

LE SYSTÈME ALLEMAND D'ASSURANCE MALADIE : UN MODÈLE POUR INTRODUIRE SEREINEMENT DU LIBRE CHOIX EN SANTÉ EN FRANCE ?



Edouard Husson
Eric Verhaeghe

En partenariat avec la société **Gerep**



28 mars 2022

Table des matières

1. origines et principes de l'organisation allemande
2. la nécessaire adaptation permanente du système allemand d'assurance-maladie
3. de l'expérience allemande à une réforme française

Les auteurs

Edouard Husson : né en 1969, professeur des universités, docteur en histoire, il est spécialiste de l'histoire allemande. Il consacre sa thèse aux *historiens de la République fédérale d'Allemagne (1949-1998), leurs travaux sur l'Allemagne depuis Bismarck et la question de l'identité politique allemande*.

Il a été vice-chancelier des universités de Paris.

Eric Verhaeghe : né en 1968, ancien administrateur paritaire au titre du MEDEF, il a créé la legaltech Tripalio, spécialisée dans les données de santé et le droit des conventions collectives.

Tripalio fournit des données à de nombreux assureurs santé.

A propos de GEREP

Fondée en 1989, **Gerep** est une société de conseil et courtage en assurances collectives, entièrement dédiée aux entreprises et au service du bien-être des salariés tout au long de leur carrière. Gerep veille à concevoir des offres et des services adaptés en termes de santé, prévoyance, retraite, épargne salariale et autres solutions de Protection sociale.

L'entreprise, présidée par Damien Vieillard-Baron, compte 75 collaborateurs et génère 11.5 M€ de chiffre d'affaires.

Gerep est dans le top 15 des courtiers spécialisés en assurance de personnes.

Disclaimer

La présente note a été rédigée par Edouard Husson et Eric Verhaeghe. Les auteurs ont bénéficié d'une indépendance totale.

Ce qu'il faut retenir

L'Allemagne et la France ont suivi des chemins inverses en matière de santé durant ces dernières décennies.

Sous l'impulsion du traité de Maastricht, l'Allemagne a fait le choix de mettre ses caisses primaires d'assurance maladie en concurrence, alors qu'elles disposaient historiquement d'un monopole professionnel.

Durant la même période, la France a plutôt tendu à organiser un monopole d'Etat, avec une couverture assurantielle devenue universelle et opérée par un acteur unique.

La comparaison entre les deux systèmes fait ressortir une neutralité de la forme assurantielle dans l'égalité des couvertures : que le système soit concurrentiel ou monopolistique, il affiche les mêmes performances en termes de prise en charge. La différence dans le reste à charge des ménages se joue sur la maturité du marché de la complémentaire santé.

C'est probablement l'élément qu'il faut retenir de ces comparaisons : l'enjeu d'un système de santé n'est pas forcément de laisser le moins de reste à charge possible à la population, mais surtout de laisser des restes à charge « choisis » et compatibles avec des grandes valeurs décidées collectivement.

Les éléments apportés par les données de l'OCDE montrent que l'introduction d'une forte dose de concurrence dans l'assurance santé garantit de meilleures performances en termes de qualité de soin et de satisfaction des assurés, sans dégrader les performances sociales du système.

La différence se joue sur l'existence ou non d'un marché mûr de la complémentaire santé, élément indispensable à la correction des inégalités.

La technique allemande d'ouverture à la concurrence, qui a consisté à ne pas « privatiser » les caisses existantes, mais à les autoriser à proposer des contrats d'assurance santé au-delà des branches professionnelles sur lesquelles elles disposaient historiquement d'un monopole, est un modèle qui présente de nombreux intérêts :

1. Globalement la dépense de santé en France et en Allemagne sont équivalentes, avec un effet inflationniste en cas de crise sanitaire moins maîtrisé en France qu'en Allemagne
2. Les performances sociales du système allemand semblent supérieures, dans la mesure où les restes à charge, équivalents aux restes à charge en France en termes de volume global, paraissent plus supportables pour les assurés. En effet, le reste à charge en soins ambulatoires et en soins de longue durée sont moins élevés en Allemagne. En France, la performance est meilleure sur les prothèses et les soins dentaires.
3. La méthode allemande d'ouverture à la concurrence est respectueuse du contrat social, dans la mesure où elle ne prévoit aucune privatisation stricto sensu, mais où elle autorise les caisses de sécurité sociale à se faire concurrence entre elles, tout en laissant aux assureurs « privés » la possibilité de proposer des contrats au premier euro.

France et Allemagne : développements à contretemps !

Il y a un paradoxe du discours français sur l'Allemagne : nous parlons souvent de « modèle allemand » mais il est de nombreux domaines où le système français se développe à l'opposé de ce qui se passe outre-Rhin. On peut même aller plus loin et suggérer que la France ne prend pas souvent ce qui se fait de meilleur en Allemagne : tel est le cas de la discipline budgétaire ou bien celui, qui va nous occuper dans le présent rapport, de l'assurance-maladie.

Deuxième paradoxe, il y a bien eu un moment où la France a regardé vers l'Allemagne en ce qui concerne assurance-maladie et assurance sociale : les sentiments anti-allemands étaient alors particulièrement élevés, c'était au lendemain de la Première Guerre mondiale. Dans le rapport qu'il coordonna pour le Parlement, avant le vote d'une loi qui posa les premiers jalons d'une assurance sociale à la française, le député des Alpes-Maritimes Edouard Grinda tirait les meilleurs enseignements du système bismarckien pour la France.

Pourtant, dans les décennies ultérieures, les systèmes ont évolué largement à l'opposé l'un de l'autre : après 1945, les Allemands de la République Fédérale rejetèrent la centralisation du système par refus de ce qui avait été mis en place dans la période nazie ou de ce qui se développait dans l'Allemagne communiste, de l'autre côté du « rideau de fer » ; la France, elle, développait la Sécurité Sociale, système national et unifié.

La mise en place du Traité de Maastricht n'a pas provoqué la convergence espérée par certains à l'époque : alors que l'Allemagne consolidait les principes et la pratique d'un système « ordo-libéral », fondée sur l'autonomie de gestion des caisses d'assurance-maladie et une liberté d'affiliation pour les revenus les plus élevés, les Français eux se sont accrochés au « système de 1945 ». Avec un contraste évident de résultats. Tandis que la France se débat depuis des années avec « le déficit de la Sécurité Sociale », l'Allemagne présente un système d'assurance maladie équilibré financièrement – même s'il est fragilisé par le vieillissement du pays. Au moment où se développe en France un débat sur la « Grande Sécu », il vaut la peine de regarder de plus près ce qui se passe en Allemagne.

Première partie

Origines et principes de l'organisation allemande

La prévoyance : une passion allemande

Les traces historiques de systèmes d'assurance fondés sur des caisses professionnelles remontent, en Allemagne, au Moyen-Age. On repère par exemple une caisse de solidarité sociale des mineurs de Goslar à la fin du XIII^e siècle. A partir du XV^e siècle, on voit apparaître les premières formes de caisses d'assurance maladie, avec des contributions de tous les membres de la corporation ou de la guilde, des prestations en espèces (indemnités journalières de maladie, frais d'hospitalisation). On pourrait même dire que si l'Angleterre des Plantagenets a inventé la fiscalité moderne, l'Italie des cités commerçantes du XIII^e siècle la comptabilité en partie double, c'est la culture allemande qui a posé les jalons de la prévoyance moderne.

On peut trouver d'autres exemples en Europe après la période médiévale. Mais ce qui caractérise l'Allemagne, c'est le fait que la fin des corporations d'Ancien-Régime et l'industrialisation ne créent pas de ruptures dans la pratique. Au contraire, il y a eu dans l'Allemagne du XIX^e siècle, une adaptation à l'ère industrielle du système ancien : avec le début de l'industrialisation on assiste à la création de "caisses de secours" professionnelles qui garantissent des prestations en espèces (indemnités journalières de maladie, allocations de décès) sur la base de cotisations.

Beaucoup de caisses d'assurance-maladie encore établies aujourd'hui en République Fédérale d'Allemagne ont leur origine au XIX^e siècle : ainsi la HEK-Hanseatische Krankenkasse, installée à Hambourg depuis 1826 ; l'Universa (créée à Nuremberg en 1843, au départ pour les ouvriers du tabac) ; la Debeka, aujourd'hui établie à Coblenche, qui avait été fondée en 1905 pour assurer les employés communaux ; Signal Iduna (Dortmund, Hambourg), créée en 1906, pour assurer les artisans. Pour ne donner que quelques exemples.

En 1855 est créée la « société d'assurance (maladie) mutuelle de Leipzig » par le mathématicien Karl Friedrich Heym dont les primes sont pour la première fois dans l'histoire fondées sur des calculs mathématiques élaborés. Décidément, de quelque côté qu'on se tourne, l'Allemagne a toujours eu la passion de la prévoyance et de son développement pratique.

I. Les fondements du système « bismarckien »

I.1 La création d'un système d'assurances sociales à partir des années 1880

Les fondations du système

En 1871, au moment de la création du nouveau Reich, l'économiste Adolph Wagner avait prononcé un discours très remarqué sur la nécessité de réformes politiques et sociales. Ce discours fut suivi un an plus tard par la création de l'"Association pour la politique sociale". Les universitaires qui adhèrent, nombreux, inscrivirent l'idée de la réforme sociale à leur agenda – et cela fut entendu par le pouvoir. Le terme de "politique sociale" s'est en effet consolidé avec les réformes sociales de Bismarck dans les années 1880.

En fait, l'Etat prussien s'était préoccupé, dès les années 1840, de moderniser les principes anciens d'une assurance sociale. Dans les décennies 1850 et 1860, avant même l'unification, l'Etat berlinois avait légiféré sur la possibilité de (1) créer, par statut local, de nouvelles caisses de secours et d'assistance, de (2) les rendre obligatoires et de (3) faire payer une partie des cotisations aux employeurs. Les principes du système dit « bismarckien » étaient posés avant que le célèbre homme politique se soit même intéressé au sujet.

En 1869, la Confédération de l'Allemagne du Nord (créée deux ans plus tôt, après la victoire de la Prusse sur l'Autriche à Sadowa), se dote d'un Code des professions, qui établit un principe que l'on retrouve jusqu'à aujourd'hui, dans l'Allemagne démocratique réunifiée : la coexistence et la concurrence des caisses obligatoires et des "caisses libres". Dès cette époque, on établit un seuil de revenus au-dessus duquel on ne se voyait plus assigner une caisse universelle mais on pouvait en choisir une si une offre différenciée existait.

Le développement sous l'impulsion du Chancelier Bismarck

Otto von Bismarck était un grand propriétaire agricole prussien. Comme tous les membres de la classe des Junker, il avait un sentiment paternaliste de la nécessité de soutenir les individus et les familles travaillant sur ses terres. En cas d'accident du travail ou de maladie, il était normal que l'on prît en charge les personnes touchées. Cependant la transformation de l'Allemagne après l'unification amena le grand propriétaire foncier à se préoccuper des populations urbaines en pleine expansion, issues de l'exode rural et de l'industrialisation. Face à ce qu'il jugeait être un danger d'enracinement du socialisme, Bismarck ne voulut pas se contenter d'une loi permettant de réprimer éventuellement des activités subversives révolutionnaires (Sozialistengesetze). Il fallait des lois sociales.

Le Chancelier de l'Allemagne unifiée vit très vite le caractère central de la protection des ouvriers de l'industrie dans le cadre de l'industrialisation accélérée de l'Allemagne, et il fit plancher sur le sujet à partir du milieu des années 1870.

Il se laissa guider par les axes du système germano-prussien :

- (1) la formule devait d'une part prévoir une assurance obligatoire de droit public,
- (2) l'organisation se ferait par métier/branche d'activité,
- (3) l'autogestion des caisses constituerait la base de l'organisation, comme dans les anciens systèmes sociaux des corporations et des guildes.
- (4) la participation des patrons viendrait compléter celle des salariés.

Comme le résume un historien contemporain :

« La législation sociale tenait compte des risques existentiels des ouvriers et de leurs familles, tels qu'ils étaient apparus avec l'avancée des emplois industriels au XIXe siècle. Parmi ces risques, on distingue classiquement quatre domaines : la maladie, l'incapacité professionnelle ou de gain par accident, l'invalidité et la vieillesse ainsi que le chômage ».

Ces quatre catégories correspondaient aux piliers classiques de la politique sociale allemande, évoqués par le chancelier Bismarck lors de la lecture au Parlement d'Empire, le Reichstag, du message de l'Empereur allemand Guillaume Ier sur la nécessité d'une protection sociale, le 17 novembre 1881.

Le discours de 1881 a quelquefois été qualifié de « Magna Carta » de la protection sociale. Le système d'assurance publique qui suivit couvrit collectivement trois des risques de la vie cités pour les ouvriers :

- + l'assurance-maladie en 1883,
- + l'assurance-accident en 1884 et
- + l'assurance invalidité et vieillesse en 1889.

Les pierres essentielles avaient été posées. Elles furent complétées au fil du temps. En 1927, en pleine République de Weimar, par l'assurance-chômage et en 1994, dans l'Allemagne réunifiée, par l'assurance dépendance.

La progression de la couverture sociale fut impressionnante. Au moment du discours impérial de 1881, 5% de la population bénéficiaient d'une assurance-maladie ; dès 1885, ils étaient 11%.

- La loi sur l'assurance-maladie des ouvriers industriels du 15 juin 1883 avait instauré une obligation d'assurance en vertu de la législation du Reich et accordé aux assurés la gratuité des soins médicaux et des médicaments.
- Du point de vue de l'organisation, elle s'inspirait des caisses de secours traditionnelles, celles des usines et des corporations.
- L'introduction de caisses locales d'assurance-maladie, c'est-à-dire liées à une implantation géographique plutôt qu'à une activité professionnelle, était certes déjà prévue dans la loi de 1883, mais elle ne s'imposa que progressivement.
- L'assurance était, globalement, financée à raison de deux tiers par les salariés et d'un tiers par les employeurs.

Vers 1900, 10 millions d'assurés ayant eu recours à une caisse obligatoire étaient recensés, soit 20% de la population. Le paysage se caractérisait par une prolifération de caisses : dès 1891, il y avait plus de 20 000 caisses différentes.

Le système était le plus avancé d'Europe. Les assurés recevaient des indemnités de maladie à partir du troisième jour pour une durée maximale de 13 semaines ainsi que la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques après avoir consulté un médecin de district lié par contrat à la caisse de rattachement – un système qui existe encore aujourd'hui !

En 1913, les dépenses engagées au titre de l'assurance-maladie imposée par la loi se répartissaient ainsi : à 41% pour les indemnités de maladie, à 24% pour les frais médicaux, à 15% pour les frais hospitaliers et à 4% pour les dépenses pour les femmes enceintes, les femmes en couches et les allocations de décès.

I.2 La consolidation à la veille de la Première Guerre mondiale

L'Empereur Guillaume II entendait faire encore mieux que son grand-père Guillaume Ier, à qui il avait succédé en 1888 après le règne éphémère de son père Frédéric III, atteint d'un cancer. C'est pourquoi il décida de lancer, vers 1910, une nouvelle vague législative sur le sujet de la protection sociale. Le système qu'il s'agissait d'améliorer selon l'Empereur était, cependant, déjà remarquable dans le contexte de l'époque :

Les modalités de l'assurance maladie à la veille de la loi de 1911

- Obligation d'affiliation à une caisse d'assurance « publique » pour les compagnons, les commis et les ouvriers d'usine jusqu'à un revenu annuel de 2000 marks (salaire annuel moyen des ouvriers ≈ 700 marks)
- Financement par répartition, cotisations proportionnelles au salaire -partagées entre employeur et salarié
- Prestations en nature (≈ 50%, actuellement >> 95%) : Soins médicaux gratuits, Médicaments et moyens auxiliaires.
- Prestations en espèces : Indemnité journalière de maladie, indemnité de décès pour la famille
- Organismes responsables issus de la législation antérieure : corporations de droit public
- Organismes responsables nouvellement établis : caisses locales d'assurance maladie, caisses d'assurance maladie du bâtiment, assurance maladie communale.

En 1911, le régime impérial fit donc voter une réforme de la loi de 1883, avec les changements suivants :

+ L'âge de la retraite fut porté à 65 ans (60 ans pour les femmes). On notera que l'espérance de vie des hommes était, à cette époque, de 59 ans et celle des femmes de 63 ans. (Elle avait bondi en trente ans puisqu'elle était, respectivement, de 42 et 47 ans au moment du vote de la loi de 1883).

++ Des « caisses régionales d'assurance maladie de campagne » furent créées pour couvrir les ouvriers agricoles, les employés de maison.

+++Le seuil d'obligation d'assurance fut porté de 2 000 marks à 2 500 marks (le salaire annuel moyen des ouvriers était passé en trente ans de 700 à 1 150 marks). C'est effectivement une condition de la viabilité d'un système de protection sociale est la croissance économique, en particulier celle des revenus.

++++Enfin le législateur entreprit de pousser au regroupement des caisses : des caisses régionales ("AOK") furent créées ; un nombre minimal de 1000 membres par caisses fut instauré. On a là une tendance régulière de l'histoire allemande.

Au total, à la veille de la Première Guerre mondiale, le système allemand d'assurance sociale était à bon droit considéré comme le plus avancé du monde industrialisé. Surtout, il avait posé les principes essentiels de son fonctionnement. Un Etat incitateur et régulateur. Une obligation d'assurance. Une efficacité fondée sur la décentralisation du système et la liberté de choix pour les revenus les plus élevés.

Nous insisterons sur l'importance du législateur dans la bonne marche du système. C'est un point qui rend le système compatible avec la culture politique française.

I.3 La République de Weimar

La République de Weimar fut la période des paradoxes. D'abord, l'inflation héritée de la guerre mit à mal la viabilité financière du système. Puis, la monnaie ayant été stabilisée, on vit soudain proliférer les caisses privées, pour des revenus supérieurs au seuil légal : le système connut une floraison de créations dans les années prospères de la République, de 1924 à 1928. Mais la multiplication des caisses ne résista pas à la grande crise de 1929. Au point que les appels à l'ingérence de l'Etat dans le système remontent à 1931-32, c'est-à-dire avant même le nazisme.

Cependant la période de la République de Weimar est intéressante pour une autre raison : elle fut le moment d'un débat de fond sur l'organisation globale du système médical. Quelle part devait revenir à la médecine hospitalière et quelle part à la médecine libérale ?

Les progrès de la science médicale en général et la puissance de la recherche allemande en particulier conduisaient assez naturellement au renforcement du système hospitalo-universitaire et donc à l'émergence d'un système (public) avec, inévitablement une tendance centralisatrice. Cependant, les « médecins de ville » n'entendaient pas être les laissés-pour-compte du système. Et ils firent valoir – en se syndiquant – qu'il était bien plus économique pour le système de santé allemand de pratiquer en amont une médecine préventive décentralisée articulée sur la coopération avec les caisses locales, afin d'éviter l'engorgement du système en aval.

De fait, l'insistance mise sur **la médecine préventive et sur la décentralisation de la gestion est une caractéristique du système de santé allemand** qui reste fondamentale jusqu'à aujourd'hui. C'est donc dès la République de Weimar que se mit en place une culture de la gestion efficace, au plus près du terrain. Elle explique que la République Fédérale d'Allemagne, soucieuse de tourner la page du nazisme, réinstaura un système de santé très décentralisé.

Jusqu'à aujourd'hui, le cabinet du médecin libéral allemand a une puissance très caractéristique : il s'agit d'une PME où, en général, plusieurs médecins sont associés et disposent d'installations de tests, d'analyses de toute sorte, de radiologie, scanner etc.... voire d'équipements chirurgicaux. Aujourd'hui, la médecine ambulatoire est autant pratiquée dans les cabinets des médecins libéraux que dans les hôpitaux. On est dans une application concrète de la subsidiarité au système de santé.

I.4 La République Fédérale

Après des développements disparates pendant l'Occupation, le premier gouvernement de la République fédérale d'Allemagne (1949) fut celui des chrétiens-démocrates du Chancelier Adenauer. Il s'appuyait sur une doctrine économique explicitement formulée, en réaction au nazisme et au communisme : l'idée selon laquelle l'économie de marché était au centre mais elle devait être régulée par de multiples cellules sociales, professionnelles, associatives etc. sans ingérence de l'Etat. C'est ce qu'on appelle « ordo-libéralisme ».

Appliquée au système de santé, la vision de l'économiste Wilhelm Röpke, portée au gouvernement par Ludwig Erhard, le Ministre de l'Economie, consistait à reprendre l'architecture de ce qui s'était mis en place des années 1880 aux années 1920 en l'insérant dans une organisation nationale de la santé à la subsidiarité ascendante assumée.

En effet, chaque Land disposait de son ministère de la Santé. Et, avec les décennies se mirent en place plusieurs « agences de santé publique » par Land. Jusqu'à aujourd'hui, c'est une **pièce maîtresse du système de santé allemand – à l'opposé du « top down » des ARS et de la prolifération française des instances.**

L'ordre aboli par le régime nazi, par exemple l'autogestion paritaire par les employés et les employeurs, fut rétabli. Parmi les premières mesures législatives, on trouve l'extension de la couverture d'assurance aux réfugiés et aux personnes déplacées, aux rapatriés de guerre et aux réfugiés de la RDA.

Bien évidemment, la croissance ininterrompue des Trente Glorieuses permit le financement du système, à l'instar de l'industrialisation d'avant la Première Guerre mondiale. En 1957, la réforme des retraites inclut tous les retraités dans l'assurance maladie obligatoire, ce qui entraîna la plus grande augmentation d'effectifs dans les statistiques d'adhésion aux caisses.

Le gouvernement social-libéral (SPD + FDP) qui succéda aux chrétiens-démocrates entre 1969 et 1982, étendit les prestations en matière de prévention et de soins et inclut les agriculteurs dans le cercle des assurés « légaux » en 1972 (jusqu'à là ils avaient eu un régime spécial) et les étudiants en 1975.

Augmentation du nombre d'assurés dans le système de santé, progrès de la médecine et coûts générés par la modernisation des techniques, allongement de l'espérance de vie : tout se conjuguait pour faire augmenter les dépenses de santé.

L'augmentation des coûts fut bien entendu compensée par la croissance économique, l'augmentation régulière du pouvoir d'achat et la réévaluation du deutsche mark à partir de la fin des années 1960. Pour autant, la conscience des coûts du système de santé était aiguë et un sujet central quand les chrétiens-démocrates revinrent au pouvoir en 1982. Le défi devint encore plus évident lorsque survint la réunification, avec la nécessité d'intégrer 17 millions de personnes supplémentaires au système de protection sociale.

2. Le repoussoir du centralisme

2.1 Le régime nazi

Sous le régime national-socialiste, les structures de base de l'assistance médicale restèrent en place. Le système des soins médicaux et leur financement furent maintenus. Les associations de médecins furent dotées d'une personne morale. Mais on assista à l'uniformisation et à l'idéologisation des modes de gestion. Et la médecine libérale fut soumise à des médecins politisés placés dans les districts administratifs du pays. L'intention était d'imprégner les esprits avec l'eugénisme, « l'hygiène raciale » et l'antisémitisme du régime. Les médecins juifs furent définitivement interdits d'exercice de la médecine en 1938. Les patients juifs furent progressivement exclus des caisses d'assurance-maladie. La politique antisémite a conduit à l'exclusion d'un quart des employés des caisses de maladie et d'un tiers des médecins.

2.2. Le régime de RDA

Malgré les protestations des médecins dans l'Est de l'Allemagne, en zone d'occupation soviétique, les administrateurs de la zone puis les dirigeants communistes de la nouvelle République Démocratique allemande avait mis en place un système centralisé, encore plus coercitif que le système de santé nazi du point de vue des structures.

L'assurance sociale introduite sous Bismarck fut maintenue comme élément central du système social, mais subit de profonds changements qui la dénaturèrent : la structure de gestion paritaire fut supprimée, de sorte que les employeurs ou les directions d'entreprise ne participaient plus à la gestion de la sécurité sociale, mais que la Fédération libre des syndicats allemands (FDGB), une instance contrôlée par le parti nazi, se chargeait seule de son administration.

Ce qui se mit en place était une assurance obligatoire unique qui couvrait selon des critères uniformes environ 90 % de la population de la RDA. Seuls les membres des coopératives de production agricole et artisanale ainsi que les professions libérales étaient affiliés à une assurance séparée, mais elle aussi gérée de manière bureaucratique. L'assurance unifiée se divisait en une branche d'assurance-maladie et une caisse de retraites unifiée.

Le personnel était employé par l'État. Les soins ambulatoires étaient généralement prodigués dans des dispensaires communautaires ou d'entreprise. Les communautés fournissaient des services de prévention, d'éducation à la santé, de soins de santé pour les enfants et les adolescents ainsi que des soins spécialisés pour les maladies chroniques. Le tout était complété par le soutien de l'État au logement, à la garde d'enfants et aux crèches.

C'est ainsi qu'a été mis en place un système de santé qui, jusque dans les années 1960, était considéré par une partie de la gauche ouest-allemande comme le modèle à suivre. Mais en raison d'un financement insuffisant, du manque d'investissements, de personnel et de technologie moderne, la qualité et le degré de modernisation du système de santé de la RDA ont progressivement décliné à partir des années 70.

3. La refondation du système allemand à partir de 1990

3.1 La réunification et le choix définitif de l'autonomie de gestion des caisses

L'Allemagne réunifiée a choisi de consolider le système de la République Fédérale, lui-même héritier du système bismarckien et weimarien. Le système de RDA servait de repoussoir à première vue à cause de son étaticisme et de son centralisme. Cependant, très vite la classe politique ouest-allemande se rendit compte qu'elle devait répondre à une objection fréquente : certes le niveau de vie moyen en RDA était, au moment de la chute du Mur de Berlin, seulement le tiers de ce qu'il était en République Fédérale d'Allemagne ; toutefois, le sentiment d'une égalité de traitement et d'un véritable service assuré par l'Etat avait pu se développer. Comment allait faire la femme enceinte qui avait accès, en RDA, à un suivi gratuit ? Ou le cinquantenaire qui pouvait bénéficier de lunettes de grande qualité sans avoir rien à payer ?

Pour autant la RFA n'entendait pas céder aux sirènes d'un système collectiviste – ni même étatiste. Il fallait assurer l'intégration des nouveaux citoyens de l'Allemagne réunifiée tout en gardant les qualités d'un système « ordo-libéral ».

- En 1996 fut par conséquent réaffirmée une obligation d'assurance, comme dans l'Allemagne bismarckienne (elle n'avait pas été formellement réaffirmée en 1949 en Allemagne de l'Ouest, même si très peu nombreux étaient les gens « hors système »). Elle concernait non seulement les individus, tenus d'adhérer à une caisse « légale » ; mais aussi les caisses elles-mêmes : aucune « caisse légale », entité de droit public, ne pouvait refuser un assuré.
- La composante ordo-libérale était particulièrement visible dans le fait que l'obligation d'assurance-maladie s'accompagnait d'une très large – sinon totale – liberté de choix de l'assureur. Le législateur mit en place, dans les années 1990, une concurrence entre les « caisses légales ». Il s'agissait de garantir, dans un cadre législatif ordonné, la qualité des prestations par la concurrence.
- Le législateur renforça encore la liberté au sein du système en prévoyant la possibilité du changement de caisse, avec juste deux garde-fous : les assurés ont un préavis de deux mois à donner à la caisse qu'ils veulent quitter. Et ils sont tenus de rester dix-huit mois dans la nouvelle caisse qu'ils ont choisie. On était non seulement dans le cadre de la réunification, où les transferts vers les « nouveaux Länder » furent très élevés pendant une vingtaine d'années et où il fallait contenir les coûts. Mais aussi dans le cadre du Traité de Maastricht, avec son pacte de stabilité et la consolidation du Marché Unique et la libre circulation de la main d'œuvre.

Dans le système ordo-libéral, l'Etat se contente de fixer le cadre dans lequel les caisses déploient leur concurrence.

Les caisses « légales »

- Une caisse « légale » se doit de rembourser : consultations médicales, dentaires, soins à domicile, transports en ambulance, hospitalisations, rééducation, soins palliatifs, PMA (dans certaines limites).
- L'Etat fixe aussi la part du salaire brut qui est affecté à l'assurance-maladie choisie par le salarié. Ce montant est régulièrement ajusté par le législateur, en fonction de l'état global des comptes du système de santé, de la conjoncture économique. Actuellement, en 2021, il représente 14,6% du salaire brut.

Une analyse approfondie du système allemand permet de découvrir les multiples sécurités d'un système ouvert à la concurrence mais considéré comme un « bien commun » de tous les citoyens.

- Pour réguler ce système, qui comporte une part de concurrence pour la bonne gestion mais ne relève pas du « marché », les contributions reçues des assurés et des employeurs sont placées par les caisses dans un « fonds santé » commun. Elles appellent les montants dont elles ont besoin pour rembourser leurs affiliés. Et elles peuvent, selon un mécanisme de « compensation des risques » présenter des dépenses inattendues.
- Il arrive que le législateur décide d'une contribution de l'Etat pour équilibrer les comptes. Il dispose, grâce à ce « pot commun », d'une vision exacte des comptes de l'assurance-maladie à l'échelle du pays (en ce qui concerne les caisses légales). Et il peut y contribuer par l'argent de l'impôt sans courir le risque de simplement combler des déficits.
- L'Etat est là en effet pour garantir les prestations qui ne relèvent pas de la « maladie ». Par exemple l'Etat prend en charge les frais d'assurance-maladie des enfants ou les allocations familiales. En 2020, l'Etat a ainsi versé 14 milliards dans le « fonds de santé » des assurances légales.

Ce choix de tourner définitivement le dos à un modèle étatique et centralisé s'est accompagné, par ailleurs, d'une rationalisation : en 1992, il y avait encore 1200 caisses dans toute l'Allemagne réunifiée. En 2002, il n'en restait plus que 355. Et aujourd'hui, on a un peu plus de 100 caisses légales et une cinquantaine de caisses privées.

Les caisses privées

Les caisses privées sont en effet la deuxième composante du système, mises en place elles aussi après la réunification, et pour renforcer l'aspect concurrentiel du système.

+ Au-dessus d'un certain revenu, ou bien si l'on exerce comme indépendant ou bien comme fonctionnaire (voilà de quoi bouleverser les catégories françaises !), il est possible de choisir, plutôt qu'une « caisse légale », une caisse privée.

++ Les 50 caisses privées jouent aussi un rôle d'assurances complémentaires.

Dans une grande mesure le législateur pensait avoir stabilisé le système après plus d'un siècle de tâtonnements, d'aléas, de catastrophes économiques, sociales, militaires et politiques. C'est ce système que nous allons analyser dans ce qui suit pour montrer, aussi, les tensions qui pèsent sur lui et les adaptations permanentes qu'il réclame. Sans oublier la tentation récurrente de le remettre en cause.

Seconde partie

La nécessaire adaptation permanente du système allemand d'assurance-maladie

I. Le système dit de « l'assurance légale »

I.1 Principes et mécanismes

La réunification de 1990 a confirmé les principes inscrits dans la Loi Fondamentale de 1949. Le rôle de l'Etat est d'assurer la justice sociale non d'abord par la redistribution mais par la création d'un cadre de concurrence et de solidarité nationale conjuguées, qui soit clair pour tous.

L'Etat n'intervient que rarement dans le système d'assurance-maladie et il le fait dans une logique de subsidiarité (exemple donné ci-dessus des allocations familiales).

Il est avant tout là pour garantir les règles fondamentales.

En République Fédérale, l'Etat garantit en outre la solidarité entre les acteurs du système – on pourrait dire que la République Fédérale repose sur une logique de « coopération ».

Dans le système de l'assurance légale, qui concerne 90% des assurés, tous portent ensemble le risque de maladie de l'un d'entre eux. La prestation de santé à laquelle on a droit n'est pas dépendante du revenu. En revanche, chacun paie selon son revenu, la caisse qui lui paraît la mieux gérée et répondre le mieux à ses besoins.

L'Allemagne a cependant toujours été soucieuse de garder un principe de responsabilité au sein de l'exigence de solidarité : un certain nombre de médicaments ou de traitements sont considérés comme « non indispensables » et restent à la charge de l'assuré.

L'assurance légale repose sur un principe d'autonomie des caisses.

- Le système repose sur une pluralité de caisses d'assurance-maladie et de caisses de médecins.
- Ce sont les caisses qui touchent directement les contributions prélevées sur le salaire et les gèrent.
- L'ensemble des caisses se concertent au sein d'un « Comité fédéral commun » (G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss) où les caisses d'assurance-maladie, les caisses de médecins et les hôpitaux décident en commun des tarifs et des prestations remboursées ou non.

Le système est ainsi capable d'une adaptation rapide, par exemple en cas d'introduction d'un nouveau médicament, d'une nouvelle thérapie, d'un nouvel équipement technologique ou face à une épidémie.

I.2 Dimensions

L'Etat a définitivement établi, dans les années 1990 une obligation d'assurance pour toute personne vivant sur le territoire allemand. Ensuite, du moment qu'il s'assure, le résident est libre de sa caisse de rattachement – assurance légale en-dessous d'un certain revenu (mais avec un grand nombre de caisses entre lesquelles choisir, en particulier selon leur réputation de bonne gestion) ; assurance privée au-dessus d'un certain revenu, mais aussi pour les fonctionnaires et les indépendants.

C'est aussi l'Etat qui fixe le pourcentage de ce qui est à la charge du salarié et à la charge de son employeur dans la part prélevée sur le salaire brut. En revanche, **l'Etat juge que le principe de concurrence entre les caisses permet à l'assuré de choisir sa prestation et au système de santé, globalement, de ne pas engendrer de surcoûts inutiles.** Ceci apparaît d'autant plus important que le secteur de la santé est en pleine expansion, la population, comme ailleurs en Europe, vieillit et les techniques médicales sont de plus en plus coûteuses.

Pour donner un ordre de grandeur, le système de santé allemand, ce sont, quotidiennement,

- 2000 naissances pour 2500 décès ;
- 50 000 hospitalisations (de toute durée) ;
- 3 millions d'interactions patient-médecin
- Et un chiffre d'affaires d'un milliard d'euros.

Annuellement, l'Allemagne compte 255 séjours hospitaliers pour 1 000 habitants, contre 182 en France et 115 en Espagne. En regardant de plus près, ce chiffre de 255 comprend bien sûr l'hôpital de journée, qui est beaucoup utilisé, en Allemagne ; mais il montre aussi le paradoxe d'un système mieux géré, qui peut se permettre plus de recours à l'hôpital que ses voisins. Il reste que le vieillissement de la population et surtout le solde naturel négatif (250 décès pour 200 naissances) créent une tension sur le système à moyen terme.

L'Allemagne est passée de 4 millions, en l'an 2000, à 5,7 millions de personnes employées dans le secteur de la santé ; et même 7,5 millions si l'on inclut les activités liées au bien-être, aux cures etc...

Le pays était capable, en 2020, de mettre à disposition 28 000 lits de soins intensifs (pour un pays de 83 millions d'habitants) : une capacité de 34 lits pour 100 000 habitants contre 29 en Autriche, 26 aux Etats-Unis, 16 en France, 11 en Grande-Bretagne, 10 en Espagne et 9 en Italie... Le pays compte 100 000 cabinets médicaux, 19000 pharmacies, 2000 hôpitaux, 14 000 institutions de soin (ambulatoires ou stationnaires), 1100 cliniques de rééducation.

Pour financer ce système, on compte un peu plus de 100 caisses « légales » : 11 caisses locales, 80 caisses d'entreprise éventuellement ouvertes à des salariés d'autres entreprises, une dizaine de caisses de métiers, une caisse d'assurance-maladie pour les emplois agricoles et forestiers etc....

Depuis l'introduction du libre choix de la caisse en 1996, le système a tendance – autre paradoxe mais aisément compréhensible – à s'uniformiser : l'offre des caisses abandonne des particularités héritées du passé, des branches, des métiers ou des entreprises pour se focaliser sur la qualité du service proposé.

1.3 Le défi du financement dans une société vieillissante

Les dépenses de santé représentent 11,7 % du PIB. Elles s'élevaient à 10,5% en 2005. Elles ont représenté, par exemple, en 2018 391 milliards d'euros, soit 4700 euros par habitants (contre respectivement 241 milliards et 2968 euros/habitant en 2005). 4 millions de personnes sont aujourd'hui considérés comme dépendantes des soins. Et, même avec une modification de la dynamique démographique, on aura 5 millions de personnes dépendantes en 2040.

On notera au passage que l'Allemagne occupe au sein de l'Union Européenne la 13^e place en matière d'espérance de vie pour les femmes (83,4 ans en 2019 contre 86,1 pour l'Espagne et 85,6 pour la France) et la 14^e pour les hommes (avec 78,7 ans contre 80,8 pour l'Italie et la Suède et 79,6 pour la France).

Globalement, on insistera donc sur la performance d'un système qui absorbe le choc d'une espérance de vie dans la moyenne de l'UE.

I.4 Les ajustements depuis 1993

La force du système allemand vient de sa capacité d'adaptation.

Le premier souci du législateur est de veiller à la maîtrise des coûts. Il a d'abord eu à tenir compte des coûts de la réunification, de l'insertion de 16 millions d'Allemands de l'Est, dont beaucoup se sont retrouvés au chômage, au moins un temps ; ils ne furent pas les seuls à devoir être intégrés : Allemands émigrés de Russie, réfugiés des guerres de Yougoslavie ; plus récemment migrants de 2014-2016.

Et puis la question de l'assurance-maladie ne doit pas être envisagée seulement pour elle-même mais dans le cadre du débat qui mène de la fin des années 1990 sur la compétitivité du « Standort Deutschland » (site de production Allemagne) à l'adoption des Lois Hartz en 2004.

Et enfin, il faut mentionner, dans le cadre de la lutte contre la crise de 2008-2010, le souci de garder un budget équilibré.

On compte non moins de treize interventions du législateur depuis 1993. L'objectif a été de vérifier que les coûts du système n'augmentaient pas plus vite que la richesse produite par le pays. Les deux tiers de ces dépenses sont couverts par les caisses d'assurances maladie (légales, 57% ou privées, 9%). Mais l'Etat veille à ce que le complément qu'il apporte pour le financement de l'ensemble du système, ne revienne pas à une simple « subvention » d'un système qui laisserait filer ses budgets. L'Etat allemand a pour doctrine d'intervenir en complément dans des domaines importants pour l'avenir du pays – tels le soutien aux femmes enceintes ou le financement des tests en période de COVID.

2. L'assurance privée

L'assurance privée a été conçue par l'Allemagne réunifiée comme la garantie ultime de l'efficacité du système d'assurance-maladie.

8,7 millions de personnes ont souscrit, en 2020, à l'une des 50 caisses privées. Mais il faut ajouter les 26 millions de cotisants d'une caisse légale qui ont choisi de prendre une assurance privée complémentaire. Alors que les caisses légales sont des entités de droit public, les caisses privées sont des sociétés par action ou des mutuelles privées.

Le principe de base est qu'à la différence des caisses légales, où le médecin envoie directement sa facture à la caisse et le patient n'a rien à déboursier, le « patient privé » avance l'argent et se fait rembourser. En échange, il a la priorité pour les consultations ; il dispose sans avoir à le demander d'une chambre individuelle à l'hôpital.

Le montant initial de la contribution est calculé en fonction du risque de santé encouru par le patient – au moment de l'entrée, il n'y a pas de réévaluation individuelle en cas de gros accident, uniquement des réévaluations collectives pour l'ensemble des assurés d'une caisse ; et une augmentation de la cotisation due à l'âge.

L'objectif de stabilité de la contribution dans le temps est rendu possible, dans la plupart des caisses, par la création d'un capital-vieillesse inclus dans la contribution. Le législateur a autorisé récemment, en cas de changement d'assurance privée, la possibilité de transférer son capital-vieillesse.

Peuvent adhérer à une caisse privée : les personnes qui ont un revenu annuel supérieur à 62 000 euros. Les professions libérales et indépendantes. Les fonctionnaires – pris en charge par l'Etat à 50% de leurs dépenses de santé.

Les caisses privées d'assurance-maladie proposent à leurs membres des tarifs différenciés et personnalisés. En 2009, le législateur a introduit un « tarif de base ». Il est possible, par exemple, pour faire diminuer la contribution annuelle, de définir avec la caisse privée un seuil en-dessous duquel vos factures médicales restent à votre charge. Il est possible aussi, dans un certain nombre de contrats, d'avoir un remboursement quand, dans l'année qui a précédé, vous n'avez pas présenté de frais médicaux à rembourser.

Le législateur a non seulement rendu possible le changement de caisse privée. Et il encadre la possibilité de quitter une caisse privée pour aller dans le système des « caisses légales ». A l'expérience, en effet, de nombreux assurés craignent de ne pas pouvoir assurer l'augmentation des cotisations liées à l'âge ou bien trouvent, simplement, le système plus cher que ce qu'ils avaient calculé. Avec les années, le nombre d'assurés des caisses privées a tendance à diminuer, les personnes ayant des revenus seulement un peu au-dessus du seuil légal, ne se sentant pas assez solides financièrement pour franchir le pas de l'installation durable dans une « caisse privée ».

En revanche, là où l'on remarque une tendance à la hausse, c'est dans l'adhésion à une assurance complémentaire, en plus de l'appartenance à une « caisse légale ». 26 millions de personnes sont concernées. Imaginons un patient affilié à une « caisse légale » mais qui demande une chambre individuelle en cas d'hospitalisation ; et à être traité par le chef de service ; ou bien le souhait de voir rembourser à 100 % ses frais dentaires (habituellement remboursés à 80% maximum) ; ou bien une assurance lors de déplacement dans des pays étrangers ; ou bien les frais liés à une garde de nuit quand vous êtes âgé. Le patient peut adhérer pour ces compléments à une assurance privée. On a aussi le cas où une entreprise adhère à une caisse privée pour ses collaborateurs.

Sans doute arrive-t-on à un point d'équilibre du système, du point de vue du fonctionnement, avec une réduction du nombre de « patients privés » ; une multiplication des affiliations « complémentaires » à des caisses privées permettant à celles-ci de rester rentables ; et une stabilisation du nombre de « caisses légales » autour de 100.

3. Débats allemands

A chaque campagne électorale resurgit l'idée de renoncer au système dual pour réinstaurer un système unique où les contributions des plus gros salaires permettraient de financer plus facilement le système des « caisses légales ». Et de faire baisser la contribution individuelle. Cela a été le cas en 2021, pour les élections au Bundestag.

C'est une revendication constante des sociaux-démocrates, des Verts et de la Gauche. Cependant, la constitution d'un gouvernement où SPD et Verts doivent composer avec les libéraux du FDP assurera le statu quo : l'électorat du FDP se recrute en partie parmi les affiliés aux caisses privées.

Pour bien comprendre le débat, il est clair qu'il ne s'agit pas, chez les opposants, de créer une caisse unique. Mais de supprimer les caisses privées. Les opposants au système actuel expliquent de manière un peu compliquée qu'ils voudraient « étendre à tous les assurés, y compris les hauts revenus, le système des « caisses légales » dans l'espoir de les financer plus facilement par l'apport des patients cotisant actuellement aux caisses privées, dont la contribution à la caisse légale serait parmi les plus élevées ». Et l'on voudrait faire ainsi baisser la cotisation pour tous. Cependant, une étude de la Fondation Bertelsmann parle, dans ce cas, d'une baisse comprise entre 0,2 et 0,7%.

Le débat est régulièrement bloqué - par les libéraux et les chrétiens-démocrates avec les arguments suivants :

- La concurrence des caisses privées est saine pour les caisses « légales » : elle sert de référence pour une bonne gestion.
- La suppression des caisses privées ferait baisser les revenus des médecins et conduirait à la fermeture d'un certain nombre de cabinets, avec autant de coûts qui se reporteraient sur l'hôpital.
- Ce qui apparaît comme une « injustice », la priorité donnée aux patients de caisses privées pour l'accès aux consultations, par exemple, ne crée pas d'engorgement du système ni de retards scandaleux dans les rendez-vous et traitements.
- Les caisses privées assurent un certain nombre d'emplois qui seraient détruits.

Au total, on peut penser que la discussion récurrente sur les injustices du système dual fait partie de la vitalité du système allemand d'assurance maladie.

Troisième partie

De l'expérience allemande à une réforme française

L'expérience allemande en matière d'assurance-maladie montre avec quelle persistance le système bismarckien s'est organisé et adapté, en préservant quelques principes fondamentaux :

- L'obligation d'assurance en matière de maladie
- Le libre choix d'un assureur parmi une offre réglementée et encadré
- La fixation d'un tarif unique pour les caisses « de base »
- La liberté de « sortir » du système légal au-dessus d'un certain seuil de revenus

Surtout, deux points-clés nous paraissent importants pour envisager des marges de manœuvre dans une possible réforme du système français de santé, à rebours des propositions formulées récemment par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Ces points sont :

- Les performances supérieures de la couverture assurantielle allemande par rapport à la couverture française, notamment en termes de satisfaction des assurés et d'égalité d'accès aux soins
- La possibilité offerte aux caisses privées de ne présenter que des contrats d'assurance complémentaire en matière de santé, financées par des cotisations spécifiques.

Nous évoquerons la question de la performance des systèmes de santé dans une première partie.

Mais celle-ci nous semble devoir être comprise au regard des innovations systémiques de l'assurance allemande, qui permettent d'imaginer une réforme relativement simple et pacifique de l'assurance maladie en France, loin des conflits sociaux épidémiques auxquels nous sommes habitués.

En particulier, le système allemand d'assurance santé a ouvert la porte à une sorte de cumul autorisé, dans un même organisme, entre le rôle d'assureur au premier euro et le rôle d'assureur complémentaire.

De notre point de vue, il s'agit là d'une importante ouverture qui répond efficacement aux interrogations qui agitent les pouvoirs publics français et l'écosystème des assureurs santé, qu'ils soient publics ou privés.

I. France et Allemagne : performances comparées

La question des performances des systèmes de santé, au-delà des comparaisons habituelles sur la part des dépenses médicales dans le PIB, peut être traitée de plusieurs façons, en gardant toujours à l'esprit la dimension arbitraire de ces comparaisons.

Dans le cadre de cette étude, l'aspect financier nous paraît moins important que les performances proprement dites du système, prises de trois points de vue :

- La qualité des soins
- La satisfaction des assurés
- L'équité dans le système

Pour éviter les polémiques sur l'impartialité des données de comparaison, nous proposons de les limiter au Panorama de la Santé 2021 publié par l'OCDE. Ces sources publiques nous semblent difficilement discutables.

I.I Une performance allemande globalement supérieure

Ce tableau de l'OCDE illustre de façon assez complète les différences de performance entre systèmes français et allemand :

Tableau 1.4. Tableau de bord sur l'accès aux soins, 2019 (ou année la plus proche)

	Couverture : admissibilité		Couverture : satisfaction		Protection financière		Couverture des services	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité (% de la population)		Dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire (% des dépenses totales)		Population déclarant avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits (% de la population)	
OCDE	98.0		71.0		74.0			
Allemagne	100	⊕	85	⊕	84.6	⊕	0.3	⊕
Australie	100	⊕	83	⊕	66.6	⊕		
Autriche	99.9	⊕	86	⊕	75.2	⊕	0.3	⊕
Belgique	98.6	⊕	92	⊕	76.8	⊕	1.8	⊕
Canada	100	⊕	78	⊕	70.2	⊕		
Chili	95.7	⊕	39	⊖	60.6	⊕		
Colombie	94.7	⊕	47	⊖	77.5	⊕		
Corée	100	⊕	71	⊕	61.0	⊕		
Costa Rica	91.1	⊖	63	⊕	73.9	⊕		
Danemark	100	⊕	89	⊕	83.3	⊕	1.8	⊕
Espagne	100	⊕	70	⊕	70.6	⊕	0.2	⊕
Estonie	95.0	⊕	61	⊕	74.5	⊕	15.5	⊖
États-Unis	89.8	⊖	83	⊕	82.7	⊕		
Finlande	100	⊕	85	⊕	77.8	⊕	4.7	⊖
France	99.9	⊕	71	⊕	83.7	⊕	1.2	⊕
Grèce	100.0	⊕	38	⊖	59.8	⊕	8.1	⊖
Hongrie	94.0	⊖	62	⊕	68.3	⊕	1.0	⊕
Irlande	100	⊕	66	⊕	74.6	⊕	2.0	⊕
Islande	100	⊕	81	⊕	82.9	⊕	3.4	⊕
Israël	100	⊕	72	⊕	64.8	⊕		
Italie	100	⊕	61	⊕	73.8	⊕	1.8	⊕
Japon	100	⊕	73	⊕	83.8	⊕		
Lettonie	100	⊕			60.8	⊕	4.3	⊕
Lituanie	98.7	⊕	51	⊖	66.4	⊕	1.4	⊕
Luxembourg	100	⊕	85	⊕	85.0	⊕	0.2	⊕
Mexique	80.6	⊖	48	⊖	49.3	⊖		
Norvège	100	⊕	93	⊕	85.8	⊕	0.8	⊕
Nouvelle-Zélande	100	⊕	77	⊕	79.2	⊕		
Pays-Bas	99.9	⊕	92	⊕	82.6	⊕	0.2	⊕
Pologne	93.4	⊖	26	⊖	71.8	⊕	4.2	⊕
Portugal	100	⊕	67	⊕	61.0	⊕	1.7	⊕
République slovaque	94.6	⊕	58	⊕	79.8	⊕	2.7	⊕
République tchèque	100	⊕	75	⊕	81.8	⊕	0.5	⊕
Royaume-Uni	100	⊕	75	⊕	78.5	⊕	4.5	⊖
Slovénie	100	⊕	85	⊕	72.8	⊕	2.9	⊕
Suède	100	⊕	82	⊕	84.9	⊕	1.4	⊕
Suisse	100	⊕	91	⊕	66.8	⊕	0.7	⊕
Turquie	98.8	⊕	62	⊕	77.9	⊕	3.0	⊕

Note : ⊕ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ⊕ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ⊖ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. L'Estonie est exclue du calcul de l'écart type pour les besoins non satisfaits.

Comme on le voit, la France et l'Allemagne ont des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE en matière de population couverte pour les services essentiels. Cette moyenne est de 98% de la population, et la France affiche un taux de couverture de 99,9%, contre 100% pour l'Allemagne.

Ce dixième de point de différence entre la France et l'Allemagne souligne que, malgré une étatisation et une généralisation de l'assurance santé à marche forcée, la France ne parvient pas à couvrir toute sa population au regard des besoins essentiels de santé.

S'agissant du pourcentage des dépenses prises en charge par l'assureur santé obligatoire au titre du tiers payant, l'Allemagne affiche également de meilleures performances que le système français, avec un taux de 84,6% contre 83,7% en France.

Là encore, démonstration est faite que la mise en concurrence des systèmes de santé ne nuit pas à la qualité des soins, ni à leur égal accès. Avec un système sans monopole, l'Allemagne affiche de meilleures performances du point de vue de l'équité que le système monopolistique français. Ce point nous paraît une parfaite réfutation des arguments selon lesquels la concurrence en santé introduirait une médecine à deux vitesses.

Surtout, les statistiques sur la satisfaction des assurés vis-à-vis de leur système assurantiel montre clairement une avance de l'Allemagne sur la France.

Ainsi, 85% des Allemands se déclarent satisfaits de leur accès à des services de qualité, et 0,3% seulement de la population déclare ne pas avoir des besoins médicaux non satisfaits.

En France, 71% des assurés déclarent pouvoir accéder à des soins de qualité (soit 14 points de moins que l'Allemagne), et 1,2% des assurés affirment avoir des besoins médicaux non satisfaits (soit 4 fois plus qu'en Allemagne).

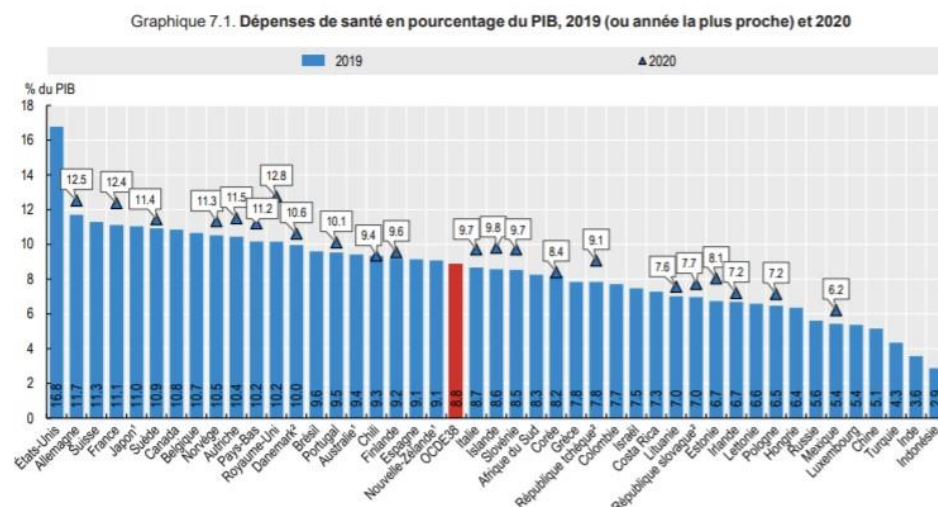
On peut sans difficulté ici parler d'échec patent du modèle monopolistique français, avec un taux de satisfaction juste à la moyenne de l'OCDE, alors que le système concurrentiel allemand procure une satisfaction très supérieure.

Listons rapidement les pays dont le taux de satisfaction est égal ou inférieur à la moyenne française : Espagne, Italie, Portugal, Turquie, Grèce...

Cette seule énumération devrait interroger les partisans du monopole.

1.2 Une charge financière équivalente

Longtemps, le système de santé allemand s'est distingué par son coût rapporté au PIB légèrement moindre qu'en France, mais par une dépense par habitant plus élevée. Ces dernières années, cette tendance a légèrement évolué, de telle sorte que la situation correspond désormais au graphique suivant, toujours emprunté à l'OCDE :



1. Estimations de l'OCDE pour 2019. 2. Estimations de l'OCDE pour 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

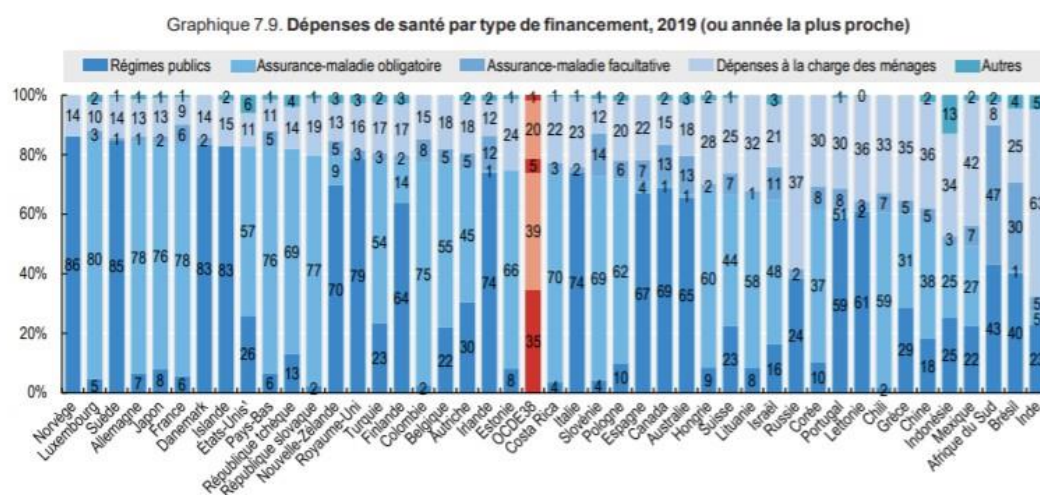
Comme on le voit clairement, en 2019, l'Allemagne consacrait 11,7% de son PIB à la santé, contre 11,1% en France. Sous l'effet de la crise du COVID, ce différentiel s'est fortement réduit, passant de 12,5% du PIB en Allemagne à 12,4% en France en 2020. Autrement dit, la crise du COVID a contraint l'Allemagne à majorer sa dépense de santé de 0,8 point de PIB, et la France de 1,4 point.

Les deux pays consacrent donc des parts quasiment identiques de leur PIB aujourd'hui à la dépense de santé. L'épidémie de COVID a largement fait son œuvre dans ces évolutions contrastées.

On peut dire que le système français de santé est plus inflationniste que le système allemand, pour des performances moindres. En particulier, le système français semble plus lourd, moins réactif, et plus consommateur de moyens en période de crise sanitaire, pour des résultats qui ne démontrent pas leur supériorité par rapport à l'Allemagne.

I.3 Des performances égales en termes de reste à charge

Le tableau suivant compare les performances des systèmes en termes de reste à charge :



1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées déclarées au titre de l'assurance maladie obligatoire. La catégorie « Autres » désigne le financement par les ONG, les employeurs, les régimes des non-résidents et les régimes inconnus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/gf0u4b>

Comme on le voit, l'Allemagne et la France font partie des pays où le reste à charge est le moins élevé, dans des proportions très supérieures aux 20% de l'OCDE.

En Allemagne, l'État prend en charge 7% des dépenses de santé (6% pour la France). Les régimes d'assurance-maladie obligatoires assument, comme en France, 78% de la charge. Autrement dit, la mutualisation de premier niveau est sensiblement identique en France et en Allemagne, avec un très léger avantage à l'Allemagne.

La différence se joue sur la part des assurances complémentaires entre les deux pays. En France, les assurances complémentaires prennent en charge 6% des dépenses, contre seulement 1% en Allemagne. Cette différence explique le reste à charge moindre en France par rapport à l'Allemagne : 9% des dépenses prises en charge par les ménages en France, contre 13% en Allemagne.

Cet élément souligne le rôle essentiel des complémentaires santé en France : ce sont elles qui « corrigent » les inégalités dans l'accès à la santé, inégalités identiques en France et en Allemagne.

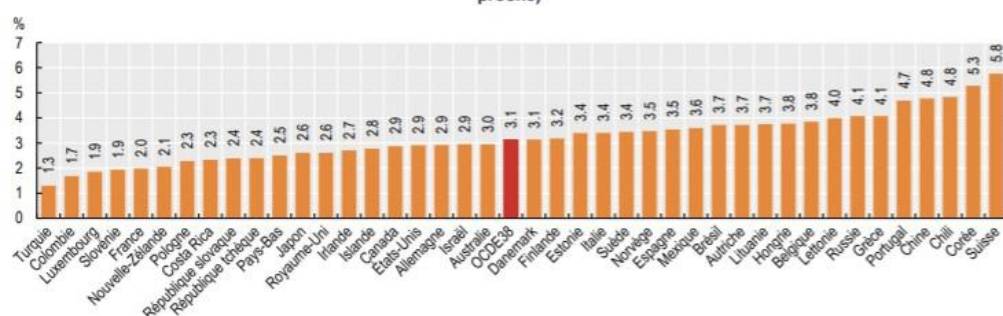
Autrement dit, il existe une neutralité de la forme assurantielle dans l'égalité des couvertures : que le système soit concurrentiel ou monopolistique, il affiche les mêmes performances en termes de prise en charge. **La différence dans le reste à charge des ménages se joue sur la maturité du marché de la complémentaire santé.**

I.4 Une conception différente du reste à charge

Au demeurant, il est important de bien distinguer la notion de reste à charge selon la nature des dépenses non prises en charge par les systèmes de mutualisation.

Dans la pratique, il existe une approche philosophique différente entre la France et l'Allemagne, dont le volume de reste à charge est supérieur, finalement, de 0,9 point au système français, comme le montrent les tableaux ci-dessous :

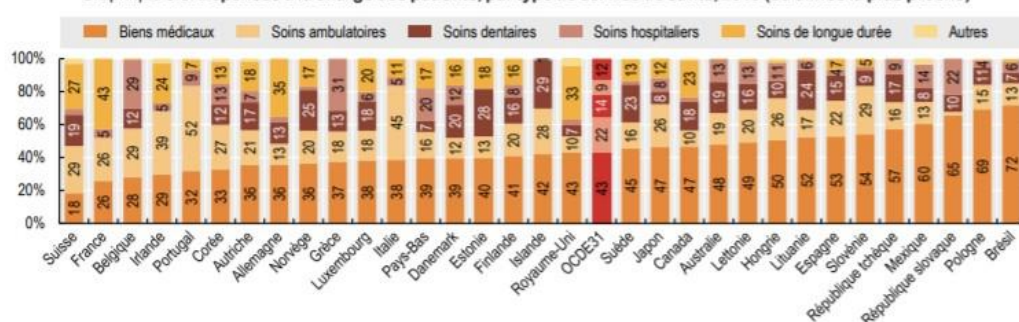
Graphique 5.8. Dépenses à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2019 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <https://stat.link/8p6van>

Graphique 5.9. Dépenses à la charge des patients, par type de service de santé, 2019 (ou année la plus proche)



Note : La catégorie « Biens médicaux » comprend les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques. La catégorie « Autres » comprend les soins préventifs, les services administratifs et les services inconnus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/so4kaj>

On notera donc que la dépense de santé représente 2% de la consommation finale des ménages en France, et 2,9% en Allemagne.

Simplement, ce reste à charge se structure de façon très différente selon les pays.

Les biens médicaux (médicaments, prothèses, etc.) représentent 26% de ce total en France, et 36% en Allemagne. Les soins dentaires en représentent 13% en Allemagne, alors qu'ils sont totalement mutualisés en France.

Inversement, les Français dépensent plus que les Allemands pour les soins ambulatoires (notamment pour la médecine de ville) et pour les soins de longue durée.

C'est probablement l'élément qu'il faut retenir de ces comparaisons : **l'enjeu d'un système de santé n'est pas forcément de laisser le moins de reste à charge possible à la population, mais surtout de laisser des restes à charge « choisis » et compatibles avec des grandes valeurs décidées collectivement.**

Faut-il prendre en charge toutes les dépenses dentaires mais laisser de « gros trous dans la raquette » sur les soins de longue durée ? Ces arbitrages-là sont évidemment loin d'être neutres...

Il nous semble en tout cas que les éléments apportés par l'OCDE montrent que **l'introduction d'une forte dose de concurrence dans l'assurance santé garantit de meilleures performances en termes de qualité de soin et de satisfaction des assurés, sans dégrader les performances sociales du système.**

La différence se joue sur l'existence ou non d'un marché mûr de la complémentaire santé, élément indispensable à la correction des inégalités.

2. France et Allemagne : une même question de financement

Nous ne surprendrons personne en soulignant l'étroite ressemblance des problématiques financières entre l'Allemagne et la France. La crise du COVID a exercé une double pression sur les systèmes de santé :

- D'une part, elle a créé un choc de financement, notamment dû à l'interruption brutale d'activité imputable aux confinements.
- D'autre part, elle a créé un choc de dépense, en obligeant à financer une épidémie dont les coûts n'étaient pas anticipés : achat de masques, de tests, de vaccins, sollicitation importante des lits de soins critiques.

En France, l'organisation hypercentralisée de la santé, et en phase de centralisation grandissante et constante depuis une vingtaine d'années, sous l'effet des « objectifs nationaux de dépenses de l'assurance-maladie », transforme ces chocs de financement en bombes à retardement pour la Nation tout entière, ce qui est l'une des externalités négatives du modèle français maintenue dans un angle mort par les pouvoirs publics.

[Comme l'a relevé la Cour des Comptes](#), le déficit de l'assurance-maladie en France a dépassé les 30 milliards en 2020, et devrait diminuer faiblement en 2021.

Structurellement, le régime de soins de santé en France est désormais fortement déficitaire et sans véritable perspective de redressement à la hauteur des besoins.

La contrainte de financement pèse sur l'ensemble des systèmes de soins dans le monde, en Allemagne comme en France. Toute la question est de savoir si le système français dispose des atouts nécessaires pour s'adapter à cette contrainte autrement que par un relèvement des tarifs ou par une diminution des prestations.

Sur ce point, on peut avoir un doute.

2.1 Rappel des préconisations du Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie

Face à cette situation tendue, le ministre de la Santé a demandé aux différents conseils qui l'entourent de plancher sur des solutions d'avenir.

[Le Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale a étudié la possibilité de relever les cotisations santé](#) pour équilibrer les comptes ou, en tout cas, réduire le déficit.

[Le Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie a laborieusement publié un rapport](#) qui évoque une nouvelle répartition des rôles entre assureurs complémentaires et assurance obligatoire.

Ce rapport propose quatre scénarios, qui envisagent tous une extension du rôle de l'assurance-maladie obligatoire, et une diminution à la fois du libre choix des assureurs santé complémentaires et de leur rôle. Cette tendance à l'expansion permanente de la sphère publique, qui s'impose, semble-t-il, comme un dogme indépassable dans le domaine de la protection sociale, percute frontalement la logique suivie en Allemagne depuis une trentaine d'années.

Là où l'Allemagne mène un véritable débat sur le poids de la concurrence en matière d'assurance sociale, la France le clôt et s'interdit manifestement de « faire bouger » les lignes quant à l'organisation de son système d'indemnisation.

En l'espèce, le HCAAM semble privilégier une hypothèse majeure : celle-ci consiste à « décroiser » assurance de base et assurance complémentaire. Dans la pratique, l'assurance publique prendrait en charge toutes les dépenses hospitalières et une fraction des médicaments. Les assureurs complémentaires assureraient le reste dès le premier euro, dans un cadre réglementaire et tarifaire très strict.

Ces propositions sollicitées avant les élections présidentielles seraient, si elles étaient mises en œuvre, probablement remaniées ou adaptées. Mais on peut en retenir leur tendance globale : une réduction du champ de la concurrence, à la fois en termes de surface (puisque les acteurs complémentaires seraient exclus des remboursements les plus importants) et de valeur (les prestations délivrées par les assureurs complémentaires diminueraient brutalement de moitié).

2.2 Une réponse à l'opposé de la stratégie allemande

Il est frappant de constater combien la stratégie sanitaire française entend se déployer sur une logique systémique à rebours de la logique allemande.

Alors que l'Allemagne peut se targuer d'avoir apporté une réponse efficace à l'épidémie de coronavirus grâce à la décentralisation de son système de santé, assurance santé comprise, la France a connu plusieurs ratés retentissants du fait de son extrême centralisation et du poids que la bureaucratie y exerce, notamment dans l'organisation hospitalière.

Le bon sens devrait donc conduire à inverser la logique centralisatrice à l'œuvre depuis plusieurs décennies pour intégrer des facteurs de déconcentration sur le modèle de l'Allemagne.

Or la réponse apportée par les acteurs dominants du système de santé consiste plutôt à ne pas modifier une trajectoire qui n'a pas pourtant permis de revenir à l'équilibre des comptes depuis la crise de 2008, alors même que les assurés sociaux ont perçu (à tort ou à raison) une dégradation des conditions de soins, avec une exigence accrue de productivité qui semble avoir épuisé les personnels hospitaliers, des problèmes récurrents d'engorgement des urgences hospitalières, et une désertification médicale grandissante.

On peut désormais se poser la question d'un épuisement prochain de cette logique avant de pouvoir envisager sa correction en profondeur.

3. Ce que l'exemple allemand nous apprend

Il existe pourtant une autre voie imaginable pour réformer le système d'indemnisation du soin en France, une voie qui serait dérivée et inspirée de la logique « girondine » qui prévaut en Allemagne.

Dans la pratique, cette évolution viserait à introduire des éléments de liberté de choix dans l'indemnisation de la santé, comme c'est déjà le cas dans le domaine de l'assurance complémentaire, et comme cela l'est aussi partiellement dans l'assurance de base.

Rappelons en effet qu'il existe en France une diversité d'indemnisations en matière de maladie, qui s'accommodent plutôt bien de la coexistence avec le régime de base :

- Le système d'Alsace-Moselle, hérité de l'occupation allemande de 1870 à 1914, obéit à des règles spécifiques
- Les régimes spéciaux diffèrent sensiblement, en matière d'assurance-maladie, du régime général
- Les fonctionnaires disposent d'un système relativement différent des salariés du privé
- Les travailleurs indépendants ont conservé des spécificités, mais si le Régime Social des Indépendants a fait l'objet d'une « absorption » par le régime général
- Les Français expatriés peuvent bénéficier d'un système d'indemnisations spécifique

Le monopole de l'Assurance-Maladie, et la Prestation Universelle Maladie (PUMA) sont donc des leurres, dans la mesure où il existe aujourd'hui d'importants échappatoires.

Toute la difficulté tient au fait que les assurés sociaux ne peuvent, vis-à-vis de ces échappatoires, exercer le moindre choix. Leur situation est régie par les textes réglementaires sans qu'ils puissent opter pour un système plutôt que l'autre.

3.1 Introduire du libre choix dans l'accès à l'assurance santé

Une transposition de la pratique allemande d'ouverture au libre choix, notamment depuis les années 90, c'est-à-dire après la réunification et l'adoption du Traité de Maastricht, permet pourtant d'imaginer une autre logique que la logique à l'œuvre dans les pouvoirs publics aujourd'hui.

D'une manière générale, et c'est une tendance déployée avec des intensités variables depuis 1944, **les pouvoirs publics français considèrent la diversité dans notre système d'indemnisation de la maladie comme une perte de chance, alors que l'Allemagne y voit un avantage.**

Si le système français composite était envisagé d'un point de vue allemand, rien n'empêcherait d'introduire un libre choix dans les systèmes existants :

- Les fonctionnaires pourraient choisir par exemple de rejoindre le régime obligatoire sans conventionnement, ou le régime des indépendants
- Les indépendants pourraient opter pour l'un des régimes existants
- Chacun pourrait demander à être traité comme un expatrié
- Les régimes spéciaux pourraient être ouverts aux « extérieurs », à condition de définir un chemin vers l'équilibre des caisses.
- Le régime d'Alsace-Moselle pourrait être proposé librement sur l'ensemble du territoire

Il ne s'agit ici que de quelques pistes, qui sont loin d'épuiser la réflexion.

Leur logique première est simple : sans avoir à « privatiser », ni à remettre en cause les structures et les appartenances existantes, la France pourrait opter pour une évolution progressive et pour ainsi dire invisible et indolore de son système en introduisant des éléments de libre choix pour les assurés et pour les assureurs.

Ainsi, chaque caisse aurait la faculté de proposer des contrats d'assurance spécifiques pour les nouveaux venus, avec des prestations libres en contrepartie du tarif unique imposé par l'Etat.

De cette façon, l'évolution du paysage de l'assurance maladie « de base » en France serait lente, maîtrisée, et fondée sur une adhésion spontanée des assurés.

Ce dispositif nous semble le meilleur en termes d'acceptabilité sociale de la réforme, dans la mesure où il ne comporte aucune rupture brutale, aucune obligation nouvelle, et qu'il laisse les assurés choisir ce qui leur convient le mieux. Pas à pas, les assurés pourraient s'informer et choisir la formule qui correspond à leurs besoins.

3.2 Etendre le libre choix aux assureurs complémentaires

Nous avons, plus haut, relevé que les assureurs privés allemands, en libre concurrence, pouvaient se contenter de jouer le rôle d'assureurs complémentaires, comme s'ils disposaient d'une « double nature » assurantielle.

Ce principe nous semble mériter une réflexion approfondie, dans la mesure où il pourrait être assez facilement étendu à la France, dans un souci de préservation équilibrée de l'assurance maladie actuelle.

Ainsi, nous pourrions imaginer que le régime général dispose, comme les autres caisses existantes, de la faculté de proposer des contrats de complémentaire santé concurrençant directement les organismes complémentaires. Cette idée n'est d'ailleurs pas éloignée de la proposition du HCAAM transférant au régime de base le remboursement à 100% de certaines prestations, sans intervention d'organismes complémentaires.

En contrepartie, les assureurs santé auraient la faculté de proposer des remboursements au premier euro des soins pris en charge aujourd'hui par le régime général.

Ainsi, se dégagerait une évolution harmonieuse, là aussi fondée sur le libre choix :

- Le régime général pourrait librement concurrencer les organismes complémentaires
- Les organismes complémentaires pourraient librement proposer des remboursements de soins au premier euro
- Les assurés choisiraient librement, au vu du rapport qualité-prix, le système qui leur conviendrait le mieux
- Aucune privatisation n'interviendrait et la réforme se ferait à « iso-statut ». Autrement dit, l'assurance-maladie subsisterait, conserverait « par défaut » sa base d'assurés, et aurait seulement pour objectif de mieux les couvrir
- Simplement, l'obligation d'adhérer à l'assurance-maladie serait supprimée, au profit d'une simple obligation d'assurer sa santé, au besoin sur un panier de soins défini par le législateur.

Les amateurs d'histoire noteront que cette réforme permettrait de revenir au paysage des assurances sociales en vigueur en France avant les nationalisations pratiquées par le régime de Vichy.

Conclusion : les avantages d'un scénario progressif de libre choix.

De notre point de vue, cette piste de réforme « à l'allemande » que nous suggérons comporte de nombreux avantages dont les pouvoirs publics devraient prendre la mesure.

1. Il évite les ruptures brutales et les conflits sociaux, en introduisant de façon pour ainsi dire homéopathique des doses de libre choix
2. Il renforce l'adhésion des Français à une stratégie assurantielle qui repose sur leur volonté et non sur l'obligation
3. Il permet d'envisager un retour rapide aux grands équilibres financiers du régime par une modulation des prestations proposées et l'introduction assez rapide de mécanismes de mitigation du risque en santé par les assureurs
4. Il désamorce le risque politique lié à l'extrême centralisation du système de santé, qui bloque toutes les réformes nécessaires mais impopulaires
5. L'exemple allemand du capital – vieillesse inclus dans la contribution annuelle pourrait également répondre à la préoccupation de lissage dans le temps de la cotisation à la complémentaire santé des retraités

Politiquement, cette solution peut être facilement mise en œuvre.

Elle a fait ses preuves en Allemagne.

Bibliographie

Présentation du système de protection sociale en général

http://www.sv-dok.de/downloads/Zwanzig_Jahre_deutsche_Einheit.pdf

https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbl18.pdf

https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschuere-zukunft_der_sozialversicherung-2020_07.pdf

<https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/885-wie-zukunftssicher-sind-die-deutschen-sozialversicherungen.html>

https://www.vdek.com/ueber_uns/100_jahre_vdek/zeitstrahl/zeitstrahl_1989-2012.html

Le système de santé

<https://www.krankenkassen.de/>

<https://www.grin.com/document/56380>

<https://www.grin.com/document/345012>

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/108460/E85472G.pdf

<https://www.dfi.de/pdf-Dateien/abschlussarbeiten/DA-Dietrich.pdf>

https://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fachpolitik/Europaeaische_Gesundheitssysteme.pdf

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf

https://application.wiley-vch.de/books/sample/3527716408_c01.pdf

<https://www.jstor.org/stable/24512310>

<https://www.amboss.com/stb/steigbuegel-ratgeber/das-gesundheitssystem>

https://www.pkv.de/positionen/buergerversicherung/?gclid=CjwKCAjwn8SLBhAyEiwAHNTJbXFaiiaoCzh4Wz3Bno1BKXDDXcCdScEI8t_S68Tp8qBp-miLERFa2hoCYkQQAvD_BwE

Le contexte de l'Union Européenne

[La libéralisation des systèmes de protection maladie européens | Cairn.info](#)

[CURIA - Documents \(europa.eu\)](#)