unes des autres. Une réponse doit lui être apportée dans le courant de cette année, éventuellement sous la forme d'un compromis entre assurance citoyenne et modèle hybride. Dans ce contexte, les réflexions suivantes pourraient jouer un rôle.

## **Modèle du Conseil d'experts (SVR)**

Dans son rapport annuel 2004/2005, le Conseil d'experts a présenté, d'ailleurs bien avant les élections au Bundestag, un modèle qui « doit représenter une synthèse entre assurance citoyenne et prime forfaitaire par tête<sup>1</sup> ». Le modèle s'appuie sur les éléments suivants :

- La population de la République fédérale d'Allemagne doit payer la prime forfaitaire citoyenne (*Bürgerpauschale*). Le marché des assurances maladie privées doit se fondre dans un nouveau marché unique des assurances maladie.
- Le catalogue de soins se limite aux prestations médicales nécessaires suivant l'exemple de l'assurance maladie légale.
- Les cotisations seront perçues sous la forme de primes forfaitaires indépendantes du revenu. Le montant de cette prime varie en fonction de la caisse d'assurance choisie. Une différenciation des cotisations en fonction du risque maladie individuel, de l'âge ou du sexe est interdite. Le système est organisé selon le principe de répartition. Il peut être complété par des éléments fondés sur la capitalisation.
- La coassurance gratuite d'époux inactifs disparaît. La prime citoyenne forfaitaire doit s'élever à 198 euros en moyenne pour la coassurance sans cotisation des enfants d'un âge inférieur à 20 ans.
- Les assurances maladie qui proposent une assurance de base ont l'obligation de s'engager par un contrat.
- Une compensation financière des risques classés selon la morbidité entre l'ensemble des assurances qui proposent une assurance de base – les anciennes assurances maladie légales et les assurances maladie privées prenant une nouvelle forme d'entreprise – doit garantir la concurrence entre les assurances (le SVR garde le secret sur la manière dont ce système est censé fonctionner).
- Une compensation sociale doit exister pour les personnes à faible revenu – le SVR part du principe que 38 % de la population aurait droit à des subventions et que la subvention de l'État s'élèverait à 30 milliards d'euros par an.
- Les cotisations santé patronales actuelles doivent être payées en tant que part du salaire brut.

Le SVR omet de justifier les différents éléments de son modèle. Il ne dit pas, par exemple, pourquoi il estime nécessaire d'enjoindre, de manière injustifiable d'un point de vue constitutionnel, de couper les assurances maladie privées de leur domaine d'activité économique habituel ; il ne dit pas pourquoi l'on ne peut opérer une différenciation des

---

<sup>1</sup> Cf. SVR (remarque 4), paragraphes 510 et suiv.

cotisations selon le risque maladie individuel, l'âge ou le sexe et ce qu'il entend par « nouvelle forme d'entreprise ».

Ce qui est positif, c'est que l'objectif du SVR est d'opérer un découplage entre les cotisations maladie et les coûts du travail et qu'il préconise par principe plus de concurrence entre les assureurs. Ce qui doit en revanche être critiqué, c'est que le SVR aspire à effectuer – apparemment pour des raisons d'opportunité politique – une synthèse entre deux représentations du monde totalement incompatibles.

Les propositions du SVR sont – tout comme celles du SPD, des Verts et de la CDU/CSU – incompatibles avec les paramètres d'évaluation : des subventions du système de santé par l'État du montant calculé par le SVR ne peuvent en aucun cas être justifiées au regard du niveau de la dette publique, sans même parler du fait qu'elles ne peuvent être financées. Dans ce système, la concurrence économique privée existant dans le domaine des assurances maladie privées est supprimée et les possibilités de comparaison qui existent au sein du système d'assurance dual sont nivelées. De plus, les propositions du SVR ne sont pas compatibles avec le principe de pérennité du système : elles ne contiennent que quelques pistes pour l'introduction d'éléments de financement par capitalisation ; le danger existe que des augmentations futures des dépenses de santé soient amorties par de nouvelles subventions étatiques. Une compensation sociale pour 38 % de la population est – parce qu'elle part d'un niveau beaucoup trop élevé – du reste incompatible avec le principe de subsidiarité.

En définitive, les propositions du SVR manquent de cohérence. On ne peut qu'espérer que la grande coalition ne s'en inspirera pas.

## Conclusion : une perspective de réforme tournée vers l'avenir

Le système de santé allemand qui, dans sa dualité, a fondamentalement fait ses preuves, ne devrait pas être réformé radicalement mais développé de manière évolutive. Seule une conception d'ensemble s'orientant selon des lignes directrices régulatrices et prenant en considération toutes les répercussions possibles sur l'économie, le système de santé et les citoyens pourra résoudre sur le long terme les problèmes contemporains et avoir un avenir. Pour cette raison, la privatisation complète de l'assurance maladie, telle qu'elle a été proposée par le parti libéral (FDP), ne peut convaincre. Conformément aux paramètres d'évaluation que nous avons présentés, le développement du système de santé dual rend nécessaires les mesures suivantes :

Une transition graduelle vers plus de prévoyance privée doit être assumée en réduisant le plafond d'assujettissement à son niveau antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2003 de 3 375 euros et en aucun cas en l'augmentant à nouveau. Il est nécessaire de revenir sur la possibilité de s'assurer volontairement auprès des assurances maladie légales pour les personnes dont le revenu est supérieur au plafond d'assujettissement. Il n'y a aucune raison pour ces personnes d'avoir recours à un système d'assistance étatique. En même temps, les prestations étrangères à l'assurance maladie, comme les allocations maternité, doivent être retirées du catalogue des prestations des caisses légales d'assurance maladie.

Les prestations des caisses légales d'assurance maladie doivent être limitées à une assurance de base. Ainsi, les accidents privés, les indemnités maladie et les prothèses dentaires devraient être retirées du catalogue de prestations ; la possibilité devrait être ouverte à tout un chacun de souscrire dans ce domaine une assurance privée supplémentaire. Ces quelques mesures pourraient réduire les dépenses de santé des caisses légales d'assurance maladie de 28 milliards d'euros par an et les cotisations sociales pourraient être diminuées d'un pourcentage allant jusqu'à 3 points<sup>1</sup>. La prophylaxie devrait être encouragée, tout particulièrement dans le domaine des soins dentaires, en obligeant premièrement les assurés à prendre connaissance des coûts causés par leurs comportements et en leur donnant deuxièmement la possibilité de faire des économies, par exemple en accordant une garantie de remboursement de cotisations lorsqu'ils se comportent de manière responsable.

Dans le domaine des caisses légales d'assurance maladie également, des parts de cotisations sociales devraient graduellement être financées par capitalisation. Il s'agirait là de mesures appropriées pour assurer la

---

<sup>1</sup> Cf. PKV-Reformkonzept, p. 8.

pérennité du système et la justice intergénérationnelle. La coassurance sans cotisation des épouses est dépassée et devrait être supprimée. Cela conduirait à une augmentation des recettes des assurances maladie légales. Pour découpler sur le long terme les cotisations de l'évolution des salaires, les cotisations maladie patronales devraient être gelées à 6,5 %.

Les conditions régulatrices pour une réelle concurrence entre les assurances maladie légales et les assurances maladie privées devraient être créées. Cela est particulièrement nécessaire si l'on veut faciliter le passage de personnes assurées auprès des assurances maladie légales vers les assurances maladie privées. Une réelle concurrence au sein du système de santé dual de la République fédérale devrait également prendre en compte le fait que les assurances maladie légales, contrairement aux organismes d'assurances maladie privés, n'ont pas d'impôts à payer, n'ont pas à constituer un capital propre et ne sont pas soumis aux règles de solvabilité.

Ce développement évolutif du système d'assurance maladie ne peut se concentrer uniquement sur les recettes, mais doit également être accompagné – même si nous nous félicitons du progrès médical – de réformes au niveau des dépenses. Ainsi, il est nécessaire de repenser la réintroduction des listes positives, d'encourager la concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique, d'intensifier la prévention en matière de santé à travers une meilleure éducation et de créer de nouvelles incitations à se nourrir et à se comporter de manière consciente face au risque de maladie.