

N° 867

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2015-2016

Enregistré à la Présidence du Sénat le 30 septembre 2016

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne,

Par MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE et Yves DAUDIGNY,

Sénateurs

(1) Cette mission est composée de : M. Jean-Noël Cardoux, *président* ; MM. Jérôme Durain et Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; Mme Aline Archimbaud, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, *secrétaires* ; M. Alain Milon, *membre de droit* ; Mmes Agnès Canayer, Caroline Cayeux, MM. Yves Daudigny, Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Anne Émery-Dumas, Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Philippe Mouiller, Gérard Roche et René-Paul Savary.

(2) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Emery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Evelyne Yonnet.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DES RAPPORTEURS	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. DE FORTES DIFFÉRENCES ENTRE LES SYSTÈMES FRANÇAIS ET ALLEMAND DE RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDECINE DE VILLE	9
A. FACE AUX DIFFICULTÉS DU SYSTÈME CONVENTIONNEL FRANÇAIS, UN SYSTÈME D'AUTOGESTION ANCIENNEMENT MIS EN PLACE EN ALLEMAGNE	9
1. <i>En Allemagne, un équilibre original entre les acteurs défini dès le début du XXe siècle</i>	9
2. <i>Un système consensuel reposant sur l'intervention d'un arbitre</i>	10
B. FACE AUX DÉFICITS PERSISTANTS DU SYSTÈME FRANÇAIS, UN PILOTAGE PAR L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN ALLEMAGNE	11
1. <i>Un strict encadrement financier des dépenses de médecine de ville en Allemagne</i>	11
a) <i>La définition de contraintes pesant à la fois sur les dépenses et sur les ressources</i>	11
b) <i>Les caisses et les médecins, acteurs de la régulation budgétaire</i>	12
2. <i>Un mode de régulation évolutif</i>	13
a) <i>L'existence d'excédents budgétaires permet de dégager des marges de manœuvre pour faire évoluer les modes de régulation</i>	13
b) <i>Un système comportant une part de décentralisation</i>	13
c) <i>Un rôle de variable d'ajustement pour l'assurance privée ?</i>	14
d) <i>Des exceptions au caractère limitatif de l'enveloppe de soins de ville pour motifs de santé publique</i>	14
II. LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS, AU CŒUR DU SYSTÈME ALLEMAND PEUT INSPIRER A LA MARGE L'ÉVOLUTION DU RÉGIME FRANÇAIS DE RÉGULATION DE LA MÉDECINE DE VILLE	15
A. LE SYSTÈME DE RÉGULATION ALLEMAND PRÉSENTE PLUSIEURS LIMITES DU POINT DE VUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DE L'ÉGALITÉ ENTRE ASSURÉS	15
1. <i>Un système dual entretenant une inégalité marquée entre assurés du secteur privé et du secteur public</i>	15
2. <i>Un système qui ne permet pas de corriger les difficultés persistantes liées à la répartition des professionnels de santé</i>	16
3. <i>Une évolution démographique tendancielle qui pourrait remettre en cause la situation financière favorable de l'assurance maladie allemande</i>	16
B. LE SYSTÈME ALLEMAND, SOURCE D'INSPIRATION POUR L'ÉVOLUTION DU RÉGIME FRANÇAIS D'ASSURANCE-MALADIE ?	17
1. <i>En France, une moindre lisibilité du système d'assurance de base du fait du pilotage par la dépense</i>	17
2. <i>Le système allemand présente plusieurs outils intéressants pour la responsabilisation de ses acteurs</i>	17
a) <i>Mieux informer les unions de professionnels de santé</i>	17
b) <i>Vers une évolution du rôle des caisses d'assurance maladie ?</i>	18
3. <i>La nécessité d'un pilotage coordonné des dépenses d'assurance maladie à l'échelle européenne</i>	19
EXAMEN EN COMMISSION	21
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES ET RENCONTRÉES À BERLIN	23

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DES RAPPORTEURS

La commission des affaires sociales du Sénat considère que si le système allemand de régulation de la médecine de ville n'est pas transposable en tant que tel à la France, il est porteur d'éléments de responsabilisation des acteurs dont nous pourrions nous inspirer.

En Allemagne, le mode de négociation entre médecins et caisses d'assurance maladie repose sur plusieurs équilibres fondamentaux : la soumission des sommes perçues par les médecins au respect du principe d'équilibre budgétaire des caisses d'assurance maladie, la fixation des honoraires par la négociation entre médecins et caisses et la représentation institutionnelle des médecins au travers d'un double niveau d'élection (celui du Land et le niveau fédéral). Depuis 2009, l'assurance maladie légalement obligatoire ne peut présenter de déficit, et les cotisations employeurs ne peuvent augmenter. Ainsi, dès lors que les dépenses augmentent, les cotisations des salariés augmentent également et, même si les caisses et les médecins sont fortement incités à maîtriser les coûts, l'ajustement d'une année sur l'autre est assez sévère.

En France, le rapport entre les médecins, les caisses et l'Etat est historiquement très différent de ce qui existe en Allemagne. Transposer des mécanismes sans prendre en compte cet élément fondamental serait voué à l'échec. Le système allemand n'est par ailleurs pas exempt de fragilités, s'agissant notamment des différences de prise en charge des assurés du régime légal et de ceux relevant du système privé, de la désertification médicale, et du maintien de l'équilibre budgétaire à long terme compte tenu de l'évolution démographique du pays.

Plusieurs évolutions récentes dans l'organisation des soins rendent néanmoins intéressants les outils de régulation du système allemand. Il pourrait être utile, au niveau régional, de développer les moyens d'information des médecins, pour que les URPS et les ARS participent ensemble à une meilleure connaissance et à une meilleure gestion de la médecine de ville. Cette connaissance ne doit pas avoir uniquement pour but de mieux gérer les dépenses de médecine de ville, mais aussi et peut-être surtout de mieux adapter les pratiques aux besoins de santé de la population, et ainsi de parvenir à une gestion commune par les financeurs et les praticiens de l'innovation au service des patients.

La commission des affaires sociales tient enfin à souligner le besoin de coopération entre la France et l'Allemagne sur les questions de santé, que ce soit en matière de fixation de prix du médicament, ou même pour établir un dialogue entre les différents régimes d'assurance maladie.

Mesdames, Messieurs,

Historiquement, la France a toujours regardé vers l'Allemagne en matière d'assurance maladie et d'organisation des soins de ville. Ce fut le cas après la mise en place du régime obligatoire d'assurance maladie pour les ouvriers par Bismarck en 1884, puis après la Première Guerre mondiale, lorsque le Parlement a envisagé de se fonder sur le système en place dans les départements d'Alsace et de Moselle pour créer un régime collectif d'assurance maladie en France. Plus récemment, la loi dite Teulade de 1993 a cherché à transposer les mécanismes d'autorégulation des dépenses par les médecins, tels qu'ils existent outre-Rhin.

À chaque fois, et pour des raisons diverses, les tentatives de transposition des solutions mises en œuvre en Allemagne ont échoué, pour laisser place à des solutions françaises progressivement mises en place.

Le système français, créé en 1945, est géré par une pluralité de régimes professionnels, avec une dichotomie bien singulière entre l'assurance de base, qui relève des caisses de sécurité sociale, et l'assurance complémentaire, qui recouvre une pluralité d'organismes. Par ailleurs, depuis 1960, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux sont négociés entre leurs syndicats et l'assurance maladie, sous la tutelle de l'Etat, et il n'existe pas d'enveloppe de dépenses pour la médecine de ville.

En Allemagne, les caisses d'assurance maladie ont une obligation d'équilibre, et négocient annuellement une enveloppe fermée avec les unions de médecins - qui sont des institutions de droit public. Ce sont elles qui répartissent cette enveloppe pour la rémunération des médecins, et qui sanctionnent les éventuels dépassements en volume. Les caisses gestionnaires de l'assurance maladie légale y sont en concurrence les unes avec les autres, tandis que l'assurance maladie privée constitue un système alternatif à l'assurance légale.

Si les différences entre les deux régimes sont donc importantes, les fondements des deux systèmes sont néanmoins communs, avec un régime d'assurance maladie obligatoire pour tous les actifs - en France depuis 1945, en Allemagne depuis 1955. Ces régimes sont devenus universels dans les deux pays : en France en 1999, par dispense de cotisation avec la création de la CMU ; en Allemagne en 2007, par obligation d'adhésion de toute la population avec un financement par la solidarité nationale. En outre, dans les deux pays, ce sont des médecins libéraux qui exercent en ville.

La persistance de la référence au modèle allemand dans notre débat public, les incontestables succès de la gestion de l'assurance maladie outre-Rhin (avec 11,8 milliards d'euros d'excédents cumulés en 14 ans, contre 104,5 milliards d'euros de déficit en France sur la même période), ainsi que l'existence de fondements communs rendent particulièrement intéressantes les comparaisons entre les deux systèmes. Cette constatation est spécialement vraie pour les soins de ville, dont l'organisation est proche, mais la gestion très différente.

C'est pourquoi, après avoir rencontré les rapporteurs de la très intéressante étude¹ consacrée à cette question par la Cour des comptes, nous avons souhaité rencontrer les principaux acteurs du système allemand de régulation des dépenses de médecine de ville, afin d'étudier les possibilités de convergence entre les deux systèmes.

Au terme de ce déplacement, il nous est apparu que, si le système allemand de régulation de la médecine de ville n'apparaît pas transposable en tant que tel à la France, il est cependant porteur d'éléments de responsabilisation des acteurs dont nous pourrions utilement nous inspirer.

¹ *Publiée dans son rapport annuel de 2015 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.*

I. DE FORTES DIFFÉRENCES ENTRE LES SYSTÈMES FRANÇAIS ET ALLEMAND DE RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDECINE DE VILLE

Vos rapporteurs souhaitent insister sur deux des principaux traits de la gestion allemande des dépenses d'assurance maladie, qui expliquent son profil particulier par rapport au mode de régulation français : une autogestion par les professionnels de santé, historiquement construite et unanimement acceptée ; en contrepartie, une régulation financière stricte, qui comporte cependant plusieurs éléments de souplesse.

A. FACE AUX DIFFICULTÉS DU SYSTÈME CONVENTIONNEL FRANÇAIS, UN SYSTÈME D'AUTOGESTION ANCIENNEMENT MIS EN PLACE EN ALLEMAGNE

Le mode de gestion de l'assurance maladie, et spécialement des dépenses de la médecine de ville, fait l'objet d'**un consensus fort et ancien en Allemagne**¹. Le syndicalisme médical allemand s'est en effet formalisé très tôt, dans le but de **créer les conditions d'une négociation à armes égales avec les caisses gérant le régime obligatoire d'assurance maladie** -mis en place pour les ouvriers par une loi de 1884.

En France, à l'inverse, le syndicalisme s'est constitué contre la mise en place d'un tel régime, et, tout particulièrement après la Première Guerre mondiale, contre la mise en place d'une médecine de caisse à l'allemande.

1. En Allemagne, un équilibre original entre les acteurs défini dès le début du XXe siècle

- En Allemagne, les bases posées en 1931 continuent de guider l'action des partenaires de la négociation.

En effet, après la crise de 1929, les médecins allemands ont proposé de mettre en place **un système faisant dépendre le montant de leurs honoraires de la situation financière des caisses**, au nom de la préservation de l'assurance maladie. Ils ont obtenu, en échange, **une représentation institutionnelle** augmentant considérablement leurs pouvoirs.

Depuis cette date, ce sont les médecins eux-mêmes, et non plus les caisses, qui assurent la surveillance de l'activité de leurs collègues et le reversement des honoraires.

¹ Voir sur ce point Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997.

Les médecins de ville ont également obtenu dès cette époque le monopole de l'activité ambulatoire, à l'exclusion des hôpitaux.

Le système de négociation entre médecins et caisses repose sur ainsi sur plusieurs équilibres fondamentaux : **la fixation des honoraires par la négociation, la soumission des sommes perçues par les médecins au respect du principe d'équilibre du système d'assurance maladie, et la représentation institutionnelle des médecins au travers d'un système d'élection à deux niveaux** (celui du Land et le niveau fédéral).

- En France, il a fallu attendre les réformes de 1958 et de 1960 pour qu'un régime conventionnel efficace soit mis en place. Ce système n'empêche cependant pas la **dispersion dans les négociations des syndicats médicaux, qui n'endossent par ailleurs pas de rôle direct de gestion.**

Surtout, **la négociation conventionnelle ne repose pas directement sur le principe de la préservation financière de l'assurance maladie.**

2. Un système consensuel reposant sur l'intervention d'un arbitre

- Le système de représentation des partenaires à la négociation favorise le consensus.

Tout d'abord, comme le souligne la Cour des comptes, **les parties sont légalement autonomes par rapport au Gouvernement** : « *Le principe d'auto-administration (Selbstverwaltung) régit presque toutes les institutions du domaine de l'assurance maladie. Leur caractère de collectivités de droit public est garanti par la Constitution, dans son article 87 (2) pour nombre d'entre elles. Sont ainsi notamment concernées, les caisses d'assurance maladie légale (gesetzlichen Krankenkassen, KK) et, dans chaque Land, les Unions de médecins de caisse (kassenärztlichen Vereinigungen, KV).* » **Cette autonomie se traduit par une forte cohérence institutionnelle qui facilite la signature des accords.**

Les caisses sont « *paritaires entre les employeurs et les assurés, voient leurs administrateurs élus tous les six ans. Elles sont regroupées en fonction de leur statut en trois groupements régionaux au niveau de chaque Land, qui discutent avec les professions concernées les (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.) les tarifs et des honoraires* ».

Les représentants des médecins, quant à eux, sont élus selon un système à deux niveaux, au niveau des Land puis au niveau fédéral. « *Les Unions de médecins de caisse (KV) sont en effet contrôlées par des assemblées de représentants choisis pour six ans par les médecins du Land, au cours d'élections auxquelles concourent leurs syndicats. Mais ces assemblées de représentants élisent à leur tour un président et un vice-président qui participent seuls aux négociations tarifaires et ont la capacité à signer les accords et contrats. Au niveau fédéral, la même organisation prévaut, l'assemblée des représentants étant élue par celles des KV régionaux. Pour chaque partie participant aux négociations, la signature d'une seule personne suffit donc pour faire entrer en application un contrat collectif* ».

La présentation des candidats est libre, et **les élus disposent d'une forte autonomie par rapport à leur base électorale**. Ils ont en effet la forte conscience de leur devoir de représenter tous les médecins, et ne veulent pas être accusés de favoritisme par rapport à leur syndicat ou à leur spécialité d'origine. Ainsi, l'opposition entre médecins généralistes et spécialistes, qui a un temps fait craindre pour l'avenir du système de représentation des médecins, est-elle aujourd'hui dépassée.

Dès lors, **les syndicats allemands font campagne pour les élections aux unions de médecins, mais négocient d'une seule voix face aux caisses, tandis que les syndicats français sont dispersés**. Les médecins allemands acceptent que leurs honoraires soient établis de manière à préserver l'équilibre de l'assurance maladie, mais également d'être payés et contrôlés par ceux qu'ils ont élus au sein des unions.

- Le **mode de déroulement de la négociation** est également conçu pour favoriser l'émergence d'un accord sur la base d'un constat partagé de la situation. Il existe ainsi des **organismes d'expertise** qui assistent les deux parties dans leurs négociations.

- En cas de désaccord, un arbitre intervient. Celui-ci est un professeur d'université choisi par les deux parties, et qui exerce cette fonction à titre bénévole (au profit cependant d'une décharge partielle de ses obligations universitaires).

B. FACE AUX DÉFICITS PERSISTANTS DU SYSTÈME FRANÇAIS, UN PILOTAGE PAR L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN ALLEMAGNE

Le cadre institutionnel allemand a été renforcé au cours des années 2000 par la mise en place d'un strict encadrement financier de l'assurance maladie, qui découle de la reconnaissance d'un principe d'équilibre budgétaire.

1. Un strict encadrement financier des dépenses de médecine de ville en Allemagne

a) La définition de contraintes pesant à la fois sur les dépenses et sur les ressources

- Depuis 2009¹, la gestion financière du régime de soins de ville allemand est soumise à un **double impératif : l'assurance maladie légalement obligatoire ne peut présenter de déficit**, tandis que les cotisations employeurs ne peuvent augmenter.

¹ La loi GKV-GSW du 26 mars 2007 a prévu ces dispositions. Elle est entrée en vigueur en 2009.

Les ressources supplémentaires rendues nécessaires en cas de déficit sont dès lors **intégralement supportées par la hausse des cotisations sociales à la charge des assurés**. Un système de péréquation a cependant été mis en place pour éviter que les caisses dont le profil des adhérents se caractérise par un recours plus important à des soins coûteux ne soient conduites à augmenter leurs cotisations de manière disproportionnée.

- Conséquence de cet encadrement rigoureux, **entre 2004 et 2013, l'assurance maladie légale allemande a constamment dégagé des excédents. Au total 11,8 milliards ont été cumulés en 14 ans.**

b) Les caisses et les médecins, acteurs de la régulation budgétaire

Les conditions de l'équilibre budgétaire sont par ailleurs créées par **une forte responsabilisation** des acteurs principaux du système que constituent les caisses et les professionnels médicaux.

- En premier lieu, la **mise en concurrence des caisses d'assurance maladie allemandes les unes avec les autres** (depuis 2009) explique que celles-ci évitent de prendre des dispositions pouvant entraîner une hausse du taux des cotisations à la charge des assurés.

Pour ces derniers, le choix de la caisse de rattachement se fonde en effet à la fois sur le type de prestation servies et sur le niveau de cotisations correspondant. Les caisses proposent par ailleurs des services spécifiques à leurs adhérents, en développant notamment, en partenariat avec des hôpitaux ou des cabinets médicaux, des contrats d'accès aux soins ou de suivi des patients.

Le principe même de cette mise en concurrence entre caisses reste cependant fortement critiqué par les syndicats qui en assurent la co-gestion avec le patronat. De fait, si elle a pu contribuer à la meilleure gestion et à la maîtrise des coûts de l'assurance maladie, elle a eu **des effets très importants sur la structure du secteur**. Le système hérité de 1884, dans lequel toute entreprise de plus de 1000 salariés pouvait créer une caisse de sécurité sociale, qui venaient s'ajouter aux caisses locales, avait encouragé la multiplication de ces organismes de gestion. Suite à la mise en concurrence des caisses, celles-ci ont été cependant contraintes de se regrouper, de sorte qu'il n'en reste aujourd'hui plus que 115.

- De leur côté, **les médecins sont tenus par une enveloppe de soins de ville négociée au niveau fédéral, puis déclinée au niveau de chaque Land et de chaque spécialiste.**

Lorsqu'un médecin dépasse le volume d'actes initialement prévu pour chaque trimestre, chaque acte supplémentaire est rémunéré de manière dégressive, « *en fonction* », indique la Cour des comptes, « *du dépassement global (...) par l'ensemble des médecins et de sorte que l'enveloppe globale de rémunération soit respectée* ».

2. Un mode de régulation évolutif

Le système allemand de régulation de la médecine de ville dispose cependant **d'éléments de souplesse qui permettent de le faire évoluer au-delà du strict objectif de maintien de l'équilibre**. Ainsi les soins de ville recouvrent un champ plus important en Allemagne qu'en France. Les dépenses hospitalières n'y sont que 29 % des dépenses totales de santé contre 37 % en France. Cette différence s'explique principalement par le monopole des soins ambulatoires dont disposent les médecins de ville. Ceux-ci tirent ainsi un complément important de rémunération du volume d'acte liés aux soins ambulatoires, **ce qui contribue à l'important écart de rémunération des médecins entre l'Allemagne et la France**. La Cour des comptes a établi que : « *la rémunération moyenne des médecins généralistes était en 2011 supérieure de 68 % en Allemagne à ce qu'elle était en France et celle des spécialistes de 36 %* ».

a) L'existence d'excédents budgétaires permet de dégager des marges de manœuvre pour faire évoluer les modes de régulation

Le premier de ces éléments repose sur les excédents dégagés, et donc sur le choix de leur répartition. Ainsi, **le mode de gestion de l'assurance maladie allemande, s'il est consensuel, dispose d'un espace budgétaire suffisant pour permettre son évolution périodique**, sous l'influence des débats de fond qui subsistent entre les parties prenantes du système.

Le tiers payant -qui est la règle pour les soins comme pour les médicaments- constitue un deuxième indicateur de la marge de manœuvre laissée aux gestionnaires du système. Régulièrement contesté par les médecins, il a en effet été successivement mis en place, supprimé, puis rendu obligatoire à nouveau au cours des trente dernières années.

Enfin, la répartition des niveaux de négociation entre les Länder et les unions fédérales, a indiqué le Pr Jürgen Wasem à votre délégation, a, elle aussi, évolué dans le temps. Au cours des vingt dernières années certains sujets ainsi ont pu être centralisés ou décentralisés selon qu'a été privilégiée l'idée de réduire les écarts entre länder ou celle de maintenir les négociations au plus près des acteurs.

b) Un système comportant une part de décentralisation

Ainsi que vos rapporteurs ont pu le constater lors de leur rencontre avec les représentants de l'Institut du comité d'évaluation, **les différents Länder ont par ailleurs la possibilité d'adapter au niveau local la nomenclature financière des actes médicaux définie au niveau fédéral**, notamment en faisant varier la valeur des points associés à chaque acte médical.

Il semble cependant que cette possibilité soit peu utilisée. Selon les indications transmises à vos rapporteurs, seuls les Länder de Hambourg et de Essen ont, à l'heure actuelle, fait jouer cette faculté.

c) Un rôle de variable d'ajustement pour l'assurance privée ?

Entendus par vos rapporteurs, **les représentants de l'assurance privée ont indiqué à vos rapporteurs s'estimer lésés par un système qui les conduit à jouer, dans les faits, un rôle d'équilibrage financier.**

Le système d'assurance privée en Allemagne n'est ouvert qu'à certaines catégories de personnes. Les salariés à haut revenus (plus de 4 462 euros par mois) peuvent souscrire une assurance privée complète, tandis que les indépendants et plusieurs autres catégories professionnelles, comme les salariés des cultes, doivent y souscrire. Les fonctionnaires, quant à eux, doivent souscrire une assurance privée pour compléter la couverture consentie par leur employeur, qui couvre jusqu'à 40% de leurs frais de santé. Il convient de souligner que ce sont les mêmes médecins qui soignent les assurés des deux systèmes.

Or, les actes facturés aux organismes d'assurance privée constituent en moyenne 30 % du revenu des médecins allemands, alors que l'assurance privée couvre moins de 10 % des assurés.

Cette différence s'explique par **l'écart de tarifs entre la nomenclature des actes définie pour l'assurance légale et celle prévue pour l'assurance privée.** De ce fait, l'assurance privée permet donc de mieux rémunérer les médecins hors enveloppe, et contribue ainsi *de facto* au maintien de l'équilibre du régime d'assurance légale.

Au total, les représentants de l'assurance privée considèrent que, au travers des tarifs supérieurs qui leur sont imposés –et qui imposent par ricochet des primes plus élevées à leurs adhérents-, ils **subventionnent l'assurance légale à hauteur de 12 milliards d'euros par an (à rapporter aux 172 milliards d'euros de dépenses de l'assurance légale en 2012).**

d) Des exceptions au caractère limitatif de l'enveloppe de soins de ville pour motifs de santé publique

Le caractère limitatif de l'enveloppe de soins de ville connaît par ailleurs un certain nombre d'exceptions au sein même de l'assurance légale.

Il existe, en premier lieu, une rémunération ouverte pour les actes destinés à la prise en charge d'épidémies. Un financement spécifique est par ailleurs négocié pour les actes que les pouvoirs publics souhaitent soit promouvoir durablement, comme la vaccination, soit développer avant de les intégrer éventuellement dans l'enveloppe globale, comme la chirurgie ambulatoire.

II. LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS, AU CŒUR DU SYSTÈME ALLEMAND PEUT INSPIRER A LA MARGE L'ÉVOLUTION DU RÉGIME FRANÇAIS DE RÉGULATION DE LA MÉDECINE DE VILLE

En considération de la réussite, au moins budgétaire, du système allemand, faudrait-il donc que la France adopte les modes de régulation de la médecine de ville existant en Allemagne ?

Vos rapporteurs soulignent **qu'en France, le rapport entre les médecins, les caisses et l'État est historiquement très différent de ce qu'il est en Allemagne**. Transposer les mécanismes allemands sans prendre en compte cet élément fondamental serait dès lors voué à l'échec. Il n'est ainsi ni possible, ni souhaitable, de bouleverser le système conventionnel actuel en mettant en place une enveloppe fermée pour la médecine de ville.

Il faut en outre également prendre conscience **des limites du système allemand**, qui comporte plusieurs éléments d'inégalité et de fragilité.

Au total, **sans qu'une transposition globale de ce système allemand leur paraisse réellement envisageable, vos rapporteurs estiment que plusieurs mécanismes inspirés du système d'autogestion à l'allemande et de responsabilisation des acteurs pourraient trouver leur place dans l'évolution de notre système de santé**, tel qu'il se dessine au travers des différentes réformes qui se sont succédé depuis la loi du 21 juillet 2009¹.

A. LE SYSTÈME DE RÉGULATION ALLEMAND PRÉSENTE PLUSIEURS LIMITES DU POINT DE VUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DE L'ÉGALITÉ ENTRE ASSURÉS

1. Un système dual entretenant une inégalité marquée entre assurés du secteur privé et du secteur public

- En premier lieu, le système allemand entretient **une certaine inégalité entre assurés de l'assurance maladie légale et clients de l'assurance privée** - les seconds étant, semble-t-il, mieux pris en charge, en contrepartie de cotisations plus élevées.

Selon le Pr Wasem, les patients relevant de l'assurance privée seraient particulièrement recherchés par les médecins, et obtiennent de ce fait des rendez-vous en priorité. D'autres interlocuteurs rencontrés par vos rapporteurs ont même évoqué l'existence de salles d'attentes distinctes, dans certains cabinets, entre les deux catégories de patients.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST).

- En second lieu, **le panier des soins pris en charge par le régime légal est plus réduit en Allemagne** qu'en France. Il ne comporte en effet ni l'optique, ni le dentaire, ni certains médicaments. On assiste dès lors à un développement de l'assurance privée pour couvrir ces coûts. Or, la sélection des risques par les assureurs étant forte, cette situation entraîne pour certaines personnes des refus d'assurance ou des difficultés à payer les primes.

2. Un système qui ne permet pas de corriger les difficultés persistantes liées à la répartition des professionnels de santé

L'Allemagne connaît par ailleurs, comme la France, un problème aigu de **désertification médicale**.

Pour y remédier, un système de conventionnement sélectif a été mis en place. Les interlocuteurs allemands rencontrés par vos rapporteurs ont cependant fait le constat qu'il ne parvient pas à résoudre, d'une part, le manque de spécialistes et de généralistes dans les Länder de l'Est dont la population a baissé, et, d'autre part, l'excédent d'offre dans les Länder plus dynamiques de l'Ouest.

En effet, si le conventionnement sélectif permet d'empêcher l'implantation de nouveaux médecins dans les zones sur-denses, il ne parvient pas à l'imposer dans les zones sous-denses. On constate, en fait, une fuite des médecins vers d'autres formes d'exercice, ou une implantation à la frontière des zones sur-denses.

3. Une évolution démographique tendancielle qui pourrait remettre en cause la situation financière favorable de l'assurance maladie allemande

Enfin, **la situation financière favorable du régime d'assurance maladie allemand pourrait ne pas perdurer en raison du défi démographique auquel doit faire face le pays**. Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et celle, tendancielle, du coût des soins suscitent l'inquiétude, à moyen terme, des autorités allemandes.

L'une des raisons du pilotage de l'assurance maladie à l'équilibre tient d'ailleurs à la perception que, bientôt, les coûts de santé de la population allemande vont augmenter d'une manière plus que proportionnelle à leurs revenus, surtout si la base des actifs qui cotisent au régime légal d'assurance maladie se réduit.

L'Allemagne, qui a déjà connu des périodes de déficit de l'assurance maladie, pourrait donc être amenée à connaître, à nouveau, des pressions budgétaires fortes en cas de dérapage des coûts sans possibilité d'augmenter fortement, corrélativement, le niveau des cotisations versées par les salariés.

B. LE SYSTÈME ALLEMAND, SOURCE D'INSPIRATION POUR L'ÉVOLUTION DU RÉGIME FRANÇAIS D'ASSURANCE-MALADIE ?

1. En France, une moindre lisibilité du système d'assurance de base du fait du pilotage par la dépense

Il faut tout d'abord insister sur une différence fondamentale entre nos deux systèmes : **là où l'Allemagne a choisi de conduire le pilotage de l'assurance maladie par l'équilibre, la France a choisi de mener un pilotage par la maîtrise de la dépense**, au travers principalement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Tandis que le premier a des résultats immédiats mais sévères, le second a des effets plus progressifs, qui tendent à faire porter sur les générations futures le poids des soins consommés par leurs aînés. Il s'agit là évidemment d'une option à laquelle l'Allemagne s'est refusée et que la France ne devrait pas s'autoriser.

Outre ces effets budgétaires, vos rapporteurs soulignent surtout que **les contraintes du système allemand permettent -même si cela donne lieu à d'importants débats- d'effectuer des choix qui, en France, n'ont jamais été explicitement faits**. Ainsi en est-il du retrait de l'optique et du dentaire du panier de soins couvert par l'assurance légale allemande, ce qui n'a jamais été formalisé en France, en dépit de la part très prépondérante prise par les organismes complémentaires dans le remboursement de ces prestations.

2. Le système allemand présente plusieurs outils intéressants pour la responsabilisation de ses acteurs

a) Mieux informer les unions de professionnels de santé

Si la tentative de 1993 de création des unions régionales de médecins libéraux¹ a semblé montrer qu'il n'est pas possible de créer *ex nihilo* des unions de médecins sur le modèle allemand, **le rôle progressivement endossé par les URPS comme interlocutrices des agences régionales de santé (ARS) pourrait ouvrir la possibilité d'une dose de régulation de l'activité des praticiens par leurs pairs**.

¹ Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie dite Loi Teulade.

Dans cette perspective, le président de la sixième chambre de la Cour des comptes a par insisté sur l'importance de l'information désormais disponible sur l'activité des médecins. **Ces données pourraient permettre de mettre en place des instruments de régulation correspondant effectivement aux pratiques de chacun** - et donc plus acceptables que les mécanismes de sanctions collectives envisagés en 1995 par la réforme dite « Juppé ».

En Allemagne, les caisses et les unions de médecins allemands partagent ainsi l'ensemble de l'information sur les soins effectués en ville, ce qui permet une régulation fine du secteur et met chaque praticien face à ses responsabilités. Il n'y a donc pas de risque de sanctions collectives, et par nature injustifiées.

Élaborer, en collaboration avec les médecins français, des mécanismes de suivi à partir de données accessibles à tous garantirait une plus grande transparence des pratiques, et donc une meilleure implication des praticiens dans la gestion de leurs actes.

Sans doute la part du budget de l'assurance maladie désormais dévolue aux ARS pourrait-elle être mise au service du développement de tels outils, et permettre une plus grande interaction avec les URPS.

b) Vers une évolution du rôle des caisses d'assurance maladie ?

En miroir de la réorganisation des organismes d'assurance maladie en Allemagne, **un mouvement de rapprochement entre les caisses d'assurance maladie est également en cours en France**. En témoignent notamment l'alignement progressif des prestations servies ainsi que la centralisation de la gestion de l'affiliation, progressivement confiée à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) au travers de la mise en œuvre de la protection universelle maladie (Puma).

Dans ce contexte se pose la **question de l'opportunité d'une responsabilisation renforcée des caisses dans la gestion de l'assurance maladie selon le modèle allemand**. Celle-ci pourrait ainsi passer par l'ouverture d'une possibilité d'ajustement des taux de cotisation, ou encore par l'autorisation de conclure des contrats avec certains médecins en dehors du cadre conventionnel.

Vos rapporteurs estiment cependant qu'**une telle évolution pourrait être de nature à remettre en cause la confiance qui s'instaure progressivement dans le dialogue conventionnel**.

La question de la responsabilisation des caisses pose par ailleurs celle **de leur gouvernance**. Il ne fait pas mystère que les partenaires sociaux français ne sont plus, dans les faits, directement en charge de la gestion de l'assurance maladie : c'est désormais le directeur général, nommé par le Gouvernement, qui en est responsable. La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)¹ a par ailleurs consacré la fixation par l'autorité ministérielle des orientations de l'assurance maladie pour la négociation conventionnelle. Vos rapporteurs estiment qu'au stade de l'évolution ainsi engagée, il ne paraît pas réaliste de vouloir revenir en arrière.

Ces précisions étant faites, **il paraîtrait cependant utile de développer les moyens d'information des organisations de médecins au niveau régional**, dans l'objectif de permettre aux URPS et aux ARS de développer ensemble une meilleure connaissance des pratiques et de l'état de santé de la population, en vue d'une gestion plus fine des dépenses de médecine de ville.

Cette connaissance ne doit pas avoir uniquement pour but de mieux gérer les dépenses de médecine de ville d'un strict point de vue financier, mais aussi de mieux adapter les pratiques aux besoins de santé de la population. Il s'agirait, au total, de **parvenir à une gestion commune par les financeurs et les praticiens de l'innovation au service des patients**.

3. La nécessité d'un pilotage coordonné des dépenses d'assurance maladie à l'échelle européenne

Lors de leur rencontre avec les représentants du ministère de la santé allemand, **vos rapporteurs ont enfin été particulièrement frappés par le manque de coopération entre nos pays sur les questions de santé**.

Si des échanges sont régulièrement organisés entre les autorités de nos deux pays, il existe en effet **un besoin important de coopération plus formalisée sur des questions aussi pratiques que le dialogue entre les régimes nationaux, ou plus stratégiques comme la question du prix du médicament**. Il apparaît en effet certain que les régimes d'assurance maladie européens ne pourraient que tirer un bénéfice d'une négociation concertée avec les industriels du secteur.

Si les caisses allemandes ont paru demandeuses d'un tel échange, le ministère allemand de la santé semble cependant moins désireux d'ouvrir de tels travaux, en dépit des tentatives faites par notre ministre de la santé et ses services pour chercher à définir des positions communes, notamment, sur le prix des médicaments innovants. Vos rapporteurs ne peuvent que regretter cet état de fait.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 6 juillet 2016, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission entend la communication de MM. Yves Daudigny et Jean-Marie Vanlerenberghe sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne.

À l'issue de cette présentation, un débat s'engage.

M. Alain Milon, président. – Je réagis d'un mot sur la conclusion du rapport. Il me semble que la question du médicament ne peut être traitée uniquement par la France et par l'Allemagne, mais qu'elle doit être portée au niveau européen.

M. Gérard Roche. – Je suis un peu sous le choc de découvrir que le système de soins de ville en Allemagne est aussi inégalitaire.

Je trouve cependant intéressant que les médecins y fassent partie des décisionnaires, ce qui n'est pas le cas en France. J'ai déjà eu l'occasion de le dire : si nous voulons sauver la médecine libérale dans notre pays, il faut que les médecins se saisissent eux-mêmes des questions relatives à la régulation des soins de ville.

J'en profite pour mentionner un autre point qui me semble important. Pour assurer l'avenir de notre système de sécurité sociale, il faut cesser de faire porter les coûts uniquement sur le travail et passer à une fiscalisation des recettes qui, étant proportionnelle, sera aussi plus juste.

M. Alain Milon, président. – Je rappelle simplement que les URPS ont été créées pour donner aux ARS un interlocuteur unique du côté des médecins. C'est au niveau régional que nous devons aujourd'hui travailler.

Mme Catherine Génisson. – Je suis moi aussi frappée par le caractère inégalitaire du traitement entre assurés du système légal et assurés du système privé en Allemagne. Je constate par ailleurs qu'il y existe une culture de la négociation et de la co-construction – qui va d'ailleurs bien au-delà du champ du système de santé –, tandis que l'approche française reste très conflictuelle.

En dépit de son caractère coercitif, le système de l'enveloppe fermée me paraît intéressant en ce qu'il encourage à l'autorégulation. En raison de la différence de nos cultures et de nos approches, il serait cependant très difficile de transposer dans le nôtre des éléments du système allemand.

Je souligne enfin que, si la question du prix du médicament doit en effet être portée au niveau européen, la France et l'Allemagne peuvent à cet égard constituer une force d'impulsion.

M. Daniel Chasseing. – Il me semble que l'écart de rémunération entre les médecins en Allemagne et en France, souligné par nos rapporteurs, est à mettre en regard du fait qu'ils tirent 30 % de leurs revenus de l'assurance privée, qui ne couvre pourtant que 10 % de la population.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – Je suis également convaincu que l'Europe devrait se saisir de la question du médicament, et je regrette la volonté des États de garder cette question dans la stricte sphère de la souveraineté nationale.

Les inégalités de traitement entre assurés du système légal et du système privé sont en effet choquantes. Il faut garder à l'esprit, sur ce point, que les affiliés à l'assurance privée ne sont pas nécessairement ceux qui ont les plus hauts revenus : on y trouve aussi les travailleurs indépendants, ainsi que les fonctionnaires. Si ces assurés bénéficient d'avantages en matière de prise en charge en ville, c'est que les tarifs qui leur sont facturés peuvent être jusqu'à six fois plus élevés que ceux de l'assurance légale.

Le système allemand de co-gestion, sur lequel nous avons insisté, se retrouve dans tous les aspects de la vie sociale, et notamment dans les relations de travail.

Avant même d'envisager une enveloppe fermée pour les soins de ville, je pense que nous ferions de grands progrès si nous parvenions, par la négociation, à la mise en place d'une régulation à laquelle participeraient les médecins.

M. Yves Daudigny, rapporteur. – Vous savez que je suis très favorable au projet européen, tel que Victor Hugo a pu le décrire. Sur la question du prix du médicament, qui est un élément important de la prise en charge des soins par la sécurité sociale, je pense cependant qu'il faut favoriser la coopération entre les États plutôt qu'un fonctionnement fédéral.

S'agissant des inégalités de prise en charge entre les différentes catégories d'assurés, je constate qu'elles existent également en France. Il suffit pour s'en rendre compte de regarder la différence de délai pour un rendez-vous avec un professeur de médecine selon qu'on le consulte à l'hôpital ou en clientèle privée.

J'avoue ne pas avoir totalement compris les raisons de l'écart de rémunération des médecins entre la France et l'Allemagne, et ce point reste à creuser.

Trois raisons principales expliquent selon moi que le système allemand ne soit pas transposable en France. J'observe en premier lieu que ce système est ancré dans un fonctionnement fédéral, avec deux niveaux de décision également importants. Il est ensuite fondé sur le principe d'auto-gestion, auquel nos interlocuteurs allemands se sont d'ailleurs montrés très attachés. Il repose enfin sur une discipline individuelle et collective des acteurs, qui me semble davantage ressortir de l'esprit allemand que de l'esprit français.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES ET RENCONTRÉES À BERLIN

- **Cour des comptes**
Antoine Durrleman, président de la sixième chambre
Jean-Pierre Laboureix
François de la Guéronnière
- **Yann Bourgueil**, directeur de recherche, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- **Docteur Ursula Descamps**, responsable des affaires européennes à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

DÉPLACEMENT À BERLIN (mercredi 20 au jeudi 21 avril 2016)

- **Docteur Jürgen Wasem**, professeur, chef du bureau « Management des soins de santé » à Université de Duisburg
- **Fédération des caisses d'assurance maladie publiques (GKV)**
Docteur Manfred Partsch, directeur du service des soins de médecine de ville (répond également aux questions concernant les Länder)
Markus Grunenberg, chargé de mission du bureau en charge des relations institutionnelles et politiques
Manuel Bougeard, conseiller pour les affaires sociales
- **Institut du comité d'évaluation**
Peter Reschke, directeur de l'Institut
Docteur Aschenbrenner, chef du bureau médecine
Thorsten Vogel, chef du bureau économique
- **Ministère fédéral de la Santé**
Ingo Behnel, directeur du bureau de la politique européenne et internationale
Docteur Heinrich, chef adjoint du bureau de la rémunération du domaine des soins ambulatoires
Judith Haugwitz, cheffe adjointe du bureau de la politique européenne et internationale
- **Fédération des associations des médecins conventionnés (KBV)**
Roland Ilzhöfer, chef du bureau du management de l'information et de l'organisation au Bundestag
- **Caisse d'assurance maladie privée (PKV)**
Docteur Marc-Pierre Möll, chef du bureau des affaires gouvernementales et parlementaires