Allemagne
Des réformes contestées du financement des hôpitaux[1]

Kalle KUNKEL

Depuis le milieu des années 2000, l'adoption d'un nouveau mode de financement des hôpitaux fait peser une forte pression économique sur le personnel soignant, dans un contexte d'érosion de la convention collective de branche. En réponse, le syndicat des services, ver.di, cherche à imposer des accords d'établissement, qui fixent un taux d'encadrement des patients afin d'alléger la charge de travail du personnel soignant. La décentralisation de la négociation collective et un nouveau projet de loi de réforme fondamentale du financement des hôpitaux, dont l'adoption est attendue à l'automne 2024, entraînent actuellement un regain de conflits dans le secteur.

From the mid-2000s on, the adoption of a new funding model for hospitals has put considerable economic pressure on care workers, against a backdrop of the erosion of the sector-wide collective bargaining agreement. In reaction to this, the services union, ver.di, seeks to impose workplace level agreements setting staff-to-patient ratios in order to lessen the workload of care workers. The decentralisation of collective bargaining and a new bill for fundamental reform of hospital funding, expected to be passed in the autumn of 2024, are currently causing a resurgence of disputes in the sector.

1. Cet article traduit de l'allemand a été révisé par Marcus Kahmann.

Kalle Kunkel est secrétaire du syndicat des services ver.di.

L'article retrace les luttes politiques et syndicales survenues en Allemagne à l'occasion des réformes fortement contestées du système de financement des hôpitaux. Nous commençons par fournir un aperçu de l'histoire de la politique hospitalière en Allemagne, des réformes du financement des hôpitaux qui se sont déroulées à partir des années 1980 jusqu'aux années 2000 et de leurs répercussions sur le travail des soignants. Ensuite, nous présentons les luttes syndicales dans le secteur, notamment les grèves menées par le syndicat des services ver.di afin d'imposer des accords collectifs fixant des taux d'encadrement des patients par le personnel soignant. Enfin, nous revenons sur les projets actuels de réforme majeure du financement des hôpitaux par le gouvernement fédéral. La thèse défendue ici est que ce dernier utilise la pression financière engendrée par la crise inflationniste de ces dernières années pour favoriser la concentration du secteur hospitalier. Cette situation exacerbe à son tour les conflits sociaux dans le secteur.

Politique hospitalière et réformes du financement des hôpitaux

Une politique hospitalière unifiée se développe en Allemagne de l'Ouest à partir du milieu des années 1960, après une longue phase de tâtonnements qui a suivi la seconde guerre mondiale. Elle est d'abord marquée par un effort de planification. C'est à cette époque que sont établis d'importants piliers de la politique hospitalière, encore en vigueur aujourd'hui (Tuschen, Trefz, 2004:16 s.; Simon, 2000:40 s.). La responsabilité de la planification hospitalière est attribuée aux *Länder,* sur la base d'un recensement des besoins en soins de la société qui relève de leur responsabilité. Ce recensement leur sert ensuite à programmer leur dispositif hospitalier. En contrepartie de cette attribution de compétence, les *Länder* ont l'obligation de prendre en charge les coûts d'investissement des hôpitaux, quel que soit leur statut (public, privé à but non lucratif[2] et à but lucratif) et de mettre leurs plans en œuvre.

Pour les frais de fonctionnement en revanche, la loi sur le financement des hôpitaux de 1971 a instauré le principe de « couverture des coûts propres », tous les frais justifiés d'un hôpital devant être pris en charge par les caisses d'assurance maladie (Tuschen, Trefz, 2004:18 s.). Ce sont donc ces dernières qui assument le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux – indépendamment de leur statut –, en vertu de la mission de soins qu'ils ont reçue. Cela leur permet de facturer les prestations aux caisses d'assurance maladie à condition qu'elles soient considérées comme nécessaires aux besoins de la société. Chaque hôpital inscrit par les *Länder* dans leur plan hospitalier a donc le droit de facturer ses prestations aux caisses d'assurance maladie.

La séparation entre le financement des investissements par les *Länder* d'une part et celui des frais de fonctionnement par les caisses d'assurance maladie d'autre part est appelée dualisme (*Selbstkostendeckung*). Ce principe est toujours en vigueur aujourd'hui.

2. Ces hôpitaux sont détenus par des Églises, des fondations ou des associations caritatives.

Fin de la couverture automatique des frais de fonctionnement par les caisses d'assurance maladie

Le principe de la couverture intégrale des frais de fonctionnement des hôpitaux est cependant de plus en plus remis en question à partir du milieu des années 1980. Légitimés par un discours sur la prétendue « explosion des coûts[3] » dans le secteur de la santé, des éléments axés de façon croissante sur le marché et les prix sont introduits dans le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux dès 1985. Cela signifie en substance que les hôpitaux ne sont plus remboursés sur la base des coûts réels générés par un catalogue de prestations sans cesse élargi, mais qu'ils reçoivent un forfait à la prestation. Le principe de couverture des coûts des hôpitaux ayant été maintenu, deux principes de financement contradictoires sont appliqués.

Cette contradiction est résolue par un changement fondamental de paradigme dans les années 2002-2003, avec l'adoption d'une approche du système de financement basée sur les prix. Avec l'introduction du financement par Diagnosis Related Groups (DRG) ou groupes de diagnostics associés (encadré 1), une méthode de classification des séjours hospitaliers mise au point aux États-Unis, une grande partie du financement des frais de fonctionnement des hôpitaux se fait désormais sur la base de prix fixés pour chaque groupe de cas. L'utilisation des DRG en Allemagne est toutefois différente de celle de nombreux autres pays (notamment de l'Australie, dont le système de classification a été repris) : les DRG n'ont pas servi de base aux négociations budgétaires entre les payeurs (caisses d'assurance maladie) et les fournisseurs de prestations (hôpitaux) au niveau local, mais ont été utilisés comme un système de prix directs décidés par les organisations professionnelles participant à l'autorégulation du système de santé (DKG, PKV et GKV[4]) au niveau national (Kunkel, 2021). La loi encadre très strictement les coûts additionnels que les hôpitaux peuvent faire valoir par DRG. Les recettes des hôpitaux sont ainsi essentiellement déterminées par les DRG facturés et non par les coûts réels engagés. Les hôpitaux sont donc désormais susceptibles d'engranger des bénéfices et de générer des pertes.

Sans que cela ait été explicitement dit, un pilier de la politique hospitalière depuis le milieu des années 1960 a ainsi été remis en question : la planification hospitalière par les *Länder*[5]. Alors que le principe de la couverture des frais de fonctionnement des hôpitaux reposait sur l'idée que le financement devait permettre de satisfaire un besoin déterminé par la planification, l'introduction d'un système de prix (fixes) fait du financement lui-même la force organisatrice du système hospitalier (Neubauer, 2003). Seuls les hôpitaux qui parviennent à éviter durablement le déficit sont assurés de pouvoir poursuivre leur activité ; ceux qui enregistrent des pertes risquent en revanche de disparaître, que le plan hospitalier les

3. Pour une critique du diagnostic de l'explosion des coûts, voir Simon (2000:134).

4. La Société allemande des hôpitaux (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG), les caisses d'assurance maladie publiques (GKV Spitzenverband) et privées (Verband der Privatversicherungen, PKV).

5. C'est pourquoi certains auteurs ont considéré que cette disparition progressive de la compétence des *Länder* en matière de planification était incompatible avec la répartition des compétences entre l'État fédéral et les *Länder*, telle qu'elle est définie dans la Loi fondamentale (Pitschas, 2003:264). Il est intéressant de noter qu'à l'époque, les *Länder* n'ont pas porté plainte contre cette limitation de leurs compétences, alors qu'ils menacent désormais de le faire (voir *infra*).

définisse comme répondant à un besoin ou pas. La pression économique ainsi exercée a de fait pour but d'imposer une réduction des capacités hospitalières (Tuschen, 2002 ; Kunkel, 2021). Pour autant, le droit et l'obligation de planification hospitalière par les *Länder* ne sont pas officiellement supprimés : on peut parler d'une sorte de « double contrôle » de gestion par les prix et par la planification publique. Dans le même temps, le droit à la planification des *Länder* est soumis à une pression financière croissante. Dans un contexte général d'économies budgétaires du secteur public, les *Länder* se retirent progressivement du financement des dépenses d'investissement

Encadré - **Le système de Diagnosis Related Groups (DRG) pour évaluer le prix des prestations**

Ce système repose sur une classification des prestations hospitalières en différents groupes de cas, appelés DRG. Il s'agit de regrouper les diagnostics et les traitements correspondants et d'établir un rapport entre leurs coûts pour chaque prestation hospitalière. Les rapports de coûts sont présentés sous la forme d'un chiffre, appelé poids relatif. Un DRG avec un poids relatif de 2 est donc deux fois plus cher qu'un DRG avec un poids relatif de 1.

L'Allemagne a adopté le système de classification australien en 2003, après avoir échoué à développer son propre système. Le système de DRG y a été introduit en tant que système de prix fixes généralisés. L'augmentation de la valeur de base du cas (*Basisfallwert*) est négociée chaque année au niveau national entre la Société allemande des hôpitaux (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG) et les caisses d'assurance maladie publiques (GKV Spitzenverband) et privées (Verband der Privatversicherungen, PKV). La valeur d'un DRG résulte de son poids relatif et de la valeur de base du cas. La mise en place, le développement et le suivi du système de DRG ont été confiés à l'Institut pour la tarification hospitalière (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – INEK), une structure à but lucratif fondée par ces mêmes acteurs professionnels. Elle a notamment pour mission de mettre à jour les groupes de cas, les normes relatives à la nomenclature ainsi que le calcul de la pondération des différents DRG.

Les recettes des hôpitaux sont fonction du nombre de DRG qu'ils peuvent facturer et de leur poids relatif. Elles sont ainsi indépendantes de leurs coûts réels, ce qui ouvre la possibilité aux hôpitaux de faire des bénéfices en comprimant les coûts pour qu'ils restent inférieurs aux recettes. À l'inverse, les hôpitaux qui ne peuvent pas couvrir leurs coûts réels par les recettes des DRG enregistrent des pertes et peuvent faire faillite si leurs financeurs ne les couvrent pas. Dans le contexte du droit européen de la concurrence, la question de savoir si et comment les pouvoirs publics peuvent intervenir financièrement dans une telle situation fait l'objet de contentieux juridiques. Ce système, qui crée de nombreuses incitations économiques aux effets pervers est, depuis son introduction, l'objet de critiques (Krankenhaus statt Fabrik, 2020).

des hôpitaux[6]. En conséquence, les hôpitaux publics et ceux à but non lucratif sont à leur tour mis sous pression pour réaliser des excédents sur les DRG afin de financer leurs investissements. Les moyens financiers des caisses d'assurance maladie, notamment prévus pour rémunérer le personnel (environ 65 à 70 % des frais de fonctionnement des hôpitaux) sont donc de manière croissante alloués aux investissements (Blum *et al.*, 2018).

Pression économique sur les hôpitaux et pénurie de soins

Les hôpitaux ont réagi à cette pression économique en optimisant les recettes et les coûts. Les prestations présentant un ratio recettes/coûts économiquement avantageux ont été privilégiées (Augurzky *et al.*, 2012). Comme le système de DRG a été construit autour du diagnostic médical, la position financière des médecins a été renforcée, car ce sont essentiellement leurs activités qui sont enregistrées dans ce système. Les activités des autres groupes professionnels sont en revanche devenues des facteurs de coûts à réduire, notamment celles du groupe professionnel le plus nombreux, le personnel infirmier, qui représente le plus gros poste de dépenses des hôpitaux.

Il s'en est suivi une réduction massive des effectifs, en particulier du personnel soignant. Celle-ci a commencé après la suspension en 1996 d'un instrument imposant un taux d'encadrement des patients par le personnel soignant défini par la loi mais rendu caduc par les DRG, puis sa suppression en 1997. Jusqu'en 2007, environ 50 000 postes ont été supprimés dans le secteur des soins, soit 15 % des effectifs (Simon, 2015). Dans le même temps, le nombre de soins n'a cessé d'augmenter. Mais contrairement à la France, la suppression de postes n'a pas induit de réduction drastique du nombre de lits hospitaliers.

En conséquence, l'Allemagne se retrouve avec l'un des plus mauvais taux d'encadrement des patients par soignant en Europe (Aiken *et al.*, 2014). La réduction des effectifs a conduit à une augmentation massive de la charge de travail des soignants. Cette situation les a empêchés de prendre en charge les patients selon les exigences qu'ils ont de leur propre travail. Ainsi, « trois soignants sur cinq seulement (…) indiquent voir les patients assez souvent pendant leur tour de garde pour pouvoir garantir partiellement ou entièrement leur sécurité » (Isfort *et al.*, 2010:63).

L'insatisfaction des soignants quant à leur capacité, vécue comme insuffisante, de s'occuper des patients se répercute également sur leur relation avec ces derniers : 59,6 % indiquent être en incapacité de réagir rapidement lorsque les patients les sonnent (*ibid.*:66) ; 37,2 % rapportent que les patients doivent le plus souvent être attachés, les soignants n'étant pas en capacité de les surveiller.

Selon Braun *et alii* (2010), la charge de travail du personnel soignant n'est pas seulement marquée par la surcharge due aux heures supplémentaires, aux remplacements hors temps de travail, ou au stress causé par une intensité de travail élevée. Le rationnement de leur temps de travail conduit également à une remise en question de l'image et du sens qu'ils se font de

6. « Krankenhausfinanzierung », VDEK, 4. Mai 2021, https://bit.ly/3LugRs4.

leur métier. En effet, en raison de la pression temporelle, leur pratique est de plus en plus souvent mise en tension avec la façon dont ils ont appris à exercer leur métier, et avec les normes en usage (Braun *et al.*, 2010:14).

Cette violation de l'éthique professionnelle des infirmiers va constituer, à partir de 2012, une motivation centrale de la lutte syndicale dans le secteur hospitalier (Dück, 2022), qui va alors s'intensifier.

Renouveau des luttes syndicales dans les hôpitaux

Jusqu'au début des années 2000, les hôpitaux ne jouent qu'un rôle secondaire dans les grèves en Allemagne. Lorsqu'il y a des conflits du travail, ils se concentrent souvent sur le personnel non soignant (Dribbusch, 2023). Au milieu des années 2000, le personnel soignant devient le centre des conflits et la montée des hôpitaux privés dans le paysage hospitalier accentue la perte d'influence de la convention collective de la fonction publique.

L'évolution de la perception des professions du soin, des possibilités de pression économique sur ces professions ainsi que la nécessité pour elles d'agir face à l'éclatement du paysage de la négociation collective ont contribué à ce que les hôpitaux soient devenus, dans les années qui ont suivi, un théâtre central des luttes syndicales. Cette situation ouvre alors des espaces revendicatifs au syndicat ver.di.

Des conflits recentrés sur le personnel soignant

Trois raisons expliquent le recentrage des conflits sur le personnel soignant. En premier lieu, l'introduction de mécanismes de marché dans le financement des soins (DRG) a considérablement accru la charge de travail et donc la pression à agir pour le personnel soignant. En outre, cette évolution s'est accompagnée d'une modification de la façon dont le personnel soignant envisage son métier. Dans l'après-guerre, les métiers du soin s'émancipent de l'image du service exercé « par charité ». Le personnel soignant se bat pour être reconnu comme une profession à part entière, avec une formation spécifique, y compris au sein des syndicats (Quetting, 2022). De plus, l'introduction de mécanismes de fixation des prix des prestations dans le financement des hôpitaux a eu un effet secondaire paradoxal : le manque à gagner généré par les grèves a pu entraîner une pression économique dans le cadre du système de DRG (Wolf, 2013, 2017). C'est ce qui distingue les grèves dans les hôpitaux des grèves dans d'autres services d'intérêt général – par exemple les crèches : en raison des salaires non payés pendant cette période, elles n'entraînent, dans un premier temps, que des économies pour les organismes de tutelle, sans que cela soit compensé par un manque à gagner direct en raison du mode de financement des hôpitaux (Kerber-Clasen, 2017:43). Enfin, une dernière raison de la recrudescence des grèves dans les hôpitaux tient aux changements introduits dans le système allemand de négociation collective au début des années 2000. Alors que les rémunérations du personnel des hôpitaux ont longtemps été définies par la convention collective générale du service public (Bundesangestelltentarifvertrag - BAT), celle-ci a perdu de son influence au fil des ans (Brandt, Schulten, 2008) (voir *infra*).

Le fait que les hôpitaux puissent depuis les années 2000 réaliser des bénéfices a entraîné un changement dans la structure du secteur. En 1991, les hôpitaux sous gestion privée à but lucratif représentaient

seulement 15 % du paysage hospitalier ; la grande majorité des hôpitaux était gérée par des organismes publics (46 %) et privés à but non lucratif (39 %). Cette répartition s'est déplacée ensuite progressivement au profit des hôpitaux privés, qui ont augmenté leur part au détriment des hôpitaux publics. Ceux-ci ont bénéficié des DRG par la compression des coûts induite et/ou en favorisant des DRG qui présentent un ratio coût-revenu intéressant. En 2019, les organismes publics ne géraient plus que 28,5 % des hôpitaux, contre 37,8 % pour les organismes privés à but lucratif ; quant aux organismes privés à but non lucratif, ils ont subi de légères pertes et ne représentent plus que 33,7 % du paysage hospitalier (Destatis, 2021).

Mais l'adhésion à la convention collective a également diminué dans les hôpitaux publics restants. En effet, de plus en plus d'hôpitaux ne sont plus gérés en tant que faisant partie de l'administration publique, mais ont été transformés en structures juridiques indépendantes. Alors qu'en 2002, 56,9 % des hôpitaux étaient encore directement liés au service public de par leur statut juridique, ils n'étaient plus que 15 % dans ce cas en 2017 (Destatis, 2018). Des hôpitaux sous tutelle publique ont dès lors pu se soustraire à la convention collective de la fonction publique.

En raison des pertes de couverture des conventions collectives du service public[7], le personnel des hôpitaux a dû de plus en plus souvent mener des conflits au niveau des établissements pour imposer l'application des conventions collectives et les augmentations de salaire correspondantes (Dribbusch, 2023:136). Les hôpitaux sont ainsi devenus un théâtre central des conflits sociaux pour négocier un accord d'entreprise (*Haustarifvertrag*) ou appliquer la convention de branche du service public.

Le combat en faveur des accords collectifs à destination du personnel hospitalier

L'éclatement des normes sociales dans le secteur a ouvert des espaces revendicatifs au syndicat ver.di en matière de salaire. Partant de l'établissement hospitalo-universitaire de Berlin, la Charité Universitätsmedizin – où des militants de ver.di avaient réussi à former un groupe capable de s'imposer dans la négociation collective d'entreprise depuis le milieu des années 2000 –, le syndicat des services a mené de plus en plus de conflits à partir de 2015 pour revendiquer la mise en place de taux d'encadrement des patients par le personnel. Pour alléger leur charge de travail, ver.di souhaite conclure des accords d'entreprise appelés TV Entlastung (littéralement : « accords de décharge »). Il a tout d'abord adressé cette revendication au gouvernement fédéral, en s'appuyant sur la réglementation existante jusqu'en 1997. Mais comme les gouvernements fédéraux successifs ont longtemps refusé d'y répondre, cette stratégie « politique » a été complétée par une stratégie de négociation collective[8].

Lors de la négociation des accords collectifs du type TV Entlastung, les négociateurs ont été confrontés à un dilemme stratégique, lié au financement des hôpitaux qui est réglementé au niveau fédéral. Les hôpitaux ne pouvaient pas compenser les charges financières supplémentaires dues

7. La convention collective générale du service public (Bundesangestelltentarifvertrag – BAT) a été remplacée en 2005-2006 par deux conventions collectives distinctes pour l'État fédéral et les communes d'une part (TVöD) et pour les *Länder* d'autre part (TVL).

8. « Klinikpersonal entlasten. Mehr von uns ist besser für alle », ver.di, 18. Mai 2017, https://bit.ly/469ShpH.

à l'application des conventions collectives – par exemple en raison de l'embauche de personnel supplémentaire – par une augmentation de leur budget en raison des prix fixes établis par l'administration de manière uniforme dans toute l'Allemagne. Parallèlement, en raison du droit allemand restrictif en matière de « grèves politiques », ver.di n'a pas pu faire grève pour obtenir une modification des conditions légales de financement du système hospitalier.

Après la première convention collective portant sur l'organisation des équipes à la Charité en 2015, la revendication a été reprise et développée par d'autres collectifs syndicaux d'entreprise, notamment dans les hôpitaux universitaires. Alors que ces conventions collectives fixaient des dispositions peu concrètes dont le non-respect par les hôpitaux n'était pas sanctionné, ver.di a pu imposer à partir de 2018 des mesures sur la taille des équipes assurant la rotation du personnel. Leur non-respect est cette fois sanctionné par l'acquisition de droits à des congés supplémentaires pour les salariés travaillant en sous-effectif. Leurs conditions d'application ont également été améliorées par une réforme du financement des hôpitaux en 2018 (voir *infra*).

Le système de DRG de fixation des prix frappé par une météorite

Parallèlement aux négociations menées par ver.di pour abaisser la charge de travail du personnel soignant, des discussions politiques ont été entamées sur la réforme de la base légale du financement des hôpitaux. L'influence des grèves organisées par ver.di est ici difficile à déterminer ; on peut toutefois constater que ces discussions politiques se sont développées parallèlement à l'extension des grèves menées par le syndicat.

Depuis son introduction, le système de DRG a été régulièrement critiqué par différentes organisations (les syndicats, les associations professionnelles, les chambres médicales) ainsi que par les médias, en raison de ses effets négatifs sur les conditions de travail et la qualité des soins délivrés aux patients. Mais, dans la sphère politique, ce système jouit d'une large acceptation : ainsi, ni le ministère fédéral de la Santé, ni les caisses d'assurance maladie, ni les associations hospitalières, ni les politiciens de tous les partis représentés au Bundestag, à l'exception du parti « Die Linke » (Parti de gauche), ne le remettent en cause.

C'est donc de manière inattendue que le gouvernement fédéral composé de la Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU/CSU) et du Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), la grande coalition, a profondément modifié ce système en 2018. Dans le cadre d'une loi dite de « renforcement du personnel soignant », le financement du personnel travaillant directement auprès des malades (« soins au lit ») a été retiré du système de DRG pour obéir à nouveau au principe de la couverture des coûts de fonctionnement (« DRG-Pflege-Split »). Il appartenait désormais aux caisses d'assurance maladie de financer les augmentations de coûts que les hôpitaux pouvaient justifier dans ce domaine[9].

Pour de nombreux acteurs de la politique de santé, cette mesure a été une surprise totale. L'un des principaux représentants de

9. Pour le syndicat ver.di, cette réforme a simplifié la négociation des conventions collectives de décharge, puisqu'une partie de l'augmentation des coûts engendrée par les conventions collectives devait désormais être refinancée par les caisses d'assurance maladie.

l'association des caisses d'assurance maladie a qualifié la réforme de « chute de météorite » sur le système de DRG[10]. Un débat sur l'avenir de ce système et de ses alternatives possibles a ensuite surgi et pris de l'ampleur, auquel ont participé des scientifiques qui le défendaient jusqu'alors (Schreyögg, Milstein, 2020 ; Benstetter *et al.*, 2020). La pandémie de Covid-19 a de surcroît provoqué un débat sur la performance et la résistance aux crises du système hospitalier allemand.

Deux aspects caractérisent cette discussion. Premièrement, elle s'en tient au paradigme selon lequel le système hospitalier doit lui aussi être piloté par des incitations à réaliser des bénéfices pour éviter d'être déficitaire. Il est toutefois reconnu que cette logique a conduit à des incitations erronées, notamment le fait d'augmenter les volumes de traitements lucratifs. En conséquence, la discussion porte sur les techniques de financement qui permettent d'inciter les hôpitaux à réaliser des bénéfices et à éviter les pertes, sans inciter à « augmenter les volumes[11] ». Deuxièmement, cette discussion part du principe – comme lors de l'introduction des DRG – qu'il existe une surcapacité dans ce secteur. Il faudrait donc réduire le nombre de lits d'hôpitaux et concentrer les sites, ce qui permettrait également de résorber la pénurie notoire de personnel soignant : si le personnel infirmier disponible était réparti sur moins de lits et de sites, le ratio soins/patients pourrait ainsi être amélioré (Meiners, Molitor, 2023).

La grande réforme de l'hôpital ou l'austérité qui ne dit pas son nom

Le débat sur la réforme, qui s'est intensifié depuis 2018, a culminé avec la mise en place par le ministère de la Santé d'une « commission d'experts » en mai 2022, qui a présenté en décembre de la même année une proposition de « réforme fondamentale du financement des hôpitaux » (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023). Après d'âpres conflits avec les *Länder*, cette proposition a finalement été fortement modifiée et intégrée dans un projet de loi. La réforme a été annoncée par le ministre de la Santé Karl Lauterbach et par la commission d'experts comme un « dépassement du système de DRG[12] », et présentée comme devant avant tout garantir des soins hospitaliers de qualité sur l'ensemble du territoire.

En réalité, la proposition de réforme n'abolit pas le système de DRG, mais en limite simplement l'impact. Si la part de financement des DRG a déjà été réduite d'environ 20 % par le biais du DRG-Pflege-Split (voir *supra*), elle devrait l'être à nouveau de 40 % : le reste du budget (40 %) devrait donc continuer à être réparti *via* les DRG. Et 60 % du financement des soins relèverait d'un forfait payé pour le fonctionnement de la structure hospitalière, indépendamment des prestations fournies. Sur le fond, le paiement d'un forfait, au montant défini à l'avance, pose toujours le problème

10. W.-D. Leber, « DRGs nach dem Meteoriteneinschlag », Bibliomed Manager, 13. April 2018, https://bit.ly/3W92Kx9.

11. « Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin », Bundesministerium für Gesundheit, 6. Dezember 2022, https://bit.ly/3xZ5Z2f.

12. « Lauterbach: Ohne Fallpauschalen sollen Kliniken raus aus dem Hamsterrad », *ÄrzteZeitung*, 29. November 2022, https://bit.ly/3W9QgVZ.

du financement des coûts qui ne sont pas réellement générés et justifiés. Comme le montant forfaitaire est décorrélé des coûts concrets de chaque hôpital, des bénéfices et des pertes restent possibles.

Depuis la présentation de la proposition de la commission et du projet de loi qui s'en est suivi, le débat public se concentre toutefois sur le deuxième axe des propositions de réforme : le lien entre les prestations que les hôpitaux sont autorisés à fournir et des critères de qualité fixés de manière centralisée. L'accent est mis sur ce que l'on appelle le « nombre minimal de cas » : les hôpitaux ne pourront effectuer certaines interventions ou traitements que s'ils peuvent justifier d'un certain nombre de cas par an. Cela doit leur permettre d'assurer un certain niveau de routine, en particulier pour les interventions complexes.

La proposition de réforme fait l'objet de critiques massives de la part des *Länder* et des hôpitaux[13]. Ceux-ci craignent que le législateur fédéral ne veuille imposer d'en haut la fermeture de petits établissements et une concentration du paysage hospitalier, tout en sapant la compétence de planification des *Länder*. Les objectifs de qualité seraient ainsi utilisés comme un cheval de Troie pour contraindre des hôpitaux à fermer. En effet, la volonté politique du réformateur est d'exercer une pression au changement sur les structures hospitalières (Meiners, Molitor, 2023). Certes, la pression exercée par les *Länder* a permis à ces derniers d'autoriser, dans des cas exceptionnels, des hôpitaux à fournir certaines prestations même s'ils ne remplissaient pas les objectifs de qualité ; néanmoins, la crainte est que la marge de manœuvre des *Länder* en termes de planification soit drastiquement réduite par les directives centrales. Comme la réforme empiète sur leurs compétences, les *Länder* demandent à être formellement associés à l'adoption de la loi. Face au refus du ministre fédéral de la Santé, certains *Länder* menacent d'intenter une action en justice contre lui.

Ce conflit politique est exacerbé par le débat sur le financement des coûts supplémentaires actuels et futurs que les hôpitaux ont (et auront) à affronter : d'une part, les augmentations de coûts dues à l'inflation font qu'environ deux tiers des hôpitaux allemands sont dans le rouge (DKI, 2023) alors que dans le passé, ils n'étaient qu'un tiers dans ce cas. D'autre part, la réforme prévue doit déclencher une transformation de la structure hospitalière. La manière de financer les investissements nécessaires fait aussi partie du débat.

Dans le système allemand de DRG, les prix des prestations hospitalières sont fixés sur la base de l'augmentation des coûts de l'année précédente, calculée par l'Office statistique fédéral. Dans le contexte d'une forte inflation, comme en 2022 et 2023, l'ajustement des prix des prestations hospitalières est bien inférieur à l'augmentation réelle des coûts pour les hôpitaux. Le ministère de la Santé refuse toutefois d'adapter le budget en fonction de l'augmentation des coûts réels, à l'exception de modifications légales ponctuelles qui améliorent surtout un peu les liquidités des hôpitaux. Dans ce contexte, les *Länder* et la Société allemande des hôpitaux soupçonnent que l'absence d'adaptation des moyens financiers ne soit pas

13. « DKG zur großen Krankenhausreform: Krankenhausversorgung wird auf große Kliniken und in städtischen Regionen zentralisiert, Verlierer sind die Menschen auf dem Land », Pressemitteilung vom 18 März 2024, DKG, https://bit.ly/4fbnnRW.

uniquement due à la situation budgétaire tendue actuelle, mais qu'il s'agirait plutôt d'une étape vers un « nettoyage structurel à froid » visant à augmenter la pression économique sur le système hospitalier[14].

Des débats politiques ont également cours sur les moyens d'investissement à moyen et long terme nécessaires à la transformation du paysage hospitalier voulue par les politiques, dans un contexte de situation budgétaire tendue pour l'État fédéral et certains *Länder*. La concentration radicale du système hospitalier danois, souvent prise comme référence politique en Allemagne, a ainsi coûté aux pouvoirs publics environ 1 000 euros par habitant (Reichebner *et al.*, 2020:24). Transposé à l'Allemagne, cela correspondrait à un besoin d'investissement d'environ 80 milliards d'euros. Actuellement, les *Länder* subventionnent les investissements dans les hôpitaux à hauteur de près de 3,5 milliards d'euros par an, ce qui ne correspond qu'à environ la moitié de leur besoin d'investissement annuel. La restructuration du paysage hospitalier, qui nécessite des investissements importants, représente donc un défi financier majeur. Pour autant, les premiers plans du ministère de la Santé n'abordaient pas ce problème. Après des discussions avec les *Länder*, un « fonds de transformation » de 50 milliards d'euros doit être mis en place pour financer les changements structurels. Il doit être alimenté pour moitié par les *Länder*, l'autre moitié ne devant pas être financée par le budget fédéral, mais par les caisses d'assurance maladie : celles-ci seraient ainsi chargées d'une activité qui, jusqu'à présent, était financée par les contribuables. La situation budgétaire tendue des caisses d'assurance maladie pousse à une augmentation des cotisations. Alors qu'elles avaient jusqu'à présent soutenu les projets du ministre de la Santé visant à réduire les capacités du secteur hospitalier, les caisses sont désormais passées, en raison de cette charge financière supplémentaire, dans les rangs des critiques de la réforme[15]. En outre, en termes de redistribution, le basculement d'un financement par les cotisations sociales plutôt que par l'impôt implique une charge plus lourde pour les revenus faibles et moyens. En effet, en Allemagne, l'impôt sur le revenu est progressif, mais les cotisations d'assurance maladie sont dégressives en raison du plafonnement des revenus soumis à cotisation. Malgré les critiques, le cabinet fédéral a adopté le projet de loi et l'a présenté au Bundestag. La loi devrait être votée à l'automne et entrer en vigueur début 2025. Il n'est pas prévu d'augmentation du taux de cotisation sociale dans ce cadre.

Une escalade des conflits syndicaux

En raison de la décentralisation de la négociation collective (voir *supra*), le nombre de conflits dans les hôpitaux a augmenté. Dans ce contexte, les syndicats doivent imposer la conclusion de conventions collectives dans chaque établissement hospitalier. À cette fin, il est nécessaire de mettre en place des collectifs syndicaux d'entreprise dotés de capacités d'action (dont celle de faire grève notamment). C'est la raison pour laquelle le secteur Santé de ver.di a expérimenté ces 15 dernières années de nouvelles formes d'action syn-

14. « DKG zu drohenden Einschränkungen in der Patientenversorgung. Krankenhäuser sind gefährdet wie nie zuvor », Pressemitteilung vom 14. März 2024, https://bit.ly/4cJ559e.

15. « Krankenhausreform - Kurskorrektur dringend notwendig! », GKV-Spitzenverband, 19 März 2024, https://bit.ly/3LuvOKw.

dicale inspirées de l'*organizing*[16], qui font l'objet de discussions internationales. Les débats syndicaux ne doivent pas seulement porter sur la couverture des hôpitaux par les conventions collectives, mais aussi sur celle de leurs filiales, dans lesquelles les activités telles que le nettoyage, la logistique et la restauration ont été externalisées dans le but d'échapper aux conventions collectives.

La situation économique difficile des hôpitaux, créée par le pouvoir politique, renforce la tension autour des conflits salariaux. Dans le cadre de la négociation de la convention collective du service public, une augmentation salariale de 11 % en moyenne a été obtenue en mai 2023 pour une durée de 24 mois. Ver.di a ensuite tenté d'obtenir des conditions similaires dans les négociations salariales qui se sont déroulées dans les hôpitaux non soumis à cette convention. Ces derniers ne se sentent toutefois pas en mesure de satisfaire ces revendications au vu de leur situation économique déjà précaire[17].

La situation est toutefois fondamentalement différente par rapport à la dernière phase de réformes structurelles à la suite de l'introduction du système de DRG dans les années 2000. D'une part, les personnels de nombreux hôpitaux ont fait l'expérience de la grève au cours des vingt années qui ont suivi, lors de la négociation d'accords collectifs. D'autre part, la situation sur le marché du travail est marquée aujourd'hui par une pénurie de personnel qualifié, ce qui rend plus difficile pour les employeurs d'obtenir des concessions en utilisant la menace de la perte d'emploi en cas d'insolvabilité de l'hôpital. C'est pourquoi la négociation collective décentralisée conduit actuellement à un regain de conflictualité, qui s'accompagne également de grèves, sans stratégie planifiée au niveau central. L'absence d'intégration dans un système de convention collective de branche empêche donc également une convergence et une visibilité de ces conflits locaux à l'échelle nationale.

Conclusion

Le secteur hospitalier en Allemagne connaît actuellement un regain de conflictualité. Au cours des vingt dernières années, sous l'effet de l'introduction de mécanismes de marché dans le financement des hôpitaux et de la décentralisation de la négociation collective au niveau des établissements hospitaliers, des structures syndicales plus efficaces ont vu le jour dans les hôpitaux. Le personnel soignant, qui a longtemps été difficile à convaincre de s'engager au plan syndical, est devenu le principal groupe professionnel à porter la syndicalisation.

Parallèlement, le paysage hospitalier est soumis à des pressions au changement. L'inflation des années 2022 et 2023 est utilisée pour resserrer la vis au plan économique afin d'augmenter la pression en vue d'une concentration du secteur hospitalier. Dans le même temps, le financement des investissements nécessaires pour mener une telle restructuration a déclenché des conflits politiques de répartition. Ce contexte a conduit à un déséquilibre financier généralisé des hôpitaux.

Alors que lors du dernier grand changement imposé par le pouvoir fédéral (l'introduction du système de DRG en 2002-2003), les hôpitaux ont pu compenser une partie

16. Sur la stratégie de l'*organizing*, voir Nizzoli (2017).

17. S. Schwarz, « Tarifstreit an Brandenburger Kliniken: Personal will mehr Geld, Kliniken haben Angst vor Pleite », *Tagesspiegel*, 23. Januar 2024.

de la pression économique qui en a résulté par des économies de personnel, cette stratégie est aujourd'hui limitée par le regain du pouvoir syndical et par la situation tendue du marché du travail. Parallèlement, de plus en plus d'acteurs de la politique de santé se positionnent contre la réforme prévue des hôpitaux, parfois pour des raisons contradictoires. Dans ce contexte, il faut s'attendre à ce que les réformes politiques à venir s'accompagnent d'une multitude de conflits, au niveau local et national.

Sources :

- Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., den Heede K.V., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M.D., Moreno-Casbas M.T., Rafferty A.M., Schwendimann R., Scott P.A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus W. (2014), « Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study », *The Lancet*, vol. 383, n° 9931, p. 1824-1830, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Augurzky B., Gülker R., Mennicken R., Felder S., Meyer S., Wasem J., Gülker H., Siemssen N. (2012), *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen*, Endbericht, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, RWI Projektberichte, Mai, https://bit.ly/4bMOeAX.
- Benstetter F., Lauerer M., Negele D., Schmid A. (2020), « Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen », *in* Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J., Beivers A. (eds.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, Berlin/Heidelberg, Springer, p. 69-90, https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_5.
- Blum K., Offermanns M., Steffen P. (2018), *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018*, Deutsches Krankenhaus Institut, Dezember, https://bit.ly/4d3FCHe.
- Brandt T., Schulten T. (2008), « Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und die Erosion des Flächentarifvertrags », *WSI-Mitteilungen*, vol. 61, n° 10, p. 570-576, https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/41347.
- Braun B., Klinke S., Müller R. (2010), « Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern », *Pflege & Gesellschaft*, vol. 15, n° 1, p. 5-19, https://bit.ly/468SUQi.
- Destatis (2018), *Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2018*, https://bit.ly/4d3YLZr.
- Destatis (2021), *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, https://bit.ly/467MSzF.
- DKI (2023), *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2023*, Deutsches Krankenhaus Institut, https://bit.ly/4d9A663.
- Dribbusch H. (2023), *Streik. Arbeitskämpfe und Streikende in Deutschland seit 2000. Daten, Ereignisse, Analysen*, Hamburg, VSA Verlag, https://bit.ly/3WCM5nj.
- Dück J. (2022), *Soziale Reproduktion in der Krise: Sorge-kämpfe in Krankenhäusern und Kitas*, Weinheim Basel, Beltz Juventa.

- Isfort M., Weidner F., Neuhaus A., Kraus S., Köster V.-H., Gehlen D. (2010), *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflege- kräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., https://bit.ly/4bOGiPu.
- Kerber-Clasen S. (2017), « Erfolgreich gescheitert? Gewerkschaftliche Aushandlungen des Sozialstaatsumbaus im Kita-Bereich », *in* Artus I., Birke P., Kerber-Clasen S., Menz W. (eds.), *Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzung um Arbeit in sozialen Dienstleistungen*, Hamburg, VS Verlag, p. 34-57.
- Kunkel K. (2021), « Die politische Ökonomie des Fallpauschalensystems zur Krankenhausfinanzierung », *PROKLA*, vol. 51, n° 205, p. 631-651, https://doi.org/10.32387/prokla.v51i205.1967.
- Meiners K., Molitor A. (2023), « "Jede Klinik zu erhalten, macht medizinisch keinen Sinn", Interview mit Karl Lauterbach », *Mitbestimmung*, 04/2023, Hans-Böckler Stiftung, https://bit.ly/3Y5FhiT.
- Neubauer G. (2003), « Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen », *in* Klauber J., Robra B.-P, Schellschmidt H. (eds.), *Krankenhaus-Report 2003*.
- Nizzoli C. (2017), « Quel renouveau pour le syndicalisme contemporain ? », n° spécial, « Renouveau syndical : enjeux, stratégies et pratiques », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 160, décembre, p. 3-18, http://bit.ly/38u6G1p.
- Pitschas R. (2003), « Rechts- und Managementprobleme leistungsbezogener Krankenhausentgelte », *in* Thiele G. (ed.), *Einführung der DRGs in Deutschland*, Heidelberg, Hüthig, p. 251-268.
- Quetting M. (2022), « Die Pflege im Aufbruch. Über die Leichtigkeit, Pflegepersonen zu organisieren », *in* Dück J., Garscha J. (eds.), *Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt*, Berlin, Rosa-Luxemburg Stiftung, p. 9-21, https://bit.ly/3Lsagyj.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023), *Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grudlegende Reform der Krankenhausvergütung*, Berlin, https://bit.ly/3WqpIBf.
- Reichebner C., Berger E., Eriksen A., Kretzler M., Busse R. (2020), « Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform », *Gesundheits- und Sozialpolitik*, vol. 74, n° 4-5, p. 21-30.
- Schreyögg J., Milstein R. (2020), *Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten*, Hamburg Center for Health Economics, https://bit.ly/4d5Yk0P.

- Simon M. (2000), *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Wiesbaden, VS Verlag, https://doi.org/10.1007/978-3-663-10555-8.
- Simon M. (2015), *Nterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten*, Hochschule Hannover, August, https://bit.ly/467NPYJ.
- Tuschen K.H. (2002), « DRG-Einführung in Deutschland vor dem Hintergrund "australischer Erfahrungen" », *Das Krankenhaus*, n° 4, p. 292-296.
- Tuschen K.H., Trefz U. (2004), *Krankenhausentgeltgesetz: Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen*, Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH, https://doi.org/10.17433/978-3-17-026567-7.
- Wolf L. (2013), « "Patienten wegstreiken". Arbeitskämpfe an der Charité », *Zeitschrift Luxemburg*, https://bit.ly/4darJXT.
- Wolf L. (2017), « "Mehr von uns ist besser für alle!" Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit », *in* Fried B., Schurian H. (eds.), *Umcare. Gesundheit und Pflege neu organisieren*, Berlin, Rosa-Luxemburg Stiftung, p. 23-31, https://bit.ly/3YeGDbr.