

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Sarah Minery, *Irdes*

Zeynep Or, *Irdes*

Remerciements

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre l'Irdes, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPs), le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Nous remercions tout particulièrement Dominique Libault (HCFiPs) d'avoir initié et soutenu ce projet.

Nous tenons à remercier également l'ensemble des membres du comité de pilotage du projet pour leur expertise et leurs commentaires précieux lors de la rédaction du rapport. Nous remercions notamment Emmanuel Chion, David Hoyrup et Nathalie Guilhembet du HCFiPs, Benoît Ourliac, Mickaël Portela, Noémie Vergier et Jehanne Richet de la Drees, Sophie Lopes, Pierre Bergman, Anaïs Peano et Grégoire De Lagasnerie de la Cnam, ainsi que Nathalie Fourcade et Marie-Camille Lenormand du Hcaam.

Nous sommes reconnaissantes envers les différents experts du système de santé allemand que nous avons sollicités et qui ont accepté de partager leur expertise avec nous. Nous remercions ainsi Prof. Reinhard Busse (Université technique de Berlin, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Berlin Hub), Dr. Ricarda Milstein (OCDE, Université de Hambourg), Prof. Nils Gutacker (Université de York, SVR), Dr. med. Bernhard Gibis (KBV), Dr. Susanne Armbruster (KBV), Dr. Anke Schliwen (KBV), Steffi Felgner (KBV), Dr. med. Morgane Otten (GKV-Spitzenverband), David Morgan (OCDE) et Michael Müller (OCDE), ainsi que Dr. Cornelia Henschke (Université technique de Berlin) et Prof. Dr. Melanie Messer (Université de Trèves, SVR).

Toute erreur ou omission relève de notre seule responsabilité.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21, rue des Ardennes 75019 Paris • www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 21 • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication** : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek
- **Maquettiste-infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec
- **Diffusion** : Rouguiyatou Ndoye • **Dépôt légal** : mars 2024
- **ISBN PDF** : 978-2-87812-618-1 • **ISSN** : 2263-5416

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Sarah Minery, *Irdes*

Zeynep Or, *Irdes*

ISBN PDF : 978-2-87812-618-1

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

1.	Introduction	5
1.1.	Contexte	5
1.2.	Objectif de l'étude	7
1.3.	Méthode	7
1.4.	Plan	8
2.	Gouvernance du système de santé en France et en Allemagne	9
2.1.	Deux organisations différentes des caisses d'assurance maladie	10
2.1.1.	<i>Payeurs multiples versus payeur unique.....</i>	<i>10</i>
2.1.2.	<i>Concurrence entre les caisses d'assurance maladie en Allemagne</i>	<i>11</i>
2.2.	Décentralisation de la gouvernance des politiques de santé en Allemagne <i>versus une gouvernance centralisée en France.....</i>	<i>12</i>
3.	Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville	15
3.1.	Offre de soins ambulatoires	16
3.1.1.	<i>Formes d'exercice libéral en ville : vers plus de pratiques en groupe.....</i>	<i>16</i>
3.1.2.	<i>Un système de licence qui régule l'installation des médecins libéraux en Allemagne.....</i>	<i>20</i>
3.1.3.	<i>Densités de médecins de ville proches mais davantage de médecins généralistes en France contre plus de spécialistes en Allemagne</i>	<i>23</i>
3.1.4.	<i>Une plus grande variété de professionnels dans les cabinets de ville en Allemagne</i>	<i>26</i>
3.2.	Rémunération des médecins libéraux	28
3.2.1.	<i>Mécanismes de rémunération différents</i>	<i>28</i>
3.2.2.	<i>Niveau de revenu des médecins en ville.....</i>	<i>33</i>
3.3.	Volumes de soins ambulatoires	37
3.3.1.	<i>Mécanisme de régulation des volumes de soins en Allemagne</i>	<i>37</i>
3.3.2.	<i>Davantage de visites chez le médecin en Allemagne</i>	<i>38</i>
3.4.	Prescriptions de médicaments.....	39
3.4.1.	<i>Régulation des prix des médicaments innovants.....</i>	<i>39</i>
3.4.2.	<i>Mécanismes de contrôle des coûts des prescriptions en Allemagne.....</i>	<i>43</i>
3.4.3.	<i>Comparaison des volumes de prescriptions de médicaments</i>	<i>45</i>
3.5.	Suivi rapproché de la qualité des soins en ville en Allemagne.....	47
3.6.	À retenir pour les soins de ville	49

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers... 51

4.1. Offre de soins hospitaliers	53
4.1.1. La variété des établissements de santé dans les deux pays	53
4.1.2. 50 % de lits en plus par habitant en Allemagne	54
4.1.3. Nombre de personnels médicaux par lit comparable mais nombre de soignants par lit beaucoup plus faible en Allemagne	59
4.2. Financement des hôpitaux.....	62
4.2.1. Tarification à l'activité introduite avec des principes de base communs dans les deux pays mais selon une mise en œuvre différente	62
4.2.2. Deux modes de régulation des dépenses hospitalières différents.....	63
4.3. Rémunération du personnel médical et soignant	65
4.3.1. Rémunération de base des médecins assez proche	65
4.3.2. Rémunération nettement moins favorable des internes en France	69
4.3.3. Rémunération comparable du personnel soignant	72
4.4. Comparaison de l'activité hospitalière	73
4.4.1. Volumes des soins hospitaliers très élevés en Allemagne	73
4.4.2. Faibles taux de chirurgies ambulatoires à l'hôpital en Allemagne	76
4.5. Projet de réforme du financement des hôpitaux en Allemagne.....	79
4.6. À retenir pour les soins hospitaliers	81

5. Conclusion générale83

Annexes.....87

Annexe 1. Liste des experts interrogés.....	87
Annexe 2. Nombre de cabinets médicaux libéraux en Allemagne (2021 et 2010).....	88
Annexe 3. Effectifs de médecins salariés en ville en Allemagne (au 31 décembre 2021)	89
Annexe 4. Les études de médecine en France et en Allemagne.....	90
Annexe 5. Le calcul des revenus des médecins libéraux.....	93
Annexe 6. Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019).....	94
Annexe 7. Écart en pourcentages du revenu d'activité des médecins libéraux par spécialité (2019)	96
Annexe 8. Indemnités et primes des médecins hospitaliers.....	97
Annexe 9. Indemnités et primes des internes.....	100
Annexe 10. Méthodologie de l'étude sur la rémunération du personnel soignant en Allemagne	102

Table des illustrations105

1. Introduction

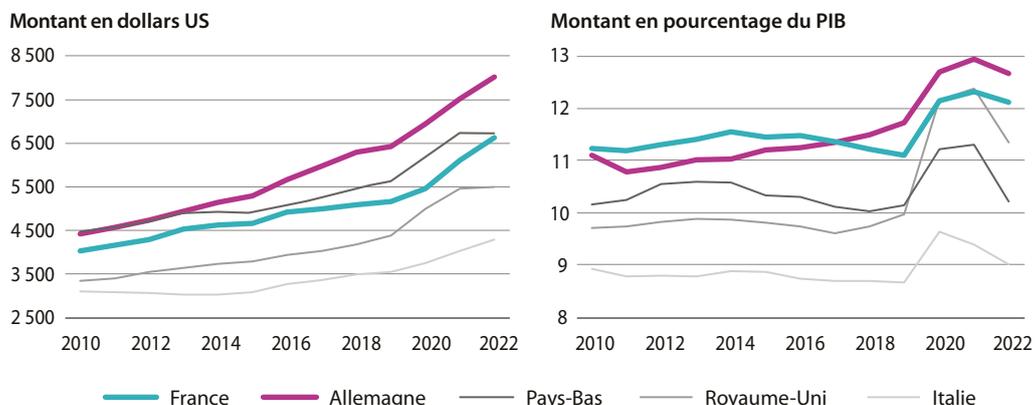
1.1. Contexte

Dans le cadre de son précédent rapport sur les finances sociales après la crise pandémique (remis en janvier 2022), le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) s’est penché sur les conditions d’un retour progressif à l’équilibre des comptes sociaux. En tenant compte des enseignements du passé à la suite de la crise financière de 2008-2009 – qui a nécessité d’importantes mesures de régulation des recettes comme des dépenses pour un retour à l’équilibre – et des perspectives du vieillissement de la population, de la transition environnementale et des incertitudes économiques, le HCFiPS estime qu’il ne faut pas exclure *a priori* de recourir aux prélèvements obligatoires. Les marges de manœuvre en la matière semblent toutefois limitées, compte tenu du taux déjà élevé des prélèvements obligatoires lorsqu’on compare la France aux principales économies européennes.

Afin de faire avancer les réflexions autour des finances publiques, les comparaisons internationales des dépenses de santé peuvent être un outil pour éclairer les décisions politiques.

Comprendre les facteurs qui contribuent à la variabilité des dépenses de santé d’un pays à l’autre peut aider les décideurs publics en France à identifier les enjeux et les outils pour améliorer l’efficacité des dépenses publiques de santé. Les comparaisons entre pays doivent néanmoins être interprétées avec précaution, compte tenu des différences en matière d’organisation et de financement de la protection sociale selon les pays. L’Allemagne est le berceau de l’assurance maladie sociale puisque le premier régime d’assurance maladie a été créé par le chancelier allemand Otto von Bismarck en 1883. Au cours du temps, la couverture a été étendue à l’ensemble de la population, bien que les personnes au-dessus d’un seuil de revenus puissent se retirer de l’assurance maladie légale (*Gesetzliche Krankenversicherung* – GKV) et choisir une assurance privée (*Private Krankenversicherung* – PKV). Les dépenses de santé en Allemagne sont parmi les plus élevées au monde, 489 milliards

G 1 Dépenses de santé, par habitant* et en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) (2010-2022)



*En dollar ajusté de la Parité du pouvoir d’achat (prix courants PPA).

Sources : Statistiques de l’OCDE sur la santé.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

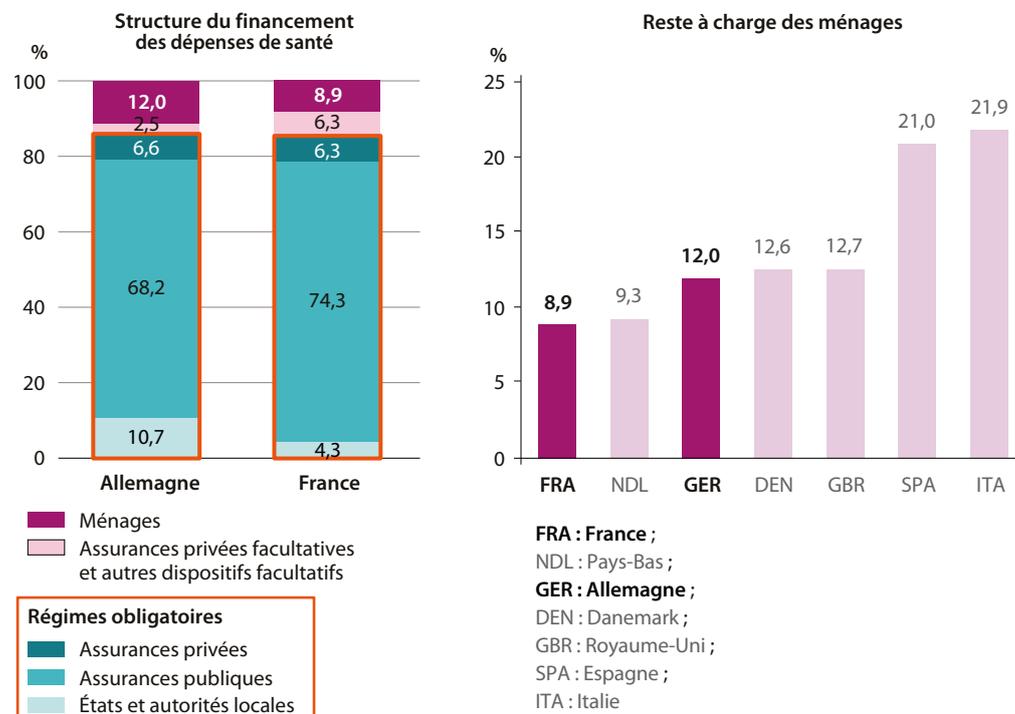
1. Introduction

Irdes - mars 2024

d'euros, soit 12,7% du Produit intérieur brut (PIB) en 2022¹, suivie par la France (12,1 %), l'Autriche (11,4 %) et le Royaume-Uni (11,3 %). En termes de dépenses de santé par habitant en Parité de pouvoir d'achat (PPA) en santé, l'Allemagne reste le premier pays européen (graphique 1). Entre 2020 et 2021, pendant la pandémie de Covid-19, les dépenses de santé en Allemagne ont augmenté de 7,8 %, tandis qu'en France, l'augmentation était de 9,8 %. En 2022, les dépenses continuaient à augmenter en France et en Allemagne, en termes de valeur, avec une augmentation de 2 % et 5 % respectivement. Plusieurs éléments contribuent à cette hausse des dépenses de santé dans les deux pays : la hausse des rémunérations des personnels de santé, notamment hospitaliers, l'introduction de médicaments innovants et la reprise des soins courants depuis la pandémie de Covid-19, ainsi que l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie.

Les sources de financement des dépenses de santé sont assez comparables en Allemagne et en France : les dépenses de santé financées par les régimes obligatoires représentent respectivement 85,5 % et 84,8 % des dépenses totales de santé en 2021. Dans les deux pays, autour de 6 % des dépenses de santé sont financées par l'assurance privée obligatoire en 2021, essentiellement assurance maladie de base en Allemagne (6,6 %) et complémentaire en France (6,3 %). En revanche, la part des dépenses de santé financée par l'Etat est plus importante en Allemagne (10,7 % en 2021 contre 4,3 % en France), tandis que la part des assurances publiques est plus importante en France (74,3 % en 2021 contre 68,2 % en Allemagne). Le reste à charge des ménages qui s'établit à 8,9 % des dépenses de santé

G2 Structure du financement des dépenses courantes de santé et reste à charge des ménages (2021)



* Et autres dispositifs facultatifs.

Sources : Drees, Comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

¹ Statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé.

en France et 12 % en Allemagne est bien en dessous de la moyenne de l'Union européenne (14,4 %) dans les deux pays (graphique 2).

1.2. Objectif de l'étude

Dans ce contexte, cette étude propose une comparaison des dépenses de santé en Allemagne et en France afin d'analyser leur composition et leurs déterminants. Cette comparaison ne vise pas à décrire toutes les composantes du système de santé allemand, mais à identifier les paramètres clés qui peuvent expliquer les différences de dépenses de santé en Allemagne et en France, en mettant l'accent sur les mécanismes et les politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé.

Nous partons du fait que les dépenses de santé sont le produit du volume des prestations de soins fournies/consommées et du prix de ces prestations. Autrement dit, les comparaisons des dépenses de santé reflètent à la fois les différences de prix des biens et services de santé et la quantité de soins auxquels les individus ont recours (volume). En décomposant les dépenses de santé en ces deux éléments, on peut mieux comprendre ce qui est à l'origine des différences et orienter les réponses politiques à mettre en place pour assurer leur soutenabilité. La comparaison entre pays peut permettre de voir si les différences des dépenses totales sont liées à une consommation de soins plus importante ou à des prix comparativement plus élevés avec des implications différentes en termes de politiques de santé. Ainsi, le projet avait pour objectif de recueillir à la fois des données comparables sur les prix et les volumes et des informations qualitatives sur les mécanismes de contrôle des prix et des volumes de soins, en séparant les secteurs de soins ambulatoires et hospitaliers. En comparant les modes de rémunération et les régulations des fournisseurs de soins ainsi que leur revenu et les volumes d'activité, l'étude fournit des éléments nouveaux pour comprendre la structure des dépenses de santé des deux pays.

1.3. Méthode

Le projet s'appuie sur les théories et connaissances empiriques en économie de la santé dans une approche collaborative en mobilisant des experts en France et en Allemagne. Afin d'assurer un recueil systématique des informations et données nécessaires pour l'Allemagne, nous avons à la fois mobilisé des données et sources premières en allemand pour décrire le système de santé et travaillé avec des chercheurs allemands pour les interpréter.

Nous avons élaboré des questionnaires individualisés pour chaque expert permettant de recueillir des informations détaillées sur différentes dimensions et différents enjeux du système. Les questionnaires ont été envoyés à la fois aux chercheurs et aux experts ou acteurs du terrain identifiés à travers nos réseaux internationaux. Il s'agit notamment d'experts de l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*), de l'Association fédérale des caisses de l'assurance maladie légale (*Spitzenverband Bund der Krankenkassen - GKV-Spitzenverband*), du Conseil d'experts allemand pour l'évaluation de l'évolution du système de santé et des soins (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege – SVR*) et de l'OCDE (voir annexe 1 pour la liste des chercheurs et experts interrogés).

Pour la France, nous avons bénéficié de l'expertise des membres du comité de pilotage du projet, notamment le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPs), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

1. Introduction

Irdes - mars 2024

de la Santé, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) qui ont permis d'identifier les données et les informations pertinentes en France et nous ont facilité leur compréhension et interprétation.

1.4. Plan

Ce rapport est organisé en trois grandes parties. La première partie décrit les éléments clés concernant la gouvernance du système de santé en France et en Allemagne. Elle vise à souligner les différences d'organisation et de gouvernance du système d'assurance maladie et des politiques de santé entre les deux pays, afin de faciliter la compréhension de la suite du rapport. La deuxième partie compare l'offre et les dépenses des soins de ville en France et en Allemagne. Elle présente d'abord les formes d'exercice en ville, la régulation et les mécanismes de rémunération des médecins libéraux. Elle compare les effectifs de médecins et la variété de professionnels employés pour soutenir l'activité des médecins libéraux ainsi que les écarts de revenus entre médecins dans chaque pays. Cette partie présente également les mécanismes de régulation des prescriptions de médicaments et les mécanismes de suivi de la qualité dans le secteur ambulatoire en Allemagne. La troisième partie du rapport porte sur les caractéristiques de l'offre et des dépenses des soins à l'hôpital en France et en Allemagne et présente les différences d'organisation et de capacités hospitalières, notamment en termes de lits et d'effectifs en personnels médicaux et soignants. Dans un deuxième temps, elle examine le financement des hôpitaux et la rémunération du personnel hospitalier en France et en Allemagne, et compare l'efficacité globale du secteur hospitalier dans les deux pays. Enfin, elle fait un zoom sur les grands enjeux du secteur hospitalier en Allemagne à travers le projet de réforme en cours.

2. Gouvernance du système de santé en France et en Allemagne

Les systèmes de santé français et allemand sont tous deux fondés sur un modèle d'assurance sociale qui garantit une couverture universelle. Si les modèles de protection sociale français et allemand reposent sur un socle commun, ils ont évolué de manière divergente³.

Le système allemand de protection sociale repose sur le modèle bismarckien qui s'est structuré à la fin du XIX^e siècle en Allemagne, autour d'une logique contributive assurantielle. L'assurance maladie obligatoire est fournie soit dans le cadre d'un régime public, soit par le biais d'une assurance maladie privée de substitution. Environ 87 % de la population est couverte par le régime public, tandis qu'environ 11 % bénéficient d'une couverture privée substitutive. Les 2 % restants (par exemple, les soldats) sont couverts par des programmes spéciaux. La gouvernance du système de santé est complexe et décentralisée, divisée entre le niveau fédéral et celui des États fédérés (*Länder*), ainsi que les organismes corporatistes d'autogouvernance qui sont des organisations – fondées sur l'adhésion – de payeurs et de prestataires autorégulés. Tandis que le cadre juridique général est fixé au niveau fédéral, les gouvernements des États fédérés sont responsables de la planification hospitalière et des services de santé publique. Par ailleurs, la majeure partie du pouvoir de décision au sein du système est déléguée aux organismes corporatistes, notamment des représentants des caisses d'assurance maladie, des médecins et des hôpitaux, qui se réunissent au sein du Comité mixte fédéral pour définir les réglementations en détail (voir 2.2). Les secteurs de soins, tels que la santé publique, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les soins de longue durée, sont soumis à des législations différentes et sont donc séparés en termes d'organisation, de financement et de remboursement. Par conséquent, la prestation de services est fragmentée : la coordination entre les secteurs et le manque d'informations intégrées sur la santé sont des préoccupations récurrentes dans la politique de santé⁴.

Le système français s'est initialement largement inspiré du modèle bismarckien. Il tend toutefois vers un modèle mixte, inspiré du système beveridgien qui met l'accent sur la couverture universelle et sur la régulation pour contrôler les dépenses de santé par un quasi-budget de santé. En France, l'inscription à un régime d'assurance maladie est obligatoire et déterminée par le statut de l'emploi. Les individus n'ont donc pas de choix et il n'y a pas de concurrence sur le marché de l'assurance maladie obligatoire. Trois régimes (régime général, régime agricole et régimes spéciaux) d'assurance maladie couvrent la totalité de la population française et sont fédérés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui agit comme un payeur unique pour orienter les dépenses de santé, sans avoir toutefois le pouvoir de négocier avec tous les prestataires de soins, notamment dans le secteur hospitalier. La gouvernance du système de santé est partagée entre l'Etat et l'Assurance maladie.

³ Batard P-E. et al. (2012). « Comparaison France-Allemagne des systèmes de protection sociale ». *Les Cahiers de la DG Trésor*. n° 2. (<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/fe7cb3ab-ab29-49d6-93e4-79ad2d000451/files/d365cf88-7c2c-43b19324-05eb0c67c98b>) ; Foki G. (2019). *Bismarck / Beveridge : deux modèles de l'indemnisation du chômage en Europe*. Unédic. 13 décembre. (<https://www.unedic.org/publications/bismarck-beveridge-deux-modeles-de-lindemnisation-du-chomage-en-europe>).

⁴ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition*.

2.1. Deux organisations différentes des caisses d'assurance maladie

2.1.1. Payeurs multiples *versus* payeur unique

En Allemagne, l'assurance maladie légale (GKV) coexiste avec l'assurance maladie privée (PKV) pour assurer une couverture maladie universelle. Les salariés sont généralement assurés dans le cadre de la GKV, mais les personnes dont le revenu est supérieur à un seuil fixe (66 600 euros bruts par an, soit 5 550 euros par mois, en 2023⁵) ou qui appartiennent à certains groupes professionnels, par exemple les travailleurs indépendants ou les fonctionnaires, peuvent être assurés auprès de la PKV. Il s'agit d'un système multi-payeurs, qui comptait 96 caisses d'assurance maladie légale⁶ (nombre en forte baisse : 1 815 en 1970, 420 en 2000) et 46 caisses d'assurance maladie privée⁷ en 2023. Le statut des caisses d'assurance maladie varie : les caisses d'assurance maladie légale sont des collectivités publiques (*Körperschaft des öffentlichen Rechts*) à but non lucratif. Les caisses d'assurance maladie privée sont quant à elles des entreprises de droit privé qui peuvent prendre la forme de sociétés anonymes (*Aktiengesellschaften* – AG) ou de sociétés d'assurance mutuelle (*Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit* – VVaG), elles peuvent donc être à but lucratif ou non lucratif. Les assurés du régime public – comme du privé – peuvent choisir librement leur caisse d'assurance maladie en fonction des informations disponibles sur les coûts et la qualité. Les caisses d'assurances maladie légale collectent les cotisations et les transfèrent à un fonds central, appelé « *Gesundheitsfonds* » (fonds de santé), qui regroupe et réaffecte les fonds entre les caisses selon un mécanisme d'ajustement des risques (majorations et minorations en fonction de l'âge, du sexe et de la fréquence des maladies des assurés).

En France, le régime d'assurance maladie a été progressivement étendu depuis 1945, pour finalement atteindre la couverture universelle en 2000⁸. Contrairement à l'Allemagne, l'affiliation à l'assurance maladie est automatique et il n'y a pas de concurrence entre les différents régimes. La Cnam travaille comme un payeur unique. Le financement du système d'assurance maladie n'est plus basé uniquement sur les cotisations salariales des employeurs et des employés, ce qui était le cas à l'origine. Compte tenu du taux de chômage élevé en France et du vieillissement rapide de la population, les sources de financement ont été élargies au cours des trois dernières décennies afin d'inclure un éventail plus large de revenus et ainsi d'assurer la soutenabilité financière du système. Depuis 2018-2019, les cotisations salariales ont été totalement supprimées et, en 2021, seul un tiers des recettes de l'assurance maladie provenait des cotisations employeurs⁹.

⁵ PKV-Verband. *Die Versicherungspflichtgrenze steigt 2024 auf 69.300 Euro*. 12 octobre 2023. (<https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/versicherungspflichtgrenze-wechsel-in-die-pkv-wird-weiter-erschwert/>, consulté le 8 décembre 2023) ; Allianz. *Versicherungspflichtgrenze 2023 für die Private Krankenversicherung*. (<https://www.allianz.de/gesundheit/private-krankenversicherung/versicherungspflichtgrenze/>, consulté le 8 décembre 2023).

⁶ GKV-Spitzenverband. *Die gesetzlichen Krankenkassen*. 6 juillet 2023. (https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.js, consulté le 8 décembre 2023).

⁷ Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. *Unternehmensdatenbank BaFin. Kategorie Krankensicherer VA*. 7 décembre 2023. (<https://portal.mvp.bafin.de/database/instinfo/sucheForm.do>, consulté le 8 décembre 2023).

⁸ Barroy H., Or Z., Kumar A., Bernstein D. (2014). "Sustaining Universal Health Coverage in France: A Perpetual Challenge". *Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper*. World Bank Group. (<http://hdl.handle.net/10986/20754>).

⁹ HCFips [2021]. *Évolution de la structure des recettes finançant la protection sociale*. (https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2021-02-11_structure_des_recettes-hcfips.pdf).

2.1.2. Concurrence entre les caisses d'assurance maladie en Allemagne

En France, les individus ne peuvent pas choisir leur régime ou leur assureur, ni décider d'en sortir. L'affiliation à un régime est automatique, il n'y a donc pas de concurrence sur le marché de l'assurance maladie obligatoire. Il existe trois régimes d'assurance maladie, qui couvrent la quasi-totalité de la population française. Le régime général, qui couvre tous les travailleurs salariés (hors régimes sociaux), leurs ayants droit et les personnes résidant légalement en France depuis plus de trois mois, gère également le régime des indépendants depuis 2018. Au total, le régime général couvre 88 % de la population et 98 % des dépenses de l'assurance maladie obligatoire¹⁰. Dans l'ensemble, tous les régimes offrent le même panier de prestations, à quelques exceptions près (notamment en ce qui concerne les congés de maladie et de maternité – moins généreux – pour le régime des indépendants). Toutefois, ils exigent des restes à charge pour tous les services essentiels. Par conséquent, environ 96 % de la population française est titulaire d'une assurance maladie privée complémentaire, principalement pour couvrir ces copaiements¹¹. Contrairement au régime de base, le secteur de l'assurance complémentaire est très concurrentiel, les assurés pouvant choisir parmi un large éventail d'options. Depuis 2016, tous les salariés peuvent bénéficier d'une complémentaire d'entreprise, en partie financée par leur employeur.

En Allemagne, les assurés peuvent choisir librement leur caisse d'assurance maladie obligatoire (légale). Les caisses d'assurance maladie légale, indépendantes sur le plan financier et organisationnel (sous surveillance de l'Etat), peuvent couvrir plusieurs *Länder* et se faire concurrence sur les prix pour attirer les affiliés. En effet, elles peuvent proposer des options tarifaires, qui permettent aux assurés de bénéficier de prestations supplémentaires ou de réduire leurs cotisations. En revanche, le panier des soins, défini au niveau fédéral par le Comité mixte fédéral, liste les services qui doivent être couverts par tout assureur. Ce n'est que dans une faible mesure que les caisses d'assurance maladie peuvent compléter le panier des soins pris en charge par des prestations supplémentaires. Elles sont également contractuellement obligées d'accepter tout demandeur, quel que soit son profil de risque (état de santé). En 2022, les quatre plus grands assureurs détenaient une part de marché d'environ 40 % des assurés de l'assurance maladie légale. Les assurés publics peuvent changer de caisse assez facilement (une durée d'engagement de 12 mois doit être respectée, même s'il existe un droit de résiliation spécial, notamment en cas d'augmentation du taux de cotisation supplémentaire propre à chaque caisse)¹². En revanche, s'il est possible pour les assurés volontaires (ceux qui ont un salaire élevé ou qui appartiennent à certains groupes professionnels) de passer à tout moment à l'assurance privée, un retour ultérieur à l'assurance légale n'est en général pas possible^{13, 14}. Il s'agit d'éviter que des assurés privés, jeunes et en

¹⁰ Fipeco (2023). L'assurance maladie. 20 septembre 2023. (<https://www.fipeco.fr/fiche/Lassurance-maladie>, consulté le 18 décembre 2023) ; La Sécurité Sociale. Les Régimes. (<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes>, consulté le 18 décembre 2023).

¹¹ Pierre A., Or Z. (2022). *The Public-Private Mix in France: Implications and Current Debates. The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study*. Palley H. (ed.). Oxford University Press, chap.5, 2022/11.

¹² AOK (2023). Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. 25 mars 2022. (<https://www.aok.de/pp/lexikon/wettbewerb-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung/>, consulté le 8 décembre 2023) ; Die Techniker. *Kassenwahlrecht: Wechsel der Krankenkasse wurde 2021 vereinfacht*. 29 novembre 2023. (<https://www.tk.de/firmenkunden/service/fachthemen/meldeverfahrenfachthemen/kassenwahlrecht-ab-2021-2092950>, consulté le 8 décembre 2023).

¹³ Bundesministerium für Gesundheit. *Wechsel zwischen GKV und PKV*. 4 avril 2023. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeberkrankenversicherung/krankenversicherung/wechsel-zwischen-gkv-und-pkv>, consulté le 8 décembre 2023) ; Allianz. *In die Private Krankenversicherung wechseln und zurück*. (<https://www.allianz.de/gesundheits/private-krankenversicherung/wechseln/>, consulté le 8 décembre 2023).

¹⁴ Un passage de l'assurance privée à l'assurance légale est par exemple possible si, en raison d'une réduction de salaire ou d'un changement d'employeur, le revenu annuel d'un assuré tombe en dessous (*Suite page suivante*)

bonne santé, ne profitent de primes avantageuses et ne reviennent plus tard, en moins bonne santé, dans le système solidaire des caisses publiques.

2.2. Décentralisation de la gouvernance des politiques de santé en Allemagne *versus* une gouvernance centralisée en France

L'Allemagne est une république fédérale et parlementaire caractérisée par une étroite collaboration entre l'Etat fédéral et les Etats fédérés, les « *Länder* ». Les 16 *Länder* disposent de l'autorité législative, sauf dans les domaines où cette autorité a été explicitement réservée au niveau fédéral. Ce partage des pouvoirs se retrouve dans la politique et la législation en matière de soins de santé¹⁵. Au niveau fédéral, les acteurs clés sont le gouvernement fédéral et le Parlement, composé de deux chambres, le « *Bundestag* » et le « *Bundesrat* ». Le ministère fédéral de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit* – BMG) est le principal responsable des questions de politiques de santé, notamment de l'assurance maladie légale. Il développe et rédige ainsi les projets de lois, règlements et dispositions administratives pertinentes en la matière (prévention et promotion de la santé, santé publique, soins de longue durée, pharmacovigilance, etc.). Formellement, le *Bundestag* adopte les lois. Les gouvernements des *Länder* peuvent exprimer leur point de vue sur les questions de politiques de santé à travers le *Bundesrat*. Les *Länder* disposent de pouvoirs législatifs propres : ils sont responsables de la mise en œuvre des lois fédérales ainsi que de la planification et des investissements hospitaliers. Ils sont également chargés de la supervision des associations régionales des caisses d'assurance maladie, des ordres des professionnels de santé et des associations de médecins, psychothérapeutes et dentistes conventionnés¹⁶. La Conférence des ministres de la santé (*Gesundheitsministerkonferenz*) coordonne la législation régionale en matière de santé. C'est le forum le plus visible permettant aux gouvernements des *Länder* de créer des consensus et des coalitions.

Une caractéristique importante du système de santé allemand est le principe de « *Selbstverwaltung* », c'est-à-dire d'autogestion. L'Etat fixe des conditions cadres, définit les tâches en matière de soins médicaux et adopte des lois et règlements permettant leur mise en œuvre, mais son rôle s'arrête là. L'organisation et la conception exacte du système de santé allemand font l'objet de décisions prises par les acteurs mêmes du système de santé. En effet, l'organe décisionnel suprême du système d'autogestion conjointe est le Comité mixte fédéral (*Gemeinsamer Bundesausschuss* – G-BA), composé de représentants des caisses d'assurance maladie, des hôpitaux, des médecins, des psychothérapeutes et des dentistes conventionnés : l'Association fédérale des caisses de l'assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*), l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung* – KBV), la Société allemande des hôpitaux (*Deutsche Krankenhausgesellschaft* – DKG) et l'Association fédérale des dentistes de l'assurance maladie légale (*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung* – KZBV). Les représentants des organisations de patients et de personnes handicapées peuvent y donner leur avis et faire des propositions. Ce comité émet des directives concernant presque tous les secteurs de soins, y compris l'inclusion de nouvelles technologies et produits pharmaceutiques dans le panier de prestations, suivant toutefois les recommandations de l'Institut pour la qualité et l'économicité dans le

(Fin de la note) du seuil d'assurance obligatoire. Toutefois, cela n'est possible que si l'assuré a moins de 55 ans et que son revenu est inférieur au seuil d'assujettissement de la GKV.

¹⁵ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). « *Germany: Health system review.* ». *Health Systems in Transition*.

¹⁶ Bundesministerium für Gesundheit. *Le système de santé allemand*. 2020. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_FR.pdf).

domaine de la santé (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG*).

En France, la gouvernance du système de santé est centralisée, principalement partagée entre l'État (le Parlement et le gouvernement, en particulier le ministère de la Santé), l'Assurance maladie et – dans une moindre mesure – les départements pour les soins de longue durée. Le ministère de la Santé a le rôle principal en termes de politiques de santé : il est responsable de la préparation et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale dans les domaines de la santé publique ainsi que de l'organisation et du financement des soins. En collaboration avec le ministère des Finances, il prépare annuellement le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui fixe un objectif de dépenses pour les différents secteurs (hôpital, ambulatoire et médico-social), donnant discussion et vote au Parlement. Le ministère de la Santé gère également, à travers les Agences régionales de santé (ARS), le nombre de lits d'hôpitaux et la quantité d'équipements médicaux lourds. Il fixe les tarifs des hôpitaux publics et privés dans le cadre du système du paiement à l'activité (T2A). Le Comité économique des produits de santé (CEPS), organisme interministériel composé de représentants des ministères de la Santé et de l'Economie, de l'Assurance maladie et des organismes d'assurance maladie complémentaire, négocie le prix des médicaments et des dispositifs médicaux avec les laboratoires pharmaceutiques, sur la base des propositions des commissions *ad hoc* de la Haute Autorité de santé (HAS). Au niveau régional, les politiques sont suivies par des services déconcentrés de l'État, les ARS, qui ont été créées en 2010 pour intégrer la politique de santé au niveau local. L'Assurance maladie joue quant à elle le rôle principal dans la définition des paniers de soins, la réglementation des prix des procédures, des médicaments et des appareils qui seront remboursés aux patients, et la définition des niveaux de copaiement¹⁷. L'Assurance maladie mène également, sous le contrôle du gouvernement, les négociations avec les syndicats de professionnels de santé pour fixer les tarifs des médecins généralistes et spécialistes en ville. En termes de politique conventionnelle, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a confié à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), créée par cette réforme, la prérogative de négocier et signer les conventions nationales avec les professionnels de santé¹⁸.

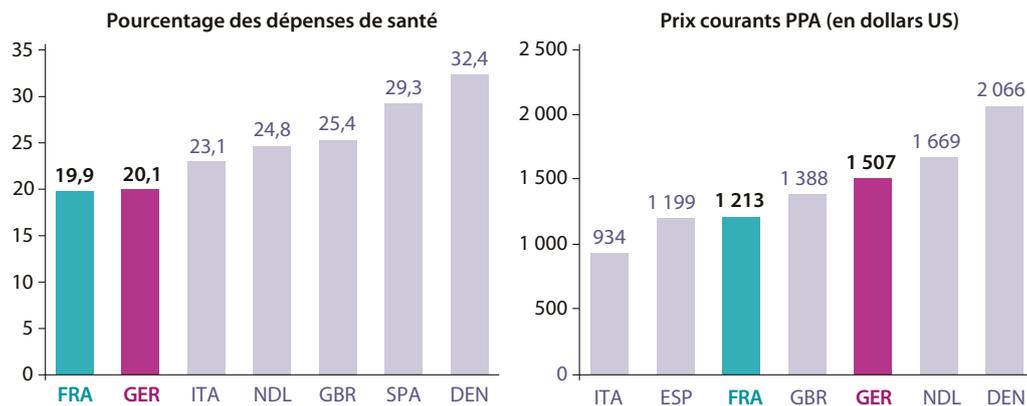
¹⁷ Les niveaux de copaiement sont cependant encadrés : un décret définit un corridor assez étroit dans lequel l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) peut fixer le niveau de participation. Le corridor tient également compte du Service médical rendu (SMR) pour les médicaments.

¹⁸ Sénat (2014). *Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé*. Rapport d'information n° 699 (2013-2014), déposé le 8 juillet 2014. (https://www.senat.fr/rap/r13-699/r13-699_mono.html).

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

La part des dépenses de santé consacrée aux soins ambulatoires est très similaire en France et en Allemagne (19,9 % en France et 20,1 % en Allemagne en 2021) [graphique 3]. En revanche, exprimés par tête (prix courants PPA, en dollar américain), l'Allemagne dépense beaucoup plus que la France (respectivement 1 507 et 1 213 dollars US par habitant en 2021). Entre 2013 et 2019, les dépenses de soins ambulatoires par habitant ont augmenté de 25 % en Allemagne contre 22 % en France (graphique 4). En raison de la pandémie de Covid-19, elles ont chuté en France en 2020, avant une forte augmentation, alors qu'elles ont continué de progresser en Allemagne.

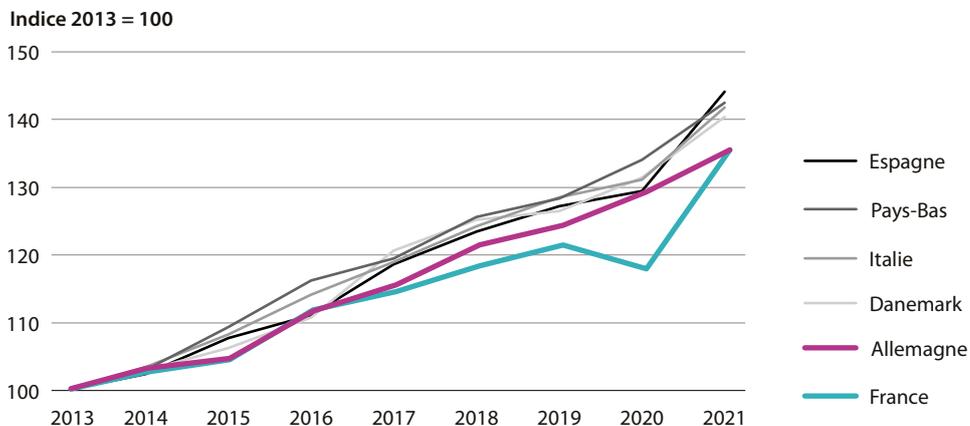
G 3 Dépenses de soins ambulatoires en pourcentage des dépenses de santé et par tête (prix courants PPA, dollar US) en 2021



DEN : Danemark ; FRA : France ; GBR : Royaume-Uni ; GER : Allemagne ; ITA : Italie ; NDL : Pays-Bas ; SPA : Espagne

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

G 4 Évolution des dépenses de soins ambulatoires par tête (prix courants PPA, dollar US) entre 2013 et 2021



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

3.1. Offre de soins ambulatoires

En France comme en Allemagne, les soins de ville sont majoritairement délivrés par des médecins libéraux, principalement rémunérés à l'acte en France, par un mélange de rémunération à l'acte et des budgets basés sur la capitation en Allemagne. Les médecins libéraux peuvent pratiquer leur activité médicale dans un cabinet seul, dans un cabinet en collaboration avec d'autres médecins de la même discipline ou bien au sein de centres/maisons de santé pluridisciplinaires.

3.1.1. Formes d'exercice libéral en ville : vers plus de pratiques en groupe

Historiquement, les médecins libéraux, en France comme en Allemagne, travaillaient en cabinet individuel en solo. En France, au cours des deux dernières décennies, la collaboration entre les médecins généralistes et d'autres professionnels de santé a été encouragée dans le cadre de différentes formes de pratiques de groupe avec différents financements incitatifs. En parallèle, de nouvelles structures de soins primaires ont été créées : les Centres de santé (CDS), les cabinets de groupe mono-disciplinaires et les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Les CDS regroupent des professionnels – en soins primaires – salariés, tandis qu'un cabinet de groupe mono-disciplinaire est principalement constitué de médecins généralistes libéraux partageant un cabinet privé. Les MSP regroupent quant à elles différents professionnels de soins primaires (notamment médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes) libéraux qui partagent un cabinet¹⁹. L'exercice regroupé chez les médecins généralistes a ainsi progressé : il concernait 69 % d'entre eux début 2022, contre 54 % fin 2010²⁰. S'agissant des soins spécialisés, de plus en plus de médecins spécialistes exercent leur activité médicale libérale au sein d'un cabinet de groupe. Ils sont principalement motivés par des raisons économiques et technologiques, notamment en cas d'utilisation d'équipements coûteux.

En Allemagne, les médecins libéraux peuvent également choisir de s'installer seuls dans un cabinet ou de s'associer avec d'autres médecins dans le cadre d'une communauté d'exercice professionnel ou d'un centre de soins ambulatoires pluridisciplinaires²¹. Il existe ainsi trois formes majeures d'exercice :

- Le cabinet individuel (*Einzelpraxis*) est la forme la plus répandue. En 2021, sur les 104 688 cabinets et centres de soins ambulatoires recensés par l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV), 78 % prenaient la forme d'un cabinet individuel. Comme en France, les cabinets individuels sont gérés économiquement par un unique médecin – ou psychologue dans le cas de l'Allemagne – et offrent une grande autonomie organisationnelle. En Allemagne, ce type de cabinet prend traditionnellement la forme juridique d'une entreprise individuelle (*Einzelunternehmen*). En revanche, généralement, le médecin n'y travaille pas seul : il est assisté par des assistants médicaux et/ou des infirmiers et peut embaucher des médecins salariés ou former des internes (en moyenne, 5,2 personnes employées par cabinet en 2019, principalement du personnel non médical²²). Dans le cadre de cette forme de cabinet, le médecin peut décider d'utiliser des locaux, appareils et per-

¹⁹ Afrite A., Mousquès J. (2014). « Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». Irdes, *Document de travail*, n° 62, octobre. (<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/062-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>).

²⁰ Drees (2022). « Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 ». *Etudes et résultats*, n° 1244, octobre. (<https://drees.solidaritesante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>).

²¹ KBV. *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG).

²² Statistisches Bundesamt (Destatis). [2019]. *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten* (Fachserie 2 Reihe 1.6.1)..

sonnels en commun avec d'autres médecins afin de partager les coûts, tout en restant économiquement détaché (patientèle et dossiers médicaux distincts, facturation des services de manière distincte, etc.) [*Praxisgemeinschaft*]. Malgré une tendance à la baisse depuis plusieurs années, 54 % des médecins généralistes en Allemagne continuaient à exercer leur activité médicale dans le cadre de cabinets individuels en 2021 (contre 59 % en 2010).

- La communauté d'exercice professionnel (*Berufsausübungsgemeinschaft*) est une association de deux ou plusieurs médecins qui forment une unité sur le plan économique et organisationnel, sous la forme juridique d'une société civile (*Gesellschaft bürgerlichen Rechts* – GbR) ou d'un partenariat enregistré (*Partnerschaftsgesellschaft*). Cette forme de cabinet représentait 18,1 % de l'ensemble des cabinets et centres de soins ambulatoires en 2021.
- Le centre de soins ambulatoires pluridisciplinaires (*Medizinisches Versorgungszentrum* – MVZ) est un centre de santé pluridisciplinaire de proximité délivrant des soins ambulatoires²³, généralement fondé sous la forme juridique d'une société à responsabilité limitée (*Gesellschaft mit beschränkter Haftung* – GmbH) ou d'une société de personnes (*Personengesellschaft*). Initialement, les premiers MVZ devaient obligatoirement accueillir au moins deux spécialités médicales distinctes. Depuis une loi de 2015 (*GKV-Versorgungstärkungsgesetz*), un MVZ peut regrouper des médecins exerçant la même spécialité. Le MVZ est dirigé par un ou plusieurs médecins, qui travaillent aussi dans le MVZ en tant que praticiens salariés ou libéraux conventionnés, et emploie 6,2 médecins en moyenne, avec des assistants médicaux, des secrétaires médicaux et des infirmiers²⁴. Dans la majorité des MVZ aujourd'hui, les médecins y travaillent en tant que salariés (fin 2021, 81,7 % des MVZ avec uniquement des médecins et des psychothérapeutes salariés contre 2,71 % avec uniquement des médecins et des psychothérapeutes libéraux, et 15,6 % avec des médecins et des psychothérapeutes à la fois salariés et libéraux). Les MVZ offrent un certain nombre d'avantages organisationnels (synergies en matière d'achat et d'équipement, centralisation des tâches administratives, facilitation de la collaboration au sein d'une équipe et de l'échange entre collègues, mise en place de différents modèles de temps de travail), tout en garantissant aux patients des soins fiables et continus (pas de fermeture pendant les périodes de vacances, rendez-vous rapide auprès d'un autre spécialiste dans le cas d'un MVZ avec plusieurs spécialités)²⁵. C'est une forme d'exercice de plus en plus répandue. En 2021, l'Allemagne comptait 4 179 MVZ, contre 1 654 en 2010 (soit 4 % et 1,6 % de l'ensemble des cabinets et centres médicaux en ville respectivement). L'évolution, entre 2010 et 2021, du nombre de cabinets médicaux en fonction de leur forme d'organisation se trouve dans l'annexe 2.

Le graphique 5 montre, pour chaque spécialité médicale, la répartition des médecins conventionnés entre les différentes formes de cabinet en 2021. On peut voir que malgré l'augmentation du nombre de MVZ, le cabinet individuel reste le type de pratique le plus courant, notamment pour certaines spécialités : la psychothérapie médicale et non médicale (92 % et 88 % respectivement), la psychiatrie pédiatrique (66 %), la dermatologie (56 %), la gynécologie (55 %), la médecine de famille (54 %) et la neurologie et psychiatrie (51 %).

²³ Michel L., Or. Z (2021). *Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovation dans cinq pays. Allemagne. Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ)*. (<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/582comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-innovations-allemande-centres-de-soins-ambulatoiresinterdisciplinaires.pdf>).

²⁴ Statistisches Bundesamt (Destatis), *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten* (Fachserie 2 Reihe 1.6.1). 2019.

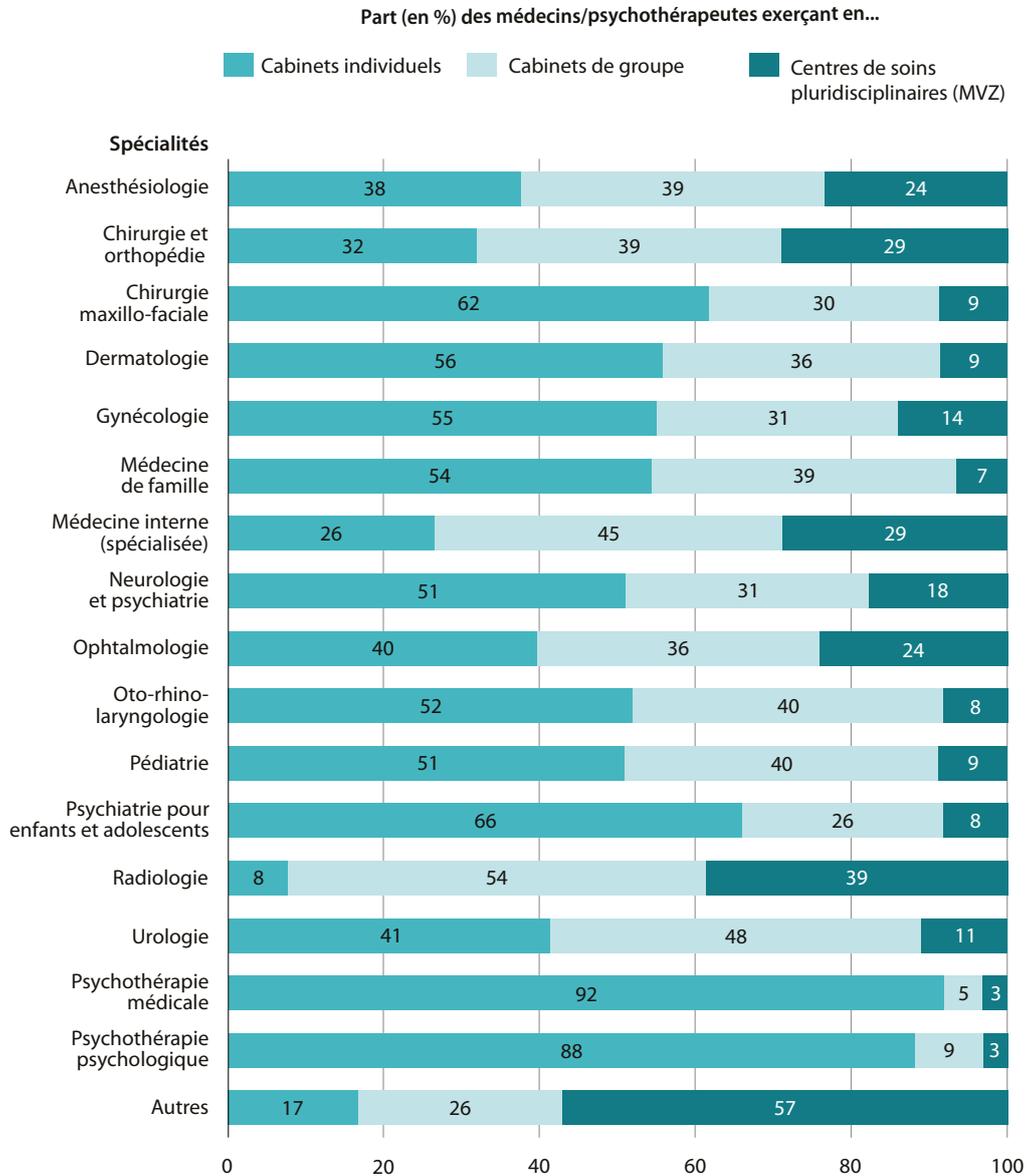
²⁵ Cirkel M., Cramer E., Enste P. (2023). *Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – Neue Chancen und Herausforderungen*. (doi.org/10.53190/fa/202311).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

G 5 Répartition des médecins conventionnés entre les différentes formes de cabinet médical, par spécialité, en Allemagne (2021)



Champ : La catégorie « médecine de famille » inclut les médecins généralistes (*Allgemeinärzte*) et les internistes pratiquant la médecine de famille (*hausärztlich tätige Internisten*). La catégorie « autres » inclut la radiothérapie, la médecine du travail, les dentistes, l'hygiène et médecine environnementale, la santé publique, la pharmacologie, la physiologie, la médecine légale et la médecine du sport.

Source : KBV. *Gesundheitsdaten*. (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>).

FOCUS 1

Médecine de famille

En Allemagne, les médecins généralistes et les médecins spécialisés en médecine interne mais travaillant comme médecins de famille fournissent les mêmes soins médicaux et font partie du même groupe de facturation (soins en médecine de famille), soumis au même budget (voir section 3.2.1). Les études de médecine durent six ans et sont divisées en trois phases. À la fin de chacune de ces phases, les étudiants passent un examen d'État. À l'issue des six ans de formation universitaire et du troisième examen d'État, les étudiants obtiennent l'autorisation d'exercice de la médecine (*Approbaton*). Une formation de spécialisation postuniversitaire (*Weiterbildung*) de cinq ans est ensuite obligatoire pour devenir médecin spécialiste (*Facharzt*), tel qu'en médecine de famille.

En France, la médecine générale est exercée par les médecins généralistes, également appelés omnipraticiens. Les études de médecine sont divisées en trois cycles²⁶. Elles comprennent tout d'abord l'enseignement des bases de la médecine (1^{er} cycle), puis son approfondissement et la pratique clinique (2^e cycle ou externat). Ces deux cycles durent six ans. A la fin du 2^e cycle de médecine, les étudiants passent les Epreuves classantes nationales (ECN) et débutent leur formation d'interne dans une spécialité (3^e cycle ou internat). Jusque-là, le 3^e cycle avait une durée de trois ans pour la médecine générale et de quatre à six ans pour les autres spécialités. Depuis la rentrée de septembre 2023, les internes qui débutent leur internat en médecine générale devront effectuer une 4^e année^{27, 28}.

Formation de spécialisation postuniversitaire en médecine générale en Allemagne (5 ans)	Troisième cycle des études médicales en médecine générale en France (4 ans) ⁴⁹
<ul style="list-style-type: none"> • 2 ans en médecine générale en ambulatoire • 1 an en médecine interne en soins aigus hospitaliers • 6 mois dans au moins un autre domaine de la prise en charge directe des patients • Jusqu'à 18 mois dans d'autres domaines de la prise en charge directe des patients • 80 heures en soins psychosomatiques 	<p>Phase socle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mois en médecine générale auprès d'un médecin généraliste • 6 mois en médecine d'urgence en milieu hospitalier <p>Phase d'approfondissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mois en médecine polyvalente à l'hôpital • 6 mois en santé de la femme et de l'enfant à l'hôpital ou en cabinet ou structure de ville (stage couplé) • 6 mois de Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) • 6 mois en médecine générale (stage libre accompli de préférence en gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique) <p>Phase de consolidation (2 semestres) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 stages de 6 mois en médecine générale en secteur ambulatoire (en principe, reconduction du premier stage durant le semestre suivant).

Pour plus de précisions sur les études de médecine en France et en Allemagne, voir l'annexe 4

²⁶ Onisep. *Les études de médecine*. 4 novembre 2022. (<https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>), consulté le 27 juillet 2023).

²⁷ Article 23 du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2023. ; Vie publique. *Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale*. 12 juin 2023. (<https://www.vie-publique.fr/rapport/289926-quatrieme-annee-audiplome-detudes-specialisees-medecine-generale>), consulté le 27 juillet 2023).

²⁸ Légifrance. *Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale*. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

3.1.2. Un système de licence qui régule l'installation des médecins libéraux en Allemagne

En France, les médecins bénéficient d'une liberté d'installation : à l'issue de leurs études, ils choisissent où exercer leur activité médicale sur le territoire national, indépendamment de la répartition de la population et de l'offre médicale. Des incitations financières tentent d'orienter l'installation des médecins dans des zones sous-dotées, notamment pour répondre au problème des déserts médicaux. Malgré l'absence d'évaluation de ces mesures en France, il semblerait, comme le suggère la littérature internationale, qu'elles soient peu efficaces.

En Allemagne, l'installation des médecins et psychothérapeutes conventionnés sur le territoire est encadrée par la « planification des besoins » (*Bedarfsplanung*). Cet instrument permet de déterminer le nombre de médecins (et psychothérapeutes) nécessaires dans une zone géographique afin de garantir aux assurés un accès égal aux soins de médecine générale et spécialisée, et conforme aux besoins. Si une zone de planification est surdotée, l'installation de nouveaux médecins dans cette zone est bloquée.

Le nombre de médecins et psychothérapeutes conventionnés autorisés à exercer dans une zone géographique donnée est déterminé selon un ratio de médecins par habitant²⁹. Celui-ci dépend de la densité et de la structure de morbidité, d'âge et de sexe de la population. Le cadre de la planification des besoins est défini de manière uniforme au niveau fédéral par le Comité mixte fédéral (G-BA). Sur cette base, les associations de médecins conventionnés (KV) établissent leur propre planification, en accord avec les caisses d'assurance maladie. Elles peuvent ainsi s'écarter des dispositions du G-BA afin de tenir compte des particularités régionales et locales en matière de soins. De plus, le périmètre géographique de la zone de planification varie d'une spécialité à une autre : plus les soins médicaux sont spécialisés, plus la zone de planification est grande. Le tableau 1 montre la classification des spécialités médicales pour la détermination des zones de planification. Il existe quatre grandes catégories, allant de la médecine de famille aux soins les plus spécialisés, qui englobent notamment la médecine nucléaire, la neurochirurgie et la radiothérapie.

T 1 Catégorisation des spécialités médicales pour la planification des besoins en Allemagne

Soins de médecine générale (<i>hausärztliche Versorgung</i>)	Soins de médecine spécialisée (<i>fachärztliche Versorgung</i>)		
	Soins « généraux » (<i>allgemein</i>)	Soins « spécialisés » (<i>spezialisiert</i>)	Soins « particuliers » (<i>gesondert</i>)
Médecine de famille	Chirurgie, dermatologie gynécologie, neurologie et psychiatrie Ophtalmologie Oto-rhino-laryngologie (ORL) Orthopédie Pédiatrie Psychothérapie Urologie	Anesthésie Médecine interne spécialisée (rhumatologie, cardiologie, gastro- entérologie, pneumologie et néphrologie) Psychiatrie pour les enfants et adolescents Radiologie	Génétique humaine Médecine de laboratoire Médecine de transfusion Médecine nucléaire Médecine physique et de réadaptation Neurochirurgie Pathologie Radiothérapie

Source : KBV. *Bedarfsplanung*. (<https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, consulté le 2 août 2023).

²⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss. *Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung*. (<https://www.gba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/>, consulté le 2 août 2023) ; KBV. *Bedarfsplanung*. (<https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, consulté le 2 août 2023) ; Virchow Bund. *Bedarfsplanung* (<https://www.virchowbund.de/praxis-knowhow/praxis-gruenden-und-ausbauen/bedarfsplanung>, consulté le 2 août 2023).

En 2023, le nombre de zones de planification au niveau fédéral s'élevait à environ 883 pour les soins de médecine générale, 361 pour le premier niveau de la médecine spécialisée, 97 pour le deuxième niveau de la médecine spécialisée et 17 pour le troisième niveau de la médecine spécialisée³⁰. Pour chaque zone de planification et chaque niveau de soins, des ratios spécifiques sont appliqués afin de déterminer s'il y a une surabondance, une pénurie de soins ou encore une menace de pénurie. D'après la directive sur la planification des besoins :

- Si le nombre de médecins par habitant dans une zone de planification est inférieur à 110 % du ratio cible, la zone est dite « ouverte », de nouveaux médecins conventionnés peuvent s'y installer.
- Si le nombre de médecins par habitant est supérieur à 110 % du ratio cible, il y a sur-appvisionnement. L'accès à cette zone est bloqué : aucun nouveau médecin ne peut être autorisé à s'y installer. Pour s'installer dans cette zone, il sera alors nécessaire d'attendre qu'un médecin déjà installé rende son autorisation d'installation (licence) [Focus 2].
- Il y a sous-appvisionnement d'une zone de planification lorsque le nombre de médecins par habitant est inférieur à 75 % du ratio cible, pour les médecins de famille, ou à 50 %, pour les médecins spécialistes. Les associations de médecins conventionnés sont alors tenues de prendre des mesures pour remédier à la pénurie et peuvent proposer certaines possibilités de soutien.

FOCUS 2

La licence en Allemagne, un outil de régulation de l'activité médicale en ville

À l'issue de sa formation postuniversitaire, un médecin peut avoir des qualifications dans plusieurs spécialités médicales, il n'y a pas de limitations à cet égard. En revanche, pour pouvoir exercer son activité en ville en tant que médecin conventionné, il doit choisir une spécialité médicale et avoir une licence délivrée pour cette spécialité³¹. La licence pour une spécialité donne l'autorisation de délivrer les prestations correspondantes dans le catalogue « EBM » à cette spécialité (voir section 3.2.1 pour plus de précisions sur l'échelle d'évaluation uniforme (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab* – EBM)). La licence définit ainsi les limites de l'activité médicale. Par exemple, un orthopédiste est autorisé à fournir des services orthopédiques, mais pas de médecine interne. En outre, un interniste qui décide de travailler comme un médecin de famille, exercera alors avec une licence de médecin de famille et aura accès au même catalogue de prestations que les médecins généralistes, il ne pourra fournir que ces prestations. L'installation des médecins et psychothérapeutes conventionnés sur le territoire est encadrée en régulant le nombre de licences par territoire. Ce sont les associations des médecins conventionnés au niveau de chaque *Land* qui délivrent les autorisations d'installation aux médecins, en fonction des ratios définis par la planification des besoins.

En 2016, pour la médecine de famille, on recensait 86 zones de planification avec un taux de couverture inférieure à 90 % du ratio cible et 8 zones avec moins de 75 %, contre 384 zones avec une couverture de 110 % où l'accès est bloqué³². Depuis 2019, pour certaines spécialités médicales qui regroupent plusieurs sous-spécialités, des quotas maximaux ou minimaux sont définis par le G-BA, afin de garantir et d'encadrer l'accès à ces sous-spécialités. Cela concerne la médecine interne spécialisée, la neurologie et psychiatrie (regroupées

³⁰ KBV. *Bedarfsplanung*. (<https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, consulté le 2 août 2023).

³¹ Entretien avec Dr. med. Morgane Otten (*GKV-Spitzenverband*).

³² Klose J., Rehbein I. (2017). *Ärztatlas 2017. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Wissenschaftliches Institut der AOK. (https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Aerzteatlas/wido_amb_aerzteatlas_2017.pdf).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

dans la catégorie *Nervenärzte* en allemand) et la psychothérapie (médicale et non médicale). S'agissant de la médecine interne spécialisée, des quotas maximaux sont prévus pour la cardiologie, la gastro-entérologie, la pneumologie et la néphrologie (respectivement 33 %, 19 %, 18 % et 25 % du ratio régional pour la médecine interne spécialisée³³) : une autorisation d'installation ne peut être délivrée que pour les sous-spécialités pour lesquelles les quotas maximaux respectifs ne sont pas dépassés. Ces quotas visent à éviter qu'il y ait trop de médecins de l'une de ces sous-spécialités au détriment des autres dans une zone de planification. Pour la rhumatologie, il s'agit d'un quota minimum : jusqu'à l'atteinte de ce quota, les rhumatologues peuvent être autorisés à s'installer dans une zone de planification, quand bien même celle-ci est bloquée pour la spécialité médecine interne spécialisée. Des quotas minimums s'appliquent également pour les sous-spécialités de la neurologie et psychiatrie et de la psychothérapie³⁴.

La planification des besoins concerne l'ensemble des médecins et psychothérapeutes conventionnés. Toutefois, les médecins non conventionnés, c'est-à-dire les médecins qui traitent exclusivement des patients avec une assurance maladie privée, sont libres de s'installer où ils le souhaitent. En revanche, un médecin hospitalier qui souhaite exercer une activité médicale libérale en ville ne pourra le faire que s'il obtient une licence. En 2019, un peu plus de 9 000 médecins hospitaliers avaient obtenu une licence pour travailler en ambulatoire. Il s'agit principalement de chefs de service autorisés à offrir certains soins spécialisés ou à traiter des patients de manière ponctuelle (en cas de fermetures de cabinets par exemple)³⁵.

La planification des besoins est un outil contraignant : en cas de surdensité dans une zone de planification, il n'est pas possible pour de nouveaux médecins de s'y installer. En revanche, elle ne permet pas en elle-même de remédier aux zones sous denses. En effet, l'objectif initial de la planification n'était pas de lutter contre le manque de médecins (*Ärztemangel*) dans certaines régions mais de réguler la densité de médecins pour garantir les revenus des médecins (voir 3.2).

Dans le cadre de la planification qui remonte à 1993, initialement, il ne s'agissait pas de mesurer les besoins en soins en fonction de la demande des patients ou de la morbidité de la population, mais de déterminer l'offre de prestataires de soins par rapport à la population, afin d'empêcher l'installation de davantage de médecins dans les régions surdotées et de garantir les intérêts économiques des médecins déjà en activité. À partir de 2012, l'objectif de la planification a évolué. La planification s'est éloignée du simple rapport médecin par habitant pour tenir compte de la structure démographique (structure d'âge, sexe). En outre, la possibilité pour les associations de médecins conventionnés et les caisses d'assurance maladie de s'écarter des directives fédérales du G-BA pour tenir compte des spécificités régionales et locales a été introduite. Une dernière évolution du calcul des ratios a eu lieu en 2019 afin d'intégrer l'état de santé de la population (quatre groupes d'âge, sexe, morbidité), les distances entre population et cabinets et la multiplication des zones de planification, notamment pour les médecins généralistes. En complément, des mesures incitatives, notamment

³³ Gemeinsamer Bundesausschuss. *Bedarfsplanungs-Richtlinie*. Version entrée en vigueur le 3 juin 2023. (<https://www.gba.de/richtlinien/4/>, consulté le 10 octobre 2023).

³⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss. *Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Warum gibt es für einzelne Arztgruppen Maximal - und Mindestquoten?* (<https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#warum-gibt-es-fureinzelne-arztgruppen-maximal-und-mindestquoten>, consulté le 10 octobre 2023) ; KBV. *Bedarfsplanung*. (<https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, consulté le 10 octobre 2023).

³⁵ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health System Review. Health Systems in Transition*.

financières, visant à lutter contre les pénuries territoriales de médecins ont été mises en place (exemples : subvention des coûts d'investissement nécessaires lors de l'installation ou de la reprise d'un cabinet médical, garantie de ressources).

En Allemagne comme en France, les incitations financières à travailler dans les zones défavorisées peinent à attirer de nouveaux médecins³⁶. Il ressort d'enquêtes menées auprès d'étudiants et de jeunes médecins³⁷ que pour la majorité des personnes interrogées, une activité salariée dans les soins ambulatoires ou hospitaliers est plus attrayante qu'une activité indépendante. Le souhait d'une activité à temps partiel et d'horaires de travail réguliers, qui permettent de concilier vie personnelle et vie professionnelle, est central. En outre, le souhait de travailler en équipe et d'être déchargé des tâches administratives et organisationnelles est de plus en plus répandu.

S'il existe toujours des différences dans la répartition des médecins d'une région à l'autre en Allemagne³⁸, notamment dans les territoires ruraux de l'Allemagne de l'Est, les problèmes d'accès aux soins semblent être moins flagrants. Les écarts régionaux en densité de médecins généralistes sont moins importants en Allemagne qu'en France. Selon une expertise scientifique de 2018 commandée par le G-BA³⁹, l'accessibilité des médecins peut être considérée comme « très bonne » pour la majorité de la population en Allemagne, 99,8 % de la population pouvant atteindre un médecin généraliste en moins de dix minutes en voiture ; et 99 % de la population pouvant atteindre la plupart des médecins spécialistes en moins de 30 minutes. En outre, la majorité des personnes interrogées déclaraient obtenir un rendez-vous en quelques jours.

3.1.3. Densités de médecins de ville proches mais davantage de médecins généralistes en France contre plus de spécialistes en Allemagne

Fin 2021, 152 028 médecins participaient aux soins médicaux dans le cadre du système de l'assurance maladie légale (GKV) en Allemagne, tandis que 128 634 médecins étaient recensés en France au 1^{er} janvier 2022⁴⁰. Ainsi, la densité de médecins de ville est légèrement plus élevée en France : 190 pour 100 000 habitants contre 183 pour 100 000 en Allemagne, en raison d'un nombre beaucoup plus important de médecins généralistes (107 médecins pour 100 000 habitants en France, contre 66 en Allemagne). En revanche, le nombre de médecins spécialistes par habitant en Allemagne est plus élevé qu'en France (117 pour 100 000 habitants en Allemagne contre 83 en France). Globalement, les médecins généralistes représentent 56 % des médecins de ville en France, tandis qu'ils ne représentaient que 36 % de l'ensemble des médecins conventionnés (hors psychothérapeutes non médicaux) en Allemagne fin 2021. Cette différence s'explique à la fois par le plus grand nombre de chirurgiens qui pratiquent dans des cabinets de ville en Allemagne et par le plus grand nombre de pédiatres et gynécologues (3 fois plus qu'en France) qui peuvent dispenser

³⁶ Hassenteufel P, Schweyer F.-X., Gerlinger T., Reiter R. (2020). « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne ». *Revue française des affaires sociales*. « Les réformes de l'organisation des soins primaires », n° 1 janvier-mars.

³⁷ KBV. *Berufsmonitoring. Europäische Medizinstudierende 2022*. Septembre 2023. (https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Berufsmonitoring-Bericht2022.pdf) ; *Ärztezeitung. Studie: MVZ als Lösung gegen den Ärztemangel auf dem Land*. 8 novembre 2023. (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Studie-MVZ-als-Loesung-gegen-denAerztemangel-auf-dem-Land-444402.html>), consulté le 11 décembre 2023).

³⁸ KBV. *Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung*. (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>), consulté le 11 décembre 2023).

³⁹ *Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung*. Juin 2018. (<https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/forschung/gutachten/bpl-gutachten-zusammenfassung.pdf>).

⁴⁰ KBV, *Bundesarztregister*, données au 31 décembre 2021 ; ASIP-Sante RPPS, traitements Drees, données au 1^{er} janvier 2022.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

des soins qui sont fournis par les médecins généralistes en France. On observe également des différences importantes pour certaines sous-spécialités de la médecine interne, telles que l'hématologie-oncologie, la néphrologie, la gastro-entérologie et la pneumologie. Par ailleurs, il faut noter qu'il y a un grand nombre de psychothérapeutes non médicaux qui sont considérés comme professionnels de santé en Allemagne, tandis qu'ils ne sont pas comptabilisés en France (tableau 2).

En Allemagne, les psychothérapeutes sont reconnus comme professionnels de santé, et sous conditions, remboursés par les caisses d'assurance maladie légale. Depuis 1999, des « psychothérapeutes psychologues » et des « psychothérapeutes pour enfants et adolescents », dont la qualification est acquise après une formation universitaire de psychothérapie non médicale, sont reconnus comme professionnels de santé. En 2021, l'Allemagne comptait 6 173 psychothérapeutes médicaux et 31 308 psychothérapeutes non médicaux (contre 5 420 et 17 308 respectivement en 2010)⁴¹ (Focus 2). En France, la profession de psychothérapeute est reconnue depuis 2012, mais les soins thérapeutiques ne sont pas remboursés de manière automatique⁴². Depuis avril 2022, dans le contexte de la crise sanitaire, toute personne (dès 3 ans) angoissée, déprimée ou en souffrance psychique peut bénéficier jusqu'à 8 séances par an d'accompagnement psychologique remboursées par l'Assurance maladie⁴³. Néanmoins, en France, il n'y a pas de formation unique agréée pour pratiquer la psychothérapie en ville, ni pour être rémunéré par l'Assurance maladie (Focus 3).

FOCUS 3

Psychothérapeutes en Allemagne⁴⁴

Les psychothérapeutes médicaux sont des médecins spécialistes qui ont suivi une formation postuniversitaire en psychothérapie. Seuls les psychothérapeutes médicaux peuvent prescrire des médicaments.

Les psychothérapeutes non médicaux suivent une formation universitaire spécifique qui a été réformée en 2020. Avant la réforme, pour devenir psychothérapeute non médical, il fallait suivre des études de « psychologie » de cinq ans, puis une formation en psychothérapie de trois ans. La réforme a mis en place une formation universitaire en psychothérapie de cinq ans (un Bachelor de trois ans, suivi d'un Master de deux ans). A l'issue de cette formation, les étudiants passent un examen d'Etat (*Staatsexam*) qui permet d'obtenir l'autorisation d'exercice en tant que « psychothérapeute ». La réforme a ainsi mis en place des exigences minimales communes sur les études, l'examen d'État et l'octroi de l'autorisation d'exercice. Pour être rémunéré par l'assurance maladie légale, il est ensuite nécessaire de suivre une formation postuniversitaire spécialisée, qui se fait dans des établissements hospitaliers ou ambulatoires. L'organisation précise de la formation post universitaire varie d'un *Land* à l'autre. Cette formation post universitaire spécialisée est indispensable aux psychothérapeutes non médicaux pour s'inscrire au registre des médecins (et psychothérapeutes) conventionnés et ainsi, pouvoir facturer leurs services aux caisses d'assurance maladie légale. La réforme a également instauré une rémunération fixe pour l'activité pratique des psychothérapeutes en formation postuniversitaire. Jusque-là, aucune rémunération des psychothérapeutes en formation n'était réglementée.

→ Annexe 3 : Effectifs des médecins conventionnés, dont salariés, en Allemagne (au 31 décembre 2021)

⁴¹ KBV, *Bundesarztregister*, données au 31 décembre 2021 ; KBV, *Anzahl Ärzte / Psychotherapeuten nach Arztgruppe, 2008-2022 (Bundesarztregister)*, données actualisées au 1^{er} mars 2023.

⁴² Deutscher Bundestag. *Zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland*. 2022. WD 9 - 3000 - 062/22 (<https://www.bundestag.de/resource/blob/918608/7391ca2b2cc017ebb7a80507544472d7/WD-9-062-22-pdf-data.pdf>).

⁴³ L'Assurance Maladie. *Remboursement de séances chez le psychologue*. 12 décembre 2022. (<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/seances-avec-un-psychologue>).

⁴⁴ Bundesministerium für Gesundheit ; *Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrum ; praktischArzt ; Psychotherapeuten Kammer Niedersachsen ; Statistisches Bundesamt (Destatis) ; Therapie.de*.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

T 2 Comparaison des effectifs de médecins (libéraux et salariés) en ville^a en France et en Allemagne, effectifs pour 100 000 habitants (1^{er} janvier 2022)

Spécialité	France		Allemagne	
	Total	Pour 100 000 habitants	Total	Pour 100 000 habitants
Médecine générale ^b	72 565	107,0	54 900	66,0
Total spécialistes (hors psychothérapie non médicale)	56 069	82,6	97 128	116,7
Pédiatrie	2 886	4,3	8 149	9,8
Gynécologie médicale et obstétrique	3 607	5,3	12 794	15,4
Anesthésie-réanimation	4 400	6,5	4 017	4,8
Biologie médicale	1 683	2,5	1 332	1,6
Cardiologie	3 585	5,3	3 548	4,3
Chirurgie	5 945	8,8	15 518	18,6
Dermatologie et vénéréologie	2 295	3,4	4 003	4,8
Endocrinologie	663	1,0	328	0,4
Gastro-entérologie	1 542	2,3	2 234	2,7
Hématologie et oncologie	360	0,5	1 359	1,6
Médecine nucléaire	265	0,4	1 012	1,2
Médecine physique et réadaptation	637	0,9	614	0,7
Néphrologie	615	0,9	1 829	2,2
Neurochirurgie	185	0,3	1 184	1,4
Neurologie et psychiatrie	6 700	9,9	7 503	9,0
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	1 423	2,1	4 587	5,5
Ophtalmologie	3 887	5,7	6 506	7,8
Pneumologie	959	1,4	1 515	1,8
Radiologie	5 392	7,9	4 504	5,4
Radiothérapie	399	0,6	1 114	1,3
Rhumatologie	1 186	1,7	691	0,8
Psychothérapie médicale	n/a	n/a	6 173	7,4
Autres ^c	7 455	11,0	6 614	7,9
Psychothérapie non médicale	n/a	n/a	31 308	37,6
Sous-total médecins (hors psychothérapie non médicale)	128 634	189,6	152 028	182,6
Total	128 634	189,6	183 336	220,3

^a En France, comprend les médecins libéraux (y compris en cliniques privées) et médecins salariés en ville (= médecins dont l'ensemble des activités sont salariées, au moins une non hospitalière). En Allemagne, comprend les médecins propriétaires de cabinet et salariés en ville.

^b Comprend les médecins généralistes et les internistes exerçant en tant que médecins de famille en Allemagne ; comprend les médecins généralistes en France.

^c La catégorie « Autres » comprend, en France, l'anatomie et la cytologie pathologiques, la génétique médicale, la gériatrie, la médecine du travail, la médecine interne, la recherche médicale, la santé publique, l'allergologie, les maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence, la médecine légale, la médecine vasculaire. En Allemagne, elle comprend la génétique humaine, l'angiologie, la gériatrie, les maladies infectieuses et tropicales, la pathologie, la médecine transfusionnelle, l'urologie, la médecine du travail, les dentistes spécialisés, l'hygiène et la médecine environnementale, la santé publique, la pharmacologie, la physiologie, la médecine légale et la médecine du sport.

Sources : Asip-Santé RPPS, traitements Drees, données au 1^{er} janvier 2022 ; KBV, Bundesarztregister, données au 31 décembre 2021. Nombre d'habitants : Insee, population au 1^{er} janvier 2022 ; Statistisches Bundesamt (*Destatis*), Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht (Quartalszahlen), donnée au 31 décembre 2021

(<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html#486090>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

Féminisation de la profession médicale en ville

En France et en Allemagne, la part de femmes parmi les médecins de ville est de plus en plus importante. En France, elle est passée de 39,7 % en 2012 à 46,7 % en 2022. Les spécialités au sein desquelles les femmes sont les plus représentées sont, entre autres, la dermatologie (73,4 %), la pédiatrie (72,8 %) et la gynécologie (59,2 %)⁴⁵. En Allemagne, la part de femmes parmi les médecins de ville est également en constante augmentation au cours des dernières années⁴⁶ : elle est passée de 40 % en 2010 à 50,7 % en 2022 où, pour la première fois, les femmes médecins étaient majoritaires en ville. En Allemagne, les spécialités au sein desquelles les femmes sont les plus représentées sont la psychothérapie non médicale (76,8 %), la gynécologie (71,9 %), la psychothérapie médicale (66,6 %), la psychiatrie pour enfants et adolescents (66,1 %), la pédiatrie (58,9 %) et la dermatologie (56,9 %)⁴⁷. En Allemagne, comme en France, les femmes sont très peu représentées au sein de la chirurgie : 15,7 % en Allemagne et 13,6 % en France⁴⁸. En Allemagne, la part des femmes est la plus élevée dans les groupes d'âge les plus jeunes : pour les moins de 39 ans, le rapport est de 58 % de femmes pour 42 % d'hommes, alors que chez les plus de 65 ans, il est de 72,6 % d'hommes pour 27,4 % de femmes. Enfin, la proportion de femmes est nettement plus élevée dans les *Länder* de l'Est de l'Allemagne (de 53,9 % en Mecklembourg-Poméranie-Occidentale à 58,5 en Saxe-Anhalt). Dans les *Länder* de l'ex-Allemagne de l'Ouest, ce sont les villes-États (*Stadtstaaten*) qui présentent les proportions de femmes les plus élevées : 53,3 % à Brême, 56,6 % à Hambourg et 58,6 % à Berlin.

3.1.4. Une plus grande variété de professionnels dans les cabinets de ville en Allemagne

En France, le recours à un secrétariat médical est important : la grande majorité des médecins généralistes (84 %), ayant au moins quatre ans d'ancienneté, déclaraient disposer d'un secrétariat médical en 2022. Seul un médecin généraliste sur six déclarait effectuer lui-même les tâches de secrétariat (23 % en 2019, contre 44 % en 2011)⁴⁹. Le recours à un secrétariat médical dépend de l'organisation du cabinet : les médecins généralistes qui exercent en groupe sont plus nombreux à en avoir un (92 % contre 64 % pour les médecins qui exercent seuls).

En revanche, le métier d'assistant médical, qui a été créé en 2019 dans l'objectif de dégager du temps médical supplémentaire pour les médecins, est encore peu développé en France. Selon une étude récente de la Drees⁵⁰, début 2022, 5 % des médecins généralistes disposaient d'un assistant médical afin de les aider dans leur cabinet. De plus, 5 % des médecins généralistes n'avaient pas d'assistant médical mais travaillaient avec un professionnel de soins, comme un infirmier salarié, qui les assiste. Parmi les médecins qui ne travaillaient pas avec un assistant médical, un sur dix (11 %) souhaitait y recourir (59 % ne le souhaitaient

⁴⁵ ASIP-Santé RPPS, traitements Drees, données au 1^{er} janvier 2022.

⁴⁶ KBV. Arztlstatistik 2022 : Frauenanteil erstmals über 50 Prozent – Arztzeit weiter knappe Ressource. (https://www.kbv.de/html/1150_62510.php, consulté le 14 décembre 2023) ; KBV.Gesundheitsdaten. Die Medizin wird weiblich. (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>, consulté le 14 décembre 2023).

⁴⁷ KBV, Bundesarztregister, données au 31 décembre 2022.

⁴⁸ Données au 31 décembre 2022 pour l'Allemagne (KBV) et au 1^{er} janvier 2022 en France (ASIP-Santé RPPS, traitement Drees).

⁴⁹ Drees (2022). « Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022 ». *Études et résultats*, octobre 2022, n°1245. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-six-assure-lui-meme-son-secretariat-en>).

⁵⁰ Bergeat M. et al. (2023). « Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale ». Drees, *Études et Résultats*, n° 1268, mai. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>).

pas et 30 % ne s'exprimaient pas sur la question). Les assistants médicaux peuvent soutenir les médecins dans leur pratique en réalisant des tâches administratives, en les aidant lors des consultations ou en organisant la coordination avec les autres professionnels de santé. Toutefois, ils ne sont pas des professionnels de santé : ils ne peuvent pas agir de manière autonome, ne disposent pas de salles ni d'horaires de consultation et ne peuvent pas intervenir en dehors du cabinet du médecin⁵¹. Sous certaines conditions, l'Assurance maladie verse une aide financière pour l'embauche d'un assistant médical. Au total, 6 000 contrats d'assistants médicaux ont été signés depuis 2019. Ils concernent principalement les médecins généralistes (75 % des cas)⁵².

En Allemagne, la plupart des médecins conventionnés emploient des assistants médicaux (*Medizinische Fachangestellte* – MFA) et des infirmiers pour les assister. Les infirmiers en pratique avancée ne se sont pas encore imposés dans les soins primaires, mais de plus en plus d'assistants médicaux suivent une formation complémentaire en gestion des soins⁵³. Les MFA fixent des rendez-vous avec les patients, documentent le déroulement des traitements pour les dossiers des patients et veillent à la facturation des prestations fournies. Au-delà des tâches administratives, ils peuvent également effectuer des tâches médicales telles que poser des pansements, préparer des seringues, prendre la tension et faire des prises de sang⁵⁴. Les MFA peuvent effectuer des prises en charge protocolisées avec le médecin, notamment pour les plaies chroniques, alors qu'en France, ce sont des soins réservés aux infirmiers. La formation des MFA dure trois ans après le baccalauréat : il s'agit d'une formation en alternance, organisée entre un établissement de formation théorique et un établissement de formation pratique (cabinet médical, MVZ ou hôpital par exemple). Leur rémunération et leurs primes et indemnités de formation sont fixées de manière annuelle par l'Association des professions médicales (VmF) et le Groupe de travail pour la réglementation des conditions de travail des assistants médicaux (*Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten* – AAA)⁵⁵ dans le cadre d'une convention collective (*Tarifvertrag für Medizinische Fachangestellte*)⁵⁶.

Selon l'Office fédéral des statistiques⁵⁷, un cabinet médical employait en moyenne 4,6 assistants techniques, assistants médicaux et infirmiers en 2019 (effectifs). Ceci est la moyenne des cabinets médicaux individuels et de groupe (sans les MVZ notamment). Plus précisément, le nombre d'assistants et infirmiers employés s'élevait à 3,4 pour les cabinets individuels et à 8,1 pour les cabinets de groupe qui ont une seule spécialité médicale. Pour les MVZ et les cabinets de groupe avec plusieurs spécialités médicales, leur nombre est estimé à près de 19 et de 12 professionnels de soins en moyenne respectivement. Au total,

⁵¹ Igas (2023). « La formation des assistants médicaux ». Rapport n° 2023-015R, juin. (https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2023-015r_rapport_.pdf).

⁵² L'Assurance maladie. *Le cap des 6 000 assistants médicaux franchi : un soutien essentiel pour les médecins libéraux au quotidien*. 22 janvier 2024. (<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-01-22-cp-6000-assistants-medicaux>, consulté le 13 mars 2024).

⁵³ Blümel M., Busse R. (2020). *Germany*. The Commonwealth Fund. (<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policycenter/countries/germany>, consulté le 5 septembre 2023).

⁵⁴ Bundesärztekammer. *Medizinische Fachangestellte* (MFA). (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/mfa>, consulté le 14 août 2023) ; Bundesagentur für Arbeit. *Medizinische/r Fachangestellte/r, Ausbildungsberuf*. (<https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/33212>, consulté le 14 août 2023).

⁵⁵ Le Groupe de travail pour la réglementation des conditions de travail des assistants médicaux (*Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten* – AAA) représente les employeurs médicaux ; ses membres sont exclusivement des médecins établis qui emploient des assistants médicaux.

⁵⁶ Bundesärztekammer. *Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen*. (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/mfa/gehaltstarifvertrag>).

⁵⁷ Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten* (Fachserie 2 Reihe 1.6.1). 2019.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

341 000 assistants médicaux⁵⁸ (effectifs) travaillaient dans un cabinet médical en ville en 2021, selon l'Association des professions médicales (*Verband medizinischer Fachberufe e.V. – VmF*)⁵⁹ [Focus 4].

FOCUS 4

Les assistants médicaux en Allemagne

Les assistants médicaux allemands ayant trois années d'expérience professionnelle en soins de ville peuvent suivre une formation qualifiante de « *Nichtärztliche Praxisassistenten* » (*NäPa*) qui permet d'avoir plus de responsabilité et de travailler de manière plus autonome au sein du cabinet médical. Ces assistants médicaux qualifiés peuvent notamment réaliser pour le compte des médecins des visites à domicile et dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes⁶⁰. La formation de *NäPa* prévoit en principe 270 heures de formation théorique et pratique, qui peuvent être réparties sur cinq ans maximum⁶¹. Elle peut toutefois être réduite en fonction de l'expérience professionnelle du professionnel formé. Pour pouvoir facturer les visites, les médecins doivent disposer d'une autorisation de leur association de médecins conventionnés, notamment liée à des conditions de qualifications de l'assistant, du nombre de patients traités et de l'âge des patients traités⁶². Les cabinets qui emploient un tel assistant reçoivent une subvention. Les activités cliniques qui peuvent être déléguées par les médecins aux assistants médicaux sont réglementées par un accord entre le médecin et la caisse d'assurance maladie (l'anamnèse, le diagnostic, la prescription ou les interventions chirurgicales ne peuvent pas être délégués aux assistants médicaux).

Depuis le 1^{er} septembre 2023, la formation de *NäPa* s'adresse également aux professionnels soignants formés suite à la loi de 2020 sur les professions infirmières (*Pflegeberufegesetz*)⁶³, ayant au moins trois années d'expérience professionnelle en cabinet médical en ville.

3.2. Rémunération des médecins libéraux

3.2.1. Mécanismes de rémunération différents

En France, les médecins libéraux en ville sont principalement rémunérés par le paiement à l'acte. Les revenus des médecins dépendent ainsi directement du nombre d'actes et de consultations qu'ils effectuent. Les médecins exerçant en secteur 1 pratiquent des honoraires fixes remboursés par la Sécurité sociale. Pour le secteur 2, les honoraires sont libres, mais la Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie du prix sur la base du tarif en secteur 1. La grande majorité des médecins généralistes exercent en secteur 1 en raison du durcissement des conditions d'accès au secteur 2. En 2021, seulement 1,7 % du revenu des généralistes provenait des dépassements d'honoraires. En revanche chez les médecins spécialistes, les dépassements d'honoraires sont plus courants : 17 % de la consommation des soins des spécialistes libéraux en 2021 (contre 16,5 % en 2011)⁶⁴. Depuis 2011, un système de Paiement

⁵⁸ Verband medizinischer Fachberufe e.V. *Zahlen und Fakten*. 22 février 2023. (<https://www.vmf-online.de/downloaddateien/downloads-pressebereich/zahlen-und-fakten.pdf>).

⁵⁹ L'Association des professions médicales est un syndicat d'assistants médicaux, vétérinaires et dentaires.

⁶⁰ Igas (2023). « La formation des assistants médicaux ». Rapport n° 2023-015R, juin. (https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2023-015r_rapport_.pdf).

⁶¹ Bundesärztekammer. *Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“*. 3. Auflage 2023. (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/Nicht-aerztliche_Praxisassistentin_Curriculum_3_Auflage_2023.pdf).

⁶² KBV. *Nichtärztliche Praxisassistenz in Haus- und Facharztpraxen*. 12 octobre 2023. (<https://www.kbv.de/html/12491.php>, consulté le 23 octobre 2023).

⁶³ KBV. *Nichtärztliche Praxisassistenz: Neuer Berufsabschluss wird anerkannt*. 17 août 2023. (https://www.kbv.de/html/1150_64886.php, consulté le 23 octobre 2023).

⁶⁴ Drees (2022). *Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé. Edition 2022*.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

à la performance (P4P) a également été introduit via l'instauration conventionnelle de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Initialement introduit pour les médecins généralistes, ce modèle a été progressivement étendu aux spécialistes et couvre aujourd'hui tous les médecins qui ont signé la convention collective nationale de 2016. La Rosp accorde aux médecins libéraux une rémunération complémentaire, liée à l'atteinte, totalement ou proportionnellement, des objectifs fixés. La dernière version de la Rosp comportait 29 indicateurs⁶⁵ en lien avec la prévention et le dépistage, le suivi des troubles chroniques et l'efficacité des prescriptions médicamenteuses. Ils peuvent varier selon la spécialité médicale. Les médecins traitants reçoivent aussi des forfaits pour assurer la continuité et la coordination des soins⁶⁶. Depuis 2010, la part de la rémunération liée à la performance a progressivement augmenté, notamment pour les généralistes. En 2019, les rémunérations forfaitaires (Rosp, dispositif de permanence des soins) représentaient 15 % du revenu des médecins généralistes (graphique 6)⁶⁷. De plus, afin d'améliorer la coordination, la qualité et l'efficacité des soins et de soutenir les modes d'exercice pluridisciplinaires, de nouveaux modèles de rémunération (Expérimentation des nouveaux modes de rémunération-ENMR) ont été testés⁶⁸. En 2010, un paiement à la coordination forfaitaire a été instauré pour les maisons

G 6 Composition des revenus des médecins généralistes en France (2010 à 2019)

Revenus (en millions d'euros)



Champ : La catégorie « Autres » inclut, notamment, le Forfait médecin traitant (FMT) et le Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) à compter de 2018. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2018, le FPMT s'est substitué aux différents forfaits versés auparavant aux médecins traitants (notamment FMT et Revenu médecin traitant (RMT)) ainsi qu'à la valorisation prévue pour l'établissement du volet de synthèse.

⁶⁵ L'Assurance maladie (2023). « La Rosp du médecin traitant de l'adulte ». (<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>, consulté le 16 août 2023).

⁶⁶ Par exemple, les forfaits d'astreinte pour les médecins de garde pour renforcer les permanences des soins par les médecins généralistes en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés) (<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/lapermanence-et-continuite-des-soins>, consulté le 16 août 2023).

⁶⁷ Drees (2020). *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé. Edition 2020.*

⁶⁸ Or Z., Gandré C., Seppänen AV., Hernández-Quevedo C., Webb E., Michel M., Chevreur K. (2023). *France: Health system review. Health Systems in Transition. 2023.*

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

et centres de santé. Depuis 2011, les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) peuvent se constituer en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), afin de permettre des transferts financiers directs à la structure collective. Dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de 2017, les MSP peuvent bénéficier d'une rémunération collective, calculée sur la base de l'atteinte d'engagements socles et optionnels relevant de l'accès aux soins, du travail en équipe et du système d'information. Ces engagements sont composés d'une part fixe et d'une part variable, cette dernière dépendant de la taille de la patientèle ou du nombre de professionnels. Pour adhérer à l'ACI, les MSP doivent être constituées en Sisa et s'engager sur un cahier des charges précis⁶⁹. En outre, le Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé (Peps) est actuellement expérimenté dans des MSP ou des centres de santé désireux de remplacer le paiement à l'acte des médecins généralistes et des infirmiers par un paiement annuel fixe par patient pour suivre tous les patients d'un médecin référent ou certaines populations spécifiques (personnes âgées, patients diabétiques, etc.).

En Allemagne, les médecins conventionnés sont rémunérés par la rémunération à l'acte en combinaison avec des budgets basés sur une formule de capitation (paiement par patient). Les prix des services médicaux couverts par l'assurance maladie légale⁷¹ sont définis dans le cadre de l'échelle d'évaluation uniforme (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM*), qui est une échelle de coûts répertoriant les prestations remboursables (plus de 1 500). Pour chaque prestation médicale, un prix d'orientation en euros et un nombre de points, qui reflète l'intensité de la prestation, sont attribués par le comité d'évaluation (*Bewertungsausschuss – BA*), à partir d'une évaluation des coûts réels des prestations. La logique de la classification EBM est proche de la logique des Groupes homogènes de malades (GHM) utilisés à l'hôpital. Il s'agit des prestations médicales prenant en compte le profil des patients (par exemple, consultation d'une personne âgée pour suivi de diabète) [Focus 5]. Notons qu'en France le système similaire de Classification commune des actes médicaux (CCAM) contient plus de 13 000 actes et la dernière mise à jour globale des coûts date de 2004⁷², si bien que le progrès technique n'est pas suffisamment pris en compte dans les tarifs.

Le prix d'orientation du point EBM est uniforme au niveau fédéral, mais le prix effectif peut varier d'un *Land* à l'autre, en fonction des différences régionales en matière de coûts et de structures des soins. Il n'existe pas de fourchette qui définit le cadre dans lequel le prix effectif peut évoluer. En Allemagne, la notion de dépassements d'honoraires n'existe pas. En revanche, la rémunération d'un médecin libéral diffère selon qu'il fournit des services à un patient couvert par l'assurance maladie légale ou par l'assurance maladie privée. Il n'y a pas de régulation de prix pour les patients privés.

⁶⁹ Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 258.

(<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>) ;

[Fin de la note 67] L'Assurance maladie (2023). « Constituer une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ». (<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>, consulté le 11 octobre 2023).

⁷⁰ L'Assurance maladie (2023). *Le dispositif du médecin traitant*.

(<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant>, consulté le 16 août 2023).

⁷¹ La loi exige que les médecins ambulatoires sous contrat avec le régime d'assurance maladie publique soient membres de ces associations régionales, qui agissent en tant qu'intermédiaires financiers entre les médecins et les caisses et sont responsables de la coordination des besoins en soins dans leur région.

⁷² Cour des Comptes. (2022). *La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler. La Sécurité sociale 2022. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Octobre. (<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20221004-Ralfs-2022-5-radiotherapie.pdf>).

Suite page suivante.

FOCUS 5

Exemples d'EBM qui peuvent être facturés à un patient âgé de 65 ans et souffrant de diabète⁷³

- Forfait (Versichertenpauschale) pour un assuré âgé de 55 à 75 ans : 17,66 euros facturé une fois par trimestre (EBM 03000)
- Supplément au forfait n°03000 pour le traitement et la prise en charge d'un patient souffrant d'au moins une maladie chronique (Chronikerzuschlag) : 15,51 euros facturé une fois par trimestre (EBM 03220)
- Entretien médical « axé sur les problèmes, requis par la nature et la gravité de la maladie » : 15,28 euros par 10 minutes (EBM 03230)
- Échographie abdominale (le cas échéant) : 17,07 euros facturé à chaque consultation (EBM 33042)

Budgets ajustés sur la morbidité

Les médecins conventionnés ne sont pas directement rémunérés par les caisses de l'assurance maladie : ces dernières versent annuellement un budget prospectif aux associations régionales de médecins conventionnés (KV), qui répartissent ensuite le budget entre les médecins⁷⁴. Il s'agit d'un budget global ajusté sur la morbidité ou le profil des patients dans chaque *Land* (*morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*) qui fixe la limite maximale des dépenses de médecine en ville (enveloppe fermée) [tableau 3]. Le montant de cette enveloppe est négocié entre les associations régionales de médecins conventionnés (KV) et les caisses d'assurance maladie légale, en considérant les prix et les volumes des services fournis l'année précédente dans la région : autrement dit, l'ensemble des prestations médicales fournies aux patients couverts par l'assurance maladie légale dans le *Land* donné, au cours de l'année précédente, est mesuré par les points EBM (composante volume), multipliés par le prix effectif du point EBM (composante prix). Ces deux composantes peuvent faire l'objet d'ajustements, c'est là l'objet des négociations régionales. En effet, chaque année, la somme des points peut être ajustée afin de tenir compte du nombre, de l'évolution de l'âge et de l'état

T 3 Calcul des budgets ajustés sur la morbidité⁷⁵

Composante volume	Composante prix
La somme des points EBM de l'ensemble des prestations médicales fournies aux patients couverts par l'assurance maladie légale lors de l'année précédente dans le <i>Land</i>	Prix régional du point
<i>Ajustement sur la base de l'évolution annuelle du nombre d'assurés, de l'âge et de l'état de santé (diagnostics de traitement) de la population régionale</i>	<i>Ajustement sur la base de l'évolution annuelle des coûts (y compris l'inflation)</i>
⇒ Gestion des volumes	
= Rémunération ajustée sur la morbidité (<i>Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung</i> – MGV)	

⁷³ KBV. *Online-Version des EBM*. (<https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>, consulté le 12 mars 2024); KV Nordrhein. *Veranstaltung: Abrechnung, EBM und Honorar für Haus- und Kinderärzte*. (<https://www.youtube.com/watch?v=uA5fckUQ7Ew>, consulté le 15 mars 2023).

⁷⁴ Barber SL., Lorenzoni L., Ong P. *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; GKV-Spitzenverband. *Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen*. (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp).

⁷⁵ Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. 2019. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

de santé (maladies) des assurés (publics) dans le *Land* donné. De plus, le prix du point EBM est également ajusté chaque année, afin de refléter les changements dans les coûts d'investissement et de fonctionnement dans le *Land*. Cette procédure vise essentiellement à maintenir les dépenses dans des limites raisonnables, tout en encourageant un niveau élevé de volume de soins. Du fait qu'il s'agit d'une enveloppe fermée, les médecins ne sont remboursés que partiellement au-delà d'un certain volume d'activité par trimestre (voir la section suivante). Les négociations régionales portent aussi sur les nouveaux actes à intégrer dans le catalogue EBM. Environ 70 % de la rémunération des médecins conventionnés étaient soumis à ce budget ajusté sur la morbidité en 2019⁷⁶. Toutefois, cette part est en baisse en raison du nombre d'actes de plus en plus rémunérés hors budget : elle s'élève aujourd'hui autour de 60 %.

Rémunération extrabudgétaire

Certains services médicaux ne sont pas soumis à des contraintes budgétaires et sont donc remboursés à des prix fixes. A l'origine, seules quelques prestations étaient rémunérées hors budget. La rémunération extrabudgétaire représente aujourd'hui environ 40 % de la rémunération globale des médecins, de plus en plus d'actes y sont intégrés⁷⁸. Ces prestations, extraites de la rémunération budgétée pour inciter les médecins à les prodiguer, concernent

FOCUS 6

Rémunération des actes de prévention

Généralement, le niveau de la prévention est considéré comme faible en Allemagne car cet aspect n'est traditionnellement pas considéré comme relevant de l'assurance maladie légale. Toutefois, certains actes de prévention sont rémunérés et ne sont pas budgétisés (rémunération extrabudgétaire). Il s'agit, par exemple, de la coloscopie en prévention du cancer colorectale, du dépistage du cancer du col de l'utérus, du dépistage du cancer de la peau, de l'échographie pour le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale, de l'échographie pour le dépistage précoce du cancer de la prostate, du suivi de la grossesse, etc.⁷⁹

Il existe également une incitation financière pour les médecins généralistes, sous la forme d'une prime annuelle fixe pour assurer l'éducation thérapeutique des patients et documenter les données les concernant, dans le cadre d'un programme de gestion des maladies (*Disease-Management-Program*) [123 euros par assuré inscrit en 2023]. Si le paiement à la performance n'est pas mis en place en Allemagne, des incitations financières à la coordination des soins peuvent faire l'objet de contrats de soins intégrés, mais ne sont pas systématiquement mises en œuvre⁸⁰.

⁷⁶ Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; GKV-Spitzenverband. *Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen*. (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp).

⁷⁷ Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. 2019. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf).

⁷⁸ Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁷⁹ Section 1.7. « Examens de santé et de dépistage précoce, soins prénatals, régulation des naissances et interruption de grossesse » (II - Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen > 1 - Allgemeine Gebührenordnungspositionen > 1.7 - Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)).

⁸⁰ Blümel M., Busse R. *Germany*. The Commonwealth Fund. 5 juin 2020. (<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>, consulté le 5 septembre 2023).

notamment les interventions chirurgicales ambulatoires⁸¹, les actes de prévention (examens de dépistage, vaccinations)⁸², les soins prénataux, la psychothérapie, etc. En outre, tout nouvel acte intégré dans le catalogue EBM est rémunéré dans le cadre de la rémunération extrabudgétaire et n'est donc pas soumis à la contrainte budgétaire. Ainsi, les budgets ne constituent pas une barrière à l'innovation. Certaines caisses d'assurance maladie peuvent introduire des prestations extrabudgétaires par le biais de contrats sélectifs avec des médecins (par exemple, programmes de traitements structurés ou de soins intégrés), mais c'est assez rare (Focus 6).

3.2.2. Niveau de revenu des médecins en ville

Comparaison du revenu des médecins libéraux

Pour comparer le niveau de revenu des médecins libéraux par spécialité, plusieurs sources de données ont été mobilisées : les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé pour la France et les données de l'Institut central pour les soins médicaux conventionnés (*Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Zi*) et de l'Office fédéral des statistiques (*Statistisches Bundesamt*, aussi appelé *Destatis*) pour l'Allemagne (voir annexe 5, p. 93).

Le graphique 7 présente les revenus des médecins libéraux par spécialité par rapport au salaire annuel moyen brut de chaque pays (39 152 euros en France et 42 376 euros en Allemagne⁸³). Certaines spécialités font systématiquement parties des spécialités les mieux rémunérées que ce soit en France ou en Allemagne. Cela concerne notamment la radiothérapie, la radiologie, la médecine nucléaire, l'ophtalmologie, la cardiologie et la gastro-entérologie. En France, les radiothérapeutes sont exceptionnellement bien rémunérés sur cette sélection de spécialités par rapport au salaire moyen (17,5 fois le salaire moyen), suivis par les radiologues (7,0 fois le salaire moyen), les ophtalmologues (6,3 fois le salaire moyen) et les chirurgiens (6,2 fois). En Allemagne, la différence de rémunération entre les spécialistes en radiothérapie, médecine nucléaire et radiologie ensembles et les radiologues est moins prononcée, ces spécialités ayant des revenus autour de 10 fois le salaire moyen, suivis par les ophtalmologues (7,3 fois).

Pour la plupart des spécialités, les revenus rapportés au salaire moyen du pays sont plus élevés en Allemagne qu'en France, à quelques exceptions notables : les chirurgiens, les cardiologues et les oto-rhinolaryngologistes gagnent entre 6,2 et 4,5 fois plus que le salaire moyen en France contre entre 5,4 et 4,3 fois en Allemagne. En France, les pédiatres, les omnipraticiens et les dermatologues sont les médecins les moins bien rémunérés, avec environ trois fois le salaire moyen, alors que les autres spécialistes gagnent entre quatre et sept fois le salaire moyen environ (à l'exception des radiothérapeutes). En Allemagne, les omnipraticiens et les pédiatres, sans faire partie des spécialités les plus rémunératrices, perçoivent des revenus environ 4,5 fois plus élevés que le revenu moyen. Leur niveau de revenu est comparable à celui de la plupart des autres spécialités. Par exemple, en France, les généralistes gagnent deux fois moins que les chirurgiens et 50 % de moins que les oto-rhinolaryngologistes, alors qu'en Allemagne, leurs revenus sont plutôt comparables, illustrant la

⁸¹ Sections IV 31.1 et 31.4 EBM : prestations pré- ou postopératoires (codes 31010 à 31013 ; 31600).

⁸² Sections II 1.7.1, 1.7.2 et 1.7.3 EBM (codes 01702 à 01727 ; 01731 bis 01748 ; 01760 ; 32880 bis 32882), à l'exception des codes 01710 et 01759.

⁸³ Statistiques de l'OCDE sur l'emploi et le marché du travail. (<https://doi.org/10.1787/data-00571-fr>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

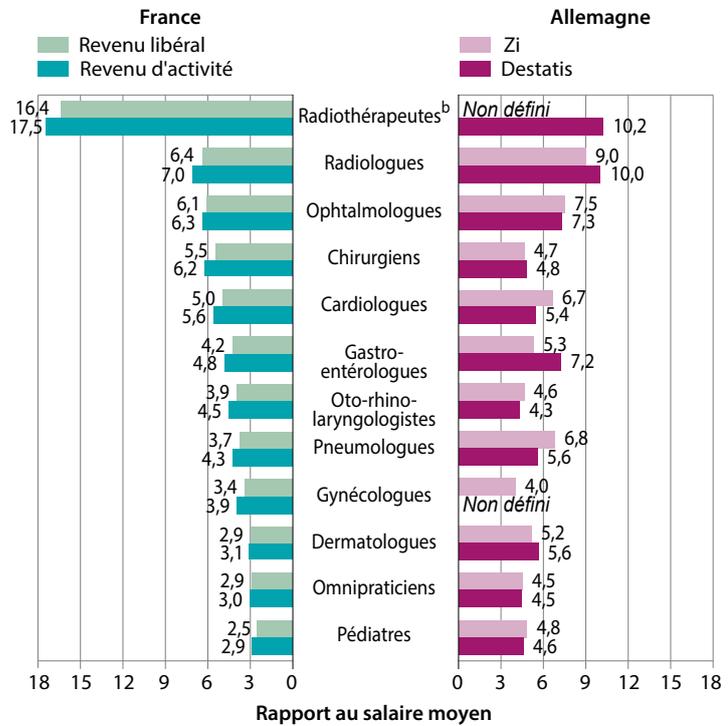
Irdes - mars 2024

G7 Revenu des médecins libéraux par rapport au salaire moyen, avant déduction des charges sociales, en France et en Allemagne (2019) – sélection des spécialités comparables dans les deux pays^a

^a Salaire annuel moyen brut en 2019 : 39 152 euros en France et 42 376 euros en Allemagne (Statistiques de l'OCDE sur l'emploi et le marché du travail (<https://doi.org/10.1787/data-00571-fr>)).

^b Pour l'Allemagne, la catégorie « radiothérapeutes » comprend également les spécialistes en médecine nucléaire et en radiologie.

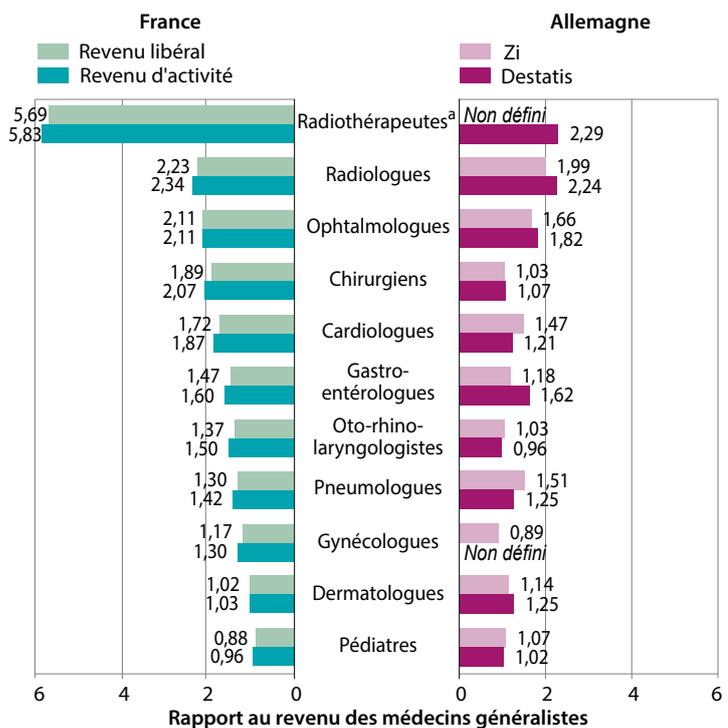
Sources : Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». Drees, Études et résultats, n° 1 223 ; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Zi-Praxis-Panel (2020) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten* (Fachserie 2 Reihe 1.6.1). 2020. Calculs Irdes.



G8 Revenu des médecins spécialistes libéraux par rapport au revenu des médecins généralistes libéraux en France et en Allemagne (2019) – sélection des spécialités comparables dans les deux pays

^a Pour l'Allemagne, la catégorie « radiothérapeutes » comprend également les spécialistes en médecine nucléaire et radiologie.

Sources : Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». Drees, Études et résultats. Mars 2022, n° 1 223 ; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Zi-Praxis-Panel (2020) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten* (Fachserie 2 Reihe 1.6.1). 2020. Calculs Irdes.



plus grande hétérogénéité des revenus entre spécialités en France, comparativement à une situation plus uniforme en Allemagne.

Ainsi, les écarts de revenus entre les médecins libéraux sont plus importants en France qu'en Allemagne. Le graphique 8 compare le revenu des différentes spécialités au revenu des médecins généralistes libéraux dans les deux pays. L'écart de revenu entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes est plus important en France qu'en Allemagne pour la plupart des spécialités, notamment la chirurgie, la cardiologie, l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie et l'ophtalmologie. Par exemple, les ophtalmologues gagnent en moyenne 80 % de plus que les généralistes en Allemagne et plus de deux fois plus (110 %) en France. La rémunération moyenne des radiothérapeutes correspond à près de six fois le revenu moyen des médecins généralistes en France (5,8 fois) contre 2,3 fois en Allemagne pour les radiothérapeutes, médecins nucléaires et radiologues ensemble. En revanche, pour les pneumologues (d'après les données du Zi en Allemagne) et les dermatologues, l'écart de revenu avec les médecins généralistes est plus important en Allemagne qu'en France.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les différences de revenu entre les spécialités en Allemagne comme en France. D'une part, cette différence de revenu peut résulter des différents tarifs (public *versus* privé en Allemagne et secteur 1 *versus* 2 en France) ainsi que des marges de bénéfices pour différents actes, qui peuvent varier selon les spécialités. Souvent les actes techniques et innovants sont plus rémunérateurs. En France, dans les spécialités où la part des médecins libéraux en secteur 2 est plus élevée, les revenus peuvent être plus élevés, comme les spécialistes en Allemagne qui ont une clientèle avec une assurance privée plus importante. La capacité des médecins à augmenter leur volume d'activité, donc à fournir plus de prestations, et à employer de nouvelles technologies est aussi très différente. Certaines spécialités (plus techniques) peuvent augmenter leur volume de services plus facilement que d'autres (plus cliniques). Par ailleurs en Allemagne, il se peut que la capacité historique de négociation de certaines spécialités puisse influencer les volumes et donc les revenus. En France, le manque de lien entre les coûts et les tarifs des prestations en ville peut être une source des écarts de revenu observés entre les spécialités.

En termes de charges de travail hebdomadaire, en 2019, les médecins généralistes libéraux français déclaraient travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire⁸⁴. En Allemagne, les médecins de famille déclaraient un temps de travail hebdomadaire moyen plus court : 52,4 heures en 2018 selon la KBV⁸⁵, 49,3 heures en 2019 selon les données du Zi⁸⁶.

⁸⁴ Chaput H. *et al.* (2019). « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine ». Drees, *Etudes et résultats* n° 113, mai. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>).

⁸⁵ KBV und NAV-Virchow-Bund. *ÄrzteMonitor 2018. Ergebnisse nach Facharztgruppen*. (https://www.kbv.de/media/sp/infafas_TabBand_AerzteMonitor2018_Facharztgruppen_20180615.pdf).

⁸⁶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), *Zi-Praxis-Panel* (2020).

FOCUS 7

Impact de la forme du cabinet sur le revenu des médecins-proprétaires en Allemagne

Selon les données du Zi⁸⁷, dans les cabinets de groupe (*Berufsausübungsgemeinschaften*), les bénéfices annuels par propriétaire de cabinet (revenu après déduction des coûts du cabinet, mais avant déduction des charges sociales et des impôts du propriétaire de cabinet), toutes spécialités médicales confondues, s'élevaient en 2019 à environ 206 200 euros et dépassaient ainsi de près de 30 % ceux des cabinets individuels (environ 159 500 euros) – malgré une croissance annuelle des bénéfices plus importante en 2018 et 2019 dans les cabinets individuels que dans les cabinets de groupe (+ 2,6 % en 2019 en cabinet de groupe, contre + 3,7 % en 2019 en cabinet individuel).

Ainsi, l'organisation de la pratique médicale en groupe semble assurer de meilleurs bénéfices aux médecins-proprétaires par rapport à une pratique individuelle.

Revenu des médecins salariés en ville en Allemagne

En Allemagne⁸⁸, de plus en plus de médecins sont salariés dans les cabinets et dans les centres de soins médicaux ambulatoires en ville. Au 31 décembre 2021, 28 % des médecins conventionnés (hors psychothérapeutes non-médicaux) étaient salariés, contre 18 % en 2015. Selon l'Office fédéral des statistiques, en 2019, en moyenne 0,6 médecin par cabinet était employé comme salarié : 0,3 en cabinets individuels (*Einzelprixen*), 0,8 en cabinets de groupe de la même spécialité médicale (*fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften*), 1,3 en cabinets de groupe avec plusieurs spécialités (*fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften*) et 6,2 en MVZ.

D'après une enquête menée en 2021 par une banque coopérative allemande (*Apo-Bank*) sur les salaires des médecins employés dans les cabinets médicaux⁸⁹, les médecins généralistes salariés gagnent en moyenne 75 900 euros bruts par an (salaires annuels moyens entre 60 000 et 88 000 euros), soit environ 1,7 fois le salaire moyen en Allemagne⁹⁰. Les médecins spécialistes salariés en ville gagnent quant à eux en moyenne 87 600 euros bruts par an (salaires annuels moyens entre 65 000 et 102 600 euros – jusqu'à 158 900 euros), soit environ 15 % de plus que les médecins généralistes et environ deux fois le salaire moyen. On constate également que les médecins salariés en ville gagnent en moyenne un peu moins que les médecins salariés à l'hôpital (voir 4.3.1 pour la rémunération de base des médecins hospitaliers).

Les salaires sont en général plus élevés dans les MVZ que dans les autres cabinets. De plus, 27 % des répondants à l'enquête recevaient une participation au chiffre d'affaires. Ce modèle est moins habituel chez les médecins généralistes (19 %) que chez les spécialistes :

⁸⁷ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), *Zi-Praxis-Panel* (2020).

⁸⁸ praktischArzt. *Gehalt Arzt/Ärztin: Unterschiede in Praxis, Klinik und MVZ*. (<https://www.praktischarzt.de/arzt/gehalt-arzt-inpraxis-klinik-mvz/>) ; ApoBank. *Arbeiten in der ambulanten Medizin*. (<https://www.apobank.de/wissen-news/karrierekompass-heilberufler/arzt/ambulante-medizin>) ; ApoBank. *Rund 76.000 Euro verdienen angestellte Hausärzte in Praxen und MVZ im Schnitt*. (<https://newsroom.apobank.de/pressreleases/rund-76-dot-000-euro-verdienen-angestellte-hausaerzte-in-praxen-und-mvz-imschnitt-3111906>) ; ApoBank. *Grafiken zu apoBank-Umfrage: Arbeiten in der ambulanten Humanmedizin*. (<https://newsroom.apobank.de/documents/grafiken-zu-umfrage-arbeiten-in-der-ambulanten-humanmedizin-411750>) ; ApoBank. *apoBank-Gehaltsstudie Humanmedizin 2021 - Spezial zu Teilzeit*. (<https://newsroom.apobank.de/documents/apobankgehaltsstudie-humanmedizin-2021-spezial-zu-teilzeit-413902>) ; Virchow Bund. *Tarifverträge für Ärzte*. (<https://www.virchowbund.de/personal/tarifvertrag-aerzte>).

⁸⁹ L'étude a été réalisée début 2021 par ApoBank. Au total, 700 médecins employés en ambulatoire, dont 350 médecins généralistes et 350 spécialistes (ophtalmologie, chirurgie/orthopédie, dermatologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et urologie) ont été interrogés dans le cadre d'une étude de salaire en ligne.

⁹⁰ Salaire moyen annuel brut en Allemagne en 2021 : 43 628 euros (OCDE).

36 % des spécialistes salariés recevaient une part du chiffre d'affaires en plus du salaire. Les médecins travaillant dans un MVZ sont plus souvent associés au chiffre d'affaires (36 %) que les médecins travaillant dans un cabinet individuel (*Einzelpraxis*) ou un groupement d'exercice (*Berufsausübungsgemeinschaft*) [23 %]. Mais la charge de travail dans les MVZ est aussi un peu plus importante : la durée hebdomadaire de travail convenue par contrat est en moyenne de 38,5 heures – une heure de plus qu'en cabinet. Les différences concernent surtout le nombre de patients par trimestre et par médecin. Celui-ci est nettement plus élevé dans le MVZ que dans les cabinets individuels.

3.3. Volumes de soins ambulatoires

3.3.1. Mécanisme de régulation des volumes de soins en Allemagne

L'existence de budgets pour les soins ambulatoires en Allemagne implique un mécanisme de régulation des volumes de soins fournis en ville⁹¹. Les associations de médecins conventionnés (KV) répartissent les budgets de soins alloués de manière trimestrielle par les caisses d'assurance maladie entre les médecins conventionnés. Afin de distribuer les budgets aux médecins conventionnés, les associations de médecins déterminent pour chaque spécialité, et pour chaque médecin, des volumes cibles (moyens) d'activité en point (consultations, actes, etc.). Pour être rémunérés, les médecins facturent les prestations médicales réalisées sur la base de la grille tarifaire de l'EBM et communiquent à la fin de chaque trimestre, à leur association régionale, le nombre total de points des prestations qu'ils ont fourni. L'association de médecins conventionnés calcule la rémunération du médecin en euros, en appliquant les dispositions de l'EBM en matière de facturation.

Les soins sont répartis entre quatre groupes médicaux de facturation : soins de laboratoire, soins d'urgence, soins primaires et soins spécialisés. Les soins primaires sont subdivisés en médecine générale et soins pédiatriques, tandis que les soins spécialisés sont subdivisés en 14 sous-groupes. Chaque groupe ou, le cas échéant, sous-groupe dispose d'un budget distinct. Il n'y a pas de redistribution des budgets d'un groupe à un autre, afin d'éviter qu'une augmentation des dépenses d'un groupe n'impacte un autre.

Chaque médecin conventionné dispose d'un budget indicatif maximum calculé à partir du « volume régulier de prestations » (*Regelleistungsvolumen* – RLV). Cela correspond à un plafond jusqu'auquel les prestations médicales d'un médecin seront rémunérées à un prix fixe. Le plafond (volume) dépend directement du nombre moyen de cas (patients) que les médecins de la même spécialité traitent. Il est recalculé chaque trimestre sur la base du même trimestre de l'année précédente. On parle de « dégression »⁹² : si un médecin traite plus de cas que le nombre moyen de son groupe médical, les cas traités « en trop » ne sont rémunérés que partiellement, les prix sont échelonnés vers le bas (75 % du prix pour les cas traités au-delà de 150 % du volume défini, 50 % du prix pour les cas traités au-delà de 170 %

⁹¹ Barber SL., Lorenzoni L., Ong P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO88; Brunn M. (2023). « Réguler l'installation des médecins : la comparaison avec le cas allemand ». *The Conversation*. 17 janvier. (<https://theconversation.com/reguler-linstallation-des-medecins-la-comparaison-avec-le-cas-allemand-197763>, consulté le 14 décembre 2023). Également : Brunn M. (2023). « Réguler l'installation des médecins : le cas allemand ». *Espace social européen*. N°124 du 17 au 30 novembre.

⁹² Brunn M. (2023). « Réguler l'installation des médecins : la comparaison avec le cas allemand ». *The Conversation*. 17 janvier. (<https://theconversation.com/reguler-linstallation-des-medecins-la-comparaison-avec-le-cas-allemand-197763>, consulté le 14 décembre 2023). Également : Brunn M. Réguler l'installation des médecins : le cas allemand. *Espace social européen*. N° 124 du 17 au 30 novembre 2023.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

du volume défini, et 25 % du prix pour les cas traités au-delà de 200 % du volume défini). Il s'agit donc d'une enveloppe dite « à moitié fermée »⁹³.

FOCUS 8

Volumes de soins liés à la qualification

En parallèle du volume régulier de prestations par médecin, il existe le volume supplémentaire lié à la qualification (*Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen – QZV*). Pour facturer certaines prestations, il est nécessaire d'avoir une qualification particulière (ex. : échographie, soins psychosomatiques de base). Les volumes liés à la qualification se calculent de la même manière que les volumes réguliers de prestations. Chaque médecin se voit attribuer, par trimestre, un volume régulier de prestations et un volume supplémentaire lié à la qualification. Ce volume total constitue donc une limite supérieure jusqu'à laquelle toutes les prestations sont rémunérées à des prix fixes. Si le volume d'honoraires est dépassé, la rémunération est réduite selon les règles connues.

3.3.2. Davantage de visites chez le médecin en Allemagne

Lorsqu'on compare le nombre de consultations médicales par habitant dans les deux pays sur la base des données de l'OCDE, la différence entre la France et l'Allemagne est notable : en 2019, le nombre moyen de « consultations de médecins » par habitant était de 5,9 en France contre 9,8 en Allemagne. Toutefois, cette différence est sans doute sous-estimée et peut être encore plus importante car, en Allemagne, on comptabilise le nombre de patients par trimestre, tandis qu'en France, on compte chaque consultation d'un patient auprès d'un médecin. Plus précisément, l'Allemagne résonne par « cas » (*Behandlungsfall* = cas de traitement), non pas par consultation. Selon la définition de l'EBM, cela fait référence au traitement du même patient par le même cabinet médical au cours d'un trimestre civil. Ainsi, un cas de traitement ne tient compte que du premier contact en trois mois, quand bien même le patient peut consulter à nouveau son médecin au cours du même trimestre. Cette particularité allemande s'explique notamment par le fait que les médecins ne sont pas payés à la consultation, comme en France. Il facture les différents actes prodigués au cours d'une consultation et certaines prestations ne peuvent être facturées qu'une seule fois par patient par trimestre.

D'après des enquêtes de la KBV, menées auprès des assurés entre 2010 et 2021 (assurances maladies légale et privée)⁹⁴, 32 % des assurés ont déclaré s'être rendus trois à cinq fois par an chez le médecin en 2021, 22 % 6 à 10 fois par an, 10 % 11 à 20 fois par an, et 4 % plus de 20 fois par an en 2021. Ces chiffres comprennent les consultations chez les médecins généralistes et spécialistes. Ces résultats semblent être très stables dans le temps, avec de légères différences dans le recours aux médecins généralistes et spécialistes selon qu'il s'agisse de l'assurance maladie légale ou de l'assurance maladie privée.

⁹³ Brunn M. (2023). « Réguler l'installation des médecins : la comparaison avec le cas allemand ». *The Conversation*. 17 janvier. (<https://theconversation.com/reguler-l-installation-des-medecins-la-comparaison-avec-le-cas-allemand-197763>, consulté le 14 décembre 2023).

⁹⁴ KBV. *Anzahl Arztbesuche pro Jahr, 2008-2021*. 31 mars 2022. (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24044.php>).

Ces différences peuvent s'expliquer en partie par la durée des consultations. Une étude publiée en 2017 sur les variations internationales du temps de consultation des médecins en soins primaires, à partir d'une revue systématique de la littérature, suggère que la durée moyenne d'une consultation en médecine générale en Allemagne est d'environ 8 minutes, tandis qu'en France, elle est de 16 minutes⁹⁵. Pour la France, cette estimation est assez proche de la durée moyenne de consultation de 18 minutes déclarée par les médecins généralistes libéraux dans le cadre d'une étude de la Drees⁹⁶.

Globalement, même s'il est difficile de comparer le nombre de consultations en France et en Allemagne, on constate que le volume d'actes et de consultations reste très élevé en Allemagne, malgré l'existence des budgets par médecin. Le fait que les budgets soient basés sur le volume d'activité des pairs dans l'année limite également la possibilité de questionner la pertinence des soins en ville. D'après les experts allemands consultés, malgré ce haut volume d'activité, il peut être difficile, comme en France, de trouver un médecin généraliste pour un premier rendez-vous, les médecins ayant plus d'incitations à renouveler les consultations d'un même patient (d'un trimestre à l'autre) que d'avoir des nouveaux patients.

3.4. Prescriptions de médicaments

En 2021, les dépenses pharmaceutiques représentaient 13,9 % des dépenses totales de santé en Allemagne, contre 12,5 % en France⁹⁷. Le panier de soins allemand comprend tous les produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance et il n'existe pas de liste positive de produits pharmaceutiques couverts par l'assurance maladie légale. Cela signifie que les nouveaux produits pharmaceutiques, souvent très coûteux, sont remboursés rapidement. Par conséquent, l'Allemagne s'appuie sur différents mécanismes pour réglementer les prescriptions pharmaceutiques, tels que l'évaluation « précoce » de l'amélioration du service médical rendu des nouveaux médicaments innovants mis sur le marché, la fixation de prix de référence pour des groupes de médicaments comparables et les contrôles des coûts de prescription des produits pharmaceutiques.

3.4.1. Régulation des prix des médicaments innovants

En Allemagne, les nouveaux médicaments protégés par des brevets sont mis sur le marché immédiatement après leur autorisation. Depuis 2011, le prix auquel l'assurance maladie légale rembourse un médicament contenant une nouvelle substance active est déterminé sur la base d'une évaluation des bénéfices supplémentaires du médicament^{98, 99}.

⁹⁵ Irving G., Neves AL., Dambha-Miller H., *et al.* (2017). "International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries". *BMJ Open* ;7:e017902. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>).

⁹⁶ Drees (2019). « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine ». *Études et Résultats*, numéro 1113, mai 2019. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>).

⁹⁷ OECD (2024). *Pharmaceutical spending (indicator)*. (doi: 10.1787/998feb6-en, consulté le 15 mars 2024).

⁹⁸ Loi sur la réorganisation du marché des médicaments (*Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – ANMOG*), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

⁹⁹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). *Neue Arzneimittel: Zulassung, Nutzenbewertung, Erstattung*, 1. Arzneimittel-Zulassung und frühe Nutzenbewertung in Deutschland. (<https://www.iqwig.de/presse/im-fokus/neue-arzneimittel-zulassung-nutzenbewertung-erstattung/1-arzneimittel-zulassung-und-fruehe-nutzenbewertung-in-deutschland/>, consulté le 9 août 2023); GKV-Spitzenverband. *Das ANMOG*. 1^{er} août 2022 (dernière actualisation). (https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/rabatt_verhandlungen_nach_amnog.jsp, consulté le 26 juin 2023); Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). "Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 22, n° 6 ; IGES Institute. *Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany*. (https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

Dès la mise sur le marché du médicament, les entreprises pharmaceutiques doivent déposer au Comité mixte fédéral (G-BA)¹⁰⁰ un dossier contenant les preuves du bénéfice supplémentaire du nouveau médicament par rapport aux alternatives existantes sur le marché. Le dossier est ensuite transmis à l'Institut pour la qualité et l'économie dans le domaine de la santé (IQWiG), qui effectue l'évaluation du bénéfice supplémentaire du médicament. Sur la base de l'évaluation de l'IQWiG, le G-BA décide si le médicament apporte un bénéfice supplémentaire. Cette étape de la procédure dure six mois. En attendant qu'un niveau de remboursement soit fixé pour le médicament, le fabricant est libre de fixer un prix initial comme il l'entend.

- En cas de bénéfice supplémentaire, les caisses de l'assurance maladie légale et l'entreprise pharmaceutique négocient le montant de remboursement du médicament. Ces négociations durent six mois. Ce n'est pas le prix du médicament qui est négocié, mais le montant maximal remboursé par l'assurance maladie légale. Depuis 2022¹⁰¹, le montant de remboursement s'applique à partir du 7^e mois suivant la mise sur le marché du médicament, donc rétroactivement, et non plus à partir du 13^e mois. La période de prix libre a ainsi été ramenée à six mois.
- En l'absence d'un bénéfice supplémentaire, le médicament est classé dans un groupe de médicaments équivalents ou similaires (« *jumbo groups* ») pour lesquels un « montant fixe » (*Festbetrag*), qui correspond à un plafond de remboursement, est déterminé. La majorité des prescriptions concernent des médicaments à prix fixe (80 % des prescriptions). Si un médicament est plus cher que le montant fixe, les assurés doivent payer eux-mêmes le surcoût ou accepter un autre médicament thérapeutiquement équivalent.

L'ensemble de la procédure suit un calendrier strict, de sorte que le processus doit être achevé au bout d'un an, ou au plus tard au bout de 15 mois. L'évaluation des bénéfices est dite « précoce », car elle est réalisée immédiatement après la mise sur le marché en Allemagne. Par ce mécanisme, le législateur allemand vise à garantir un accès rapide, à tous les patients, à tout nouveau médicament immédiatement suivant son autorisation et sa mise sur le marché.

En France, si une entreprise pharmaceutique souhaite qu'un médicament soit remboursé par la Sécurité sociale, elle doit en principe suivre le dispositif de droit commun d'accès au marché. Elle doit déposer une demande auprès de la Haute Autorité de santé (HAS), dont la Commission de la transparence (CT) rend un avis scientifique dans lequel elle évalue le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament. Sur la base de cet avis, la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) effectue une évaluation médico-économique – pour les médicaments les plus innovants et pouvant présenter un impact significatif sur les dépenses de l'Assurance maladie – et rend un avis d'efficacité. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) négocie le prix avec l'industrie sur la base notamment de l'avis de la CT et, le cas échéant, de l'avis de la CEESP. Dans ce système, les délais entre l'autorisation de mise sur le marché et la mise à disposition effective aux patients sont plus longs en comparaison avec d'autres pays.

¹⁰⁰ Organe décisionnel suprême de l'autogestion dans le secteur de la santé en Allemagne (composé de représentants des médecins et dentistes conventionnés, des caisses d'assurance maladie légale et des hôpitaux).

¹⁰¹ Loi sur la stabilisation financière de l'assurance maladie légale (Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FinStG), entrée en vigueur le 15 novembre 2022 (https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl122s1990.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s1990.pdf%27%5D_1691652832455); Global Policy Watch. *Germany significantly tightens Drug Pricing and Reimbursement Laws*. 26 octobre 2022. (<https://www.globalpolicywatch.com/2022/10/germany-significantly-tightens-drugpricing-and-reimbursement-laws/>, consulté le 10 août 2023).

Pour pallier les limites de ce système et accélérer l'accès des patients aux médicaments innovants, des mécanismes ont été mis en place en France :

- L'accès « précoce » et l'accès « compassionnel » sont des nouveaux dispositifs d'accès dérogatoire aux médicaments innovants par une mise à disposition anticipée¹⁰². L'Autorisation d'accès précoce (AAP) concerne les médicaments dont l'efficacité et la sécurité sont fortement présumées, destinés à être commercialisés dans l'indication concernée, contrairement à l'Autorisation d'accès compassionnel (AAC) qui s'adresse à des médicaments pour lesquels le laboratoire n'a pas de stratégie commerciale. Les médicaments bénéficiant d'un accès précoce ou compassionnel sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie dès l'octroi de l'autorisation.
- L'expérimentation de l'accès « direct » a été mise en place pour une durée de deux ans à compter du 14 mai 2023¹⁰³. Elle vise la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de certains médicaments, reconnus comme « innovants » mais non éligibles à un accès précoce, dès que l'avis de la CT de la HAS est publié, et ce pour une durée d'un an. Cela permettra aux patients de bénéficier d'un accès anticipé au marché de ces médicaments, sans attendre la finalisation de l'ensemble des formalités permettant l'accès officiel au marché dans le cadre du dispositif du droit commun, notamment la négociation des prix. Le prix de ces médicaments est fixé librement par l'entreprise pharmaceutique. L'expérimentation prévoit que, à la fin du dispositif, l'entreprise pourra être amenée à verser des remises complémentaires ou à bénéficier d'un reversement de l'Assurance maladie, en fonction du prix négocié avec le CEPS.

¹⁰² Ils remplacent le dispositif des Autorisations temporaires d'utilisation / Recommandations temporaires d'utilisation (ATU/RTU) à la suite de l'entrée en vigueur de la réforme de l'accès dérogatoire au 1^{er} juillet 2021.

¹⁰³ Ministère de la Santé et de la Prévention. *Améliorer l'accès aux médicaments innovants : le ministre de la Santé et de la Prévention lance l'expérimentation « Accès direct »*. 15 mars 2023. (<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-depresse/article/améliorer-l-acces-aux-medicaments-innovants-le-ministre-de-la-sante-et-de-la>, consulté le 17 août 2023).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

FOCUS 9

Études sur la disponibilité et l'accès aux médicaments innovants en Europe

Il existe plusieurs études sur les délais d'accès aux nouvelles thérapies apportant un progrès thérapeutique pour les patients en Europe avec différents périmètres et focus.

La Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques (EFPIA) mène des études sur la disponibilité des médicaments innovants en Europe et les délais d'accès pour les patients (*Patients Waiting to Access Innovative Therapies – WAIT*) depuis 2004. Ces études montrent que les délais d'accès à des nouveaux médicaments sont très variables d'un pays à l'autre en Europe¹⁰⁴. En 2021, l'étude¹⁰⁵ portait sur 160 nouveaux médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) entre 2017 et 2020, dans 39 pays¹⁰⁶. Selon cette étude, le délai moyen de disponibilité des traitements nouveaux pour les 27 pays de l'Union européenne était de 511 jours en 2021. L'Allemagne est le pays avec le délai d'accès le plus court, soit 133 jours. Pour la France, le délai d'accès s'élève à 497 jours (rang 18 sur 39). Ce délai inclut les produits relevant du système d'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU)^{107, 108}. Pour ces produits, le processus de négociation des prix est généralement plus long : si l'on considère que ces produits sont directement disponibles (délai de disponibilité = 0), le délai moyen d'accès est alors de 240 jours (rang 5 sur 39). La procédure française d'accès précoce, qui permet à des populations limitées d'accéder à certains médicaments avant l'AMM, réduit ainsi de 257 jours le délai moyen d'accès en France¹⁰⁹.

G 9 Délais moyens d'accès au marché des médicaments, en jours (2021)

Nombre de jours moyen



GER : Allemagne ; DEN : Danemark ; SWE : Suède ; NDL : Pays-Bas ; AUT : Autriche ; GBR : Royaume-Uni
FIN : Finlande ; NOR : Norvège ; ITA : Italie ; FRA : France ; SPA : Espagne ; BEL : Belgique ; IRL : Irlande
SLO : Slovénie ; POR : Portugal ; ROU : Roumanie

Champ : Le délai moyen d'accès au marché désigne le nombre de jours entre l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Union européenne et la date de disponibilité pour les patients dans les pays. Dans la plupart des pays, la disponibilité équivaut à l'accès à la liste de remboursement. Au Royaume-Uni, le *Early Access to Medicines Scheme* permet aussi un accès avant l'AMM et réduirait le nombre total de jours pour un petit sous-ensemble de médicaments, mais il n'est pas pris en compte dans cette analyse.

Source : European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). *Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey*.

¹⁰⁴ Amar A. (2022). « L'accès aux médicaments innovants en France : focus sur la réforme de l'accès précoce, et son impact direct sur les établissements de santé et la prise en charge du patient ». *Sciences du Vivant*. dumas-03937099f. (<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03937099/document>).

¹⁰⁵ European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). *Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey*. (https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator-update-july-2022_final.pdf).

¹⁰⁶ « L'étude est reportée d'un an pour permettre aux pays d'inclure ces médicaments dans leur liste de remboursement, ce qui signifie que les données sur la disponibilité sont exactes à compter du 1^{er} janvier 2022. Cette période comprend donc la pandémie de Covid-19, bien qu'aucun impact significatif ne soit noté dans l'indicateur, l'impact sur la participation a été démontré par d'autres études. »

¹⁰⁷ « Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) », remplacée par les dispositifs d'accès « précoce » et d'accès « compassionnel » à la suite de l'entrée en vigueur de la réforme de l'accès dérogatoire au 1^{er} juillet 2021.

¹⁰⁸ Mobilisation de l'étude WAIT de 2021 de l'EFPIA, dans laquelle le délai d'accès pour la France inclut les produits relevant du système d'ATU, ce qui n'est pas le cas dans la dernière étude de 2022.

¹⁰⁹ Leem. *Observatoire de l'accès aux médicaments et de l'attractivité*. 1^{re} édition, juin 2023.

FOCUS 9

(suite)

Études sur la disponibilité et l'accès aux médicaments innovants en Europe

Les travaux de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), en collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS), dans le cadre de l'Observatoire des délais d'accès au marché du médicament, démontre également que les délais d'accès aux médicaments sont plus courts en Allemagne pour les thérapies apportant un progrès thérapeutique¹¹⁰. L'étude de la HAS et de la Cnam cible une sélection de 30 molécules qui apportent un progrès thérapeutique et qui sont remboursées dans l'ensemble des pays comparés (Allemagne, Espagne, Angleterre). Les délais d'accès de droit commun sont les plus courts en Allemagne, avec un délai moyen de 36 jours, en raison de l'accès direct accordé après l'AMM à un prix libre, avant l'évaluation clinique et la négociation du prix. En France, le délai médian est de 531 jours, en raison du remboursement effectif après la phase de négociation et de fixation du prix. Néanmoins, si on élargit la conception de disponibilité du médicament à la première date à laquelle les patients ont eu accès à ces traitements, le délai d'accès médian devient nul pour les produits sans alternative et qui ont bénéficié d'un accès précoce et notamment les produits apportant une amélioration du service médical importante. Pour les produits qui ne bénéficient pas d'accès précoce, soit parce que l'industriel n'a pas demandé d'en bénéficier, soit parce que des alternatives existent, il subsiste de fortes disparités, avec un délai médian de 380 jours. Ainsi, l'étude montre que les dispositifs d'accès précoce permettent d'homogénéiser les délais d'accès entre pays pour les produits avec progrès thérapeutique. La prise en charge publique de ces dispositifs permet de réduire les délais d'accès en France, même si les délais d'accès en Allemagne restent plus courts. Les réformes récentes de l'accès précoce et, plus récemment, la mise en place de l'accès direct en France visent à favoriser un accès plus rapide aux patients.

3.4.2. Mécanismes de contrôle des coûts des prescriptions en Allemagne

En Allemagne, les médecins conventionnés sont par principe libres de prescrire tout médicament dès son Autorisation de mise sur le marché (AMM), et ce quand bien même le médicament est commercialisé au prix fixé librement par l'entreprise pharmaceutique. Toutefois, dans le cadre de leurs prescriptions, les médecins conventionnés sont tenus de respecter le « principe d'économicité » (*Wirtschaftlichkeitsgebot*) : les prestations prescrites doivent être « suffisantes, appropriées et économiques et ne doivent pas dépasser la mesure du nécessaire » (article 12 du cinquième livre du Code social allemand (SGB V)). Le respect de ce principe est soumis à des contrôles d'économicité¹¹¹. Les médecins conventionnés doivent donc être particulièrement prudents concernant les nouveaux médicaments qui n'ont pas encore prouvé leur efficacité et peuvent être bien plus chers que des thérapies équivalentes¹¹².

Depuis 2017¹¹³, les associations de médecins conventionnés et les caisses d'assurance maladie légale conçoivent librement au niveau régional les contrôles d'économicité. Les méthodes de contrôle varient ainsi d'un *Land* à l'autre¹¹⁴.

¹¹⁰ L'Assurance maladie. (2023). *Rapport Charges et produits. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*. Juillet (<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>) ; Leem. *Observatoire de l'accès aux médicaments et de l'attractivité*. 1^{re} édition, juin 2023.

¹¹¹ AOK-Bundesverband. *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. (https://www.aok-bv.de/lexikon/w/index_00057.html, consulté le 26 juin 2023).

¹¹² Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. *Frühe Nutzenbewertung*. (<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/fruehe-nutzenbewertung>, consulté le 9 août 2023).

¹¹³ Bundesgesundheitsministerium. *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*. 24 octobre 2017. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>).

¹¹⁴ Deutsches Arzt Portal. *Wirtschaftlichkeitsprüfungen der KVen*. (<https://www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/wirtschaftlichkeitspruefungen-der-ken>, consulté le 4 août 2023).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

Budgets de référence

Le contrôle sur la base des budgets de référence (*Richtgröße*) a longtemps été la principale méthode de contrôle à l'échelle fédérale et continue d'être utilisé (Sarre, Saxe-Anhalt, Saxe (en fonction de la spécialité), Westphalie-Lippe¹¹⁵). Chaque médecin dispose d'un budget moyen par patient et par trimestre pour les prescriptions de médicaments, pansements et produits thérapeutiques. Ce budget varie d'une spécialité médicale à une autre. Le budget d'un médecin pour l'ensemble de sa patientèle est calculé sur la base du budget de référence de sa spécialité et de son nombre de patients. On parle de « budgets de référence » car ils ne représentent pas une limite absolue : une consommation supérieure à la moyenne pour un patient peut être compensée par une consommation inférieure à la moyenne pour un autre patient.

- Si un médecin dépasse de plus de 15 % son budget, une procédure de contrôle préalable est engagée et des conseils sont proposés.
- En cas de dépassement de plus de 25 %, le médecin peut être tenu responsable et devoir rembourser les dépenses supplémentaires, à moins qu'il puisse les justifier par des particularités du cabinet. De nombreuses associations de médecins conventionnés appliquent le principe de « consultation avant remboursement », c'est-à-dire que dans le cas d'un premier dépassement de plus de 25 %, aucun remboursement ne peut être demandé avant qu'au moins une consultation personnelle ait été proposée. En cas de recours, seule la différence entre le budget et le coût effectif des prescriptions du médecin doit être remboursée¹¹⁶.

Comparaison des coûts de prescriptions du médecin avec les coûts moyens des médecins de sa spécialité

Certaines associations de médecins conventionnés procèdent à la comparaison des coûts moyens des prescriptions d'un médecin avec les coûts moyens des prescriptions de la même spécialité (*Prüfung nach Durchschnittswerten*) à la fin de chaque année. Contrairement aux budgets indicatifs, les coûts moyens ne sont calculés qu'après la période de prescription correspondante et ne peuvent donc pas être indiqués à l'avance. La période de contrôle est toujours l'année civile. Les médecins dont les prescriptions dépassent les coûts moyens des prescriptions de leur spécialité sont soumis à un contrôle (en cas de dépassement de plus de 50 % en Rhénanie-du-Nord et en Basse-Saxe, de 45 % en Hesse, de 40 % à Berlin). Ils peuvent également être exemptés de contrôles s'ils justifient leurs dépenses supplémentaires par des particularités de leur cabinet.

Quotas cibles pour certains groupes de médicaments

En outre, les associations de médecins conventionnés définissent des quotas, minimums ou maximums, de prescription pour certains groupes de médicaments ou de substances actives (génériques et biosimilaires). Les médecins qui les respectent peuvent être exemptés de contrôles¹¹⁷. Cette politique vise à promouvoir la prescription de génériques et de biosimilaires. Dans certains *Länder*, le contrôle des prescriptions repose uniquement

¹¹⁵ Ärzteblatt. *Große regionale Unterschiede bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen*. 18 juin 2020. (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113630/Grosse-regionale-Unterschiede-bei-Wirtschaftlichkeitspruefungen>, consulté le 24 août 2023).

¹¹⁶ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review*. Health Systems in Transition.

¹¹⁷ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review*. Health Systems in Transition.

sur l'atteinte des quotas cibles (Bavière, Hambourg, Mecklembourg-Poméranie occidentale, Schleswig-Holstein, certaines spécialités en Saxe, Thuringe).

L'existence de ces contrôles et le risque de remboursement qui y est lié restent contraignants pour les médecins car un tel contrôle prend du temps et impose de la documentation. Toutefois, le nombre de recours pour remboursement à la suite d'un contrôle d'économie semble faible¹¹⁸. Selon une étude menée en 2017 sur l'impact des budgets pharmaceutiques des médecins sur leur comportement¹¹⁹, les médecins considèrent plus attentivement les options thérapeutiques pour réduire les coûts de leurs prescriptions, notamment en augmentant la part des génériques et en sélectionnant les marques génériques les moins chères. Dans le même temps, le nombre total de prescriptions des médecins reste le même. Il semblerait donc que les budgets n'impactent pas le volume global de prescriptions de médecins, mais incitent à prescrire plus de génériques, afin de réduire les coûts. De plus, la probabilité d'être tenu responsable à l'issue d'un contrôle semble très faible selon cette étude.

3.4.3. Comparaison des volumes de prescriptions de médicaments

L'OCDE dispose de données sur les Doses journalières définies (DDD) prescrites pour 1 000 habitants. Il est à noter que les données pour la France couvrent tous les médicaments délivrés dans les hôpitaux et les pharmacies et incluent les médicaments non-remboursés et en vente libre. Pour l'Allemagne, les données incluent les médicaments délivrés par une partie des pharmacies hospitalières et exclusivement remboursés par l'assurance maladie légale. Les données ne couvrent que le secteur ambulatoire ; les données sur la consommation de médicaments dans les hôpitaux ainsi que celles sur les prescriptions pour les assurés privés et les médicaments en vente libre ne sont pas disponibles. Dans les deux pays, les données reposent sur la classification *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC). Toutefois, malgré ces différences, la comparaison des consommations de certains groupes de médicaments nécessitant une prescription dans les deux pays permet d'avoir un aperçu des variations des pratiques de prescriptions (graphique 10).

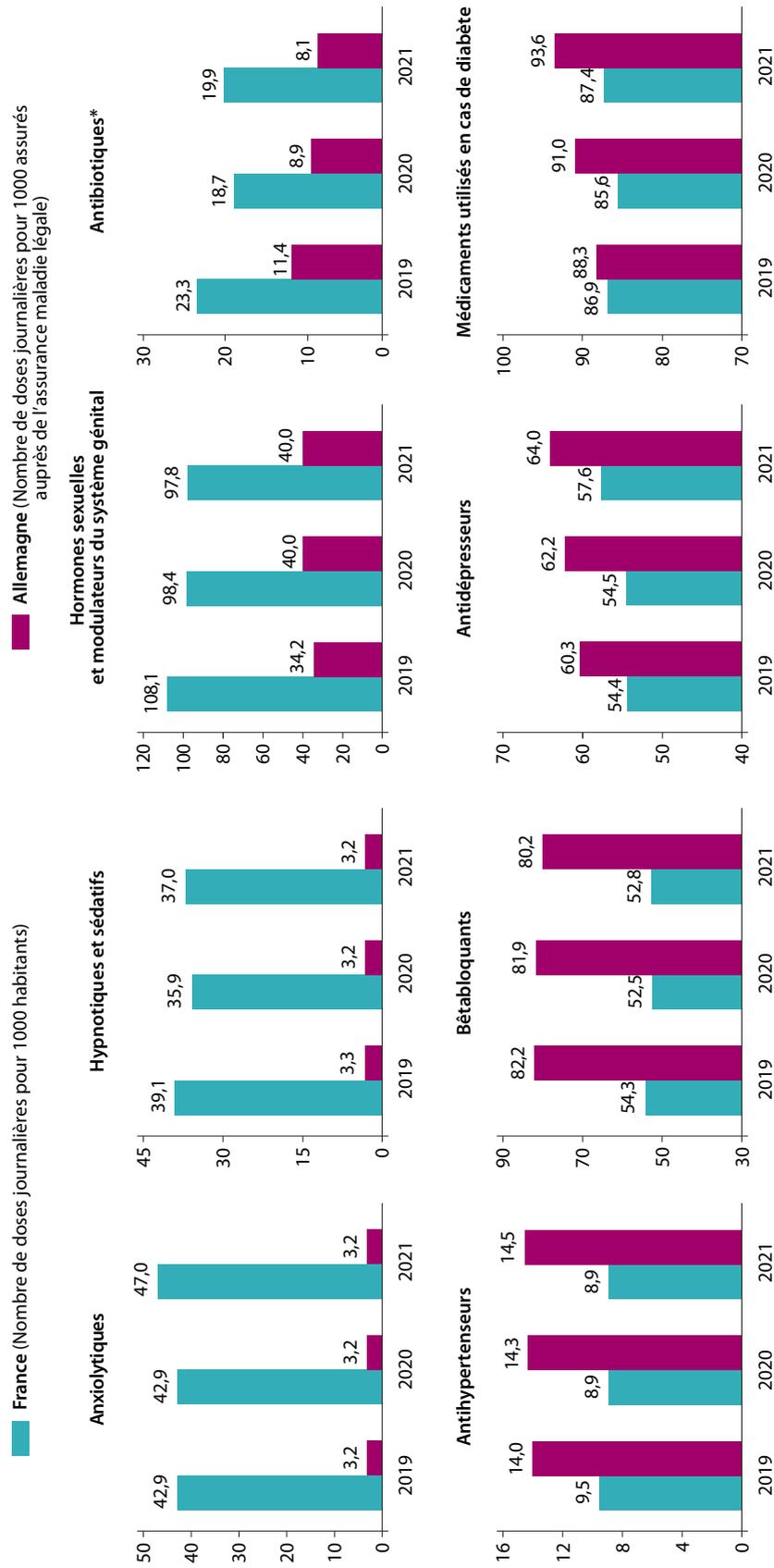
Sur la base des données de l'OCDE, le nombre de DDD prescrites pour 1 000 habitants par jour en 2021 est nettement plus important en France pour les anxiolytiques (près de 15 fois plus qu'en Allemagne), les hypnotiques et sédatifs (12 fois plus) et les hormones sexuelles (2,4 fois plus), notamment. En revanche, le nombre de prescriptions est plus élevé en Allemagne pour les médicaments recommandés ou concernant les maladies chroniques : les antihypertenseurs (1,6 fois plus qu'en France), les bêtabloquants (1,5 fois plus), et à moindre degré les médicaments utilisés en cas de diabète (1,1 fois plus). La consommation des anti-dépresseurs est aussi légèrement plus élevée en Allemagne (environ 10 %). Par ailleurs, concernant la consommation des antibiotiques, le rapport épidémiologique annuel du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹²⁰ montre que les antibactériens à usage systémique dans le secteur des soins primaires (groupe ATC J01) sont utilisés beaucoup plus en France : consommation d'environ 20 DDD pour 1 000 habitants et par jour en France en 2021, contre 8 en Allemagne.

¹¹⁸ Deutsche Apotheker Zeitung. *Wann Ärzten Regresse drohen*. 21 avril 2022. (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2022/daz-16-2022/wann-aerzten-regresse-drohen>, consulté le 9 août 2023).

¹¹⁹ Fischer K., Koch T., Kostev K., Stargardt T. (2017). *The impact of physician-level drug budgets on prescribing behavior*. 30 février.

¹²⁰ European Centre for Disease Prevention and Control (2022). *Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net). Annual Epidemiological Report for 2021*. (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2021>).

G10 Doses journalières définies pour 1 000 habitants par jour pour une série de groupes de médicaments en France et en Allemagne (2019 à 2021)



Champ : Pour l'Allemagne, DDD pour 1 000 assurés auprès de l'assurance maladie légale par jour (au lieu de DDD pour 1 000 habitants par jour).

* Antifabactériens à usage systémique dans le secteur des soins primaires (groupe ATC J01) (source différente : European Centre for Disease Prevention and Control (2022), «Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net)». Annual Epidemiological Report for 2021. 2022. (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2021>)).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Au-delà des volumes des prescriptions, et malgré les limites de comparabilité des données, ces chiffres questionnent la qualité des prescriptions en France.

3.5. Suivi rapproché de la qualité des soins en ville en Allemagne

En Allemagne, le contrôle de la qualité des soins ambulatoires, assuré notamment par les associations de médecins conventionnés, est assez rigoureux et les médecins peuvent être sanctionnés s'ils ne respectent pas certains critères.

Formation continue

En Allemagne, les médecins et psychothérapeutes conventionnés ont pour obligation de suivre une formation continue garantissant leurs compétences. Tous les cinq ans, ils doivent justifier d'une formation continue effective auprès de leur association de médecins conventionnés (KV). Contrairement au secteur hospitalier, la loi prévoit des sanctions en cas de non-respect de l'obligation de formation continue : ces sanctions peuvent prendre la forme d'une réduction des honoraires ou même aller jusqu'au retrait de l'autorisation de pratiquer la médecine dans le cadre du système de l'assurance maladie légale.

Conditions de qualité pour la fourniture de certaines prestations (Qualitätssicherung)

Certaines prestations sont soumises à autorisation. Cela signifie que, pour fournir et facturer certaines prestations, un médecin conventionné a besoin d'une autorisation à cet effet délivrée par son association de médecins conventionnés (KV). Les conditions d'obtention d'une telle autorisation sont régies par des accords d'assurance qualité (*Qualitätssicherungsvereinbarungen*), conclus entre l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV) et l'Association fédérale des caisses d'assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*). Il existe actuellement environ 50 domaines de prestations concernés par la régulation de l'assurance qualité, comme la coloscopie, l'appareillage auditif, la chirurgie ambulatoire, la thérapie de la douleur ou une série de techniques d'imagerie telles que l'échographie, la radiographie ou l'IRM¹²¹. Pour obtenir une autorisation, le médecin doit prouver qu'il dispose d'une qualification suffisante et assez de patientèle, que l'équipement et les locaux du cabinet concerné sont adaptés et que les collaborateurs médicaux et non médicaux disposent également des qualifications nécessaires. Le maintien des autorisations est généralement lié à l'accomplissement de certaines exigences, par exemple à un contrôle au cas par cas par échantillonnage ou à un contrôle de la documentation, ou encore à la fréquence à laquelle un médecin fournit la prestation, à la coopération interdisciplinaire ou à un contrôle d'hygiène. L'association des médecins conventionnés est soutenue sur le plan technique par sa commission d'assurance qualité. Le respect de ces exigences est contrôlé par les caisses d'assurance maladie. En cas de manquements graves à la qualité, la sanction la plus importante peut être le retrait de l'autorisation (410 révocations en 2017, 525 en 2018, 317 en 2021)¹²². Selon le rapport annuel sur la qualité de 2022 de la KBV¹²³, 94 823 dossiers de patients ont été examinés dans le cadre de 10 595 contrôles auprès de médecins en 2021. Les associations de médecins conventionnés ont effectué 2 927 contrôles sur les fréquences de réalisation

¹²¹ Liste détaillée : KBV. *Qualitätssicherung*. (<https://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php>).

¹²² KBV. *Vertragsärztliche Versorgung ist Qualitätsversorgung, System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung*. (https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Infografik_Druckdatei.pdf) ; KBV. *Qualitätsbericht 2022 (Berichtsjahr 2021)*. (https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2022.pdf).

¹²³ KBV. *Qualitätsbericht 2022 (Berichtsjahr 2021)*. (https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2022.pdf).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

Irdes - mars 2024

de certaines prestations, 13 056 contrôles d'exigences spécifiques en matière de formation continue, 16 395 contrôles d'appareils, notamment dans les domaines de l'appareillage auditif et des ultrasons, et 3 457 contrôles d'hygiène pour garantir la qualité de la coloscopie.

Gestion de la qualité (Qualitätsmanagement)

Depuis 2004, l'ensemble des médecins, psychothérapeutes et cabinets conventionnés sont légalement tenus d'introduire et de développer une gestion de la qualité au sein de leur structure (article 135a, paragraphe 2, n°2, SGB V), afin de garantir et d'améliorer en permanence la qualité des soins médicaux et psychothérapeutiques¹²⁴. Les exigences fondamentales sont définies par le Comité mixte fédéral (G-BA) dans la directive sur la gestion de la qualité des soins médicaux conventionnés (*Qualitätsmanagement-Richtlinie*).

Les associations de médecins conventionnés ont pour mission légale de contrôler la qualité des soins médicaux conventionnés. Cela comprend notamment la question de savoir si l'obligation d'un système de gestion de la qualité est respectée par les médecins. Pour ce faire, les associations de médecins conventionnés peuvent effectuer des contrôles aléatoires auprès d'au moins 2,5 % de l'ensemble des médecins conventionnés. La procédure de sélection et l'étendue de ces contrôles aléatoires sont définies par le G-BA. Une fois par an, l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV) publie les résultats de ces contrôles dans un rapport¹²⁵.

Disease-Management-Program

Il existe des programmes qui visent à aider les personnes atteintes de maladies chroniques (par exemple, diabète de types 1 et 2, cancer du sein, asthme bronchique, ostéoporose) à mieux gérer leur maladie et à améliorer et maintenir leur qualité de vie (*Disease-Management-Program – DMP*). Ces programmes sont proposés en Allemagne par les caisses de l'assurance maladie légale depuis 2002, en collaboration avec les médecins. Leur contenu est déterminé par le Comité mixte fédéral (G-BA) qui sélectionne les maladies chroniques qui se prêtent à un tel programme et définit les exigences en termes de contenu de tels programmes. Il actualise et évalue les DMP existants, de manière régulière. Les caisses d'assurance maladie doivent établir et publier des rapports annuels sur les mesures d'assurance qualité mises en œuvre (sauf pour le DMP cancer du sein). Ces rapports sur la qualité doivent être remis à l'Office fédéral de la sécurité sociale (*Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS*) avant le 30 septembre de l'année suivante.

Pour promouvoir les DMP, les caisses d'assurance maladie reçoivent des dotations du fonds de santé (*Gesundheitsfond*) pour chaque assuré inscrit : il s'agit d'un forfait pour les coûts des programmes, qui vise à couvrir les frais des DMP pour les médecins (ex. : prestations de documentation ou de coordination) et pour les caisses (ex. : frais administratifs). En 2023, il s'élève à 123 euros par assuré inscrit. Pour fixer le forfait, la Fédération des caisses de l'assurance maladie légale (*Spitzenverband Bund der Krankenkassen – GKV-SV*) utilise notamment les coûts DMP générés l'année précédente.

Bien que certaines évaluations indiquent des effets positifs sur la qualité de vie et la mortalité, les évaluations disponibles ne permettent pas d'établir des preuves claires d'amé-

¹²⁴ AOK. *Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: Beispiele und Tipps.* (<https://www.aok.de/gp/praxispersonal/qualitaetsmanagement>, consulté le 21 août 2023) ; KBV. *Kurzinformation Qualitätsmanagement (QM) und QM-Richtlinie.* (<https://www.kbv.de/media/sp/Kurzinformation-zur-QMRichtlinie.pdf>, consulté le 21 août 2023).

¹²⁵ AOK. *Ärztliche Versorgung.* (https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/aerztliche_versorgung/index_15337.html, consulté le 22 août 2023).

lioration des résultats médicaux et ainsi de l'efficacité des DMP, en raison notamment du nombre limité d'études, des paramètres évalués et de la variabilité dans la conception des études¹²⁶. De plus, les coûts liés à l'administration et au fonctionnement des programmes semblent importants ce qui questionne leur coût-efficacité.

3.6. À retenir pour les soins de ville

- Le système de santé allemand est caractérisé par sa décentralisation : l'organisation et la gestion du système sont largement assurées par les acteurs mêmes du système de santé, c'est-à-dire les représentants des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé et des hôpitaux. Il existe une séparation stricte entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, avec une régulation et une planification distincte et un financement géré différemment, ce qui est source de fragmentation des soins.
- Les médecins généralistes représentent 56 % des médecins de ville en France, tandis qu'ils ne représentaient que 36 % de l'ensemble des médecins conventionnés en Allemagne. Au total, le nombre de médecins par habitant est plus élevé en France, mais le nombre de médecins spécialistes par habitant est bien plus élevé en Allemagne.
- En 2021, 78 % des cabinets médicaux en Allemagne prenaient la forme d'un cabinet individuel. En moyenne, les cabinets emploient 5,2 personnes (notamment des assistants médicaux et/ou infirmiers). Environ 340 000 assistants médicaux (effectifs) sont employés dans les cabinets. En France, si la plupart des médecins emploient une secrétaire médicale (84 %), début 2022, seulement 5 % des médecins généralistes disposaient d'un assistant médical et 5 % des médecins généralistes n'avaient pas d'assistant médical mais travaillaient avec un professionnel de soins, comme un infirmier salarié.
- En Allemagne, les psychothérapeutes sont reconnus comme professionnels de santé, et sous conditions, remboursés par les caisses d'assurance maladie légale. Pour facturer leurs services aux caisses d'assurance maladie légale, les psychothérapeutes non médicaux ont besoin de suivre une formation postuniversitaire spécialisée et s'inscrire au registre des médecins et psychothérapeutes conventionnés.
- L'installation des médecins sur le territoire allemand est encadrée selon un ratio de médecins par habitant. Pour exercer une activité médicale en ville, les médecins doivent obtenir une licence. Le nombre de licences, délivrées par les associations de médecins (KV), est régulé par une planification des besoins définie en fonction de la densité de la population, du nombre de médecins par spécialité et par habitant, et de la structure d'âge et de morbidité de la population. Ce mécanisme empêche l'installation de nouveaux médecins dans une région déjà sur-dotée mais ne permet pas d'inciter les médecins à s'installer dans les régions sous-dotées et de remédier au manque de médecins dans certains territoires. Néanmoins, les disparités territoriales et les problèmes d'accès aux soins semblent être moins marqués qu'en France.

¹²⁶ Bras P.-L., Duhamel G., Grass E. (2006). *Améliorer la prise en charge des malades chroniques - les enseignements des expériences étrangères de DMP*. IGAS. Rapport RM2006-136P. Septembre 2006 ; Brunn M. (2017). *Global ideas, national challenges: the introduction of disease management and pay-for-performance in France and Germany*. Political science. Université Paris-Saclay ; Burns J., Kurz C., Laxy M. (2021). "Effectiveness of the German disease management programs: quasi-experimental analyses assessing the population-level health impact". *BMC Public Health* 21, 2092. (<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12050-7>) ; Fuchs S., Henschke C., Blümel M., Busse R. (2014). *Disease management programs for type 2 diabetes in Germany: A systematic literature review evaluating effectiveness*. *Deutsches Arzteblatt international*. 111(26), 453-463. (<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0453>) ; Wangler J., Jansky M. (2021). *Attitudes to and experience of disease management programs in primary care – an exploratory survey of general practitioners in Germany*. *Wien Med Wochenschrift*. 171, 310-320. (<https://doi.org/10.1007/s10354-021-00867-1>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

3. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins de ville

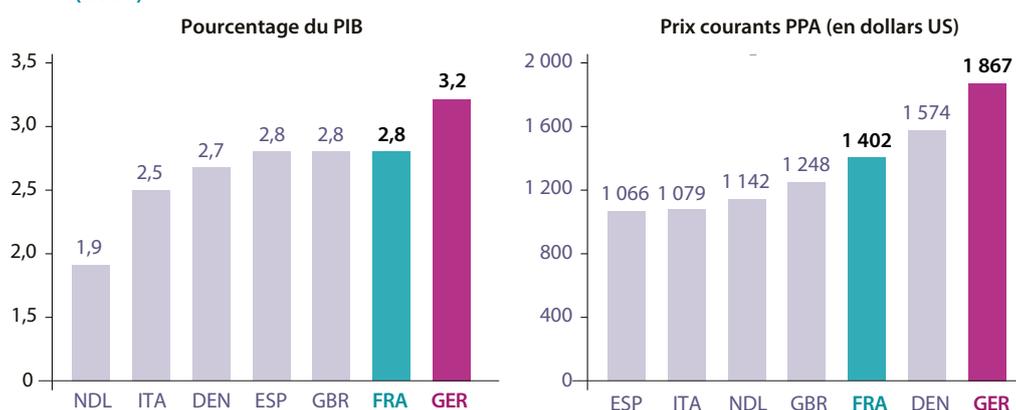
Irdes - mars 2024

- En Allemagne, les médecins libéraux sont rémunérés sur la base d'une combinaison de paiement à l'acte et de budgets par patient, tandis qu'en France, le paiement à l'acte est complété par des paiements à la performance et des aides forfaitaires.
- Il n'y a pas un prix fixe de consultation en Allemagne. Les médecins sont rémunérés en fonction des prestations fournies. Les prix des soins et services ambulatoires sont calculés et ajustés régulièrement sur la base de données relatives aux coûts des médecins conventionnés, ce qui permet de garantir une certaine relation entre les prix définis et les charges réelles des médecins libéraux. En France, le manque des données actualisées sur les coûts des prestations en ville peut expliquer une partie des inégalités de revenu entre les médecins libéraux.
- Les budgets ambulatoires par spécialité sont utilisés pour contrôler les dépenses en ville en Allemagne. Ils constituent implicitement des revenus cibles pour les médecins conventionnés. Il existe également des soins payés en dehors des budgets pour lesquels il n'y a pas de limites de volume. Cette rémunération extrabudgétaire, visant à inciter certains actes – tels que les actes de prévention et de chirurgie ambulatoire – et à assurer l'accès à l'innovation, augmente régulièrement.
- Globalement, il résulte de ce système des niveaux de revenus un peu plus élevés en Allemagne qu'en France pour la plupart des spécialités, notamment pour les généralistes. De plus, les écarts de revenus entre les spécialités sont moins importants en Allemagne qu'en France.
- Les volumes de consultations en ville sont nettement plus élevés en Allemagne, mais la durée moyenne de consultation d'un médecin en Allemagne (8 minutes) est inférieure de moitié de celle en France (16 minutes). Cette situation semble s'expliquer par l'organisation différente en Allemagne des cabinets en ville où sont employés beaucoup plus d'assistants médicaux et non médicaux.
- Si le modèle de rémunération avec les budgets semble assurer la paix sociale, il s'agit d'un système conservateur peu incitatif à l'efficacité, car les budgets reflètent les coûts et les pratiques de soins d'une année sur l'autre. Les médecins ont peu d'incitations à avoir des nouveaux patients mais plutôt à garder leur patientèle et maintenir leur volume d'activité.
- Dans le système de santé allemand, le fait que les associations de médecins conventionnés représentent les intérêts des médecins, mais gèrent en même temps les budgets ambulatoires en régulant de près les volumes et la qualité des soins de ville, semble contribuer à la qualité et à l'efficacité des prescriptions en ville. Le processus de suivi de la qualité des soins ambulatoires est plus avancé qu'en France. Les médecins ont besoin d'être certifiés régulièrement pour fournir certains actes et sont davantage responsables de leur pratique de prescriptions.

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Dans les comparaisons internationales, l'Allemagne se distingue par la taille de son secteur hospitalier. Si lors de la pandémie de Covid-19, l'Allemagne a été saluée pour le grand nombre de lits affichés, le secteur hospitalier est confronté à de multiples enjeux d'efficience. En 2021, les dépenses de soins hospitaliers représentaient 3,2 % du PIB en Allemagne contre 2,8 % en France (graphique 11). Par habitant, l'Allemagne dépensait 1 867 dollars US (prix courants PPA) en 2021 suivi par le Danemark (\approx 1600 dollars US) et la France (1 401 dollars US). L'Allemagne a aussi connu une très forte hausse des dépenses : 20 % de plus par habitant entre 2013 et 2019, contre 6 % en France où les dépenses de soins hospitaliers par

G 11 Dépenses de soins hospitaliers* en % du PIB et par tête, prix courants PPA (dollar US) (2021)



DEN : Danemark ; FRA : France ; GBR : Royaume-Uni ; GER : Allemagne ; ITA : Italie ; NDL : Pays-Bas ; SPA : Espagne

* Soins curatifs et de réadaptation en milieu hospitalier.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

G 12 Evolution des dépenses de soins hospitaliers, par tête, prix courants PPA (dollar US) [2013 à 2021]



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

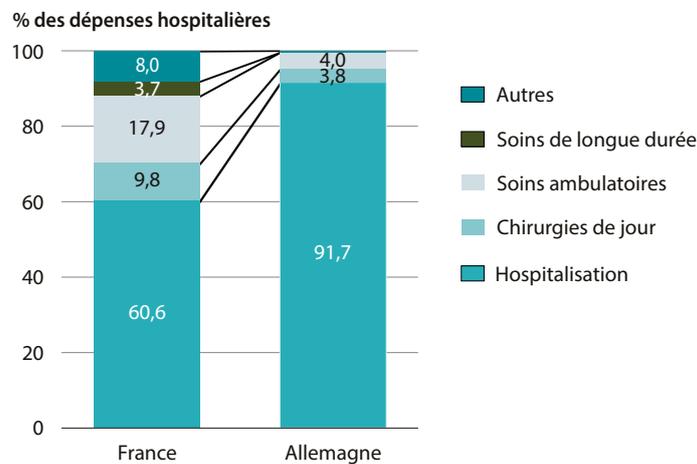
4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

habitant ont été assez stables jusqu'en 2019. En revanche, si la pandémie de Covid-19 a eu un impact visible sur les dépenses hospitalières dans les deux pays, en France, on constate une augmentation plus importante : de 20 % entre 2019 et 2021 contre 13 % en Allemagne (graphique 12).

La structure des dépenses hospitalières est aussi bien différente entre les deux pays (graphique 13). La part des dépenses hospitalières qui résulte de l'hospitalisation complète est considérable en Allemagne : 91,7 % contre 60,6 % en France, tandis que l'hospitalisation partielle et les soins ambulatoires ne représentent à eux deux que 7,8 % des dépenses hospitalières en Allemagne (respectivement 3,8 % et 4 %), contre 28 % en France (9,8 % issues de l'hospitalisation partielle et 17,9 % des soins ambulatoires).

G 13 Dépenses hospitalières par type de service (2021)



Champ : La catégorie « Autres » comprend les activités de soins préventifs, les produits pharmaceutiques s'ils sont délivrés à des patients en ambulatoire et les services inconnus. La catégorie « Soins ambulatoires » comprend les services auxiliaires.

Source : OECD Health Statistics 2023.

Le secteur hospitalier en France a connu des évolutions importantes au cours des vingt dernières années, notamment depuis l'introduction de la Tarification à l'activité (T2A). Bien que le nombre de lits d'hospitalisation complète ait été réduit depuis 2000, la capacité hospitalière en France reste une des plus élevées parmi les pays de l'OCDE.

Cette partie compare les structures hospitalières dans les deux pays, afin de mieux comprendre les différences de capacité et de productivité, sur la base notamment des capacités d'accueil en lits d'hospitalisation complète, et en places d'hospitalisation partielle et des effectifs en personnels médicaux et soignants. Elle s'intéresse également aux différences d'activité hospitalière et de rémunération (de base) des médecins et soignants à l'hôpital dans les deux pays. Enfin, elle compare les mécanismes de financement de l'hôpital et les récents projets de réforme hospitalière dans les deux pays.

4.1. Offre de soins hospitaliers

En Allemagne, la planification et la réglementation des hôpitaux sont décentralisées et assurées par les ministères de la Santé des États fédérés (*Länder*), mais dans le cadre juridique fédéral de la Loi sur le financement des établissements hospitaliers (*Krankenhausfinanzierungsgesetz*). Les caisses d'assurance maladie jouent un rôle limité dans la régulation des prix et de la qualité¹²⁷. En France, c'est le ministère de la Santé qui est en charge de la régulation de l'offre, des salaires et de la qualité des soins dans les hôpitaux.

4.1.1. La variété des établissements de santé dans les deux pays

En Allemagne, comme en France, on recense trois catégories majeures d'établissements dans le secteur hospitalier :

- a) les hôpitaux « généraux » qui prodiguent des soins curatifs aigus, somatiques et psychiatriques ;
- b) les établissements de prévention et de rééducation (*Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*) qui prodiguent aussi bien des soins de réadaptation somatiques que psychiatriques ;
- c) les hôpitaux psychiatriques qui prodiguent exclusivement des soins psychiatriques.

La première catégorie des « hôpitaux généraux » est proche des établissements dits de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France et la deuxième peut être comparée aux établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), même s'il peut y avoir de légères différences dans leur patientèle (Focus 10).

FOCUS 10

Les établissements de prévention et de rééducation en Allemagne¹²⁸

En Allemagne, les établissements de « prévention et de rééducation » sont des établissements de soins post-aigus, considérés comme des hôpitaux spécialisés dans la classification internationale des prestataires de soins¹²⁹. Ces établissements prennent en charge des patients qui ont été hospitalisés, afin de maintenir les résultats obtenus par le traitement et prévenir une dépendance ou un handicap par une assistance médicale et des soins infirmiers. Ils prennent en charge la rééducation médicale de patients qui ont besoin de soins non aigus. Ils visent également à éviter une maladie ou une hospitalisation (= prévention) : il existe des centres de réadaptation pour les personnes souffrant de maladies mentales ou de prévention de la toxicomanie. En outre, il existe également des centres de rééducation pour des pathologies particulières telles que les troubles alimentaires ou les addictions. Ces établissements dispensent ainsi des soins de réadaptation somatiques et psychiatriques.

¹²⁷ Schut F., Henschk, C., Or Z. (2023). "Changing roles of health insurers in France, Germany, and the Netherlands: Any lessons to learn from Bismarckian systems?" *Health Economics, Policy and Law*. 18(4), 362-376. ([doi:10.1017/S1744133123000191](https://doi.org/10.1017/S1744133123000191)).

¹²⁸ Définition légale : voir le § 107 al. 2 SGBV ; Cleiss. *Le système de santé allemand*. (<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>).

¹²⁹ OECD Health Statistics 2023. *Definitions, Sources and Methods. Total hospital beds and breakdown by function of healthcare*. (<https://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=261f59d6-0bbe-4c86-ae5c-0dccc5f59f3a>) ; OECD, European Union, World Health Organization. *Classification of Health Care Providers* (CHA-HP). (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264116016-8en.pdf?expires=1692780123&id=id&accname=guest&checksum=C67E73B1EAC1D67B0AF64BE53DAFB349>).

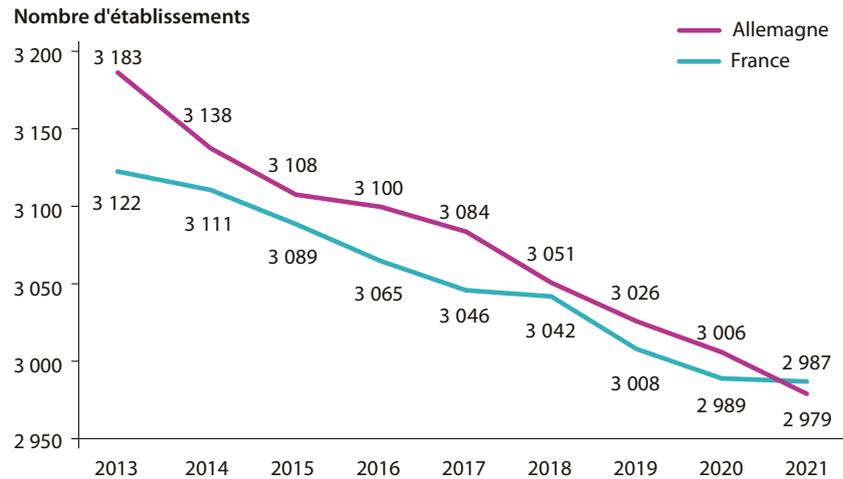
Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

Dans ce cadre, lorsqu'on compare le nombre d'établissements de santé¹³⁰ dans les deux pays, de manière globale, on observe des tendances similaires : le nombre d'établissements, en constante diminution depuis 2013 (- 4,3 % en France et - 6,4 % en Allemagne entre 2013 et 2021), est assez proche dans les deux pays en 2021 (2 979 établissements en Allemagne contre 2 987 en France) [graphique 14].

G 14 Évolution du nombre total d'établissements de santé en France et en Allemagne (2013 à 2021)



Champ : Etablissements de santé dans tous les secteurs (public et privé), avec lits en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Psychiatrie (PSY) et Soins de suite et de réadaptation (SSR) pour la France, équivalents pour l'Allemagne (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réhabilitation) ; exclusion des Unités de soins de longue durée (USLD) et des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Drees (2022). *Les établissements de santé*. Edition 2022. Collection Panoramas de la Drees; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12 Reihe 6.1.2) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de).

4.1.2. 50 % de lits en plus par habitant en Allemagne

En revanche, les capacités hospitalières en termes de lits d'hospitalisation complète sont très différentes. En France comme en Allemagne, les lits d'hospitalisation complète désignent l'ensemble des lits des établissements de santé opérationnels et destinés à l'hospitalisation complète (des séjours avec nuitées), ils n'incluent pas les lits destinés à l'hospitalisation partielle ou ambulatoire (sans nuitée). Au total, en 2021, la France comptait 352 449 lits d'hospitalisation complète, tandis que l'Allemagne en comptait 645 620¹³¹. Rapporté

¹³⁰ Établissements de santé dans tous les secteurs (public et privé), avec des lits en MCO, PSY et SSR pour la France, équivalents pour l'Allemagne (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réhabilitation) ; exclusion des Unités de soins de longue durée (USLD) et des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

¹³¹ Lits d'hospitalisation complète en soins aigus (Médecine, chirurgie, obstétrique-MCO), en soins psychiatriques (PSY) et en Soins de suite et de réadaptation (SSR) en France ; équivalents en Allemagne (lits en hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réhabilitation). Exclusion des lits en Unités de soins de longue durée (USLD) et d'Hospitalisation à domicile (HAD) pour la France et des lits en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Drees (2022). *Les établissements de santé*. Panoramas de la Drees. Edition 2022 ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12 Reihe 6.1.2) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

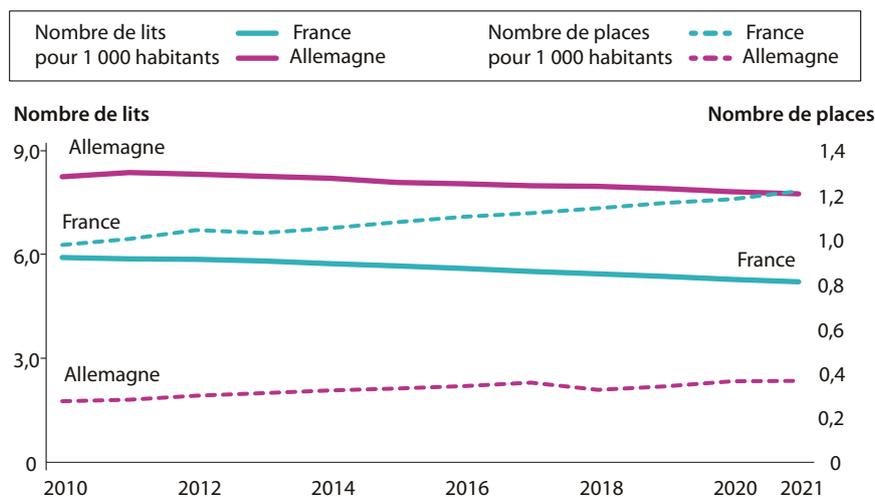
4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

au nombre d'habitants, cela représente 5,2 lits pour 1 000 habitants en France contre 7,8 en Allemagne, soit 50 % en plus. Comme dans les autres pays, le nombre de lits d'hospitalisation complète, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est en diminution en France et en Allemagne : d'environ 8,2 % entre 2010 et 2021 en France et seulement de 4,3 % en Allemagne.

Cet écart, en termes de lits, s'explique en partie par la place plus importante de l'hospitalisation partielle en France, qui résulte de la volonté de réorganiser l'offre pour augmenter les séjours ambulatoires dans un contexte de progrès médical rapide dans ce domaine¹³² et dans un objectif de gain d'efficacité. Ainsi, entre 2010 et 2021, plus de 19 000 places d'hospitalisation partielle ont été créées en France (82 424 places en 2021 contre 63 115 en 2010). Ces places concernent les séjours et les chirurgies ambulatoires, l'accueil de jour ou de nuit, majoritairement dans les établissements de MCO et de SSR, avec une augmentation d'environ 9 000 lits chacun sur la période de 2010 à 2021¹³³. Par rapport au nombre d'habitants, le nombre total de places d'hospitalisation partielle est ainsi passé de 0,98 pour 1 000 habitants en 2010 à 1,22 en 2021 en France, tandis qu'en Allemagne cette hausse a été moins importante. Ainsi, en 2021, l'Allemagne comptait 0,36 place pour 1 000 habitants contre 1,22 place pour 1 000 habitants en France (graphique 15).

G 15 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle, pour 1 000 habitants, en France et en Allemagne (2010 à 2021)



Champ : Lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle, en soins curatifs aigus somatiques (MCO), en soins psychiatriques (PSY) et en Soins de suite et de réadaptation (SSR) en France, équivalents en Allemagne (lits en hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réadaptation). Exclusion des lits en Unités de soins de longue durée (USLD) et d'hospitalisation à domicile (HAD) pour la France et des lits en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Drees (2023). « Les établissements de santé en 2021 ». Les Dossiers de la Drees, n° 111, juillet 2023 ; Statistisches Bundesamt (Destatis). Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12 Reihe 6.1.2) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de).

¹³² Drees (2022). *Les établissements de santé. Panoramas de la Drees. Edition 2022.*

¹³³ Drees (2023). « Les établissements de santé en 2021 ». *Les Dossiers de la Drees*, n° 111, juillet 2023.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

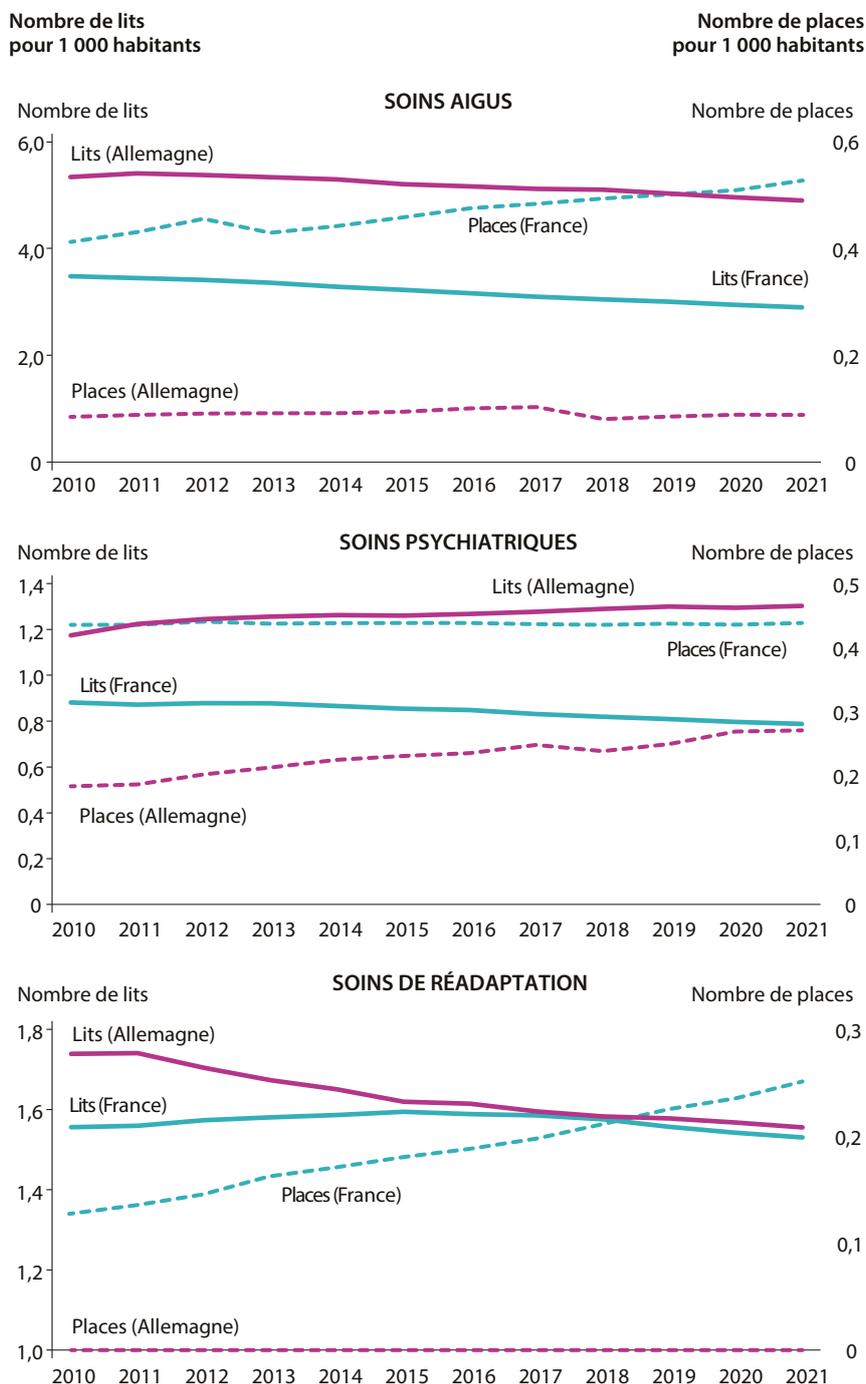
Irdes - mars 2024

Par ailleurs, lorsque l'on compare l'évolution du nombre de lits et de places pour 1 000 habitants, la France et l'Allemagne s'inscrivent dans des dynamiques différentes selon la fonction de soins (graphique 16). Si le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins aigus (MCO) pour 1 000 habitants baisse de manière régulière à la fois en France (- 16,8 %) et en Allemagne (- 8,2 %) entre 2010 et 2021, ce n'est pas le cas des lits en soins psychiatriques et en soins de réadaptation. Le nombre de lits en soins psychiatriques pour 1 000 habitants est en augmentation en Allemagne (+ 10,9 % entre 2010 et 2021), tandis qu'il est également en baisse en France (- 10,5 % entre 2010 et 2021). S'agissant des lits en SSR, leur nombre pour 1 000 habitants a très légèrement baissé en France depuis 2010 (- 1,6 %) tandis qu'en Allemagne, la baisse est plus forte (- 10,5 %). En revanche, s'agissant des places d'hospitalisation partielle en soins aigus, si leur nombre pour 1 000 habitants a augmenté dans les deux pays, entre 2010 et 2021, la hausse était bien plus importante en France : + 28 % contre + 4,6 % en Allemagne. En soins psychiatriques, le nombre de places pour 1 000 habitants est resté stable en France (+ 0,7 %) et a augmenté de près de 50 % en Allemagne (+ 46,1 % exactement). Enfin, le nombre de places en SSR pour 1 000 habitants a doublé en France entre 2010 et 2021 (+ 97 %).

Ainsi, en 2021, le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins aigus (MCO) est bien plus important en Allemagne : 4,9 lits pour 1 000 habitants contre 2,9 en France, soit 70 % de plus en Allemagne. Quant au nombre de places d'hospitalisation partielle, la France en comptait 35 636 en 2021, tandis que l'Allemagne en comptait 7 264 (soit 5 places pour 10 000 habitants en France contre 1 place pour 10 000 en Allemagne). Cette différence du nombre de places en faveur de la France explique une hausse importante du nombre de chirurgies ambulatoires dans le secteur, tandis qu'en Allemagne, la chirurgie ambulatoire à l'hôpital est peu développée (voir section suivante).

La capacité en nombre de lits d'hospitalisation complète en soins psychiatriques est également plus importante en Allemagne : 1,3 lit pour 1 000 habitants en 2021 contre 0,8 lit en France. En revanche, le nombre de places d'hospitalisation partielle en soins psychiatriques est plus important en France, qui en comptait 0,44 pour 1 000 habitants en 2021 contre 0,28 en Allemagne. Le nombre de lits en SSR est similaire dans les deux pays : environ 1,5 lit pour 1 000 habitants. Toutefois, il faut tenir compte du nombre de places d'hospitalisation partielle en France qui était de 0,25 pour 1 000 habitants en 2021. En Allemagne, il n'y a pas de places d'accueil de jour ou de nuit dans les établissements de SSR (graphique 16).

G 16 Évolution du nombre de lits et de places, pour 1 000 habitants, selon la fonction de soins, en France et en Allemagne (2010 à 2020)



Champ : Lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle dans les établissements en soins aigus (MCO), psychiatriques et de suite et réadaptation (SSR) en France, équivalents en Allemagne (lits d'hospitalisation complètes et places d'accueil de jour et de nuit en « hôpitaux généraux », en hôpitaux psychiatriques et en établissements de prévention et de réhabilitation).

Sources : Drees (2022). *Les établissements de santé*. Edition 2022. Collection Panoramas de la Drees.; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12 Reihe 6.1.2) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-datafr>).

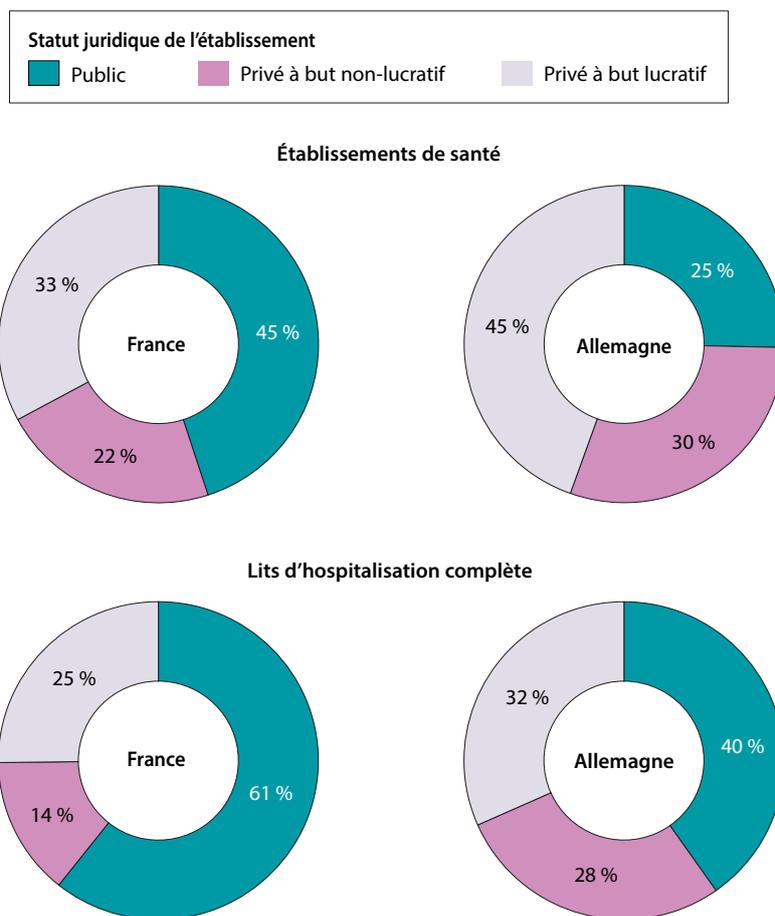
Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

Concernant le statut des établissements de santé, la part des établissements publics en France est nettement plus importante en termes de capacité hospitalière : 45 % des établissements et 61 % des lits contre 25 % des établissements et 40 % des lits en Allemagne. Les établissements privés à but lucratif regroupent 32 % des lits en Allemagne (contre 25 % des lits en France), tandis que 28 % des lits sont dans les établissements privés à but non-lucratif (contre 14 % en France) [graphique 17]. Il faut aussi noter qu'en Allemagne, il n'y a aucune différence dans les missions, la régulation et le financement selon le statut des établissements publics et privés.

G 17 Nombre d'établissements de santé et de lits d'hospitalisation complète, selon le statut juridique de l'établissement, en France et en Allemagne (2021)



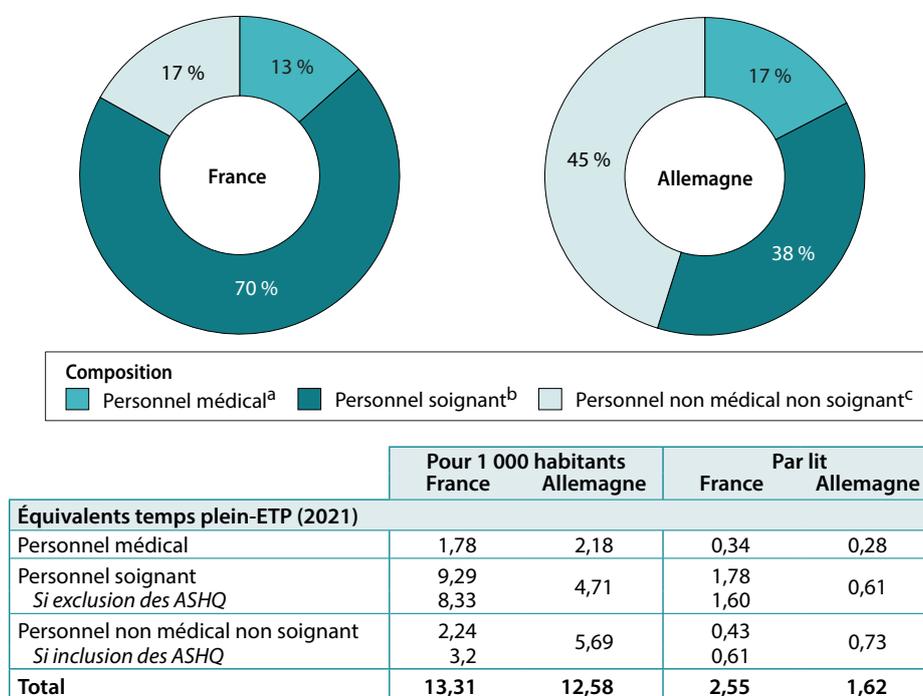
Champ : Établissements de santé dans tous les secteurs, avec lits en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Psychiatrie (PSY), Soins de suite et de réadaptation (SSR) et Unités de soins de longue durée (USLD) pour la France ; « hôpitaux généraux », hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réhabilitation en Allemagne. Exclusion des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Sources : Drees. *Les établissements de santé*. Panoramas de la Drees. Édition 2022 ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12 Reihe 6.1.2) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de).

4.1.3. Nombre de personnels médicaux par lit comparable mais nombre de soignants par lit beaucoup plus faible en Allemagne

Malgré le nombre de lits beaucoup plus élevé en Allemagne, le nombre de personnels hospitaliers est relativement faible. Si les effectifs en personnel médical, en Equivalents temps plein (ETP), sont plus importants en Allemagne qu'en France (2,2 personnels médicaux pour 1 000 habitants contre 1,8 en France en 2021), les effectifs en personnel soignant en ETP sont bien plus importants en France : 9,3 soignants pour 1 000 habitants en France contre 4,7 en Allemagne en 2021 (graphique 18). Cette différence est en partie liée à la classification des personnels soignants dans les deux pays. En France, les Agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) sont classés dans la catégorie du personnel soignant, tandis qu'en Allemagne, il n'y a pas de catégorie identique et la plupart peuvent être considérés comme

G 18 Composition du personnel hospitalier en établissement de santé en France et en Allemagne (ETP, 2021)



Champ : En France, établissements de santé en Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), Psychiatrie (PSY), Soins de suite ou de réadaptation (SSR), exclusion des Soins de longue durée (SLD) et de l'Hospitalisation à domicile (HAD) ; en Allemagne, les « hôpitaux généraux », hôpitaux psychiatriques et établissements de prévention et de réhabilitation. Personnel médical : inclut en France le personnel médical salarié (y compris de statut hospitalo-universitaire et mis à disposition) et les étudiants de 3^e cycle (y compris internes, docteurs juniors et Faisant fonction d'interne (FFI) ; en Allemagne les médecins employés à titre permanent (*hauptamtliche Ärzte*), dont les médecins en cours de spécialisation (= internes).

Personnel soignant : inclut en France les personnels d'encadrement, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sans et avec spécialisation, les aides-soignants, les psychologues, les sages-femmes et les personnels de rééducation ; en Allemagne tous les personnels qui ont une activité de soignant (catégorie *Pflegedienst*).

Personnel non médical non soignant : inclut en France les personnels de direction et administratif (y compris les directeurs de soins infirmiers et non infirmiers), les personnels éducatifs et sociaux, les personnels médico-techniques et les personnels techniques et ouvriers ; en Allemagne, les personnels médico-techniques, de service fonctionnel (*Funktionsdienst*), de maison et de nettoyage des cliniques et unités de soins (*klinisches Hauspersonal*), de service économique et d'approvisionnement (*Wirtschafts- und Versorgungsdienst*), techniques, administratifs et autres.

Sources : Drees. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupe de disciplines d'équipement (Q21), Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires par groupe de disciplines d'équipement (Q24) ; *Statistisches Bundesamt (Destatis)*. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1) ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

non soignants. Toutefois, même lorsqu'on enlève les ASHQ et autres personnels de services (64 606 personnes en ETP en 2021) de la catégorie du personnel soignant en France, l'écart des effectifs de personnels entre les deux pays reste important, avec 8,3 soignants pour 1 000 habitants en France (graphique 18). S'agissant du personnel non soignant, leurs effectifs semblent être beaucoup plus importants en Allemagne, avec 5,7 personnels non soignants pour 1 000 habitants en 2021 contre 2,2 en France (3,2 si on inclut les ASHQ). Comparés au nombre de lits, les effectifs en ETP du personnel médical sont assez proches : 0,34 médecin par lit en France en 2021 contre 0,28 en Allemagne. En revanche, pour le personnel soignant, la différence est frappante : en 2021, la France comptait 1,8 personnel soignant par lit (1,6 si on exclut les ASHQ), tandis que l'Allemagne en comptait 0,6 soignant.

Au-delà des questions de classification du personnel, une partie de la différence d'effectifs en personnel soignant peut être liée aux lacunes des données disponibles en Allemagne. D'après des experts¹³⁴, les statistiques allemandes présentent des limites quant à la qualité des données en ce qui concerne les effectifs en personnel soignant (Focus 12). Il n'existe pas d'enregistrement centralisé du personnel soignant en Allemagne. Les statistiques reposent sur des informations recueillies par l'intermédiaire d'auto-déclarations des hôpitaux, au moyen de questionnaires, qui peuvent être inexacts. Ainsi, il semblerait que les données sur les effectifs hospitaliers souffrent d'une sous-déclaration. Il est estimé que les données sur les médecins sont plus proches de la réalité, suivie par celles sur les infirmiers diplômés, puis par le reste du personnel. Tandis qu'en France, la Statistique annuelle des établissements (SAE) permet, dans le cadre d'une enquête administrative exhaustive obligatoire auprès de l'ensemble des établissements de santé de France, d'avoir des informations fiables sur l'activité, les capacités, le personnel médical et non médical, et sur les équipements de ces établissements.

FOCUS 11

Durée de la formation du personnel soignant en Allemagne

En Allemagne, en ce qui concerne le personnel soignant, une distinction est faite en fonction du nombre d'années de formation. Un infirmier doit suivre une formation professionnelle d'au moins trois ans, équivalente à celle des Infirmiers diplômés d'État (IDE) en France. Auparavant, il existait trois filières distinctes (infirmier en soins généraux, pédiatriques et gériatriques), qui ont été fusionnées récemment (toutefois, on retrouve encore ces notions dans les statistiques allemandes). L'objectif de cette réforme était d'accroître la flexibilité de la profession, en facilitant le glissement d'un domaine de soins à un autre (notamment des soins gériatriques vers les soins généraux). Les personnels soignants auxiliaires ou assistants ont besoin d'une formation professionnelle d'un ou deux ans. C'est ce qui se rapproche le plus des aides-soignants en France. En outre, le niveau de formation « scolaire » des infirmiers en Allemagne est plus bas que dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : il est possible de commencer la formation pour devenir infirmier après avoir effectué dix années de formation scolaire contre douze dans la plupart des pays de l'OCDE (ce qui correspondrait à après l'année de seconde au lycée en France)¹³⁵.

Néanmoins, le manque de personnels soignants (infirmiers et aides-soignants) dans les hôpitaux est bien identifié comme un problème en Allemagne. Le nombre d'infirmiers qualifiés et d'aides-soignants employés à l'hôpital pour 1 000 habitants (ETP) est beaucoup

¹³⁴ Dr. Ricarda Milstein (OCDE, Université de Hambourg) et Dr. Mélanie Messer (Université de Trèves, SVR).

¹³⁵ Le système scolaire en Allemagne est différent du système français : après quatre années en école primaire (*Grundschule*) (contrairement à cinq ans en France), les enfants sont répartis dans différents types d'établissements secondaires, en fonction de leurs résultats et des professions ou études visées. Le *Gymnasium* correspond au système français collège/lycée, allant des classes 5 à 12 ou 13, et permet d'obtenir l'équivalent du baccalauréat. La *Hauptschule* va jusqu'à la classe 9 (plutôt pour les élèves destinés à l'apprentissage) et la *Realschule* va jusqu'à la classe 10 (plutôt pour les élèves qui visent une formation professionnelle).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

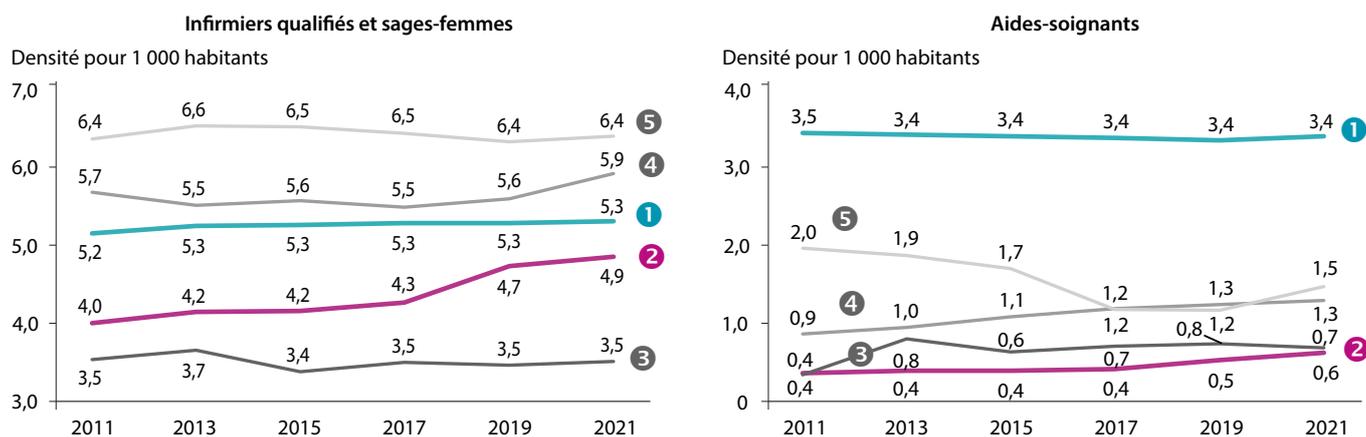
Irdes - mars 2024

plus faible en Allemagne par rapport à la plupart des pays de l'OCDE (graphique 19). En 2019, des ratios (patients par infirmier) ont été introduits afin de garantir la sécurité des patients¹³⁶. Le nombre maximum de patients par infirmier est défini pour les unités hospitalières au sein desquelles la présence du personnel infirmier est cruciale pour la sécurité des soins. Par exemple, depuis le 1^{er} février 2021, les ratios sont utilisés dans les soins intensifs (2 patients par infirmier en journée et 3 la nuit), dans les services de gériatrie (10 patients par infirmier en journée et 20 la nuit), de cardiologie (10 patients par infirmier en journée et 22 la nuit) et de chirurgie traumatologique (10 patients par infirmier en journée et 20 la nuit). En France, même s'il existe des ratios de personnels médical et soignant par service pour certaines disciplines (soins intensifs, anesthésie, etc.), il n'y a pas de ratio précisant le nombre maximal de patients par infirmier.

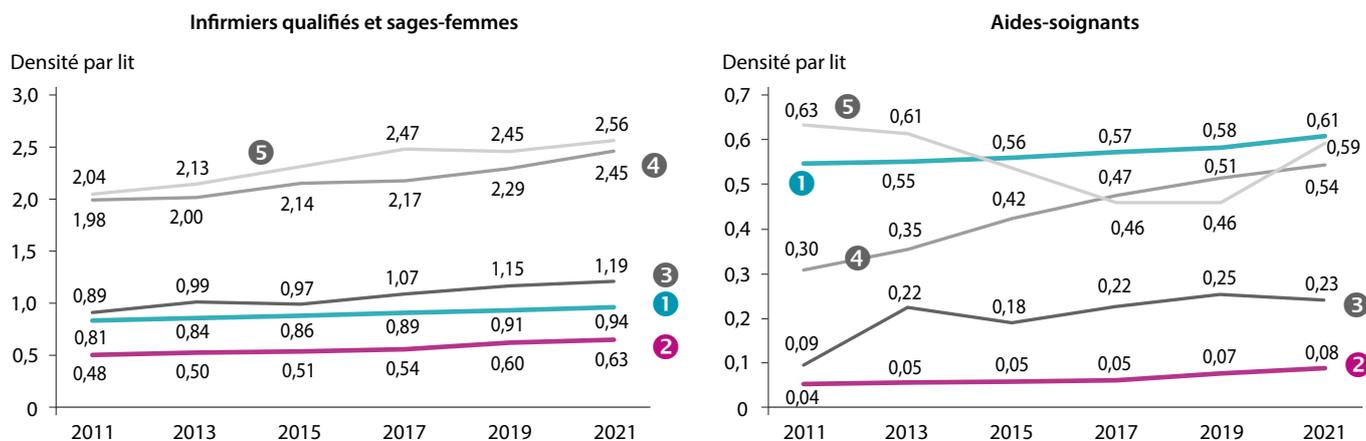
G 19 Densité d'infirmiers qualifiés, de sages-femmes et d'aides-soignants employés dans les hôpitaux (2011 à 2021)

1 France 2 Allemagne 3 Pays-Bas 4 Royaume-Uni 5 Danemark

a) ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN POUR 1 000 HABITANTS



b) ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN PAR LIT



Source : (a, b) Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>) ; (b) calculs Irdes.

¹³⁶ Blümel M., Busse R. (2020). *Germany*. The Commonwealth Fund. 5 juin 2020. (<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> consulté le 5 septembre 2023).

4.2. Financement des hôpitaux

4.2.1. Tarification à l'activité introduite avec des principes de base communs dans les deux pays mais selon une mise en œuvre différente

En Allemagne, comme en France, depuis 2004, les hôpitaux sont majoritairement financés proportionnellement à leur activité dans le cadre d'un système de Tarification à l'activité (T2A en France, *German-Diagnostic Related Groups* (G-DRG) en Allemagne). Le paiement à l'activité est devenu le mode de paiement commun pour tous les hôpitaux de soins aigus dans les deux pays, avec des objectifs similaires : améliorer l'efficacité hospitalière, réduire la durée moyenne de séjour à l'hôpital, stabiliser les dépenses de santé et améliorer la transparence dans le financement avec une meilleure information sur les coûts et les volumes des soins à l'hôpital. En Allemagne, le financement à l'activité a remplacé un système mixte de paiement par cas et par jour, limité par les budgets des hôpitaux, qui avait potentiellement contribué à prolonger les durées des séjours au-delà de ce qui était médicalement nécessaire¹³⁷. En France, elle a remplacé le budget global, considéré comme opaque et peu incitatif à l'efficacité, dans le secteur non lucratif, et le paiement à l'acte mixte avec le *per diem* (très inflationniste) dans le secteur lucratif. L'architecture de base de deux systèmes est assez similaire : une grande partie du financement des hôpitaux est liée à leur volume d'activité avec des paiements additionnels pour compenser le coût des services hospitaliers spécifiques, notamment pour l'enseignement médical, la recherche et l'innovation ainsi que les services de santé publique.

Le système de classification des patients et de paiement à la T2A en France présente une plus grande complexité qu'en Allemagne. La classification allemande des Groupes homogènes de malades (GHM) comprenait 1 292 DRG en 2020, tandis qu'en France, en 2022, il y avait 2 629 GHM avec plus de 7 000 tarifs (différents pour le secteur public et le secteur privé)¹³⁸. En France, le nombre de GHM a été augmenté par l'introduction de quatre niveaux de gravité appliqués à la plupart des GHM de base. Les données relatives à la durée du séjour, avec les diagnostics secondaires et l'âge sont utilisées de manière systématique pour évaluer le niveau de gravité des cas.

En Allemagne, les prix, communs pour les établissements publics et privés, sont censés couvrir tous les frais de fonctionnement du personnel et de traitement ainsi que les frais d'hébergement et de nourriture mais pas les investissements structurels. Ainsi, les coûts de fonctionnement sont financés par les caisses des assurances maladie légale et privée à travers la T2A, tandis que les investissements sont financés par les États fédérés (*Länder*) au moyen d'impôts. Toutefois, l'investissement public réel dans les hôpitaux n'a cessé de diminuer (de 25 % du financement global des hôpitaux en 1972 à 3 % en 2020).

En France, il existe deux séries de tarifs différents : l'une pour les hôpitaux publics (y compris les hôpitaux privés à but non-lucratif) et l'autre pour les hôpitaux privés à but lucratif. Ce qui est inclus dans le prix diffère entre le secteur public et le secteur privé. Les tarifs des hôpitaux publics couvrent l'ensemble des coûts liés à un séjour (y compris le personnel médical, les examens pratiqués, les frais généraux, etc.), tandis que ceux du secteur privé ne couvrent pas les honoraires médicaux payés aux médecins (qui sont payés à l'acte) ni le coût des examens biologiques et d'imagerie qui sont facturés séparément. Ainsi, dans le secteur public, le coût de l'investissement était intégré normalement dans les tarifs. Toute-

¹³⁷ Busse R., Geissler A., Aaviksoo A., Cots F., Häkkinen U., Kobel C., Mateus C., Or Z., O'Reilly J., Serdén L., Street A., Tan SS., Quentin W. (2013). "Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?". *BMJ*. 2013 Jun 7;346:f3197. (doi:10.1136/bmj.f3197. PMID : 23747967).

¹³⁸ Cour des Comptes (2023). *La tarification à l'activité*. (28 juillet 2023).

fois, plusieurs plans d'investissements publics (Plan hôpital 2007, Plan hôpital 2012) ont été mobilisés pour financer des investissements hospitaliers supplémentaires, et depuis 2021, dans le cadre du Ségur de la santé, les grands projets d'investissements structurants sont financés par les ARS.

En France, comme en Allemagne, les tarifs de référence ont été initialement calculés sur la base de données collectées auprès des hôpitaux volontaires qui participaient à une étude de coûts. Toutefois, les tarifs réels par GHM en France sont déterminés par le ministère de la Santé en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), pour le secteur des soins aigus et d'autres priorités en matière de santé publique. Par conséquent, les coûts de référence (tarifs « bruts ») sont modifiés de manière complexe (et peu transparente pour les établissements) pour calculer les prix réels des GHM chaque année. En Allemagne, les tarifs de référence sont révisés chaque année. L'Institut pour le remboursement des hôpitaux (*Institut für das Entgeldsystem im Krankenhaus* – InEK), composé de la Société hospitalière allemande (*Deutsche Krankenhausgesellschaft* – DKG), de l'Association fédérale des caisses d'assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*) et de l'Association des assurances maladie privées (*Verband der privaten Krankenversicherung* – PKV-Verband), calcule le taux de base fédéral, qui définit le niveau moyen des prix des DRG et est ajusté chaque année pour refléter les changements dans les coûts hospitaliers. Des négociations au niveau de chaque *Land* ont ensuite lieu, afin de déterminer un prix propre à chaque *Land*. Les *Länder* peuvent s'écarter du taux de base fédéral, mais ils doivent respecter un *corridor*, défini de manière uniforme au niveau fédéral par l'INEK (- 1,02 % à + 2,5 % du taux de base fédéral)¹³⁹. Ainsi, les prix varient peu d'un *Land* à l'autre.

Récemment, une modification fondamentale du système G-DRG a été introduite. En raison des faibles ratios de personnel infirmier dans les hôpitaux, bien identifiés comme un problème de sécurité des soins, la Loi sur le renforcement du personnel infirmier (2019) a demandé d'exclure les coûts du personnel infirmier des tarifs des DRG pour faciliter leur recrutement. Depuis 2020, les coûts du personnel infirmier dans les hôpitaux de soins aigus sont entièrement couverts par les caisses d'assurance maladie, tandis que tous les autres coûts de fonctionnement sont couverts par les tarifs DRG.

4.2.2. Deux modes de régulation des dépenses hospitalières différents

En France, le contrôle des dépenses hospitalières est assuré par un mécanisme de régulation prix/volume (baisse de tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité globale) dans le cadre des objectifs nationaux des dépenses de santé votés dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Le suivi et la gestion des dépenses hospitalières sont gérés au niveau sectoriel sans tenir compte de la réalité des évolutions au niveau de chaque établissement. Les prix ont été ajustés à la baisse à plusieurs reprises depuis 2006, car l'augmentation de l'activité a été supérieure aux objectifs fixés. Globalement, cette gestion budgétaire semble avoir réussi à limiter l'augmentation des dépenses hospitalières et contribué à augmenter la productivité. Néanmoins, ce mécanisme de régulation au niveau macro-économique crée également un environnement extrêmement incertain pour les hôpitaux, dans lequel il n'est pas possible de prévoir les tendances du marché et les prix en amont. Les prix des GHM sont de plus en plus déconnectés des coûts et de leur évolution à

¹³⁹ Barber S.L., Lorenzoni L., Ong P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. Geneva: WHO, OECD. 2019 ; GKV-Spitzenverband. Bundesbasisfallwert (BBFW). (<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp>, consulté le 17 octobre 2023).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

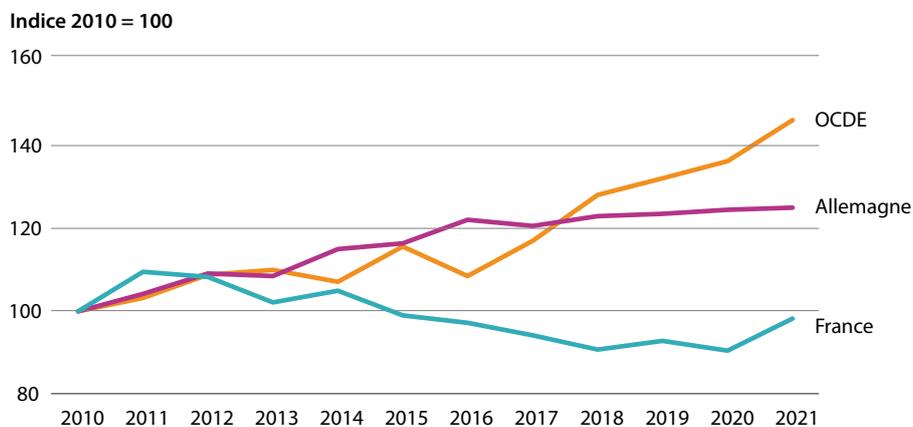
Irdes - mars 2024

l'hôpital, ils sont fixés en fonction de l'évolution globale de l'activité hospitalière et du niveau de l'Ondam hospitalier qui, depuis 2009, n'est plus un objectif mais un plafond de dépenses.

En Allemagne, la gestion des dépenses est décentralisée par un suivi de l'activité au niveau de l'établissement. Chaque hôpital négocie un budget annuel avec les caisses d'assurance maladie, qui fixe des cibles pour l'activité à partir des volumes et du budget de l'année précédente. Les parties passent en revue les volumes par DRG ainsi que tous les paiements supplémentaires et les déductions de l'année précédente. Ces négociations sont longues et complexes. Les écarts par rapport au budget convenu sont partiellement compensés. Si les recettes réelles de l'hôpital au cours d'une année dépassent le budget convenu pour les recettes de l'hôpital, il doit rembourser 65 % des recettes supplémentaires, alors que dans le cas contraire, c'est-à-dire si les recettes réelles sont inférieures au budget convenu, il recevra 20 % du manque à gagner. Ces déductions ne sont pas ajustées en fonction des caractéristiques de l'hôpital, telles que sa taille et son statut.

Cette divergence dans la régulation des dépenses hospitalières se reflète dans l'évolution des dépenses d'investissements en France et en Allemagne. Le graphique 20 présente un indice des dépenses d'investissement en termes réels depuis 2010 pour la France et l'Allemagne par rapport à la moyenne de l'OCDE. L'Allemagne a connu une augmentation constante de ses dépenses d'investissement depuis 2010 (+ 25 % en 2021). Cette croissance reste inférieure à celle des pays de l'OCDE qui couvre également des pays en voie de développement. La France a quant à elle vu ses niveaux d'investissement baisser depuis 2011 jusqu'à la crise pandémique en 2020 quand il y a eu un redressement en termes d'investissement en santé.

G 20 Évolution des dépenses d'investissement (en termes réels), 2010-2021



Source : Health at a Glance 2023, OECD National Accounts, OECD Health Statistics 2023.

4.3. Rémunération du personnel médical et soignant

4.3.1. Rémunération de base des médecins assez proche

En France, les salaires des personnels médicaux dans les établissements publics de santé sont fixés par arrêté (montants bruts)¹⁴⁰. Le salaire d'un médecin à l'hôpital varie selon son statut et son ancienneté. Il existe ainsi différentes catégories de médecins hospitaliers dont les statuts sont multiples : Praticiens hospitaliers (PH), Professeurs des universités-Praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, praticiens attachés, assistants des hôpitaux, entre autres. Pour un praticien hospitalier, le revenu brut mensuel de base varie de 4 634 euros en début de carrière à 9 368 euros en fin de carrière (montants au 1^{er} juillet 2023). Les personnels enseignants et hospitaliers des Centres hospitaliers (CH) et universitaires (CHU) perçoivent, en complément des émoluments hospitaliers, une rémunération universitaire (tableau 4).

T 4 Émoluments hospitaliers en France des personnels médicaux (montants bruts mensuels au 1^{er} juillet 2023)

Statut	Émoluments (en €)
Praticien hospitalier	4 633,98 - 9 368,05
Praticien contractuel	4 339,38 - 4 633,98
Praticien attaché	2 665,41 - 4 840,20
Praticien associé	3 052,04 - 3 448,87
Praticien adjoint contractuel	2 434,34 - 4 171,10
Personnels enseignants et hospitaliers des Centres hospitaliers universitaires (CHU) :	
- Professeur des universités-praticien hospitalier	3 358,68 - 5 077,54
- Maître de conférences des universités-praticien hospitalier	2 890,81 - 4 204,29
- Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux et assistant hospitalier universitaire	1 554,90 - 1 810,71

Sources : Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics ; Décret n° 2020-1182 du 28 septembre 2020 relatif à la modification de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

En Allemagne, la rémunération de base des médecins hospitaliers est fixée par des conventions collectives, qui sont différentes pour les hôpitaux universitaires (*Unikliniken*), les centres hospitaliers (*kommunale Krankenhäuser*) et les groupes de cliniques privées. Malgré ces différentes conventions, il y a peu de différence dans les niveaux de rémunération de base des médecins entre ces établissements. La rémunération de base varie selon la catégorie salariale à laquelle le médecin est affecté : médecin en formation postuniversitaire de spécialisation (équivalent d'interne), médecin spécialiste (*Facharzt*), chef de service (*Oberarzt*), chef de service qui représente de manière permanente le médecin-chef (*leitender Oberarzt*). A l'intérieur de ces catégories, le salaire des médecins augmente au fur et à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience professionnelle. Ainsi, le niveau de carrière, l'expérience professionnelle et le type d'employeur sont des facteurs importants pour déterminer le salaire d'un médecin. Comme en France, les rémunérations entre spécialités à l'hôpital sont identiques, alors qu'elles diffèrent en ville.

¹⁴⁰ Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774474>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

En revanche, en Allemagne, les médecin-chefs (*Chefärzte*), qui occupent des postes de direction au sein d'un hôpital sont nettement mieux rémunérés. Leur rémunération n'est pas fixée par convention collective, mais par négociations salariales dans le cadre de leur contrat de travail. Leur salaire varie ainsi selon le lieu d'implantation, le type et la taille de l'hôpital.

Le revenu brut mensuel de base d'un médecin en hôpital universitaire varie de 6 737 euros, pour un médecin spécialiste qui débute sa carrière, à 11 200 euros, pour un médecin chef de service, représentant permanent du médecin-chef (respectivement 6 711 euros et 10 595 euros en centre hospitalier). Le travail de recherche et d'enseignement que les médecins universitaires effectuent en plus des soins aux patients est généralement inclus dans la rémunération prévue par convention collective¹⁴¹ (tableau 5 et Focus 12).

T 5 Émoluments hospitaliers en Allemagne des personnels médicaux (montants bruts mensuels au 1^{er} septembre 2023)

	Émoluments (en €)	
	Hôpital universitaire ^a	Centre hospitalier ^b
Médecin interne, en formation de spécialisation postuniversitaire	5 104,24 - 6 552,04	5 084,92 - 6 536,32
Médecin spécialiste (<i>Facharzt</i>)	6 736,78 - 8 438,20	6 711,29 - 8 618,98
Chef de service (<i>Oberarzt</i>)	8 438,20 - 9 643,64	8 406,29 - 9 607,20
Chef de service, représentant permanent du médecin-chef (<i>leitender Oberarzt</i>)	9 926,10 - 11 200,40	9 888,50 - 10 595,38

^a Grille tarifaire applicable à partir du 1^{er} septembre 2023 (*TV Ärzte TdL*).

^b Grille tarifaire applicable du 1^{er} juillet 2023 au 31 mars 2024 (*TV-Ärzte VKA*).

Champ : *Facharzt* = médecin qui, après avoir suivi et achevé une formation de spécialisation, exerce dans sa spécialité ; *Oberarzt* = médecin responsable d'un département ou d'un domaine spécifique au sein d'un établissement hospitalier en Allemagne ; *leitender Oberarzt* = médecin spécialiste chef de service qui est désigné comme représentant permanent du médecin-chef (*Chefarzt*) et qui le remplace dans l'ensemble de ses tâches de service¹⁴².

Sources : Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) vom 30. Oktober 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrages Nr. 8 vom 25. August 2022 (Stand: 1. Juli 2022) ; Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2023 (Stand: 1. Januar 2023) ; Marburger Bund. *Tarifverträge*. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>) ; *öffentlicherdienst.info* ; *praktischArzt. Arzt Gehalt – Wie viel verdienen Ärzte??* (<https://www.praktischarzt.de/arzt/gehalt-arzt/>, consulté le 11 septembre 2023) ; *praktischArzt. Klinik Hierarchie der Arzt Positionen – Vom Famulus zum Chefarzt*. (<https://www.praktischarzt.de/arzt/klinik-hierarchie-arzt-positionen/>, consulté le 11 septembre 2023).

¹⁴¹ [Merkur.de](https://www.merkur.de/leben/karriere/gehalt-verdient-assistenzarzt-viele-schaetzen-total-falsch-zr-12352464.html). So viel verdient ein Assistenzarzt wirklich - viele schätzen total falsch. 28 août 2019. (<https://www.merkur.de/leben/karriere/gehalt-verdient-assistenzarzt-viele-schaetzen-total-falsch-zr-12352464.html>, consulté le 27 octobre 2023) ; *praktischArzt. Arzt in der Forschung*. 16 octobre 2020. (<https://www.praktischarzt.at/magazin/als-arzt-in-die-forschung/>, consulté le 27 octobre 2023).

¹⁴² Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2023 (Stand: 1. Januar 2023) ; Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) vom 30. Oktober 2006 in der Fassung des Änderungstarifvertrages Nr. 8 vom 25. August 2022 (Stand: 1. Juli 2022).

En France comme en Allemagne, des indemnités et primes peuvent compléter les émoluments de base des médecins (Focus 12).

FOCUS 12

Indemnités et primes des médecins hospitaliers

En France, les praticiens hospitaliers peuvent percevoir une indemnité d'engagement de service public exclusif (1 010 euros bruts par mois)¹⁴³. Depuis novembre 2021, les praticiens exerçant des fonctions à responsabilité perçoivent des indemnités (200 euros bruts par mois pour les chefs de service)¹⁴⁴. Depuis le 1^{er} juillet 2023, une astreinte¹⁴⁵ est rémunérée à hauteur d'environ 44,5 euros pour une nuit ou deux demi-journées et 22 euros pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi-après-midi (indemnité forfaitaire des astreintes)¹⁴⁶. S'agissant des gardes, leur rémunération a récemment été revalorisée avec une augmentation de 50 %¹⁴⁷ : depuis le 1^{er} janvier 2024, les praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens adjoints contractuels perçoivent environ 422 euros pour une garde de nuit, le dimanche ou un jour férié, et environ 211 euros pour une demi-nuit de garde ou un samedi après-midi (indemnité de sujétion).

En Allemagne, les astreintes¹⁴⁸ sont rémunérées différemment selon leur durée et dépendent du salaire horaire de chaque médecin¹⁴⁹. En cas d'astreinte d'au moins 12 heures, les médecins reçoivent en semaine une indemnité forfaitaire journalière correspondant à deux fois leur salaire horaire. Le samedi, le dimanche et les jours fériés, l'indemnité forfaitaire passe à quatre fois le salaire horaire. Ainsi, cette indemnité dépend du groupe de rémunération du médecin (médecin spécialiste, chef de service etc.) et de son échelon. Pour une astreinte plus courte, c'est-à-dire de moins de 12 heures, le médecin perçoit une indemnité forfaitaire par heure : chaque heure d'astreinte entamée est rémunérée à hauteur de 12,5 % du salaire horaire correspondant. La rémunération d'une garde dépend quant à elle du temps de travail effectivement effectué au cours de la période de garde. Pour les centres hospitaliers par exemple, si le travail effectué représente jusqu'à 25 % du temps de garde, il sera valorisé comme temps de travail à hauteur de 70 % (à hauteur de 85 %, si plus de 25 à 40 % du temps de garde et à hauteur de 100 %, si plus de 40 à 49 % du temps de garde).

Pour plus de détail, voir l'annexe 7 (Indemnités et primes des médecins hospitaliers).

¹⁴³ Légifrance. Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif. (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024111052>).

¹⁴⁴ Légifrance. Arrêté du 4 novembre 2021 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction de chef de service au sein des établissements publics de santé. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044289767>).

¹⁴⁵ Désigne les périodes de travail réalisées à domicile ou dans tout autre lieu au choix du médecin hospitalier à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais. L'astreinte peut donner lieu à déplacement.

Source : MACSF. La comptabilisation des périodes d'astreintes des médecins hospitaliers. 14 octobre 2020. (<https://www.macsf.fr/exercice-hospitalier-et-salarie/exercer-a-l-hopital/comptabilisation-astreintes-medecins-hospitalier>, consulté le 22 novembre 2023).

¹⁴⁶ Légifrance. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000602745/>).

¹⁴⁷ Légifrance. Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant des indemnités des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048658414>).

¹⁴⁸ Désigne les périodes au cours desquelles le médecin doit se trouver, sur ordre de l'employeur, en dehors des heures de travail régulières, à un endroit à indiquer à l'employeur, afin de pouvoir intervenir en cas d'appel. Source : Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungsstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2022 (Stand: 1. Januar 2023).

¹⁴⁹ Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungsstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2022 (Stand: 1. Januar 2023) ; Marburger Bund. Tarifverträge. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

Pour comparer la rémunération de base des médecins en France et en Allemagne, il semble pertinent de prendre comme référence le statut de praticien hospitalier pour la France. En effet, selon une enquête du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la Fonction publique hospitalière (CNG) en 2016¹⁵⁰, le statut de praticien hospitalier représente près de 60 % des effectif en ETP (CH, CHU et Centres hospitaliers régionaux-CHR confondus). Toujours selon cette enquête, l'indemnité d'engagement de service public exclusif concernait 91 % des praticiens hospitaliers à temps plein dans les CHU/CHR et 81 % dans les CH, ce qui représente une grande majorité des praticiens hospitaliers. Ainsi, ajouter cette indemnité aux émoluments de base pour comparer la rémunération de base entre les deux pays nous semble pertinent. Côté allemand, les statistiques de l'Office fédéral recensait 45 273 médecins spécialistes (*Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung = Fachärzte*) et 53 283 chefs de service (*Oberärzte*) employés au 31 décembre 2021 dans les hôpitaux généraux et psychiatriques en Allemagne (hors établissements de réhabilitation). On peut donc constater qu'un grand nombre de médecins voient leur parcours de carrière évoluer et accèdent à un poste à responsabilité. Le graphique 21 permet de comparer l'évolution de la rémunération de base d'un praticien hospitalier en France et d'un médecin spécialiste en CH en Allemagne qui deviennent chefs de service après dix ans d'ancienneté. En Allemagne, les grilles tarifaires comprennent des salaires spécifiques pour les chefs de services : entre 8 438 et 9 644 euros en hôpital universitaire et entre 8 406 et 9 607 euros en centre hospitalier au 1^{er} septembre 2023, tandis qu'en France, les chefs de service perçoivent, en complément des émoluments de base, une indemnité de 200 euros bruts mensuels depuis novembre 2021. En outre, les salaires mensuels moyens nationaux n'étant pas disponibles pour l'année 2023, nous comparons les émoluments hospitaliers de base en vigueur au 1^{er} juillet 2022 au salaire moyen en 2022 dans les deux pays (graphique 21).

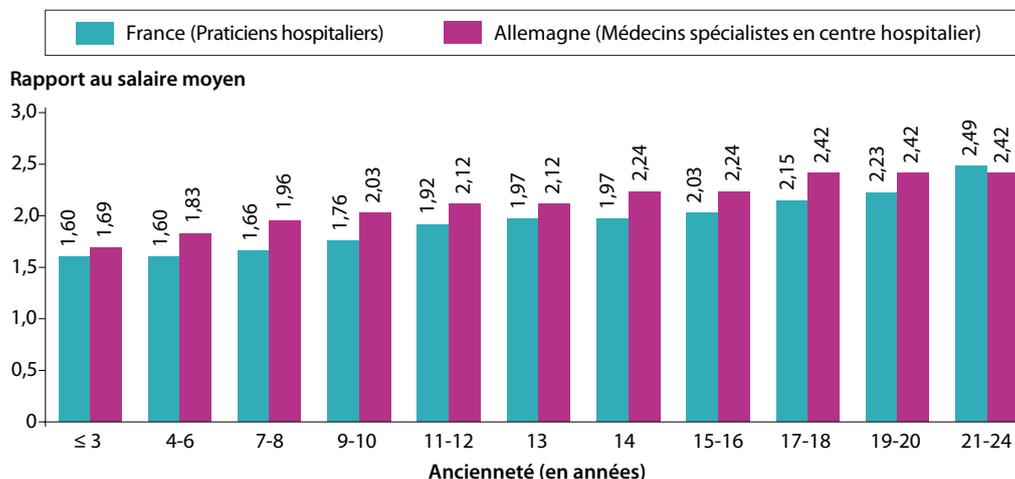
Rapporté au salaire moyen de base de chaque pays en 2022, la différence de rémunération de base des médecins hospitaliers entre la France et l'Allemagne est assez faible (jusqu'à 0,27 point d'écart après 17 ans d'expérience), mais la rémunération de base reste supérieure en Allemagne jusqu'à 20 ans d'expérience : à l'embauche, la rémunération est légèrement supérieure en Allemagne (1,69 contre 1,60 en France), puis elle est légèrement supérieure en France à partir de 21 ans d'ancienneté (2,49 contre 2,42 en Allemagne). Ainsi, on peut dire que les carrières sont plus plates en Allemagne (43 % de hausse entre le début et la fin de carrière) alors que la France rémunère mieux en fonction de l'ancienneté (76 % d'écart entre le début et fin, à 35 ans de carrière). Cette comparaison n'inclut pas les médecins-chefs en Allemagne dont la rémunération est plus avantageuse. Toutefois, dans les deux pays, il peut y avoir un problème d'attractivité des carrières hospitalières avec des rémunérations très inférieures à l'hôpital en comparaison avec un exercice libéral.

En France comme en Allemagne, le personnel hospitalier dénonce des conditions de travail difficiles à l'hôpital. En France, une étude de 2021 de la Drees¹⁵¹ soulignait le fait que l'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail (quantité de travail excessive, pression temporelle, contraintes horaires et physiques, fortes demandes émotionnelles) était particulièrement marquée dans le secteur hospitalier. Le sentiment de manque de reconnaissance progresse, sentiment notamment lié à l'insatisfaction déclarée vis-à-vis des rémunérations compte tenu du travail réalisé. La situation est plus fréquemment défavorable pour les agents d'entretien, les aides-soignants et les infirmiers et sages-femmes par

¹⁵⁰ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la Fonction publique hospitalière (CNG). Enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé. Situation au 31 décembre 2016. (https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2017_El%C3%A9ments%20statistiques%20R%C3%A9mun%C3%A9rations%20Praticiens.pdf).

¹⁵¹ Pisarik J. (2021). « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 1 215, novembre 2021. (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/ER1215_0.pdf).

G 21 Rémunération de base d'un praticien hospitalier en France et d'un médecin spécialiste en Allemagne, qui deviennent chefs de service après dix ans d'ancienneté, par rapport au salaire moyen de chaque pays (montants au 1^{er} juillet 2022)



Champ : En France, émoluments de base d'un praticien hospitalier, complétés par l'indemnité d'engagement de service public exclusif (1 010 euros bruts mensuels), et par l'indemnité de chef de service (200 euros bruts mensuels) après dix ans d'ancienneté, montants bruts au 1^{er} juillet 2022 ; en Allemagne, émoluments de base d'un *Facharzt* (médecin spécialiste), puis émoluments de base d'un *Oberarzt* (chef de service) après dix ans d'ancienneté, en centre hospitalier (*kommunales Krankenhaus*), montants bruts au 1^{er} juillet 2022. Salaire mensuel moyen brut (ETP) de 3 475 euros en France et de 3 788 euros en Allemagne en 2022.

Sources : Légifrance. Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046029572>) ; Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774474>) ; Marburger Bund. Tarifverträge. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>) ; öffentlicherdienst.info. Tarifverträge für Ärzte. (<https://oeffentlicherdienst.info/aerzte/>). Pour les salaires moyens de 2022, statistiques de l'OCDE (<https://doi.org/10.1787/data-00571-fr>). Calculs Irdes.

rapport aux autres professions. En Allemagne, dans le cadre d'une enquête en 2022¹⁵², de nombreux médecins ont décrit des conditions de travail difficiles, en raison d'une charge de travail croissante, d'un personnel insuffisant, de peu de temps pour discuter avec les patients et d'un manque d'estime pour le travail médical. En moyenne, le temps de travail hebdomadaire effectif d'un médecin à l'hôpital, heures supplémentaires comprises, est de 50,2 heures. 57 % des médecins hospitaliers interrogés dans le cadre de cette enquête déclarent travailler plus de 49 heures par semaine. Le nombre élevé d'heures supplémentaires et de services de gardes, la pression économique exercée par les employeurs et le manque de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale font qu'une partie des médecins envisagent de changer de profession. Les médecins dénonçaient également qu'une grande partie du temps pouvant être consacré aux soins des patients est perdue dans des activités administratives.

4.3.2. Rémunération nettement moins favorable des internes en France

La rémunération des internes varie de façon importante dans les deux pays. En France, l'internat est divisé en quatre phases : une phase socle (1 an), une phase d'appro-

¹⁵² Marburger Bund (2022). *MB-Monitor 2022: Zu wenig Personal, zu viel Bürokratie, unzulängliche Digitalisierung*. 11 août 2022. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie>) ; IQME (2022). *Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung*. MB-Monitor 2022. (http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/5%20-%20Gesamtauswertung%20MB-Monitor%202022%20-%20IQME_1.pdf).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

fondissement (2 à 3 ans) et une phase de consolidation (1 à 2 ans). Au cours de la phase de consolidation, l'interne change de statut et devient « docteur junior »¹⁵³. Cette phase 3 dure un an pour les spécialités médicales et les généralistes (depuis 2023¹⁵⁴) et deux ans pour les spécialités chirurgicales¹⁵⁵. La rémunération et les indemnités des internes et docteurs juniors dans les établissements publics de santé sont fixés (montants bruts) par arrêté¹⁵⁶. Le montant de leur rémunération de base mensuelle varie selon l'ancienneté. Le revenu brut par mois de base d'un interne est de 1 617 euros en première année et atteint 2 374 euros pour un docteur junior en fin d'internat (sixième année).

En Allemagne, les étudiants en médecine suivent une formation universitaire, passent un examen d'Etat afin d'obtenir l'autorisation d'exercer la médecine, puis suivent une formation postuniversitaire pour se spécialiser, qui correspond à l'internat en France. Ces internes sont appelés « médecins en formation de spécialisation postuniversitaire » (*Ärzte in Weiterbildung*). Leur rémunération de base est également fixée dans le cadre de conventions collectives. Elle dépend de l'ancienneté et varie selon que l'interne effectue sa spécialisation au sein d'un hôpital universitaire, d'un centre hospitalier ou d'une clinique privée. En hôpital universitaire, le revenu brut mensuel de base d'un interne est de 5 104 euros au début de sa formation de spécialisation et atteint 6 552 euros après cinq ans d'ancienneté (montants au 1^{er} septembre 2023)¹⁵⁷. Dans un centre hospitalier, un interne commence sa spécialisation avec un revenu brut mensuel de 5 085 euros et perçoit 6 536 euros bruts par mois à la fin de sa spécialisation (montants

FOCUS 13

Indemnités et primes des internes en médecine

En France, les internes et docteurs juniors peuvent toucher, selon l'année d'internat, une indemnité de sujétion (435,18 euros bruts par mois), une prime de responsabilité (environ 180 à 356 euros bruts par mois) - prime d'autonomie supervisée pour les docteurs juniors - et une indemnité compensatrice d'avantages en nature (environ 28 à 84 euros bruts par mois). Ces éléments doivent être pris en compte dans la rémunération des internes en France. Sur la base des émoluments de base et des indemnités, primes et majorations énoncées, la rémunération de base des internes et docteurs juniors varie d'environ 2 137 à 2 959 euros bruts par mois. A cela s'ajoute les indemnités de gardes et d'astreintes¹⁵⁸ qui sont significativement plus basses pour les internes que pour les médecins : environ 235 euros bruts pour un service de garde pendant les nuits des lundis, mardis, mercredis, jeudis et vendredis (117 euros pour une demi-garde), 257 euros bruts pour un service de garde pendant les nuits du samedi au dimanche, le dimanche ou jour férié en journée, la nuit du dimanche ou d'un jour férié (128 euros pour une demi-garde), 21 euros bruts pour une astreinte.

Comme en France, les gardes et astreintes des internes en Allemagne sont rémunérées en complément de la rémunération de base fixée par conventions collectives. Celles-ci fixent les montants des gardes et astreintes selon les mêmes règles que pour les médecins (voir section 4.3.1.).

Pour plus de détails, voir annexe 8 (Indemnités et primes des internes).

¹⁵³ Article R6153-1-1 du Code de la santé publique.

¹⁵⁴ Légifrance. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>).

¹⁵⁵ Intersyndicale Nationale des internes (2023). *La R3C (Réforme du 3^e cycle)*. (<https://isni.fr/la-r3c-reforme-du-3eme-cycle/>, consulté le 14 septembre 2023).

¹⁵⁶ Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047774474>).

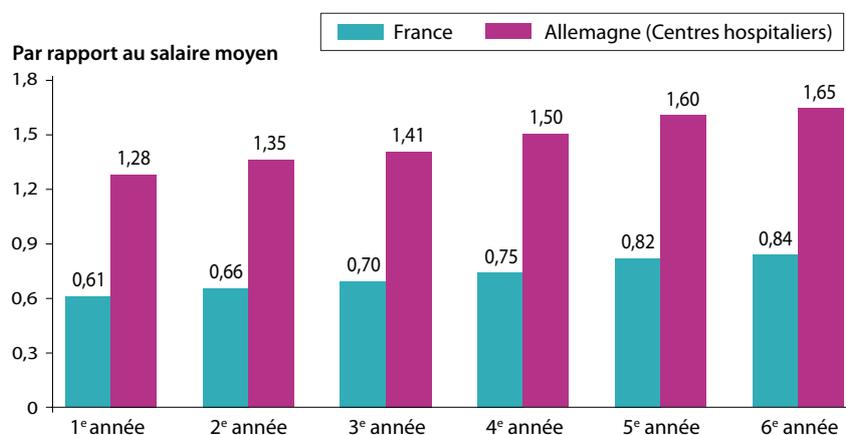
¹⁵⁷ Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) vom 30. Oktober 2006 in der Fassung des Änderngstarifvertrages Nr. 8 vom 25. August 2022 (Stand: 1. Juli 2022) ; Marburger Bund. *Tarifverträge*. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>).

¹⁵⁸ Légifrance. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne. (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032575975>) ; Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant

au 1^{er} septembre 2023)¹⁵⁹. Des indemnités et primes complètent également la rémunération de base des internes en France et en Allemagne (Focus 14).

Pour comparer la rémunération de base des internes en France et en Allemagne, nous avons utilisé, pour la France, les émoluments de base des internes de la première à la quatrième année, puis des docteurs juniors en première et seconde année, complétés par l'indemnité de sujétion (qui concerne les internes en première et en deuxième année), la prime de responsabilité (de la troisième à la sixième année) et la majoration pour le logement et la nourriture (tous les ans). Pour l'Allemagne, il s'agit du groupe de rémunération qui s'applique aux médecins en formation postuniversitaire de spécialisation.

G 22 Rémunération de base des internes en médecine en France et en Allemagne par rapport au salaire moyen dans chaque pays (montants au 1^{er} juillet 2022)



Champ : En France, interne en 1^{re} année, 2^e année, 3^e année et 4^e année, puis docteur junior en 1^{re} année et 2^{de} année, sur la base des émoluments de base, complétés par l'indemnité de sujétion (en 1^{re} et 2^e année), la prime de responsabilité (de la 3^e à la 6^e année) et la majoration pour le logement et la nourriture, **montants au 1^{er} juillet 2022** ; en Allemagne, groupe de rémunération pour les médecins en formation de spécialisation postuniversitaire en centre hospitalier (*kommunales Krankenhaus*), **montants au 1^{er} juillet 2022**. Salaire mensuel moyen brut (ETP) de 3 475 euros en France et de 3 788 euros en Allemagne en 2022.

Sources : Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774474>) ; Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des étudiants de troisième cycle et des étudiants de deuxième cycle en médecine. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774453>) ; Marburger Bund. Tarifverträge. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>) ; öffentlicherdienst.info. Tarifverträge für Ärzte (<https://oeffentlicher-dienst.info/aerzte/>).

Pour les salaires moyens de 2022, statistiques de l'OCDE (<https://doi.org/10.1787/data-00571-fr>). Calculs Irdes.

L'écart de rémunération de base des internes en France et en Allemagne est assez important (graphique 22). Les internes allemands, quelle que soit l'année de leur spécialisation, touchent une rémunération de base plus importante, par rapport au salaire moyen national, que leurs homologues français (écart de 0,67 en première année et de 0,81 en sixième année). En deuxième année, les internes français gagnent à peu près 65 % du salaire

le montant des indemnités des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048658414>).

¹⁵⁹ Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2023 (Stand: 1. Januar 2023) ; Marburger Bund. Tarifverträge. (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

moyen national tandis qu'en Allemagne, ils gagnent 35 % de plus que le salaire moyen. En cinquième année, en France, ils gagnent toujours près de 20 % en dessous du salaire moyen, contre 60 % de plus en Allemagne. Rappelons qu'il s'agit d'une comparaison de la rémunération de base en France comme en Allemagne, cette comparaison ne prend pas en compte la rémunération des gardes et astreintes, moins bien rémunérées en France.

4.3.3. Rémunération comparable du personnel soignant

En Allemagne, selon une étude de l'Institut de recherche sur le marché du travail et les professions (*Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*) en 2021¹⁶⁰, la rémunération mensuelle brute d'un infirmier en soins généraux à l'hôpital est de 3 938 euros et celle d'un infirmier en soins pour personnes âgées de 3 694 euros. S'agissant des aides-soignants à l'hôpital, la rémunération mensuelle brute en soins généraux est de 3 099 euros et celle en soins pour personnes âgées de 2 974 euros. Par rapport au salaire moyen brut mensuel (3 636 euros en 2021¹⁶¹), cela représente un ratio de 1,08 pour les infirmiers en soins généraux, 1,02 pour les infirmiers en soins pour personnes âgées, 0,85 pour les aides-soignants en soins généraux et 0,82 pour les aides-soignants en soins pour personnes âgées. Toutefois, cette étude note également que ces salaires sont calculés sur la base d'un échantillon de soignants qui travaillent à temps plein. Au vu de la part importante des soignants qui travaillent à temps partiel (environ 50 %), ceci est une surestimation des revenus réellement perçus par le personnel soignant en Allemagne (annexe 9).

En France, selon le Panorama de la Drees¹⁶², qui concerne la situation avant le Ségur de la santé, le salaire mensuel net en Equivalent temps plein (EQTP) moyen en 2020 d'un infirmier (secteurs public et privé confondus) était de 2 449 euros. Celui d'un aide-soignant s'élevait à 1 900 euros. Par rapport au salaire moyen mensuel, net ici (2 518 en 2020 selon l'Insee¹⁶³), ces professionnels gagnaient moins que le salaire moyen : 0,97 pour les infirmiers et 0,75 pour les aides-soignants. Dans le cadre du Ségur de la santé, les salaires des soignants ont été augmentés de façon significative en 2021 (Focus 14).

FOCUS 14

Revalorisation du salaire des personnels soignants en France (Ségur de la santé)¹⁶⁴

En France, dans le cadre des accords du Ségur de la santé, les salaires des personnels soignants (aides-soignants, infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres de santé) ainsi que des professionnels médico-techniques et de la rééducation ont été revalorisés. Fin 2020, une augmentation de 183 euros nets par mois a été accordée à l'ensemble des personnels hospitaliers soignants. Depuis le 1^{er} octobre 2021, les grilles de rémunération du personnel soignant ont également été revalorisées. Ainsi, depuis ces revalorisations, un infirmier avec un an d'ancienneté a vu son salaire passer de 1 736 à 2 026 euros nets par mois (+ 17 %). En fin de carrière, le salaire d'un infirmier est passé de 2 863 à 3 398 euros nets par mois (+ 19 %). S'agissant des infirmiers spécialisés, leur salaire est passé de 1 849 à 2 039 euros nets par mois en début de carrière (+ 10 %) et de 3 032 à 3 538 euros nets par mois en fin de carrière (+ 17 %). Le salaire des aides-soignants est quant à lui passé de 1 532 à 1 760 euros nets par mois en début de carrière (+ 15 %) et de 2 303 à 2 954 euros nets par mois en fin de carrière (+ 28 %).

¹⁶⁰ Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, *Entgelte von Pflegekräften 2021*. (https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2021.pdf).

¹⁶¹ Statistiques de l'OCDE (<https://doi.org/10.1787/data-00571-fr>).

¹⁶² Drees (2023). « Les établissements de santé en 2021 ». Les Dossiers de la Drees, n° 111, juillet 2023.

¹⁶³ Insee (2020). *Les salaires dans le secteur privé en 2020*. (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6436313>).

¹⁶⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. « Ségur de la santé. Revalorisation des carrières ». Dossier de presse. Avril 2021. (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-segur_sante-revalorisation_carrieres.pdf).

En 2021, après le Ségur de la santé, le salaire moyen d'un infirmier variait de 20 % de moins que le salaire moyen net en France (2 524 euros nets par mois¹⁶⁵) en début de carrière (avec un an d'ancienneté) à 35 % de plus que le salaire moyen pour un infirmier en fin de carrière. La différence de revenus entre les infirmiers spécialisés et les autres infirmiers est très faible : 0,81 du revenu moyen pour un infirmier spécialisé en début de carrière et 1,40 pour un infirmier spécialisé en fin de carrière. En ce qui concerne les aides-soignants, après Ségur, le salaire en début de carrière correspond à 30 % de moins que le salaire moyen national et à 17 % de plus en fin de carrière. On constate ainsi un rapport au salaire moyen assez similaire dans les deux pays : la rémunération mensuelle brute moyenne des aides-soignants en Allemagne en 2021 était inférieure au salaire moyen brut dans le pays, tandis que celle des infirmiers était équivalente au salaire moyen.

4.4. Comparaison de l'activité hospitalière

4.4.1. Volumes des soins hospitaliers très élevés en Allemagne

L'Allemagne a connu une augmentation constante des volumes de soins hospitaliers jusqu'à récemment, alors que de nombreux autres pays de l'OCDE, dont la France, ont observé une baisse de leurs volumes de soins hospitaliers (graphique 23). En 2019, le nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants était inférieur de 25 % en France par rapport à l'Allemagne, qui détient le record d'hospitalisations des pays de l'OCDE. Le nombre d'hospitalisations comparé à celui de l'Allemagne est cependant plus bas encore dans de nombreux pays, comme le Royaume-Uni (- 50 %) ou les Pays-Bas (- 65 %).

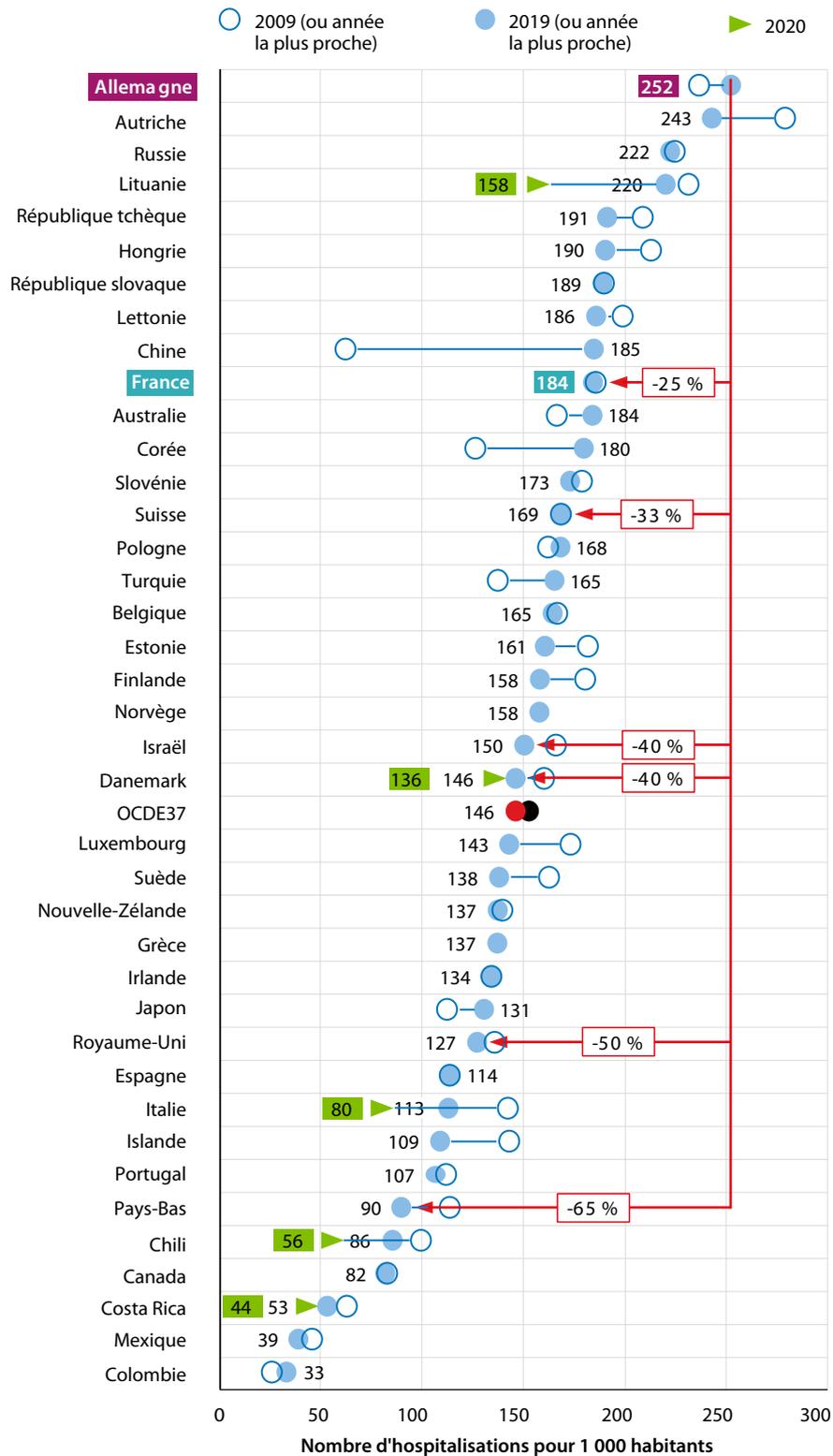
¹⁶⁵ Insee (2021). *Les salaires dans le secteur privé en 2021*. (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6799523>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

G 23 Evolution du nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants

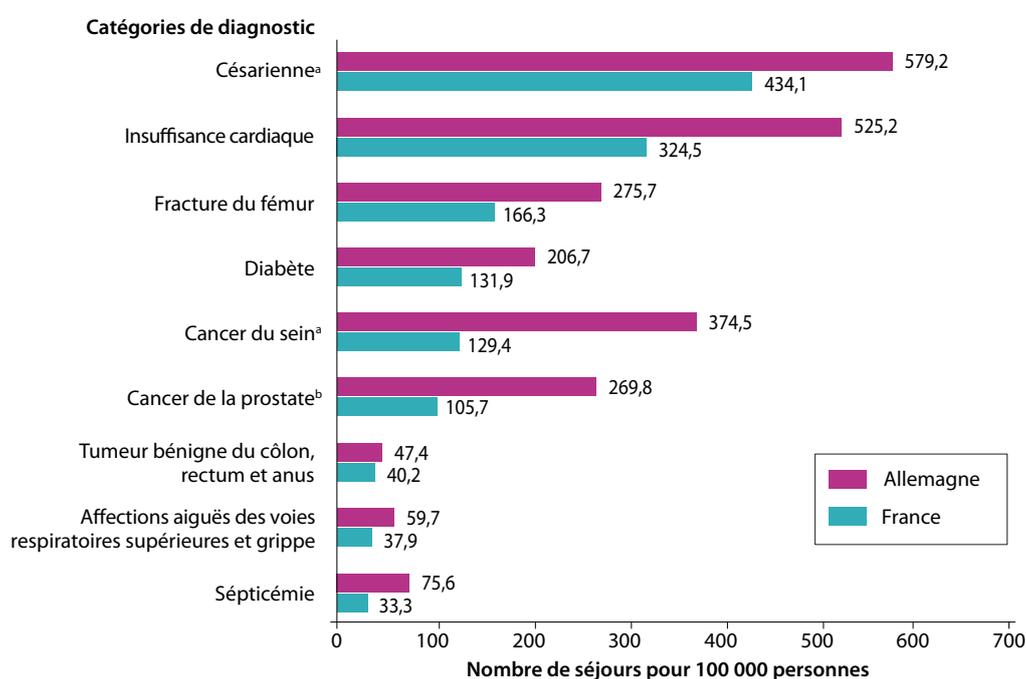


Champ : toutes hospitalisations confondues.

Source : Statistiques de santé, OCDE, 2021.

On peut questionner la pertinence de ces hospitalisations. Si l'on regarde les motifs d'hospitalisation pour quelques diagnostics considérés comme évitables ou reconnus dans la littérature comme influencés par l'offre de soins, on note des différences significatives entre les deux pays (graphique 24). Par exemple, le nombre d'hospitalisations pour une septicémie (utilisé comme indicateur de mauvaise qualité/sécurité des soins) est plus de deux fois plus élevé en Allemagne qu'en France. Cela vaut aussi pour les hospitalisations pour le cancer du sein (2,9 fois plus élevé) et le cancer de la prostate (2,6 fois). Le nombre de séjours pour le diabète et l'insuffisance cardiaque (potentiellement évitables) est également bien plus important en Allemagne : environ 1,6 fois plus élevé par rapport à la France.

G 24 Nombre de séjours à l'hôpital, pour 100 000 personnes, par catégories de diagnostic (2021)



^a Pour 100 000 femmes ; ^b Pour 100 000 hommes

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

D'autres indicateurs, souvent utilisés pour évaluer l'efficience hospitalière, ne sont pas favorables non plus à l'Allemagne. En 2021, la durée moyenne de séjours en soins aigus (MCO) était de 5,6 jours en France contre 6,3 en Allemagne. Le taux d'occupation des lits en soins curatifs somatiques (MCO), en % des lits disponibles, était quant à lui de 71,9 % en France et de 66,7 % en Allemagne pour la même année¹⁶⁶. D'ailleurs, le faible taux d'occupation des lits était déjà un problème en Allemagne mais il s'est encore accru depuis la pandémie avec la baisse de la demande d'hospitalisation.

Le graphique 25 présente les durées moyennes de séjour pour certaines catégories de diagnostic. En 2021, en Allemagne, une hospitalisation durait 1 jour de plus pour une appendicectomie par rapport à la France, 2 jours de plus pour une septicémie, 4 jours de plus pour un infarctus du myocarde et un diabète et environ 6 jours de plus pour une fracture du fémur. Les durées de séjours représentent près du double pour le cancer de la prostate et plus du double pour le cancer du sein et une arthrose du genou (graphique 25).

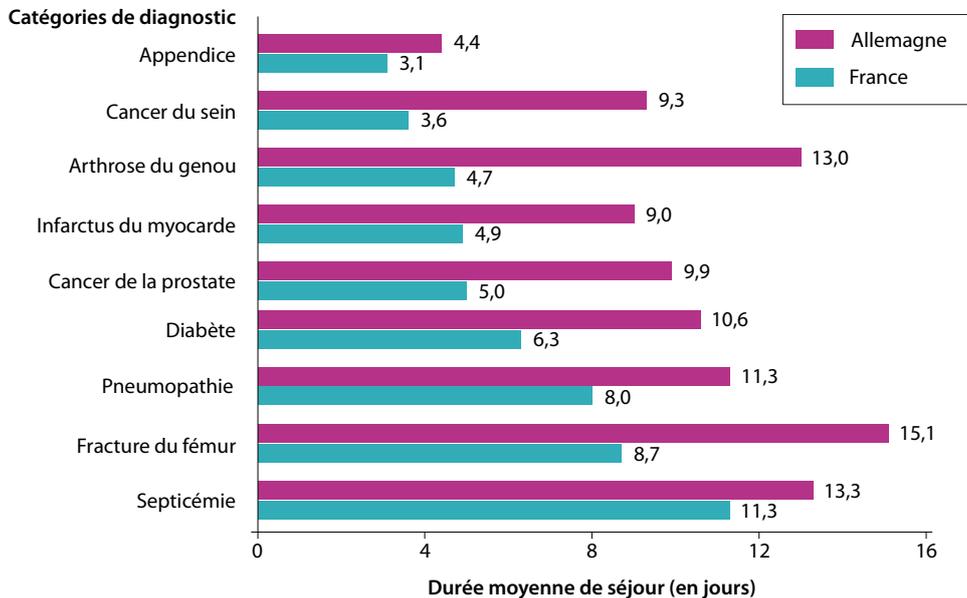
¹⁶⁶ Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

G 25 Durée moyenne de séjour à l'hôpital, par catégorie de diagnostic, en jours (2021)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

4.4.2. Faibles taux de chirurgies ambulatoires à l'hôpital en Allemagne

En raison de la séparation stricte entre les secteurs des soins ambulatoires et hospitaliers, les services hospitaliers en Allemagne ont longtemps été limités aux hospitalisations classiques¹⁶⁷. Au cours des trente dernières années, la possibilité pour les hôpitaux de fournir des soins et services ambulatoires s'est considérablement élargie. Les hôpitaux ont été autorisés à pratiquer des interventions chirurgicales sur une base ambulatoire depuis 1993. La loi sur le renforcement de la concurrence dans le secteur des soins a, depuis 2007, autorisé les hôpitaux à fournir des soins ambulatoires sans autorisation préalable des caisses d'assurance maladie, dans la mesure où les conditions à la prestation de ces services sont réunies et qu'une demande a été approuvée par le gouvernement local.

En même temps, différents spécialistes (chirurgiens, ophtalmologues, chirurgiens orthopédiques, etc.), qui exercent leur activité au sein d'un cabinet en ville, pratiquent depuis longtemps des interventions chirurgicales mineures qui sont autorisées par l'article 115b du cinquième livre du Code social allemand (SGB V)¹⁶⁸. Le catalogue des opérations pour lesquelles la chirurgie ambulatoire est possible, le « *AOP-Katalog* », est négocié chaque année entre la Société allemande des hôpitaux (DKG), l'Association fédérale de l'assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*) et l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV)¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition*.

¹⁶⁸ Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition*.

¹⁶⁹ GKV-Spitzenverband. *Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V.* (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp, consulté le 8 août 2023).

Afin de remédier au faible nombre de chirurgies ambulatoires, l'Allemagne a décidé d'élargir le catalogue en 2019. Dans un premier temps, l'Institut IGES¹⁷⁰ a été chargé d'identifier les services hospitaliers qui pourraient être fournis en ambulatoire (peu importe le lieu). Au printemps 2022, les experts sont arrivés à la conclusion que sur les quelque 35 000 codes d'interventions analysés, près de 2 500 pouvaient être ajoutés au catalogue AOP. Toutefois, le faible taux de chirurgie ambulatoire n'est pas dû à une liste de chirurgies trop restrictive, mais à un mode de rémunération peu attractif à l'hôpital. Les hôpitaux n'ont pas intérêt à pratiquer des interventions chirurgicales en ambulatoire alors qu'ils peuvent effectuer les mêmes opérations en hospitalisation complète et recevoir un paiement bien supérieur. Ainsi, récemment, des discussions ont eu lieu pour réformer le financement des chirurgies ambulatoires. L'Allemagne vise à aligner les taux de paiement, en suivant largement le modèle français. Ces discussions ont abouti à l'introduction d'une législation, l'article 115f du cinquième livre du Code social allemand (SGB V), qui a pour objectif de mettre en place une rémunération uniforme des prestations définies qui peuvent être fournies aussi bien à l'hôpital qu'en ville (*sektorengleiche Vergütung*). Cela signifie que le tarif des interventions qui peuvent être effectuées en ambulatoire (prestations avec un nombre élevé de cas à l'hôpital, une durée de séjour courte et un faible degré de complexité) sera recalculé à la baisse à l'hôpital sous forme de DRG dits « hybrides » (*Hybrid-DRG*). Mais les tarifs en ville risquent d'augmenter.

En France, pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, une tarification identique a été instaurée à partir de 2009 entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle à l'hôpital de niveau de sévérité 1¹⁷¹ : ainsi, les hôpitaux reçoivent le même tarif en chirurgie ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation complète avec nuitée à l'hôpital¹⁷². Initialement destinée à quelques procédures chirurgicales, son champ s'est progressivement étendu jusqu'à s'appliquer à quasiment l'ensemble des interventions susceptibles d'être réalisées en chirurgie ambulatoire. En parallèle, afin d'inciter la chirurgie ambulatoire, l'Assurance maladie a mis en place des mesures contraignantes avec la Mise sous accord préalable (MSAP) qui consiste, avant l'exécution de certains actes chirurgicaux, à demander à l'Assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge en hospitalisation conventionnelle. En d'autres termes, les établissements visés par une MSAP doivent, pour ces actes, justifier auprès de l'Assurance maladie de leur prise en charge en hospitalisation conventionnelle plutôt qu'en ambulatoire.

Le graphique 26 compare les taux de chirurgie ambulatoires pour des interventions communes dans une sélection de pays de l'OCDE. On voit la particularité de l'Allemagne. Par exemple, en ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, près de 90 % des chirurgies sont réalisées en ville (cabinets ambulatoires) et 10 % à l'hôpital avec nuitée. Il n'y a pratiquement pas de chirurgie de jour à l'hôpital. En France, comme en Angleterre et au Danemark, 97 à 99 % des cataractes sont opérées à l'hôpital en ambulatoire (hospitalisation de jour). Certaines interventions, comme l'excision partielle de la glande mammaire, sont effectuées à 100 % en hospitalisation complète en Allemagne, tandis qu'en France, près de 40 % de ces interventions sont réalisés en chirurgie de jour. S'agissant de l'amygdalectomie, on observe que 85 % des chirurgies sont effectués en hospitalisation complète et seulement 15 % en

¹⁷⁰ Institut de recherche et de conseil indépendant spécialisé dans les questions d'infrastructure et de santé.

¹⁷¹ HAS (2013). *Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. État des lieux et perspectives*. (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1649573/fr/tarification-de-la-chirurgie-ambulatoire-en-france-et-a-l-etranger-etat-des-lieux-et-perspectives).

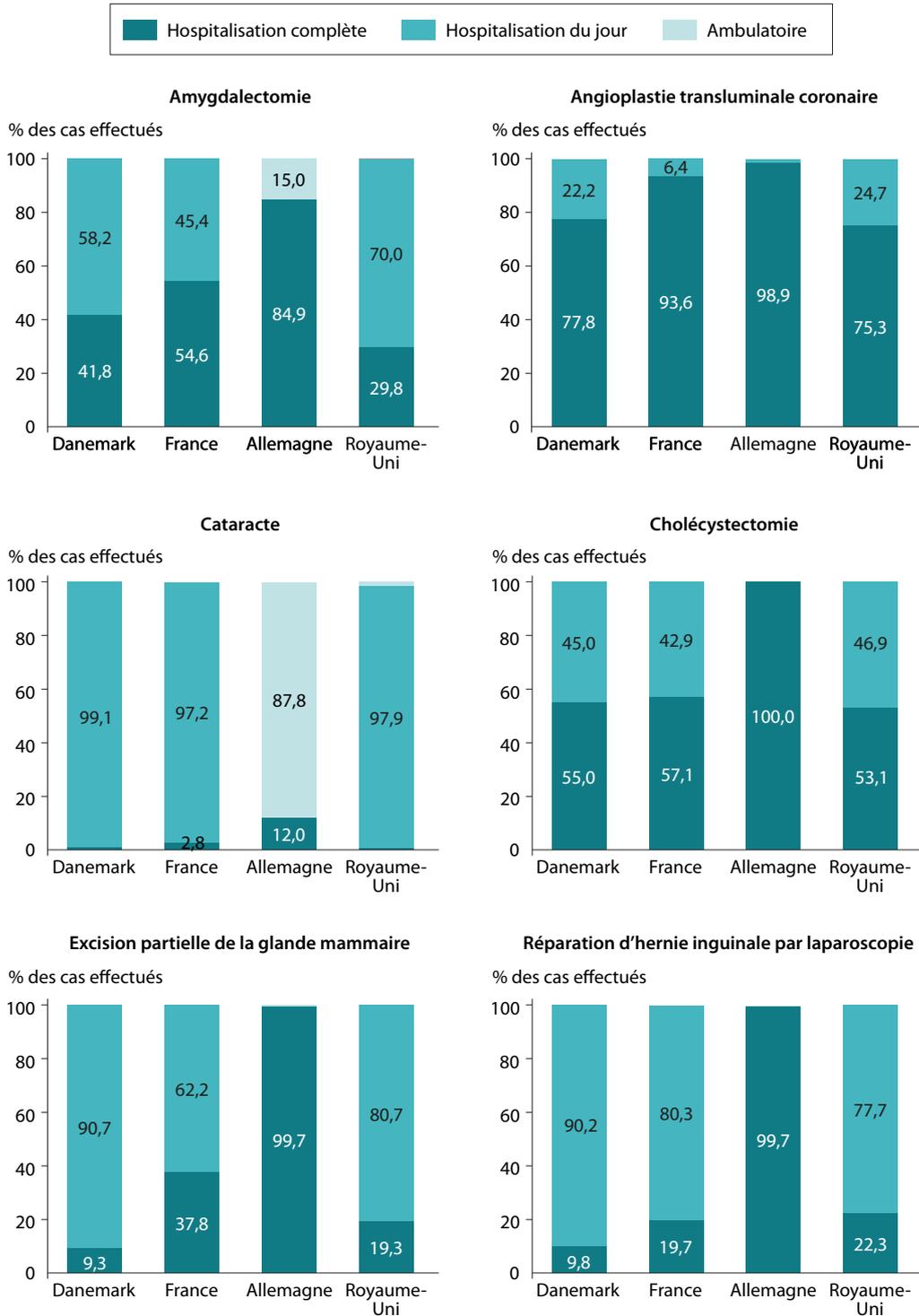
¹⁷² Drees (2019). « Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ? ». *Les Dossiers de la Drees*, n° 40, août 2019. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd40.pdf>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

G 26 Procédures chirurgicales, % de cas effectués en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour^a et en ambulatoire^b (2021)



^a Hospitalisation de jour : chirurgie sans nuitée réalisée à l'hôpital

^b Ambulatoire : chirurgie sans nuitée réalisée en cabinet de ville

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://doi.org/10.1787/health-data-fr>).

ambulatoire, tandis qu'en France, 45 % des interventions sont effectuées en hospitalisation de jour (même 58 % au Danemark et 70 % au Royaume-Uni).

4.5. Projet de réforme du financement des hôpitaux en Allemagne

En France, le projet de Loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 prévoit de réformer le modèle de financement des établissements de santé, afin d'accélérer la diversification de leurs modalités de financement et d'accroître la part du financement reposant sur des objectifs de santé publique et des indicateurs de qualité (PLFSS 2024¹⁷³). Le projet vise ainsi à réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement mixte qui valorise différemment les activités des établissements selon leurs caractéristiques : les activités répondant à des objectifs de santé publique (prévention, qualité et pertinence des soins, coordination des parcours de soins, etc.) devraient être financées par des dotations spécifiques, tandis que les activités de soins spécifiques (par exemple, la prise en charge de certaines maladies chroniques) devraient faire l'objet d'un financement mixte alliant tarification à l'activité et dotations identifiées par activité. Les activités standard de médecine, chirurgie et obstétrique devraient continuer à être financées à l'activité.

Dans son accord de coalition du 24 novembre 2021, l'actuelle coalition gouvernementale en Allemagne avait annoncé des réformes globales des soins hospitaliers. En effet, le faible volume d'activité par hôpital, notamment depuis la pandémie, avec une demande décroissante pour une prise en charge hospitalière, sous le financement par la T2A, a soumis les hôpitaux à de fortes contraintes économiques et de nombreux hôpitaux sont déficitaires. Par ailleurs, le faible volume d'activité par hôpital est reconnu comme un problème de qualité des soins. En effet, en Allemagne, les hôpitaux n'ont pas besoin d'être certifiés pour fournir certains soins et il y a très peu de seuils de volume d'activité pour réaliser certaines interventions. En France, les seuils minimaux d'activité sont utilisés dans la cardiologie et en cancérologie depuis les années 2000. Par conséquent, en Allemagne, les experts pensent qu'il y a une grande variabilité de la qualité des soins. Par exemple, il est estimé que 50 % des patients qui ont un cancer sont soignés dans des établissements qui ne disposent pas d'un centre de cancérologie certifié.

La proposition de réforme rédigée par la Commission gouvernementale pour des soins hospitaliers et présentée par le ministre de la Santé en décembre 2022 comprenait trois éléments principaux (reconnaissant que ni plus d'argent ni plus de personnels ne seront disponibles) :

- 1) Les hôpitaux sont classés selon trois niveaux, avec des exigences minimales uniformes de qualité pour l'équipement, l'espace et le personnel, définies par exemple par la disponibilité des médecins en dehors des heures de travail, la taille des soins intensifs, etc.
- 2) Les soins sont regroupés en « groupes de services » (plus larges que les GHM, plus étroits que les spécialités), avec un certain niveau minimum requis et des exigences spécifiques remplies pour les fournir (par exemple, une unité de traitement des accidents vasculaires cérébraux pour traiter les AVC).
- 3) Financement : l'introduction d'une composante de remboursement fixe pour maintenir les services tout en réduisant les paiements à l'activité en conséquence. La part de la T2A dans le financement sera réduite à 60 % au profit de budgets par groupe de services.

¹⁷³ Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024. Dossier de presse. 27 septembre 2023. (<https://presse.economie.gouv.fr/27092023-dp-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2024/>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

4. Comparaison de l'offre et des dépenses des soins hospitaliers

Irdes - mars 2024

Ainsi, trois niveaux de soins hospitaliers devraient être définis de manière uniforme au niveau fédéral, avec des conditions minimales applicables à chaque niveau :

- 1) Soins médicaux de base/proximité (niveau 1) : soins ambulatoires/hospitaliers intégrés et soins d'urgence de niveau 1 => *eg.* : appendicectomie, jambe cassée.
- 2) Soins spécialisés (niveau 2, établissements intermédiaires) : unités d'urgence de niveau 2, de médecine interne, de chirurgie, neuro-vasculaire, de médecine intensive avec au moins 20 lits de soins intensifs, des équipements de télémédecine => *eg.* : AVC.
- 3) Soins maximaux (niveau 3, CHU) : services d'urgence complets, soins intensifs, services de télémédecine à l'attention des hôpitaux de niveau 1 et 2 => *eg.* : cas graves.

Tous les hôpitaux ne pourront plus proposer tous les traitements. Les hôpitaux ne devraient pouvoir effectuer et facturer que les traitements pour lesquels ils sont qualifiés.

En juillet 2023, l'Etat fédéral et les *Länder* se sont mis d'accord sur les points clés de la réforme hospitalière, qui doivent constituer la base du projet de loi devant entrer en vigueur en 2024. Mais les négociations sont en cours et il n'est pas clair si les exigences uniformes de qualité seront acceptées dans tous les *Länder*. A l'avenir, les hôpitaux devraient percevoir des dotations budgétaires (*Vorhaltepauschalen*), qui représenteraient 40 % de la rémunération globale des soins hospitaliers. Dans le cadre de ces dotations budgétaires, les hôpitaux seront rémunérés simplement pour le fait de proposer certaines prestations (20 %) et pour couvrir le coût des soins infirmiers (20 %). L'idée derrière ce mécanisme est de maintenir les hôpitaux qui respectent des critères de qualité, en stabilisant leur budget, pour pouvoir fournir certaines prestations, indépendamment du nombre de prestations effectivement fournies. Afin de garantir la qualité des soins hospitaliers et leur transparence, un atlas sur la qualité de l'ensemble des hôpitaux devrait être publié, sur la base de données que chaque hôpital doit fournir sur différents critères de qualité : les groupes des prestations qu'ils peuvent fournir, les conditions techniques et de personnel à cet égard, le nombre de médecins (spécialistes) et de personnels soignants, le nombre de complications, la fréquence des différentes interventions, etc. Si les hôpitaux ne fournissent pas ces informations ou en communiquent de fausses, ils devraient s'exposer à des sanctions. L'atlas des hôpitaux prévu devrait être disponible sur internet à partir du 1^{er} mai 2024¹⁷⁴.

Ce projet de réforme laisse planer le doute quant à la possibilité de la fermeture d'hôpitaux. Si, *a priori*, aucune fermeture n'a été annoncée, elle reste à envisager. Selon Gerald Gaß, président de la fédération des hôpitaux (*Deutsche Krankengesellschaft – DKG*), jusqu'à 20 % des hôpitaux pourraient fermer d'ici dix ans du fait de cette réforme, en raison de la réorganisation et de la classification des hôpitaux selon les types de soins qu'ils proposeront¹⁷⁵.

¹⁷⁴ Bundesregierung. *Interaktiver Krankenhaus-Atlas für Patientinnen und Patienten*. 20 octobre 2023. (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/krankenhaustransparenz-gesetz-2223136>, consulté le 27 octobre 2023).

¹⁷⁵ *Les Echos*. « L'Allemagne lance une vaste réforme des hôpitaux », (<https://www.lesechos.fr/monde/europe/lallemagne-lance-unevaste-reforme-des-hopitaux-1977923>, consulté le 18 septembre 2023); Tagesspiegel. „Wenn nötig auch beim Verfassungsgericht“: Bayern widersetzt sich Lauterbachs Krankenhausreform. (<https://www.tagesspiegel.de/politik/wenn-notig-auch-beimverfassungsgericht-bayern-widersetzt-sich-lauterbachs-krankenhausreform-10483891.html>, consulté le 19 septembre 2023); Tagesschau. *20 Prozent weniger Kliniken in zehn Jahren erwartet*. 19 juin 2023. (<https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/dkg-klinikschliessungen-100.html>, consulté le 27 octobre 2023).

4.6. À retenir pour les soins hospitaliers

- Le secteur hospitalier en Allemagne est confronté à un excédent structurel de lits d'hôpitaux avec peu d'incitations à l'efficacité malgré un système de paiement lié à l'activité. Les budgets hospitaliers négociés au niveau des *Länder*, et ensuite au niveau des établissements, réduisent la pression concurrentielle et incitent les établissements à maintenir des volumes d'hospitalisation élevés, sans incitations à l'efficacité et à la qualité des soins.
- Toutefois, depuis la crise pandémique, le faible volume d'activité et le faible taux d'occupation des lits sont devenus un problème majeur pour assurer la viabilité économique des hôpitaux.
- A cause de la distinction stricte entre la ville et l'hôpital, les incitations financières à la chirurgie ambulatoire à l'hôpital ont été faibles. Si la chirurgie ambulatoire en ville, dans des cabinets spécialisés, est autorisée et soutenue pour certaines interventions, le niveau global des chirurgies ambulatoires reste faible par rapport à la France et la plupart des autres pays européens. Récemment, des initiatives pour aligner les tarifs de certaines interventions ambulatoires, indépendamment du lieu de l'intervention (en ville ou à l'hôpital), visent à remédier à ce problème.
- En France, la T2A, avec une gestion centralisée des dépenses hospitalières avec l'Ondam, semble avoir un certain succès pour augmenter la productivité et contenir les dépenses, mais la déconnexion entre les tarifs et les coûts hospitaliers crée d'autres problèmes pour assurer la soutenabilité des soins, notamment des problèmes de conditions de travail et d'attractivité.
- Si les rémunérations de base des médecins hospitaliers sont comparables en France et en Allemagne, le début de carrière est plus favorable en Allemagne. Les rémunérations de base des internes en France (même en sixième année) sont inférieures au salaire moyen national, tandis qu'en Allemagne, elles sont supérieures.
- Toutefois, dans les deux pays, il semble y avoir un problème d'attractivité des carrières hospitalières avec des rémunérations très inférieures à l'hôpital par rapport à un exercice libéral.
- En Allemagne, la pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux est bien identifiée comme un problème important. Deux mesures récentes ont été introduites pour y remédier : les ratios de patients par infirmier pour assurer la sécurité des soins et la sortie des dépenses infirmières des tarifs forfaitaires pour assurer un financement stable déconnecté de l'activité.
- Les réformes en cours en Allemagne visent à graduer les établissements de santé avec des exigences minimales uniformes de qualité pour l'équipement, l'espace et le personnel, et réduire la part de la T2A dans le financement en introduisant des dotations budgétaires fixes pour financer certains soins.
- Toutefois, sans fermeture ou transformation des hôpitaux à faibles volumes, il peut être illusoire de penser que la qualité et l'efficacité du secteur hospitalier peuvent être améliorées.

5. Conclusion générale

En 2022, l'Allemagne était le deuxième pays qui consacrait le plus de son PIB à la santé dans le monde, après les Etats-Unis et suivie de la France. Par habitant, l'Allemagne dépense près de 20 % de plus en santé que la France. Cette dépense élevée – qui reflète en partie les différences de PIB par tête entre l'Allemagne et la France – s'explique aussi par un volume d'activité élevé, à la fois en ville et à l'hôpital, ainsi que par un système de financement généreux et conservateur assuré par des organes corporatistes. Le système d'autogestion conjointe par le Comité fédéral mixte, composé de représentants des caisses d'assurance maladie, des hôpitaux, des médecins, des psychothérapeutes et des dentistes, assure en ville des revenus élevés liés à un volume d'activité important, tout en assurant un suivi rapproché de la qualité des soins fournis. En revanche, le secteur hospitalier souffre d'une capacité excédentaire en termes de lits, avec peu de ressources en soignants par lit, ce qui questionne la qualité et la pertinence des soins fournis. Le secteur hospitalier est marqué par un manque d'efficacité structurelle renforcé par les modes de paiement actuels.

Vu ces constats, que peut-on apprendre de cette comparaison avec l'Allemagne pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France ? On peut souligner ici quelques éléments qui peuvent être intéressants, dans les réflexions sur la régulation des soins de ville notamment.

Premièrement, dans le secteur ambulatoire, l'offre médicale est régulée par territoire. Pour s'installer en ville et exercer une activité médicale, les médecins allemands doivent obtenir une licence, délivrée en fonction de la densité de la population, du nombre de médecins par habitant et de la structure d'âge et de morbidité de la population. Ainsi, si une zone est surapprovisionnée, aucun nouveau médecin ne pourra être autorisé à s'y installer. Ce mécanisme, créé dans l'objectif de limiter l'installation des médecins dans des zones denses, a été adapté au fur et à mesure pour prendre en compte les besoins régionaux et locaux d'offre de soins. S'il ne permet pas en lui-même de résoudre le problème de répartition inégale des médecins sur le territoire allemand, les problèmes d'accès aux soins semblent être moins flagrants en Allemagne par rapport à la France où on parle de plus en plus des déserts médicaux.

Deuxièmement, en termes d'effectifs, la densité de médecins de ville est proche dans les deux pays. Néanmoins, la composition de ces effectifs n'est pas la même : le nombre de médecins généralistes par habitant est bien plus important en France qu'en Allemagne, tandis que le nombre de médecins spécialistes par habitant est plus élevé en Allemagne. Il existe également un grand nombre de psychothérapeutes non médicaux, reconnus comme professionnels de santé et remboursés dès lors qu'ils ont suivi un parcours de formation bien défini intégrant une dimension clinique. En outre, les modes d'exercice semblent être très différents entre les deux pays. Si l'exercice en groupe se développe dans les deux pays, en Allemagne, les médecins, même en cabinet individuel, emploient beaucoup plus de professionnels soignants et non médicaux. Un cabinet médical emploie en moyenne 4,6 assistants techniques, assistants médicaux et infirmiers (3,4 pour les cabinets individuels, 8 à 12 pour les cabinets de groupe et près de 19 pour les MVZ)¹⁷⁶. Ce mode d'organisation contribue à assurer un volume d'activité élevé, en réduisant de moitié par rapport à la France le temps

¹⁷⁶ Des effectifs, pas en ETP.

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

5. Conclusion générale

Irdes - mars 2024

médical nécessaire pour chaque patient, et ce malgré les durées de travail déclarées plus courtes pour les médecins en Allemagne.

Troisièmement, le mécanisme d'allocation des budgets ambulatoires aux associations des médecins, qui les distribuent en fonction du volume de soins et en respectant les critères de qualité, semble assurer à la fois un niveau de revenus des médecins assez élevé et un processus de suivi de la qualité plus abouti. On note aussi que les écarts de revenus entre les diverses spécialités sont plus homogènes en Allemagne qu'en France où les écarts, notamment entre les médecins généralistes et les autres spécialités, mais aussi entre les différentes spécialités, sont plus forts. Cette différence entre les spécialistes peut inciter les étudiants en France à se tourner vers les spécialités les plus rémunératrices. En Allemagne, cette homogénéité résulte d'une mise à jour régulière des tarifs en fonction de l'évolution des coûts et de l'absence de liberté tarifaire (à l'exception de 10 % des patients ayant une assurance maladie de base privée). Les mécanismes de contrôle de la qualité et des coûts des prescriptions médicales effectuées par les médecins, avec des budgets de prescriptions par médecin notamment, sont également notables.

Quatrièmement, s'agissant du secteur hospitalier, notre comparaison montre que la France est plus avancée dans plusieurs domaines avec une performance supérieure. L'Allemagne est caractérisée par une surcapacité hospitalière, se traduisant par le plus grand nombre de lits par habitants des pays de l'OCDE, un volume d'activité et des durées de séjours bien supérieurs à la France, ce qui questionne la pertinence de la qualité des soins. Pour autant, le taux d'occupation des lits est faible et cette situation a même tendance à s'aggraver, en raison notamment de la baisse de la demande depuis la pandémie de Covid-19. Les hôpitaux souffrent d'un problème d'attractivité et manquent de personnels infirmiers, ce qui pose des problèmes de qualité et de sécurité des soins. L'Allemagne a d'ailleurs, en 2019, imposé des normes maximales de patients par infirmier pour certains soins et a sorti les coûts infirmiers des tarifs de la tarification à l'activité pour inciter les établissements à recruter. Selon les experts contactés, il y a une grande variabilité dans la qualité des soins hospitaliers en Allemagne.

La comparaison de la rémunération de base des médecins hospitaliers allemands et français, par rapport au salaire moyen dans chaque pays, suggère une différence assez faible. Dans les deux pays, il peut y avoir un problème d'attractivité des carrières hospitalières avec des rémunérations inférieures à l'hôpital comparativement à l'exercice libéral pour les médecins et les soignants. En Allemagne, les débuts de carrière, notamment pour les internes, sont toutefois plus favorables qu'en France. Par exemple, la rémunération de base d'un interne en quatrième année d'internat est inférieure de 25 % au salaire moyen national en France, tandis qu'elle est supérieure de 50 % en Allemagne. En revanche, par rapport au salaire moyen national, les salaires des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants) sont désormais proches depuis les revalorisations du Ségur de la santé en France.

Globalement, le secteur hospitalier allemand se distingue par son fort volume d'activité et des durées de séjour plus longues ainsi qu'un faible niveau de chirurgies en ambulatoire. Les taux d'hospitalisations évitables élevés questionnent la pertinence des soins hospitaliers, tandis que les faibles taux d'occupation des lits remettent en cause la soutenabilité financière des établissements. Concernant les durées de séjours et les taux de chirurgies ambulatoires, la situation de la France s'est radicalement améliorée par rapport à l'Allemagne au cours de la dernière décennie.

Une réforme du financement des établissements de santé est prévue dans les deux pays, visant à réduire la part de la tarification à l'activité et à augmenter le financement par

dotations en fonction de l'atteinte d'objectifs de qualité ou de santé publique. Ces réformes ne sont pas encore définies dans leurs détails, mais on peut s'interroger sur l'apparente proximité des principes retenus dans les deux pays alors même que les situations de départ sont très différentes. En France, cette réforme s'inscrit à la suite de transformations hospitalières et de gains de productivités considérables, elle vise à atténuer la pression à l'activité dans un contexte de conditions de travail difficiles à l'hôpital. En Allemagne, basculer une partie du financement à l'activité vers des dotations pourrait freiner les transformations nécessaires du système hospitalier allemand alors même qu'un objectif de rationalisation est affiché.

Annexes

Annexe 1.

Liste des experts interrogés

- Prof. Dr. med. Reinhard BUSSE, directeur du département de gestion en santé à la faculté d'économie et de gestion de l'Université technique de Berlin (*Technische Universität Berlin – TUB*), codirecteur et responsable du centre de Berlin de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé
- Dr. Ricarda MILSTEIN, chercheuse au Centre d'économie de la santé à l'Université de Hambourg (*Universität Hamburg*), analyste en politique de santé à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- Prof. Dr. Nils GUTACKER, professeur d'économie de la santé au Centre d'économie de la santé de l'Université de York, codirecteur de l'unité de REAL Supply Research, membre du conseil d'experts allemands pour l'évaluation de l'évolution du système de santé et des soins (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege – SVR*)
- Dr. med. Bernhard GIBIS, Dr. Susanne ARMBRUSTER, Dr. Anke SCHILLWEN et Steffi FELGNER, Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*)
- Dr. med. Morgane OTTEN, Association fédérale des caisses d'assurance maladie légale (*GKV-Spitzenverband*)
- Michael MÜLLER, analyste en politique de santé à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- David MORGAN, responsable des comptes de la santé à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Annexe 2. Nombre de cabinets médicaux libéraux en Allemagne (2021 et 2010)

TA 1 Nombre de cabinets médicaux libéraux selon leur forme d'organisation en Allemagne (2021 et 2010)

Forme d'organisation du cabinet	2021	2010
Cabinets individuels (<i>Einzelpraxen</i>)	81 653	82 785
Avec un :		
Médecin généraliste	26 784	33 504
Médecin spécialiste	28 923	33 518
Psychothérapeute	25 946	15 763
Groupements (<i>Berufsausübungsgemeinschaften</i>)	18 856	20 553
Composés de :		
Médecins généralistes	8 699	9 558
Médecins spécialistes (même spécialité)	7 948	8 553
Médecins spécialistes (pluridisciplinaire)	348	797
Médecins généralistes et médecins spécialistes	639	1 136
Psychothérapeutes	1 159	509
Médecins et psychothérapeutes	63	-
Centres de soins médicaux (<i>Medizinische Versorgungszentren - MVZ</i>)	4 179	1 654
TOTAL	104 688	104 992

Source : KBV, *Gesundheitsdaten* (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>) → Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV.

Annexe 3. Effectifs de médecins salariés en ville en Allemagne (au 31 décembre 2021)

TA 2 Effectifs de médecins salariés en ville en Allemagne (au 31 décembre 2021)

Spécialité	Ensemble des médecins	Médecins salariés (Anstellung)	
		Nombre	Part (%)
Médecine générale ^a	54 900	12 836	23
Pédiatrie et médecine de l'adolescence (<i>Kinder- und Jugendmedizin</i>)	8 149	1 999	24,5
Gynécologie et obstétrique (<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>)	12 794	3 268	25,5
Anesthésiologie (<i>Anästhesiologie</i>)	4 017	1 411	35,1
Chirurgie ^b	15 518	4 784	30,8
Maladies de la peau et maladies vénériennes (<i>Haut- und Geschlechtskrankheiten</i>)	4 003	1 055	26,4
Médecine interne avec activité de médecin spécialiste (<i>Innere Medizin mit fachärztlicher Tätigkeit</i>)	10 801	4 341	40,2
Médecine nucléaire (<i>Nuklearmedizin</i>)	1 012	568	56,1
Médecine physique et de réadaptation (<i>Physikalische und Rehabilitative Medizin</i>)	614	236	38,4
Neurochirurgie (<i>Neurochirurgie</i>)	1 184	642	54,2
Neurologie et psychiatrie (<i>Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie</i>).....	6 351	1 648	25,9
Psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et l'adolescence (<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</i>).....	1 152	227	19,7
Oto-rhino-laryngologie, phoniatry et audiologie pédiatrique (<i>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie</i>).....	4 587	962	21,0
Ophthalmologie (<i>Augenheilkunde</i>).....	6 506	2 744	42,2
Radiologie (<i>Radiologie</i>).....	4 504	2 321	51,5
Radiothérapie (<i>Strahlentherapie</i>).....	1 114	923	82,9
Médecine transfusionnelle (<i>Transfusionsmedizin</i>).....	186	127	68,3
Pathologie	1 179	699	59,3
Médecine de laboratoire, biochimie, microbiologie (<i>Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie</i>)	1 332	1 160	87,1
Génétique humaine (<i>Humangenetik</i>).....	296	253	85,5
Urologie	3 511	695	19,8
Psychothérapie médicale (<i>Ärztliche Psychotherapie</i>)	6 173	299	4,8
Psychothérapie non médicale	31 308	45 895	25,03
Autres ^c	14	3	21,4
Sous-total (sans psychothérapie non médicale)	152 028	43 238	28,4
Total	183 336	45 895	25

Champ : comprend les médecins salariés en cabinet libéral et dans les établissements du type MVZ.

^a Médecine de famille (*Hausärztliche Fachgruppen*), y compris médecine générale (*Allgemeinmedizin*) et médecine interne avec activité de médecin de famille (*Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit*).

^b Chirurgie et orthopédie (*Chirurgie und Orthopädie*), chirurgie buccale et maxillo-faciale (*Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*).

^c Inclut la médecine du travail (*Arbeitsmedizin*), les scientifiques spécialistes de la médecine (*Fachwissenschaftler der Medizin*), les dentistes spécialisés (*Fachzahnärzte*), l'hygiène et médecine environnementale (*Hygiene und Umweltmedizin*), la santé publique (*Öffentliches Gesundheitswesen*), la pharmacologie (*Pharmakologie*), la physiologie (*Physiologie*), la médecine légale (*Rechtsmedizin*) et la médecine du sport (*Sportmedizin*).

Sources : Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), *Bundesarztregister*, données au 31 décembre 2021.

Annexe 4. Les études de médecine en France et en Allemagne

En France, les études de médecins durent entre 10 et 12 ans selon la spécialité. La formation est composée de trois cycles et débouche sur le diplôme d'État de docteur en médecine, obligatoire pour exercer⁸. L'accès aux études de médecine peut se faire via deux parcours universitaires depuis 2020 : par le parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou par une licence avec option accès santé (L.AS) (environ 60 % et 40 % des places respectivement). L'admission s'effectue à partir des résultats obtenus lors de ces parcours (contrôle continu) et éventuellement d'épreuves complémentaires. Ainsi, le *numerus clausus* a été remplacé par un *numerus apertus* : les facultés de médecine peuvent faire varier à la marge le nombre d'admis, mais le passage en 2^e année reste très sélectif⁹.

Les candidats admis en médecine intègrent le 1^{er} cycle (2^e et 3^e années) qui vise à acquérir des connaissances scientifiques de base nécessaire à l'exercice d'une profession médicale et à étudier l'homme sain et malade. Le 2^e cycle de médecine (4^e, 5^e et 6^e années), également appelé externat, permet d'acquérir une formation médicale complète pour exercer par la suite les fonctions du troisième cycle. Dans le cadre de l'externat, la formation théorique des étudiants est complétée par une formation pratique. Les externes réalisent un certain nombre de stages obligatoires et doivent effectuer au minimum 25 gardes, principalement aux urgences. À la fois étudiants et salariés de l'hôpital, ils touchent une rémunération variable selon l'avancée du cursus. L'admission en 3^e cycle repose sur, d'une part, des épreuves d'évaluation des connaissances par des épreuves dématérialisées, d'autre part, des épreuves d'évaluation des compétences lors de stages ou de simulations et enfin, la prise en compte du parcours de formation et du projet professionnel de l'étudiant. Les étudiants choisissent une spécialité et un lieu d'exercice selon leurs vœux et leur classement. À la fin de la 6^e année, les étudiants obtiennent le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), reconnu au niveau master.

Il existe 44 spécialités de médecine, dont le nombre de places varie d'une année à l'autre. Le 3^e cycle de médecine (internat) dure 4 à 6 ans¹⁰. Il est organisé en trois phases : la phase socle (1 an) qui revient sur les bases de la spécialité ; la phase d'approfondissement (2 à 3 ans) pour commencer à s'autonomiser ; la phase de consolidation (1 à 2 ans), sous statut de docteur junior, qui place l'étudiant en autonomie supervisée par un senior. Les internes effectuent des stages de 6 mois, mais conservent des enseignements théoriques. Sous la responsabilité des praticiens qui les forment, ils acquièrent de plus en plus d'autonomie avec l'expérience. En parallèle, ils préparent une thèse d'exercice. Après avoir validé leurs stages, leurs enseignements et leur thèse, les internes obtiennent le diplôme d'État (DE) de docteur en médecine, assorti du diplôme d'études spécialisées (DES) de la discipline suivie.

En Allemagne, les études de médecine se déroulent en deux temps, avec un premier cycle universitaire de 6 ans et un second cycle post-universitaire de spécialisation d'une durée de 5 à 6 ans¹¹. La durée des études de médecine est ainsi de 10 à 11 ans.

⁸ Onisep. *Les études de médecine*. 3 novembre 2023. (<https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>), consulté le 12 décembre 2023).

⁹ PASS-santé. *La réforme des études de santé*. (<https://pass-sante.com/>), consulté le 12 décembre 2023).

¹⁰ Depuis la rentrée 2023, l'internat de médecine générale dure 4 ans. Jusque-là, il durait 3 ans.

¹¹ praktischArzt. *Medizinstudium – Voraussetzungen, Ablauf, Inhalt*. 5 janvier 2023. (<https://www.praktischarzt.de/medizinstudium/voraussetzungen-ablauf-inhalt/>), consulté le 11 décembre 2023) ; praktischArzt. *Medizinstudium Numerus Clausus 2023 (NC Medizin)*. 22 janvier 2023. (<https://www.praktischarzt.de/medizinstudium/numerus-clausus-nc-medizin/>), consulté le 11 décembre 2023) ; DAAD. *Les études de médecine en Allemagne*. (https://www.daad-france.fr/files/2023/05/20230505_Medecine.pdf).

Comme en France, il est nécessaire d'avoir l'équivalent allemand du baccalauréat (*Abitur*) pour intégrer des études de médecine. En Allemagne, la distribution des places disponibles en études de médecine est organisée en fonction de trois quotas distincts. 30 % des places sont attribuées sur la base du *numerus clausus* qui dépend de la moyenne des notes obtenues au baccalauréat (*Abiturbestenquote*). Les conditions exactes et la moyenne des notes nécessaire pour étudier la médecine varient d'un *Land* à l'autre et d'une université à l'autre. La grande majorité des universités demande une moyenne de 1 au baccalauréat, soit l'équivalent du 20/20 français. 10 % des places disponibles sont attribués sur la base d'un quota supplémentaire d'après des critères d'aptitude (*Zusätzliche Eignungsquote*). Il s'agit d'un test d'aptitude (*Test für Medizinische Studiengänge – TMS*) qui évalue différentes aptitudes des candidats, pertinentes pour les études de médecine, notamment la compréhension de problèmes liés aux domaines des sciences naturelles et de la médecine. Enfin, 60 % des places sont attribuées d'après des critères de sélection propres à chaque université (*Auswahlverfahren der Hochschulen – AdH*). En général, les universités appliquent les mêmes critères que ceux appliqués pour le reste des places : elles tiennent compte de la note obtenue au baccalauréat ainsi que du résultat au TMS et, le cas échéant, d'autres qualifications supplémentaires (formations ou expériences professionnelles dans le secteur médical ainsi que des services civiques). C'est dans ce quota que les chances d'obtenir une place en médecine sont proportionnellement les plus grandes.

Une fois admis, le premier cycle des études de médecine en Allemagne dure six ans, comme dans la plupart des pays européens, dont la France. Elle se divise fondamentalement en trois parties. La phase « préclinique » (*Vorklinik*) (1^{re} et 2^e années) doit permettre d'acquérir les bases théoriques (elle inclut des stages de formation aux premiers secours et dans les soins infirmiers). La phase « clinique » (*Klinik*) (3^e, 4^e et 5^e années) se consacre à la formation théorique et pratique en médecine clinique. Cette phase prévoit la réalisation d'un stage, appelé « *Famulatur* », qui se divise en trois périodes obligatoires de 30 jours chacune pouvant être effectués dans différentes spécialités, telles que la médecine générale ou la chirurgie. Enfin, l'année pratique (*Praktisches Jahr*) (6^e année) se divise en trois périodes de stages obligatoires d'un trimestre chacune, en médecine interne, en chirurgie et dans une spécialité au choix.

Les étudiants passent trois examens d'Etat (*Staatsexamen*) au cours des études de médecine. Le premier (*Physikum*) est réalisé à la fin de la phase préclinique (à l'issue de la 2^e année d'études). Il se compose d'une partie écrite, sous forme de questions à choix multiples (QCM), et d'une partie orale, sous forme d'entretiens. Le deuxième examen est une épreuve écrite, également sous forme de QCM, réalisée à la fin de la phase clinique (*Hammerexam*) (à l'issue de la 5^e année). Le troisième examen se déroule à la fin de l'année pratique (à l'issue de la 6^e année) et prend la forme d'une épreuve orale et pratique. En cas de réussite, l'étudiant obtient l'autorisation d'exercer la médecine et devient « médecin ». Néanmoins, le titre de docteur (« Dr. med. ») suppose une thèse de médecine avec un examen de thèse correspondant¹².

Les étudiants se spécialisent ensuite afin d'obtenir un titre de médecin spécialiste. On parle alors de médecin en formation post-graduée/post-universitaire (*Arzt in Weiterbildung, Assistenzarzt également*)¹³. Il existe une trentaine de spécialisations possibles en Alle-

¹² La thèse de médecine est généralement commencée entre le 5^e et le 7^e semestre des études. Il n'est pas possible de commencer pendant la phase préclinique (il est nécessaire d'avoir réussi le *Physikum*). Il est également possible de réaliser la thèse de doctorat après la fin des études. Source : Medizinische Fakultät Heidelberg. *Zeitliche Planung*. (<https://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/fakultaet/akademische-laufbahn/promotion/promotion-zum-dr-med-dent/planung-organisation/zeitliche-planung>, consulté le 12 décembre 2023).

¹³ *praktischArzt. Arzt in Weiterbildung – Alle Infos zur ärztlichen Ausbildung*. 7 juin 2017. (<https://www.praktischarzt.de/magazin/arzt-in-weiterbildung/>, consulté le 12 décembre 2023).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Annexes

Irdes - mars 2024

magne qui durent de cinq à six ans. Le contenu et les conditions générales des formations post-universitaires sont définis par les chambres régionales des médecins (*Landesärztekammern*, qui correspondent aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins en France), sur la base du cadre défini par l'Ordre fédéral des médecins (*Bundesärztekammer*). La formation post-universitaire de spécialisation est obligatoire pour prendre en charge en ville des patients assurés auprès de l'assurance maladie légale (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*) en tant que médecin conventionné ainsi que pour prétendre à des postes de chef de service (*Oberarzt*) ou médecin-chef (*Chefarzt*) au sein d'un établissement hospitalier. Les médecins en formation postuniversitaire, tout comme les internes en France, sont toujours supervisés : en Allemagne, ils sont dirigés par un médecin spécialiste (*Facharzt*) qui est responsable des patients et dispose d'une autorisation de formation post-universitaire¹⁴. Dans les hôpitaux, il s'agit généralement d'un chef de service ou d'un médecin-chef. Pour effectuer sa formation- postuniversitaire, il est nécessaire de postuler à une offre de médecin en formation-postuniversitaire au sein d'un établissement de santé¹⁵.

¹⁴ PKV-Serviceportal. *Assistenzarzt: Ausgebildet, aber in Weiterbildung*. Octobre 2020. (<https://www.privat-patienten.de/im-krankenhaus/assistenzarzt-ausgebildet-aber-in-weiterbildung/>, consulté le 12 décembre 2023).

¹⁵ Medi-Karriere. *Assistenzarzt/-ärztin – Aufgaben, Tätigkeiten und Beruf*. (<https://www.medi-karriere.de/medizinische-berufe/assistenzarzt/>, consulté le 12 décembre 2023).

Annexe 5. Le calcul des revenus des médecins libéraux

Les données disponibles en Allemagne :

- Les données de revenu des médecins sont issues de deux panels de cabinets médicaux : 64 754 cabinets pour l'Office fédéral des statistiques et 4 020 cabinets médicaux certifiés pour le Zi pour l'année 2019. Il s'agit d'échantillons représentatifs de cabinets et de données déclarées. Le Zi effectue également des vérifications des comptes : les données transmises sont certifiées par le conseiller fiscal du cabinet, qui confirme la concordance des données financières rapportées avec les données fiscales des comptes annuels du cabinet.
- Les revenus sont disponibles soit par cabinet, soit par propriétaire de cabinet.
- Les données sur les recettes et les coûts des cabinets sont détaillées et permettent de voir les revenus des médecins propriétaires avant et après déduction des charges liées au cabinet, ainsi qu'avant déduction des charges sociales et des impôts du propriétaire du cabinet.
- Les recettes du cabinet, sur la base desquelles sont calculés les bénéfices, incluent l'ensemble de ses recettes, c'est-à-dire les paiements effectués au titre des patients assurés auprès de l'assurance maladie légale (GKV), des patients assurés auprès de l'assurance maladie privée (PKV) et les restes à charge des patients notamment.
 - ➔ Selon l'Office fédéral des statistiques, 70,4 % des recettes totales des médecins (tous types de cabinet confondus en 2019) proviennent de l'assurance maladie légale, tandis que 26 % des recettes proviennent de l'assurance maladie privée et 3,5 % des restes à charge des patients. Selon le Zi, la part des recettes de l'assurance maladie légale s'élevait à 76,8 % en 2019, tandis que la part des recettes privées (patients de l'assurance maladie privée et restes à charge confondus) s'élevait à 18,7 %.

Les données disponibles en France :

- Les données les plus récentes sur le revenu des médecins libéraux en France portent sur l'année 2019 et concernent uniquement le revenu libéral, sur la base des prestations remboursées par l'assurance maladie. En 2017, la Drees avait calculé des estimations des revenus totaux en appariant les données de la Cnam avec des données relatives à différentes sources de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu. Cet appariement n'est pas disponible tous les ans et la dernière année disponible est 2017.
 - ➔ Le revenu libéral correspond au revenu après la déduction des charges du cabinet et déduction des charges sociales, les cotisations sociales des médecins libéraux, pour la plupart, étant prises en charge directement par l'assurance maladie.

Le calcul des revenus :

Pour comparer le revenu des médecins libéraux par spécialité en France et en Allemagne sur la même base :

- En Allemagne, nous avons pris comme référence, les revenus par propriétaire de cabinet après déduction des charges liées au cabinet, mais avant déduction des charges sociales et des impôts du propriétaire du cabinet. Les revenus (bénéfices) incluent l'ensemble des recettes du cabinet (les paiements effectués au titre des patients assurés auprès de la GKV, des patients assurés auprès de la PKV et les restes à charge des patients).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Annexes

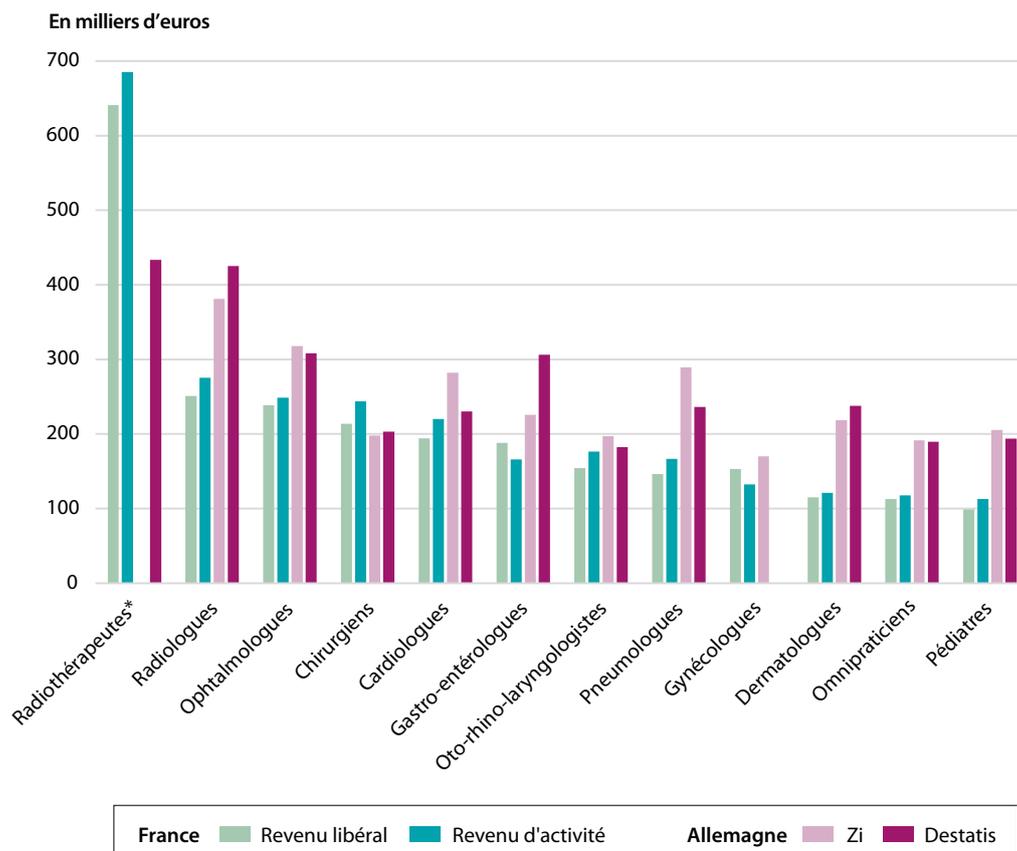
Irdes - mars 2024

- En France, pour estimer le revenu d'activité total après déduction des charges liées au cabinet, mais avant déduction des charges sociales et des impôts par médecin et par spécialité pour l'année 2019, nous avons utilisé la part de revenu supplémentaire en 2017, par spécialité, sur la base des données de la Drees, et ajusté le revenu total libéral en 2019. Ensuite, nous avons ajusté les données françaises – les revenus d'activité en 2019 – à la hausse en utilisant le coefficient de 24 %, comme lorsque la Drees transmet ses données à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), pour ajouter les charges sociales. Le revenu d'activité par médecin par spécialité correspond au revenu des médecins avec une activité libérale, en secteur 1 et secteur 2 (avec dépassements d'honoraires).

Annexe 6.

Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019)

GA 1 Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019) - sélection des spécialités comparables dans les deux pays



* Pour l'Allemagne, la catégorie « radiothérapeutes » comprend également les spécialistes en médecine nucléaire et en radiologie.

Sources : Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». *Études et Résultats*. Mars 2022, n° 1223 ; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Zi-Praxis-Panel* (2020) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (Fachserie 2 Reihe 1.6.1)*. 2020. Calculs Irdes.

TA 3 Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019) - sélection des spécialités comparables dans les deux pays

France Revenu par médecin ^a			Allemagne Bénéfices par propriétaire de cabinet		
Spécialité	Revenu libéral	Revenu d'activité	Zi	Destatis	Spécialité
Radiothérapeutes	640 832	685 321	.	433 402	Radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie
Radiologues	251 224	275 370	381 335	425 236	Radiologie
Ophthalmologues	238 204	248 611	318 028	308 000	Ophthalmologie
Chirurgiens	213 528	243 784	197 876	203 417	Chirurgie ^b
Cardiologues	194 060	219 997	282 326	230 248	Médecine interne - Cardiologie
Gastro-entérologues	188 158	165 788	225 619	306 351	Gastroentérologie (médecine interne)
Oto-rhino-laryngologistes	154 256	176 385	196 991	182 615	Oto-rhino-laryngologie
Pneumologues	146 444	166 601	289 197	236 189	Pneumologie (médecine interne)
Gynécologues	153 044	132 308	170 127	.	Gynécologie
Dermatologues	115 320	121 092	218 541	237 597	Dermatologie ^c
Omnipraticiens	112 716	117 564	191 713	189 607	Médecine générale et médecine interne (médecine de famille) ^d
Pédiatres	98 952	112 653	205 406	193 746	Pédiatrie et médecine de l'adolescence

^a Avant la déduction des charges sociales prises en charge par la Cnam en France.

^b Destatis : « chirurgie, chirurgie maxillo-faciale, neurochirurgie ».

^c Destatis : « maladies de la peau et maladies vénériennes ».

^d Destatis : « médecine générale »

Sources : Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». *Études et Résultats*. Mars 2022, n° 1223 ; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Zi-Praxis-Panel* (2020) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (Fachserie 2 Reihe 1.6.1)*. 2020. Calculs Irdes.

Annexe 7. Écart en pourcentages du revenu d'activité des médecins libéraux par spécialité (2019)

TA 4 Écart en pourcentages du revenu d'activité des médecins libéraux par spécialité (2019) - sélection de spécialités comparables

Spécialités	France (revenu d'activité en euros) ^a	Allemagne	
		Zi	Destatis
Radiothérapie ^b	685 321	-	- 37 %
Radiologie	275 370	+ 38 %	+ 54 %
Ophthalmologie	248 611	+ 28 %	+ 24 %
Chirurgie ^c	243 784	- 19 %	- 17 %
Cardiologie	219 997	+ 28 %	+ 5 %
Gastroentérologie	165 788	+ 36 %	+ 85 %
Oto-rhino-laryngologie	176 385	+ 12 %	+ 4 %
Pneumologie	166 601	+ 74 %	+ 42 %
Gynécologie	132 308	+ 29 %	-
Dermatologie ^d	121 092	+ 80 %	+ 96 %
Omnipraticiens ^e	117 564	+ 63 %	+ 61 %
Pédiatrie	112 653	+ 82 %	+ 72 %

^a Avant la déduction des charges sociales prises en charge par la Cnam en France.

^b Pour l'Allemagne, la catégorie « radiothérapie » comprend également la médecine nucléaire et la radiologie.

^c Destatis : « chirurgie, chirurgie maxillo-faciale, neurochirurgie ».

^d Destatis : « maladies de la peau et maladies vénériennes ».

^e Destatis : « médecine générale » ; Zi : médecine générale et médecine interne (médecine de famille).

Sources : Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». *Études et Résultats*. Mars 2022, n° 1223 ; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Zi-Praxis-Panel* (2020) ; Statistisches Bundesamt (Destatis). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (Fachserie 2 Reihe 1.6.1)*. 2020. Calculs Irdes

Annexe 8. Indemnités et primes des médecins hospitaliers

En France, différentes indemnités et primes peuvent compléter les émoluments de base des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques selon leur statut.

- Pour les praticiens hospitaliers qui s'engagent à ne pas exercer une activité libérale et à exercer exclusivement dans un établissement public de santé ou un Ehpad public pour une période de trois ans (renouvelable), il existe une indemnité d'engagement de service public exclusif. Depuis le 1^{er} juillet 2022, elle s'élevait à 1 010 euros brut par mois⁸. Les praticiens contractuels sont exclus du dispositif.
- La prime d'exercice territorial est versée en cas d'activité exercée dans plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d'un même établissement. Elle concerne les praticiens hospitaliers, contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés. Son montant varie en fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien ainsi que du nombre de sites d'exercice différents le cas échéant : entre 250 à 1 000 euros brut par mois au 1^{er} juillet 2022⁹.
- L'indemnité d'activité sectorielle et de liaison s'adresse aux personnels enseignants et hospitaliers en psychiatrie des adultes et en pédopsychiatrie. Elle a été instaurée pour développer leur activité sectorielle à l'extérieur de l'établissement psychiatrique. Au 1^{er} juillet 2022, elle s'élevait à 420,86 euros brut par mois¹⁰.

Depuis novembre 2021, les praticiens exerçant des fonctions à responsabilité perçoivent les indemnités suivantes : 200 euros brut par mois pour les chefs de service¹¹, 400 euros brut par mois pour les chefs de pôle (part variable annuelle d'un montant maximum de 4 800 € déterminé par le directeur de l'établissement en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle)¹², 600 euros brut par mois pour le Président de la Commission médicale d'établissement (CME)¹³ et 600 euros pour le Président de la Commission médicale de groupement (CMG) (depuis janvier 2022)¹⁴. Les indemnités mensuelles peuvent se cumuler avec les différentes fonctions (chef de service, de pôle, PCME, PCMG) dans la limite d'un plafond de 1 000 euros brut par mois.

⁸ Légifrance, Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024111052>) ; Association de Praticiens Hospitaliers et Assimilés, Service public exclusif (<https://www.appa-asso.org/statuts/mcu-ph/service-public-exclusif/>, consulté le 8 septembre 2023).

⁹ Légifrance, Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034187486>) ; MACSF, La prime d'exercice territorial en 4 questions, 6 janvier 2023 (<https://www.macsf.fr/exercice-hospitalier-et-salarie/exercer-a-l-hopital/la-prime-d-exercice-territorial-en-4-questions>, consulté le 8 septembre 2023).

¹⁰ Légifrance, Arrêté du 13 décembre 2021 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison des personnels enseignants et hospitaliers (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044488388>) ; Association de Praticiens Hospitaliers et Assimilés, Indemnité d'activité sectorielle et de liaison (IASL) (<https://www.appa-asso.org/2021/04/07/indemnite-activites-sectorielles-liaison-iasl/>, consulté le 8 septembre 2023).

¹¹ Légifrance, Décret n° 2021-1437 du 4 novembre 2021 créant une indemnité de fonction pour les chefs de service au sein des établissements publics de santé (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044289747>) ; Arrêté du 4 novembre 2021 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction de chef de service au sein des établissements publics de santé (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044289767>).

¹² Légifrance, Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022346709>).

¹³ Légifrance, Arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022153985>).

¹⁴ Légifrance, Arrêté du 4 novembre 2021 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction du président de la commission médicale de groupement (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044289775>).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Annexes

Irdes - mars 2024

L'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé est également fixée par arrêté¹⁵. Depuis le 1^{er} juillet 2023, une astreinte à domicile¹⁶ est rémunérée à hauteur de 44,52 euros pour une nuit ou deux demi-journées et à hauteur de 22,25 euros pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi-après-midi (indemnité forfaitaire des astreintes). S'agissant des gardes, leur rémunération (indemnité de sujétion) a récemment été revalorisée avec une augmentation de 50 %¹⁷ : depuis le 1^{er} janvier 2024, les praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens adjoints contractuels perçoivent 422,03 euros pour une garde de nuit, le dimanche ou un jour férié. Pour une demi-nuit de garde ou un samedi après-midi, ils sont rémunérés à hauteur de 211,01 euros.

En Allemagne également, les émoluments de base sont complétés par la rémunération des gardes et astreintes¹⁸.

Les astreintes sont rémunérées différemment selon leur durée et dépendamment du salaire horaire de chaque médecin. En cas d'astreinte d'au moins 12 heures, les médecins reçoivent en semaine une indemnité forfaitaire journalière correspondant à deux fois leur salaire horaire (exemple : si un médecin gagne 30 euros par heure, il perçoit une indemnité de 60 euros pour l'ensemble de l'astreinte). Le samedi, le dimanche et les jours fériés, l'indemnité forfaitaire passe à quatre fois le salaire horaire. Etant donné que cette indemnité varie selon le salaire horaire, cela signifie qu'elle dépend du groupe de rémunération du médecin (médecin spécialiste, chef de service etc.) et de son échelon. Pour une astreinte plus courte, c'est-à-dire de moins de 12 heures, le médecin perçoit une indemnité forfaitaire par heure : chaque heure d'astreinte entamée est rémunérée à hauteur de 12,5 % du salaire horaire correspondant.

La rémunération d'une garde dépend du temps de travail effectivement effectué au cours de la période de garde. Pour les centres hospitaliers par exemple :

- Si le travail effectué représente jusqu'à 25 % du temps de garde, il sera valorisé comme temps de travail à hauteur de 70 %.
- Si le travail effectué représente plus de 25 à 40 % du temps de garde, il sera valorisé comme temps de travail à hauteur de 85 %.
- Si le travail effectué représente plus de 40 à 49 % du temps de garde, il sera valorisé comme temps de travail à hauteur de 100 %.

¹⁵ Légifrance. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000602745/>).

¹⁶ Désigne les périodes de travail réalisées à domicile ou dans tout autre lieu au choix du médecin hospitalier à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais. L'astreinte peut donner lieu à déplacement.

Source : MACSF. La comptabilisation des périodes d'astreintes des médecins hospitaliers. 14 octobre 2020. (<https://www.macsf.fr/exercice-hospitalier-et-salarie/exercer-a-l-hopital/comptabilisation-astreintes-medecins-hospitalier>, consulté le 22 novembre 2023).

¹⁷ Légifrance. Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant des indemnités des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048658414>).

¹⁸ *Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) vom 17. August 2006 in der Fassung des Änderungsstarifvertrags Nr. 9 vom 23. Mai 2022 (Stand: 1. Januar 2023) ; Marburger Bund, Tarifverträge* (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>).

- Pour la période du temps de garde considérée comme temps de travail, la rémunération suivante (en euros) est versée par heure depuis le 1^{er} juillet 2023 dans les centres hospitaliers :

TA 5 Salaires horaires pour la rémunération des gardes dans les centres hospitaliers en Allemagne

Groupe de facturation	Échelon 1	Échelon 2	Échelon 3	Échelon 4	Échelon 5	Échelon 6
I	32,76 €	32,76 €	34,00 €	34,00 €	35,24 €	35,24 €
II	38,95 €	38,95 €	40,19 €	40,19 €	41,45 €	41,45 €
III	42,06 €	42,06 €	43,29 €	-	-	-
IV	45,77 €	45,77 €	-	-	-	-

Source : Marburger Bund. *Tarifverträge. Kommunale Krankenhäuser (VKA)*. (<https://www.marburgerbund.de/bundesverband/tarifvertraege>).

Au-delà de quatre services par mois, la valorisation du service de garde est majorée de 10 %.

Annexe 9. Indemnités et primes des internes

En France, des indemnités et primes complètent la rémunération de base des internes et docteurs juniors.

- Au cours de ses quatre premiers semestres d'internat, l'interne perçoit une indemnité de sujétion dont le montant brut mensuel est fixé à 435,18 euros. Le versement de cette indemnité prend fin à l'entame du 5^e semestre d'internat.
- Les internes de médecine et pharmacie reçoivent une prime de responsabilité, dont le montant brut annuel s'élève à 2 154,10 euros pour les internes en médecine et en pharmacie de 4^e année et à 4 273,93 euros pour les internes en médecine de 5^e année (soit 179,51 et 356,16 euros bruts par mois respectivement). La prime de responsabilité n'est pas versée aux docteurs juniors, qui perçoivent la prime d'autonomie supervisée.
- L'indemnité compensatrice d'avantages en nature est versée lorsqu'un interne ne bénéficie pas dans l'établissement ou l'organisme d'affectation du logement, de la nourriture, du chauffage et de l'éclairage. Elle s'élève de 28,03 à 84,22 euros bruts par mois.

Sur la base des émoluments de base et des indemnités, primes et majorations énoncées, la rémunération de base des internes et docteur juniors varie de 2 136,60 à 2 958,84 euros brut par mois.

TA 6 Rémunération mensuelle brute de base des internes en France au 1^{er} juillet 2023

	Émoluments de base	Indemnité de sujétion	Prime de responsabilité	Majoration logement/nourriture	Total brut mensuel
Internes					
1 ^{re} année	1 617,20 €	435,18 €	-	84,22 €	2 136,60 €
2 ^e année	1 790,27 €	435,18 €	-	84,22 €	2 309,67 €
3 ^e année	2 367,36 €	-	-	84,22 €	2 451,58 €
4 ^e année	2 369,20 €	-	179,51 €	84,22 €	2 632,93 €
5 ^e année	2 370,69 €	-	356,08 €	84,22 €	2 810,99 €
Docteurs juniors					
1 ^{re} année	2 374,62 €	-	416,67 €	84,22 €	2 875,51 €
2 ^{de} année	2 374,62 €	-	500,00 €	84,22 €	2 958,84 €

Source : Légifrance. Arrêté du 29 juin 2023 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774474>) ; Arrêté du 29 juin 2023 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des étudiants de troisième cycle et des étudiants de deuxième cycle en médecine (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004774453>).

A cela s'ajoute les indemnités de gardes et d'astreintes⁸ :

- Service de garde pendant les nuits des lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi : 234,80 euros bruts (117,39 € pour une demi-garde) ;
- Service de garde pendant les nuits du samedi au dimanche, le dimanche ou jour férié en journée, la nuit du dimanche ou d'un jour férié : 256,86 euros brut (128,43 € pour une demi-garde) ;
- Garde supplémentaire : 256,86 euros bruts ;
- Demi-garde supplémentaire : 128,43 euros bruts ;
- 21,26 euros bruts pour une astreinte.

Le service de garde normal comprend une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois, ce qui fait cinq gardes par mois. Toute garde s'ajoutant à cela est une garde supplémentaire. Les gardes supplémentaires au service de garde normal ne sont réalisées que dans les activités pour lesquelles la continuité médicale est nécessaire et en cas de nécessité impérieuse de service.

Comme en France, les gardes et astreintes des internes en Allemagne sont rémunérées en complément de la rémunération de base fixé par conventions collectives. Celles-ci fixent les montants des gardes et astreintes, qui sont les mêmes que pour les médecins (voir section annexe 6).

⁸ Légifrance. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne. (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032575975>) ; Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant des indemnités des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048658414>) ; Arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030987382>).

Annexe 10. Méthodologie de l'étude sur la rémunération du personnel soignant en Allemagne⁸

La rémunération du personnel soignant est déterminée par les salaires bruts assujettis à la sécurité sociale, issus des statistiques de l'emploi de l'Agence fédérale pour l'emploi, qui sont collectés dans le cadre de la procédure de déclaration à la sécurité sociale⁹. Les évaluations des rémunérations ne sont effectuées que pour les salariés au 31 décembre d'une année. Les données sur la rémunération brute se rapportent toujours à une période d'emploi spécifique, qui peut couvrir l'ensemble de l'année civile, mais aussi, dans des cas extrêmes, un seul jour. La rémunération a été normalisée sur une année complète sur la base de la période d'emploi disponible, selon la formule suivante : rémunération mensuelle brute moyenne = (rémunérations en euros/jours d'emploi) × (365,25/12). La rémunération brute comprend tous les revenus courants ou ponctuels de l'emploi principal jusqu'au plafond de l'assurance retraite. Les rémunérations comprennent également, par exemple, les primes de vacances et de Noël, les tantièmes, les gratifications, la rémunération des heures supplémentaires/complémentaires et les primes pour heures supplémentaires, les allocations familiales, les primes de risque et les primes de salissure, les commissions et les indemnités de licenciement (*Bundesagentur für Arbeit* 2020). En revanche, la part des primes exonérées d'impôts et de cotisations sociales n'est pas transmise aux organismes de sécurité sociale et n'est donc pas prise en compte dans cette analyse (cette catégorie comprend également les primes de Covid-19). De plus, au niveau régional, ce sont les salaires nominaux qui sont pris en compte, ce qui signifie que le pouvoir d'achat régional des rémunérations n'est pas pris en considération. Comme l'étude ne dispose pas de données sur le nombre d'heures convenu pour les salariés, les analyses doivent se limiter aux salariés à temps plein (sans les apprentis). Au total, les données de rémunération d'environ 446 000 infirmiers (*Fachkräfte*) et de plus de 147 300 aides-soignants (*Helfer*) dans les professions de soins sélectionnées et travaillant à temps plein ont pu être évaluées. Il convient de noter qu'en raison de la forte proportion de salariés à temps partiel, seuls 45 % environ des salariés des professions de soins sélectionnées sont pris en compte dans les analyses. Les établissements de santé concernés sont les hôpitaux (*Krankenhäuser*), les « services sociaux ambulatoires » (*ambulante soziale Dienste*), les maisons de soins (*Pflegeheime*) et les maisons de retraite/ pour personnes âgées et handicapées (*Altenheime/Alten- und Behindertenwohnheime*).

⁸ Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. *Entgelte von Pflegekräften, 2021* (https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2021.pdf).

⁹ Statistiques de l'emploi de l'Agence fédérale pour l'emploi (*Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit*), calculs propres de l'Institut de recherche sur le marché du travail et les professions (*Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*).

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Annexes

Irdes - mars 2024

Table des illustrations

Liste des graphiques

Graphique 1	Dépenses de santé, par habitant et en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) (2010-2022).....	5
Graphique 2	Structure du financement des dépenses courantes de santé et reste à charge des ménages (2021)	6
Graphique 3	Dépenses de soins ambulatoires en pourcentage des dépenses de santé et par tête (prix courants PPA, dollar US) en 2021	15
Graphique 4	Évolution des dépenses de soins ambulatoires par tête (prix courants PPA, dollar US) entre 2013 et 2021	15
Graphique 5	Répartition des médecins conventionnés entre les différentes formes de cabinet médical, par spécialité, en Allemagne (2021)	18
Graphique 6	Composition des revenus des médecins généralistes en France (2010 à 2019).....	29
Graphique 7	Revenu des médecins libéraux par rapport au salaire moyen, avant déduction des charges sociales, en France et en Allemagne (2019) – sélection des spécialités comparables dans les deux pays.....	34
Graphique 8	Revenu des médecins spécialistes libéraux par rapport au revenu des médecins généralistes libéraux en France et en Allemagne (2019) – sélection des spécialités comparables dans les deux pays.....	34
Graphique 9	Délais moyens d'accès au marché des médicaments, en jours (2021).....	42
Graphique 10	Doses journalières définies pour 1 000 habitants par jour pour une série de groupes de médicaments en France et en Allemagne (2019 à 2021)	46
Graphique 11	Dépenses de soins hospitaliers en % du PIB et par tête, prix courants PPA (dollar US) (2021).....	51
Graphique 12	Evolution des dépenses de soins hospitaliers, par tête, prix courants PPA (dollar US) [2013 à 2021]	51
Graphique 13	Dépenses hospitalières par type de service (2021).....	52
Graphique 14	Évolution du nombre total d'établissements de santé en France et en Allemagne (2013 à 2021).....	54
Graphique 15	Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle, pour 1 000 habitants, en France et en Allemagne (2010 à 2021)	55
Graphique 16	Évolution du nombre de lits et de places, pour 1 000 habitants, selon la fonction de soins, en France et en Allemagne (2010 à 2020).....	57
Graphique 17	Nombre d'établissements de santé et de lits d'hospitalisation complète, selon le statut juridique de l'établissement, en France et en Allemagne (2021).....	58

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

Table des illustrations

Irdes - mars 2024

Graphique 18	Composition du personnel hospitalier en établissement de santé en France et en Allemagne (ETP, 2021)	59
Graphique 19	Densité d'infirmiers qualifiés, de sages-femmes et d'aides-soignants employés dans les hôpitaux (2011 à 2021).....	61
Graphique 20	Évolution des dépenses d'investissement (en termes réels), 2010-2021.....	64
Graphique 21	Rémunération de base d'un praticien hospitalier en France et d'un médecin spécialiste en Allemagne, qui deviennent chefs de service après dix ans d'ancienneté, par rapport au salaire moyen de chaque pays (montants au 1 ^{er} juillet 2022).....	69
Graphique 22	Rémunération de base des internes en médecine en France et en Allemagne par rapport au salaire moyen dans chaque pays (montants au 1 ^{er} juillet 2022).....	71
Graphique 23	Evolution du nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants	74
Graphique 24	Nombre de séjours à l'hôpital, pour 100 000 personnes, par catégories de diagnostic (2021)	75
Graphique 25	Durée moyenne de séjour à l'hôpital, par catégorie de diagnostic, en jours (2021)	76
Graphique 26	Procédures chirurgicales, % de cas effectués en hospitalisation complète, hospitalisation de jour et en ambulatoire (2021)	78

Annexes

GA 1	Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019) - sélection des spécialités comparables dans les deux pays	94
-------------	---	----

Liste des tableaux

Tableau 1	Catégorisation des spécialités médicales pour la planification des besoins en Allemagne	20
Tableau 2	Comparaison des effectifs de médecins (libéraux et salariés) en ville en France et en Allemagne, effectifs pour 100 000 habitants (1 ^{er} janvier 2022)	25
Tableau 3	Calcul des budgets ajustés sur la morbidité.....	31
Tableau 4	Émoluments hospitaliers en France des personnels médicaux (montants bruts mensuels au 1 ^{er} juillet 2023).....	65
Tableau 5	Émoluments hospitaliers en Allemagne des personnels médicaux (montants bruts mensuels au 1 ^{er} septembre 2023)	66

Annexes

TA 1	Nombre de cabinets médicaux libéraux selon leur forme d'organisation en Allemagne (2021 et 2010)	88
TA 2	Effectifs de médecins salariés en ville en Allemagne (au 31 décembre 2021) .	89
TA 3	Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019) - sélection des spécialités comparables dans les deux pays	94
TA 4	Revenu des médecins libéraux avant déduction des charges sociales en France et en Allemagne (2019) - sélection des spécialités comparables dans les deux pays	95

TA 5	Écarts en pourcentages du revenu d'activité des médecins libéraux par spécialité (2019) - sélection de spécialités comparables.....	96
TA 6	Salaires horaires pour la rémunération des gardes dans les centres hospitaliers en Allemagne	99
TA 7	Rémunération mensuelle brute de base des internes en France au 1 ^{er} juillet 2023	100

Les dernières publications de l'Irdes



- **Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements**
Touitou-Burckard E., Gandré C., Coldefy M. (Irdes),
en collaboration avec Ellini A. (Établissement public de santé de Ville-Evrard),
Saetta S. (École nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale-Enseis)
et le consortium Plaid-Care
Questions d'économie de la santé numéro n° 286. Février 2024



- **Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable?**
Pierre A., Or Z. (Irdes)
Document de travail n° 91. Juillet 2023
- **Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale**
Augé E.
Document de travail n° 90. Février 2023



- **Conséquences de la sclérose en plaques sur les parcours professionnels en France. Étude EMOJI (Effects of Multiple Sclerosis on Occupational Trajectories).**
Leray E. (EHESP, Inserm U1309 RSMS), Espagnacq M. (Irdes),
Duguet E. (Université Paris-Est Créteil), Guillaume S. (Irdes), Guilleux A. (EHESP),
Pichetti S. (Irdes), Regaert C. (Irdes)
Rapports Irdes n° 589, Septembre 2023

Abonnements-Diffusion : Irdes 21, rue des Ardennes 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 21
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon

Documentaliste : Véronique Suhard

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise semestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques...

Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale, le premier régime d'assurance maladie, introduit par le chancelier allemand Otto von Bismarck à la fin du XIX^e siècle. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Le modèle allemand est caractérisé, d'une part, par la coexistence de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée substitutive, qui fournissent ensemble une couverture universelle, et, d'autre part, par une gouvernance décentralisée, donnant un pouvoir de décision important aux organismes corporatistes : associations de caisses d'assurance maladie, d'hôpitaux, de médecins, de psychothérapeutes et de dentistes. En France, malgré une gouvernance très centralisée, l'organisation et le financement des soins restent segmentés.

Les dépenses de santé en Allemagne et en France sont parmi les plus élevées au monde derrière les Etats-Unis : respectivement, 12,7 % et 12,1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2022. Cette étude comparative des dépenses de santé apporte un éclairage nouveau sur la structure des dépenses de santé dans les deux pays, à partir de données comparables sur les prix et les volumes de soins. En évaluant les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé, elle identifie également des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

Health Spending in France and Germany

Germany is the birthplace of social health insurance, the first health insurance scheme introduced by German Chancellor Otto von Bismarck at the end of the 19th century. Although France was inspired by the German model when it introduced social security, healthcare systems have developed differently in the two countries. The German model is characterised, on the one hand, by the coexistence of public insurance with substitute private health insurance, which together provide universal coverage, and, on the other hand, by decentralised governance, giving significant decision-making power to corporatist bodies: associations of health insurance funds, hospitals, doctors, psychotherapists, and dentists. In France, despite a highly centralised governance, the organisation and financing of healthcare remain fragmented.

Health spending in France and Germany is among the highest in the world after the United States: respectively 12.7% and 12.1% of Gross Domestic Product (GDP) in 2022. This comparative study of healthcare spending provides new insights into the structure of healthcare spending in the two countries, based on comparable data on prices and volumes of care. By assessing the key mechanisms and policies that define and regulate healthcare volumes and prices, it also identifies interesting elements for improving the management of healthcare expenditure in France.