

ALLEMAGNE

A) Partage des coûts - Situation actuelle

Pourcentage des frais de santé sur le PIB / de la participation du patient aux frais de santé

Le pourcentage des dépenses de santé sur le produit intérieur brut se situait pour 2002, en Allemagne, autour de 10,9 % (source : OCDE). Nous ne disposons pas, actuellement, de calculs concrets sur le pourcentage des prises en charge par les patients.

Formes de participation

La participation des patients dans les frais de l'assurance maladie légale se fait de différentes manières :

- Versements complémentaires fixes avec réduction ou limitation ponctuelle (p. ex. la taxe dite "de cabinet médical" ou le paiement complémentaire en cas de traitement hospitalier)
- Paiements complémentaires en pour cent avec limites inférieures et limites supérieures absolues (p. ex. les médicaments)
- Participation en pour cent (les prestations d'orthopédie maxillaire)
- Prise en charge des frais résiduels des soins généraux qui ne sont pas couverts par les paiements complémentaires (les prothèses dentaires)

Montant de la participation

Traitement ambulatoire chez un médecin

Depuis le 1^{er} janvier 2004, une taxe de cabinet d'un montant de 10,00 € par trimestre est due par les assurés pour toute première intervention d'un prestataire de services médecin ou dentiste qui ne s'effectue pas sur prescription faite au cours du même trimestre. La taxe de cabinet n'est pas due dans certains cas exceptionnels (p. ex. en cas de traitement d'enfants et d'adolescents, en cas d'examens médicaux en vue du dépistage précoce de maladies ou en cas de mesures de suivi de la grossesse).

Traitements hospitaliers

En cas de traitements à l'hôpital (traitement hospitalier ou mesures de prévention et de réadaptation), le paiement complémentaire s'élève à 10 € par jour de recours à une telle prestation. En cas de traitement hospitalier et curatif annexe, le paiement complémentaire est limité à 28 jours par année civile.

Médicaments et pansements

En cas de soins avec médicaments et pansements, les assurés payent un complément de 10 % du prix de vente en pharmacie sur chaque médicament ou pansement prescrit. Le paiement complémentaire s'élève à minimum 5 € et maximum 10 € par article, sans excéder toutefois le prix de l'article. Le traitement d'enfants à l'aide de médicaments est exonéré de paiement complémentaire.

Prothèses dentaires et traitement d'orthopédie maxillaire

L'assuré touche, dans le cadre de soins avec prothèse dentaire, un versement complémentaire de la caisse d'assurance maladie égal à 50 % des frais de soins de contrôle réguliers. La quote-part augmente de 10 %, lorsque l'état de la dentition impose des soins dentaires réguliers et qu'après avoir atteint l'âge de 18 ans, l'assuré s'est fait examiner les dents au moins une fois par an au cours des 5 dernières années précédant le début du traitement. La quote-part augmente encore de 5 %, lorsque l'assuré s'est régulièrement fait soigner les dents et qu'au cours des 10 dernières années civiles précédant le début du traitement, il s'est soumis sans interruption aux examens préventifs prescrits.

En cas de traitement d'orthopédie maxillaire, l'assuré verse une quote-part de 20 % des frais. Pour les enfants couverts par l'assurance de la famille, la quote-part due n'est que de 10 % par enfant à partir du deuxième enfant en traitement.

Médicaments, matériel médical et autres

Dans le cas du matériel médical, le paiement complémentaire est de 10 % des frais, avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 €. En dérogation à ce principe, un régime particulier s'applique au matériel médical jetable; dans ce cas, le paiement complémentaire s'élève à 10 % par paquet, avec un plafond de 10 € pour les besoins mensuels sur indication (ce régime de faveur s'applique, notamment, aux patients en stomatologie).

Dans le cas des médicaments et des soins à domicile, le paiement complémentaire est de 10 % des frais et de 10 € de plus par ordonnance, le paiement complémentaire étant limité, dans le cas des soins à domicile, aux 28 premiers jours de prestation par année civile.

Dans le cas de frais de transport, les assurés supportent pour chaque prestation 10 % des frais, avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 €, sans excéder les frais de transport effectifs.

Règles spéciales de participation

Les assurés de l'assurance maladie légale effectuent des versements complémentaires par année civile plafonnés à une limite de participation individuelle. Cette limite est de 2 % (1 % dans le cas des malades chroniques) des revenus annuels bruts couvrant les frais de subsistance. Ce sont les revenus familiaux qui sont pris en compte dans ce contexte. Tous les revenus financiers de l'assuré et des membres de sa famille vivant sous le même toit qui peuvent être utilisés pour couvrir les frais de subsistance sont également pris en compte en tant que revenus familiaux. Un montant déterminé d'exonération est prévu pour chaque membre de la famille lors du calcul de la limite de participation (individuelle).

En ce qui concerne les bénéficiaires de prestations d'aide sociale en vertu de la Loi fédérale sur l'aide sociale, de l'aide sociale aux victimes de la guerre ou de la Loi sur le minimum de base garanti, la Loi de modernisation du système de santé (*Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz*) leur définit un régime plus favorable par rapport aux autres assurés. Pour ces personnes, seul le taux normal du chef de ménage est pris en considération comme revenu brut couvrant les frais de subsistance pour l'ensemble des besoins du ménage, conformément à l'arrêté sur le taux normal. Les bénéficiaires de l'aide

doivent supporter eux-mêmes, dans ce cas, les paiements complémentaires liés au taux normal.

Ce régime d'exception s'applique également aux personnes pour lesquelles les frais de placement dans une maison de retraite ou une institution similaire sont supportés par un organisme d'aide sociale ou d'aide sociale aux victimes de la guerre ; il s'applique également aux catégories de personnes citées au § 264, partie V du Code social (les bénéficiaires de l'aide sociale pour lesquels les soins de santé sont pris en charge par l'assurance maladie légale et les bénéficiaires de prestations permanentes en vertu du § 2 de la Loi sur les prestations aux demandeurs d'asile).

Il n'est plus question d'exonération totale des paiements complémentaires sur base, p. ex., de la situation de revenus ni d'exonération "motivée par le statut social".

B) Politique générale de participation

Possibilités de choix des patients

La Loi de modernisation de l'assurance maladie légale donne aux caisses d'assurance maladie la possibilité de stipuler dans leurs statuts que les membres volontaires qui exigent un remboursement des frais peuvent prendre en charge, de façon annuelle, une partie des frais supportés par la caisse d'assurance maladie (ticket modérateur). Les quotes-parts contributives à charge des membres seront alors réduites à due concurrence.

Les caisses d'assurance maladie peuvent également prévoir dans leurs statuts un remboursement de cotisation aux membres volontaires, lorsque ceux-ci et les membres de leur famille co-assurés n'ont eu recours à aucune prestation à charge de la caisse d'assurance maladie durant une année civile. Les statuts stipuleront aussi le montant du remboursement.

Exclusion de prestations ou diminution de prestations

La Loi de modernisation du système de santé transfère également certaines prestations sous la responsabilité propre des assurés ; elles doivent dès lors être financées par les assurés eux-mêmes. En font partie :

- l'indemnité pour frais funéraires, l'indemnité d'accouchement et les prestations en cas de stérilisation qui ne sont pas motivées par des raisons médicales ;
- le droit à une prestation dans le cas de soins avec accessoires optiques, droit qui a été limité aux enfants et aux adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans ainsi qu'aux assurés atteints de troubles oculaires importants ;
- le droit à des mesures de fécondation artificielle, qui a été raisonnablement limité. Trois tentatives de traitement sont désormais prises en charge. Les limites d'âge ont été fixées entre 25 et 40 ans pour les femmes et entre 25 et 50 ans pour les hommes. Une participation aux frais à concurrence de 50 % est demandée;
- les médicaments délivrés sans ordonnance qui ne sont plus remboursables par l'assurance maladie légale que de façon restreinte ;

- les frais de transport en vue d'un traitement ambulatoire en taxi et voiture de location, que les caisses d'assurance maladie ne prennent plus en charge qu'à titre exceptionnel sur base des directives du Comité fédéral commun (*gemeinsamer Bundesausschuss*), après approbation des caisses d'assurance maladie.

Modifications dans l'accès aux prestations

La Loi de modernisation du système de santé a introduit la taxe dite de "cabinet médical", qui est due pour toute première intervention ambulatoire d'un prestataire de services, à moins qu'elle ne s'effectue sur recommandation. Par cette réglementation, les patients doivent être amenés à prendre conscience de leur responsabilité lorsqu'ils recourent à des prestations médicales à charge de l'assurance maladie légale.

Impact fiscal de la participation

La taxe dite de "cabinet médical", en particulier, produit les effets fiscaux escomptés. Selon les derniers chiffres de l'Association fédérale des médecins de caisse, le nombre de cas traités a diminué de 8,7 % pour l'ensemble de l'année 2004. Les oculistes, chirurgiens, gynécologues, O.R.L., dermatologues, orthopédistes et urologues affichent une diminution du nombre de cas traités de l'ordre de pourcentages à deux chiffres. Par contre, en ce qui concerne les médecins généralistes, la diminution est moindre pour l'année 2004, avec une moyenne de 6,7 %.

Le nombre trop élevé de contacts médecins/patients en comparaison internationale est ainsi ramené à la nécessité médicale, d'une part (dans le cadre d'une comparaison entre 10 pays, l'Allemagne se positionne à la troisième place avec 9,1 contacts médicaux par an ; en première place se trouve le Japon avec 11,2 contacts médicaux et en dernière place, la Suède avec 2,9 contacts). Et d'autre part, la diminution supérieure à la moyenne dans le cas des spécialistes et inférieure à la moyenne dans le cas des médecins généralistes prouve que les assurés se rendent d'abord chez leur médecin généraliste, des visites superflues chez les spécialistes étant ainsi évitées.

C) Discussion en cours

Le gouvernement fédéral ne discute actuellement aucune nouvelle mesure d'augmentation de la part à la charge des patients, ni aucune "mesure d'augmentation effective de la participation aux frais".

D) Informations supplémentaires

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_14.php

OECD-Health data 2004