

# Plafonds visant à freiner la croissance des dépenses de santé: expériences choisies et enseignements pour la Suisse

Thomas Brändle  
Carsten Colombier  
Martin Baur  
Serge Gaillard



Les travaux du domaine « Analyse et conseil économiques » ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'office, du département ou du Conseil fédéral. Les auteurs assument eux-mêmes la responsabilité des thèses défendues dans ces travaux ainsi que des erreurs éventuelles.

## Impressum

**Auteurs** Thomas Brändle, Carsten Colombier, Martin Baur und Serge Gaillard

**Editeur** Administration fédérale des finances AFF  
Analyse et Conseil Economiques (ACE)  
Bundesgasse 3  
CH-3003 Berne, Schweiz

**E-Mail** thomas.braendle@efv.admin.ch, carsten.colombier@efv.admin.ch  
**Internet** www.efv.admin.ch  
www.efv.admin.ch/workingpapers

**Mise en page** Médias électroniques et publications  
**ISSN** 1660-7937  
**Versions de langues** Disponible en allemand et anglais

# Table des matières

Résumé	4
<b>1. Introduction</b>	<b>5</b>
<b>2. Intérêts dans les conditions-cadres actuelles</b>	<b>10</b>
<b>3. Réflexions de fond</b>	<b>11</b>
3.1 Arguments en faveur d'un plafond contraignant	11
3.2 Réserves à l'égard d'un plafond contraignant	12
<b>4. Expériences réalisées dans une sélection de pays</b>	<b>14</b>
4.1 Allemagne	14
4.2 Pays-bas	22
4.3 Autres expériences avec des plafonds budgétaires contraignants	27
<b>5. Enseignements pour la Suisse</b>	<b>30</b>
<b>6. Remarques finales</b>	<b>33</b>
Bibliographie	35
Annexe	40

# Résumé

La Suisse possède un bon système de santé, mais celui-ci a un coût. Au cours de ces dernières décennies, les dépenses de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté deux fois plus vite que le PIB. Cette hausse des coûts pèse de plus en plus sur les ménages et les collectivités publiques, remet en cause le financement de l'assurance de base obligatoire et menace l'accès égalitaire aux soins. Pour freiner la croissance des dépenses, un groupe d'experts institué par la Confédération a proposé une mesure centrale qui consiste à fixer un plafond contraignant en la matière. Le présent document de travail analyse les expériences de pays comparables pratiquant un pilotage des coûts dans l'assurance-maladie sociale, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, et en tire des enseignements pour la Suisse. Dans les systèmes de santé axés sur la concurrence, les plafonds contraignants renforcent le sens des responsabilités des décideurs en matière de coûts et contribuent ainsi à freiner l'augmentation des dépenses. Ils incitent les prestataires de services à considérer davantage le rapport coût-bénéfice, tout en leur laissant une grande liberté de décision. Pour que ces plafonds puissent être mis en œuvre avec succès, il est primordial d'impliquer tous les principaux acteurs de la santé et de mettre en place des structures de décision et de négociation claires. Des mesures telles que la prise en compte de la morbidité due à l'évolution démographique et des progrès médico-techniques lors de la fixation des plafonds pourraient apaiser les craintes d'une restriction des prestations médicales nécessaires, d'une baisse de la qualité des soins ou du maintien de structures existantes. D'autres mesures d'accompagnement comme une tarification incitative et un contrôle périodique de la qualité revêtent également une grande importance.

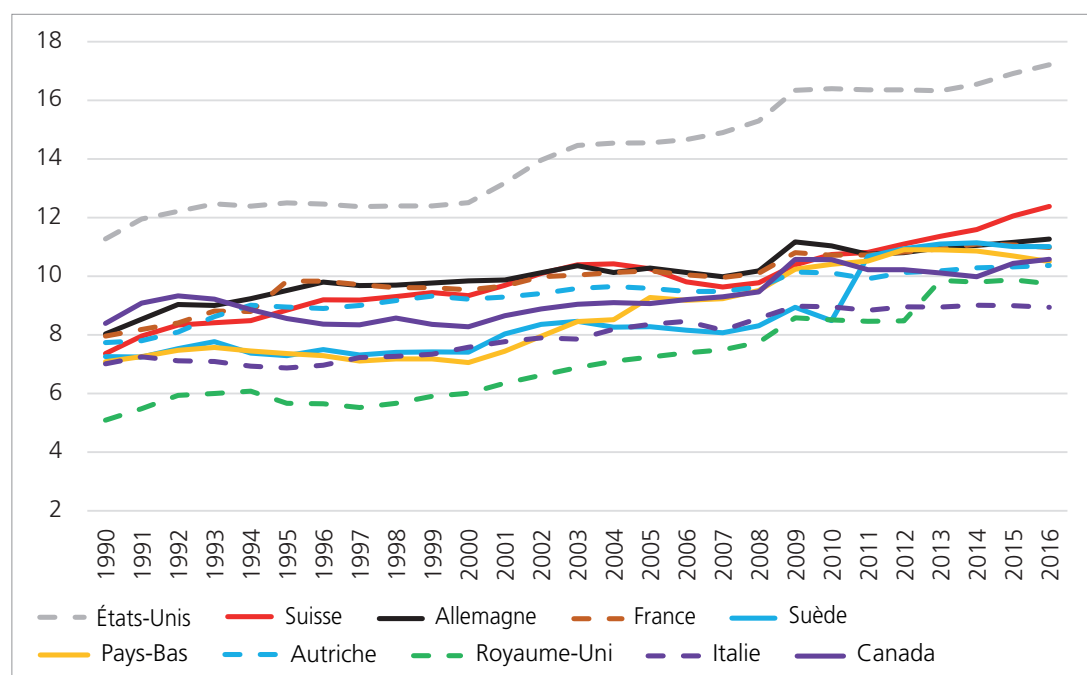
Mots-clés: assurance obligatoire des soins, hausse des coûts, réduction des coûts, budget global, plafond.

Code JEL: H51, I13, I18

# 1 Introduction<sup>1</sup>

La Suisse possède un système de santé relativement bon, mais celui-ci a un coût assez élevé. Elle se place actuellement au deuxième rang des pays de l'OCDE, derrière les États-Unis mais devant l'Allemagne et la France, en ce qui concerne les dépenses de santé rapportées au PIB (cf. illustration 1)<sup>2</sup>. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS) en particulier, les hausses annuelles de primes de 4,5 % en moyenne sont flagrantes et dépassent de loin la croissance des revenus et des salaires, respectivement de 1,3 % et 1,2 % par personne (cf. illustration 2)<sup>3</sup>. Si les primes poursuivent leur progression au même rythme, le besoin de financement serait comparable à un relèvement de la taxe sur la valeur ajoutée de 1 point de pourcentage tous les quatre ans. Le vieillissement et les progrès de la médecine ne justifient pas à eux seuls les fortes hausses des primes, qui sont également stimulées par une forte augmentation du volume de prestations.

**Illustration 1: Dépenses de santé d'une sélection de pays (en % du PIB)**



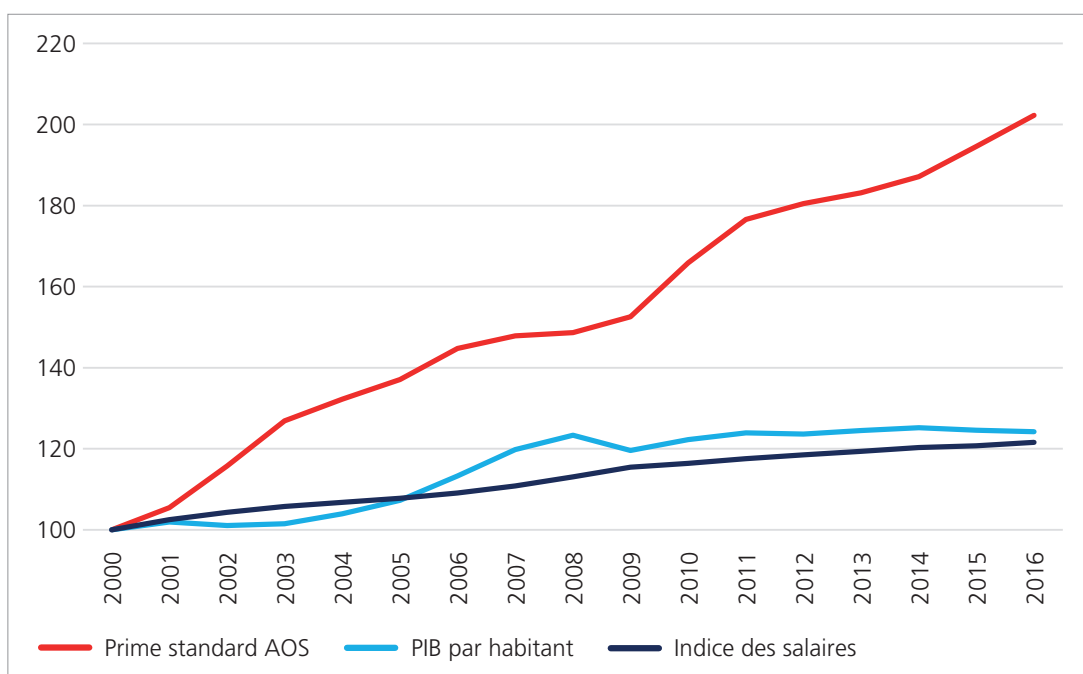
Source: OECD.

La forte hausse des coûts entraîne d'une part une charge toujours plus importante pour les ménages, notamment ceux aux revenus faibles ou moyens. Ainsi, environ un quart de la

- 1 Nous tenons à remercier Marianne Widmer, Stefan Spycher, Vincent Koch, Karl Schwaar et Michael Egger pour leurs précieux commentaires et suggestions. Des remerciements particuliers vont à Klaus Meesters, du Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (organisation faîtière des assurances-maladie publiques allemandes), pour sa participation à un entretien d'experts sur le pilotage des coûts dans le système de santé allemand.
- 2 Pour les facteurs déterminant la croissance des dépenses de santé, cf. Gerdtham et Jönsson (2000), Martin et al. (2011), Hartwig et Sturm (2014) dans le contexte international, ainsi que Vatter et Ruefli (2003), Crivelli et al. (2006), Reich et al. (2012), Brändle et Colombier (2016) et Colombier (2018) pour la Suisse et ses cantons.
- 3 Les valeurs reposent sur i) l'augmentation de la prime standard pour un adulte avec franchise de 300 francs, libre choix du médecin et couverture accidents, ii) le PIB par habitant et iii) la croissance des salaires sur la base de l'indice des salaires. Tandis que la prime standard a augmenté de 4,5 % en moyenne, les coûts bruts totaux par habitant de l'AOS ont progressé dans le même temps de 3,7 % en moyenne. On retrouve également cette évolution à un niveau agrégé: le taux de croissance annuel de l'ensemble des dépenses de l'AOS s'élève en moyenne à 4,6 % pour les années 2000 à 2016, tandis que la masse salariale et le PIB n'ont respectivement augmenté que de 2,8 % et 2,3 % sur la même période (cf. illustration A1 en annexe).

croissance moyenne des salaires est actuellement absorbé par l'augmentation des primes. Et cette charge continuera de s'alourdir si la dynamique se maintient. D'autre part, les budgets publics sont également mis sous pression. Les cantons, en particulier, voient augmenter leurs contributions pour les hôpitaux et les soins, et économisent de plus en plus sur les réductions individuelles des primes. En outre, les conséquences sociales d'une hausse disproportionnée des dépenses de santé stimuleront les demandes d'augmentation de la participation financière de la Confédération. Si l'on ne parvient pas à endiguer rapidement la croissance des dépenses, le financement du système de santé sera sérieusement remis en cause.

### Illustration 2: Évolution de la prime standard de l'AOS, PIB par habitant et indice des salaires en Suisse, 2000–2016



Source: OFS, OFSP, SECO; indice 2000=100.

Au vu de l'évolution des coûts toujours fortement à la hausse, il est de plus en plus important d'un point de vue de la politique économique et financière de trouver des instruments efficaces pour les maîtriser. Ainsi, les mesures envisagées vont d'un pilotage renforcé de l'offre à une répartition plus claire des responsabilités de financement, en passant par un renforcement des interventions sur les prix des médicaments et les structures tarifaires, des mesures encourageant la concurrence, une vérification systématique du catalogue de prestations ou une augmentation de la participation financière des patients. L'autonomie tarifaire dans le domaine ambulatoire est largement bloquée, et des interventions ponctuelles touchant les tarifs ou concernant des règles de conduite spécifiques débouchent toujours sur des comportements d'évitement.

En outre, toute action de politique économique dans le système de santé est liée à de grandes incertitudes. Dans le débat sur la hausse des coûts de santé, il faut prendre en compte non seulement le vieillissement et les progrès médico-techniques, mais aussi d'autres particularités du système sanitaire, telles que la difficile standardisation des prestations, les incitations à la dépense liées à la couverture d'assurance (aléa ou risque moral) ou la répartition asymétrique de

l'information entre patients et médecins. Cette dernière peut en effet entraîner, du fait du meilleur niveau d'information des médecins, une demande induite par les prestataires au-delà du niveau de traitement médicalement requis. Et cet effet peut encore être accentué en fonction de la forme d'indemnisation. Ces spécificités du système de santé, combinées à la multitude d'acteurs, d'intérêts et de responsabilités croisées, font du secteur de la santé un système d'une grande complexité.

Les experts estiment que l'assurance de base obligatoire de la Suisse recèle un potentiel considérable de gains d'efficacité et donc d'économies. Un groupe d'experts institué par la Confédération en 2017 s'est penché sur la maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins et a estimé que les mesures ciblées sur l'offre étaient les plus prometteuses. Une proposition centrale de ce groupe d'experts consiste à instaurer un plafond contraignant pour limiter la croissance des dépenses, avec possibilité de mesures de correction. Les expériences de pays voisins comparables suggèrent que, dans des systèmes de santé axés sur la concurrence, un plafond budgétaire renforce la responsabilité à l'égard des coûts et peut en limiter l'expansion. Un élément de ce type fait largement défaut dans le système actuel. L'assurance de base obligatoire est en fait le seul grand domaine de protection sociale dépourvu de restriction budgétaire et de responsabilité explicite en matière de coûts (cf. rapport du groupe d'experts 2017).

Le présent document de travail vise à contribuer au débat sur la politique économique en se concentrant sur la proposition d'un renforcement du pilotage des dépenses par la définition de plafonds contraignants. Sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et d'une sélection d'expériences réalisées à l'étranger, il formule des exigences à l'égard d'un tel instrument destiné au système de santé suisse.

Il établit dans un premier temps une brève analyse des intérêts politico-économiques des différents acteurs du système suisse de santé dans les conditions-cadres actuelles. Cette analyse correspond aux premières réactions: un plafond contraignant pour freiner la hausse des dépenses est susceptible de rencontrer une très forte opposition de la part des différents acteurs, notamment des fournisseurs de prestations. Leur argumentation repose sur le risque de limitations de prestations et de baisses de qualité, au détriment des patients. Mais ils craignent également de plus grandes responsabilités et une dégradation de leurs perspectives de revenus<sup>4</sup>.

Dans un deuxième temps sont abordés les avantages mentionnés dans la littérature et les réserves formulées à l'égard de plafonds contraignants. Ceux-ci permettent un pilotage direct de la hausse des dépenses et introduisent une restriction budgétaire, qui fait aujourd'hui défaut, dans l'assurance de base financée par prélèvements obligatoires. Grâce aux plafonds contraignants fixés conjointement, les décideurs, notamment les partenaires tarifaires, se voient imposer une responsabilité financière, qui n'existe pratiquement pas actuellement. Les partenaires tarifaires devraient coopérer davantage les uns avec les autres, ce qui accentuerait la pression en faveur de réformes dans un système bloqué. Des plafonds contraignants fournissent aux partenaires tarifaires un cadre budgétaire de référence pour la recherche d'accords, ce qui peut aboutir à des résultats mieux ciblés et plus modérés. Des plafonds incitent les différents fournisseurs de prestations à réfléchir davantage en termes de coût-utilité lors des traitements

---

4 La prise de position des principaux acteurs sur les mesures proposées présente des remarques dans ce sens: [http://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/les\\_budgets\\_globaux\\_des\\_experiences\\_hasardeuses\\_aux\\_depens\\_des\\_patientes\\_et\\_des\\_patients\\_1349/](http://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/les_budgets_globaux_des_experiences_hasardeuses_aux_depens_des_patientes_et_des_patients_1349/).

médicaux. Par rapport à d'autres mesures, ils leur laissent la liberté d'économiser là où ils l'estiment le plus judicieux, c'est-à-dire idéalement dans le domaine des traitements non requis sur le plan médical. À cet égard, ni les caisses-maladie, ni les patients, ni la Confédération ou les cantons ne seraient mieux placés pour cela. En ce sens, des plafonds contraignants peuvent compléter un système de santé concurrentiel et décentralisé, grâce à un pilotage explicite de la hausse des dépenses. Ceci allégerait la charge des payeurs de primes et des budgets publics tout en améliorant la sécurité de planification.

Une restriction budgétaire contraignante peut avoir pour inconvénients d'accroître le risque de limitation des prestations médicalement requises, ce qui peut se traduire par un allongement des délais d'attente. Une telle limitation des prestations pourrait également signifier moins d'égalité dans l'accès aux soins. De plus, un plafonnement des ressources pourrait inciter les médecins et les hôpitaux à moins se soucier des besoins des patients, à transférer des prestations dans des domaines épargnés par les restrictions budgétaires ou à accorder la priorité à certains patients et traitements afin de garantir leurs revenus. Par ailleurs, les plafonds contraignants n'inciteraient guère à améliorer la qualité et l'efficacité, ce qui freinerait l'innovation et favoriserait le maintien de structures trop rigides. Cela pourrait par exemple rendre plus difficile le transfert souhaité des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire. Enfin, les plafonds dans le système de santé sont souvent jugés assez bureaucratiques et interventionnistes.

Dans un troisième temps, le présent document examine les expériences réalisées avec des instruments comparables dans une sélection de pays, en particulier l'Allemagne et les Pays-Bas dont les systèmes de santé présentent une organisation similaire. Ces expériences suggèrent que des plafonds contraignants – sous la forme du principe de stabilité du taux de contribution en Allemagne et de conventions contraignantes aux Pays-Bas – permettent surtout un ancrage de la croissance des coûts. Des plafonds contraignants complètent les instruments existants dans une approche descendante (top-down) et impliquent une plus grande responsabilité des partenaires tarifaires en termes de coûts, dans le cadre de structures décisionnelles claires. Le pilotage des objectifs doit cependant tenir compte des évolutions technologiques et démographiques afin de garantir les prestations nécessaires sur le plan médical. En outre, certains domaines à encourager comme les soins intégrés ou les prestations telles que la vaccination sont partiellement exclus du plafond. Concernant les mécanismes de correction, un système de décotes clairement défini est prévu en Allemagne. Aux Pays-Bas, les sanctions actuelles agissent plutôt comme une menace qui renforce la pression en faveur de réformes. L'application de sanctions s'est toutefois révélée difficile, notamment avant 2012, en raison de retards importants dans les chiffres définitifs sur la réalisation des objectifs, d'actions judiciaires concernant le droit d'accès aux soins et d'autres priorités de la politique sanitaire.

Le présent document s'intéresse enfin aux exigences que l'on peut déduire des expériences internationales à l'égard d'un plafond contraignant visant à freiner la hausse des dépenses dans le système de santé suisse. Premièrement, un régime de plafonds contraignants est mis en œuvre plus aisément lorsque le plus grand nombre possible d'acteurs clés de la politique sanitaire participent à sa définition, sont représentés dans les organes compétents et en assument donc la responsabilité. Pour que les fournisseurs de prestations en particulier acceptent les plafonds, il faut leur montrer qu'un pilotage plus fort et même une maîtrise de la croissance des coûts sont inévitables à moyen terme. Comme les autres domaines de la protection sociale, l'assurance de base ne dispose pas de ressources illimitées. Il convient également de souligner que des plafonds contraignants, définis en collaboration avec les principaux acteurs, représentent une solution participative qui offre une grande marge de décision par rapport à d'autres mesures. Deuxièmement, il faut s'attendre à ce



que ces plafonds exacerbent dans un premier temps les luttes de répartition des ressources dans le système de santé. C'est notamment pour cette raison que leur établissement et leur application requièrent de solides structures de négociation et de décision, ainsi que des mécanismes de sanction clairs. Cela vaut aussi bien pour la fixation des plafonds que leur application par les cantons et les partenaires tarifaires. Il est notamment important d'obtenir un consensus au sein des associations professionnelles concernées. Par ailleurs, les plafonds contraignants doivent s'accompagner de mesures parallèles telles que des systèmes de rétribution offrant des incitations adaptées, favorisant les forfaits afin de moins encourager l'augmentation du volume de prestations. Un contrôle périodique efficace de la qualité est également prioritaire afin d'éviter des effets indésirables tels que les réductions ou transferts de prestations et le manque d'incitations à l'efficacité. Enfin, un régime de plafonds, assorti d'un suivi global de la qualité, renforce les exigences de coopération et de transparence à l'égard des acteurs du système sanitaire.

## 2 Intérêts dans les conditions-cadres actuelles

Un rejet massif de la part des fournisseurs de prestations de santé est à prévoir si la mise en place de plafonds se concrétise. Par rapport au statu quo, un plafond limite la hausse des dépenses et donc, parallèlement, les possibilités de croissance des revenus. Les prestataires de soins placeront notamment au centre de leur argumentation un risque de rationnement et d'inégalité d'accès aux prestations, une intervention étatique aussi drastique mettant en péril le système sanitaire de qualité de la Suisse. Ils jugent que la forte croissance des primes peut être financée au vu de la hausse des revenus. Mais l'augmentation des primes entraînera plutôt un besoin de financement plus important par l'impôt, par exemple pour des ressources supplémentaires destinées à la réduction individuelle des primes. Par ailleurs, la position des fournisseurs de prestations sera soutenue par une partie des patients, qui associent souvent le coût à la qualité mais n'assument eux-mêmes directement qu'une petite partie de ces coûts, du fait de la couverture d'assurance. Étant donné que le système de santé représente un domaine politique particulièrement visible, sensible et ressenti comme important, il est à prévoir que les décideurs politiques et les électeurs seront réceptifs à cette critique (cf. White 2013 et Katz et al. 1997).

La majorité des caisses-maladie peuvent elles aussi se satisfaire du statu quo: en raison du manque actuel de responsabilisation des caisses en termes de coûts, elles ne doivent ni négocier durement avec les prestataires de soins, ni mettre en place et appliquer un contrôle strict. Pour elles, il est plus simple d'imposer des hausses de primes aux assurés, groupe hétérogène et moins bien organisé politiquement. Les assureurs-maladie évitent dans la mesure du possible les instruments qui leur permettraient de mieux assumer leur rôle de représentant des assurés face aux fournisseurs de prestations, dans le sens d'un contrôle actif des coûts (p. ex. assouplissement de l'obligation de contracter, contrôle systématique accru des factures). En cas de doute, ils rejettent l'instrument proposé – conjointement avec les fournisseurs de prestations – au motif de la priorité accordée à la qualité des soins.

Les partenaires tarifaires préfèrent laisser au Conseil fédéral la responsabilité politique, de même que les critiques, concernant les hausses de primes, lors des approbations formelles annuelles. Pourtant, les compétences du Conseil fédéral pour intervenir sont limitées. Les cantons peuvent déjà prévoir un budget global dans le domaine stationnaire, mais utilisent peu cette possibilité. Ils cumulent différentes casquettes en tant que régulateurs, sources de financement et souvent opérateurs d'établissements stationnaires. Par conséquent, l'intérêt des assurés et donc implicitement celui des contribuables pour un système de santé au financement durable sont insuffisamment représentés dans le processus politique actuel<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Pour un examen de l'action des groupes d'intérêts économiques dans le processus politique actuel, cf. par exemple Frey et Kirchgässner (2002).

# 3 Réflexions de fond

## 3.1 Arguments en faveur d'un plafond contraignant

Un argument central en faveur de plafonds contraignants visant à freiner la croissance des dépenses dans le système de santé suisse réside dans la quasi-absence de responsabilité en termes de coûts et dans le pilotage très souple de ceux-ci dans le système actuel. Le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui est financé par des prélèvements obligatoires, est notamment le seul grand domaine de la protection sociale suisse dans lequel les coûts ne sont pas fixés au niveau politique<sup>6</sup>. Pourtant, comme les autres domaines de la protection sociale, l'assurance de base obligatoire ne dispose pas de ressources financières illimitées.

L'introduction d'un plafond contraignant constituerait un instrument de « discipline ». Un plafond établit un objectif (global) contraignant de croissance des coûts, responsabilise les décideurs du système de santé (fournisseurs de prestations, caisses-maladie, Confédération et cantons) et crée la pression politique nécessaire par la possibilité de sanctions. Celles-ci renforcent non seulement le caractère contraignant des plafonds, mais transmettent également le risque financier (collectif) aux fournisseurs de prestations en cas de dépassement (cf. Henke et al. 1994). Un plafond pourrait également rendre plus factuel et plus transparent le débat autour du montant à dépenser pour l'AOS.

Des plafonds contraignants combinés à une budgétisation globale agissent comme une restriction budgétaire qui aiderait par exemple les partenaires tarifaires à aboutir à des résultats plus modérés lors des négociations et inciterait les différents fournisseurs de prestations à mieux prendre en compte le rapport coût-bénéfice. En créant une responsabilité commune en matière de coûts, les plafonds peuvent donc favoriser une coordination renforcée entre les différents groupes de fournisseurs de prestations, améliorer la confiance mutuelle et accentuer la pression en faveur de réformes dans un système bloqué. En même temps, ils impliquent également des exigences plus élevées en termes d'information et une meilleure transparence de la part des principaux acteurs du système de santé.

Un plafond contraignant accorde aux partenaires tarifaires (bien informés) une liberté maximale pour appliquer des mesures d'économie et réaliser des gains d'efficacité dans les domaines les plus propices, c'est-à-dire idéalement au niveau des traitements non requis sur le plan médical. En ce sens, un plafond est compatible avec la liberté des professions médicales qui, dans le cadre d'une restriction budgétaire globalement contraignante, sont encore les mieux placées pour décider de manière autonome et décentralisée où il est possible de renoncer à des traitements qui ne sont pas nécessaires. De ce point de vue, un plafond est davantage compatible avec l'autonomie des praticiens indépendants que des directives réglementaires concrètes. Grâce à la responsabilité commune pour le respect du budget, un plafond contraignant peut encourager une culture orientée vers les solutions au sein des groupes de fournisseurs de prestations.

Face à un objectif de maîtrise des coûts, les plafonds contraignants représentent un instrument plus direct que d'autres outils de politique économique axés sur un renforcement de la concurrence, intervenant uniquement sur la rémunération ou les tarifs et n'influençant donc qu'indirectement l'évolution des coûts. Par conséquent, un plafond améliore la sécurité de

---

6 Une étude de l'OCDE (Paris et al. 2010 et Jourard et al. 2010) dans 29 pays montre ainsi que la Suisse possède l'un des rares systèmes de santé dépourvus de tout type de limite budgétaire explicite fixée au plan politique, à un niveau agrégé ou sectoriel. Il convient ici de noter que les pays dont le système sanitaire est financé par l'impôt prévoient souvent des plafonds et des budgets globaux dans le cadre du processus budgétaire régulier.

planification pour les budgets publics et les partenaires tarifaires. Il impose une meilleure transparence, notamment en matière de coûts (cf. Sutherland et al. 2012), et une plus grande constance dans les paiements de primes.

Certes, un plafond contraignant agit comme un corps étranger par rapport aux éléments centraux d'un modèle de concurrence régulée, mais il peut compléter celui-ci avec pertinence. D'une part, il peut corriger un système orienté vers la concurrence et visant principalement des gains d'efficacité en permettant un pilotage explicite des coûts. D'autre part, même s'il accroît les couches de régulation de prime abord, mieux l'approche «top-down» d'un plafond est appliquée, moins la maîtrise des coûts exigera d'interventions réglementaires supplémentaires. Un plafond devrait permettre, par une restriction budgétaire contraignante, d'inciter un endiguement des coûts (par les partenaires financiers) à un niveau décentralisé au sein du système de santé. Parallèlement, il doit réduire l'importance de mesures supplémentaires et de règles de conduite pour la maîtrise des coûts (de l'extérieur du système de santé, par la politique et l'administration) (cf. Hurley et Card 1996 ainsi que Grumbach et Bodenheimer 1990)<sup>7</sup>.

#### 3.2 Réserves à l'égard d'un plafond contraignant

Premièrement, un plafond peut générer des incitations stratégiques pour les fournisseurs de prestations. Les ressources limitées par un plafond qu'ils se sont collectivement engagés à respecter revêtent a priori un caractère de bien commun. Les revenus des différents prestataires de soins ne dépendent pas uniquement de leur propre offre de prestations, mais aussi du comportement de tous leurs homologues dans le cadre du plafond budgétaire. Au niveau individuel du prestataire, un plafond collectif crée une incitation financière à facturer un maximum de prestations afin d'accroître sa «part de marché» dans le budget fixé. On peut ainsi dire, en termes économiques, qu'il existe une incitation individuellement rationnelle à une utilisation excessive du bien commun que constitue le budget global. En revanche, les coûts de cet élargissement sous la forme d'une décote collective a posteriori (avec des valeurs de point flexibles) sur les prix ou tarifs sont supportés par tous les prestataires, y compris ceux qui ont été économes, comme souhaité, par rapport au budget. Ce problème d'incitation est particulièrement marqué dans un système de rémunération à la prestation. En principe, un plafond budgétaire exige de coordonner davantage la coopération en matière de volume de soins, bien que les intérêts financiers individuels aillent à l'encontre d'une coopération à court terme. Théoriquement, un budget global réparti entre les différents prestataires peut annuler cette incitation. Globalement, des hausses de volume ainsi motivées peuvent s'accompagner d'une baisse de la qualité de traitement et donc saper le régime de plafonds contraignants<sup>8</sup>.

Deuxièmement, l'introduction d'une restriction budgétaire par un plafond contraignant peut accroître le risque de limitation de prestations médicalement requises (rationnement) sous la forme d'une priorisation des prestations ou d'un allongement des délais d'attente<sup>9</sup>. Une limitation des prestations recèle également un risque pour l'égalité d'accès aux soins, car de plus en

---

7 Dans un article dressant un panorama des mesures de réduction des coûts, l'OCDE (Moreno-Serra 2013) juge l'expérience des plafonds budgétaires plutôt positive. Dans le même temps, le document souligne toutefois que l'on manque d'études empiriques solides sur le sujet.

8 Cf. chapitre 4, Benstetter et Wambach (2006) pour les prescriptions globales dans le secteur ambulatoire des assurances-maladie publiques en Allemagne, Schut et Varkevisser (2013) pour les Pays-Bas, Hurley et al. (1997), Hurley et Card (1996) pour les plafonds budgétaires globaux pour le secteur ambulatoire au Canada, et Cheng et al. (2009), Hsu (2014) ainsi que Chen et Fan (2015) pour des observations comparables à Taïwan.

9 Cf. Schwierz (2016) pour l'UE, Moreno-Serra (2013) pour l'OCDE et Sutherland et al. (2012) pour le Canada.

plus de prestations devraient par exemple être supprimées du catalogue couvert par l'assurance de base et exigeraient alors des assurances complémentaires ou un financement par les patients. Il est également possible que les fournisseurs de prestations – afin de s'assurer un certain revenu – donnent la priorité, sur la base de critères, à certains patients ou traitements dans le domaine de prestations qui entre dans le budget global (cream skimming ou cherry picking, «écrémage» ou «picorage»)<sup>10</sup>. Une raréfaction des ressources disponibles par une restriction budgétaire pourrait aussi amener les prestataires de soins à moins se soucier des besoins et des souhaits des patients.

Par ailleurs, des plafonds fixés uniquement dans certains domaines de prestations incitent à un transfert (indésirable) de prestations et de coûts dans les domaines dont le budget n'est pas restreint.

Outre les effets indésirables d'incitations stratégiques, de rationnement et de transferts, il est également avancé que les plafonds budgétaires créent moins d'incitation financière à accroître la qualité ou l'efficacité, ce qui tend à freiner l'innovation et à maintenir les structures en place, y compris les inefficiences existantes (cf. UBC 2014, Sutherland et al. 2012). Cela pourrait par exemple rendre plus difficile le transfert, pourtant souhaitable et économique, de prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire, car les fournisseurs de prestations craindraient une imputation supplémentaire sur leur budget dans ce secteur. Parallèlement, il est reproché aux prescriptions budgétaires sectorielles de réduire l'incitation à améliorer les soins intégrés par différents niveaux de traitement<sup>11</sup>. À cet égard, les plafonds dans le système de santé sont souvent jugés relativement bureaucratiques et interventionnistes.

En outre, la fixation des plafonds comporte également le risque d'une budgétisation trop restrictive pour des domaines exigeant beaucoup de travail et permettant peu de gains de productivité, et trop permissive pour d'autres domaines très dépendants de la technologie (cf. Kühn 1999). Par ailleurs, des plafonds trop stricts peuvent retarder ou empêcher des investissements nécessaires dans les infrastructures, entraînant à moyen terme un besoin accru de rattrapage financier ou une baisse de la qualité des soins (cf. Leidl 1997 et Schwierz 2016).

Enfin, l'introduction de plafonds est susceptible de renforcer la concurrence, tant entre les différentes disciplines qu'en leur sein, pour obtenir les ressources limitées. Cela peut déboucher sur des désaccords et des luttes politiques de répartition des ressources, ainsi que réduire la disposition à coopérer et à se coordonner entre les différentes disciplines. Cette issue est toutefois inévitable dès lors que l'on s'efforce de restreindre les coûts (cf. Leidl 1997, Hurley et al. 1997).

*Dans l'ensemble*, la littérature montre bien les avantages et inconvénients potentiels d'un pilotage renforcé des dépenses de santé au moyen de prescriptions budgétaires. Mais au final, les atouts d'une telle mesure doivent être évalués par rapport aux autres solutions possibles et en fonction du degré de priorité politique en ce qui concerne la maîtrise des coûts de santé, et dépendent essentiellement de la mise en œuvre concrète. Il est donc pertinent d'examiner plus en détail les expériences réalisées par des pays comparables en matière de prescriptions budgétaires.

---

10 Cf. par exemple UBC (2014), Hurley et al. (1997) et Hsueh et al. (2004).

11 Cf. par exemple Long et Marquis (1993), Hurley et al. (1997) et Sutherland et al. (2012).

## 4 Expériences réalisées dans une sélection de pays

Ce chapitre se concentre sur l'Allemagne et les Pays-Bas, dont les systèmes de santé sont comparables à celui de la Suisse (cf. encadrés 1 et 2 en annexe pour un aperçu). Ces trois pays possèdent une assurance-maladie sociale avec une concurrence régulée entre les assureurs. Comme la Suisse, l'Allemagne pratique le libre choix du praticien, tandis qu'aux Pays-Bas les médecins de famille constituent les gardiens de l'accès au système de santé. La franchise pour les assurés est assez élevée aux Pays-Bas, comme en Suisse, mais relativement faible en Allemagne. Les systèmes de santé allemand et néerlandais sont tous deux organisés de manière très centralisée. C'est pourquoi des enseignements sont également tirés des plafonds budgétaires globaux du secteur ambulatoire dans le système de santé canadien, qui présente une organisation décentralisée. En outre, les expériences réalisées à Taiwan en matière de budgets globaux sont également présentées car il s'agit d'un cas très bien documenté dans la littérature.

L'Allemagne et les Pays-Bas font également partie du groupe des pays aux coûts de santé très élevés. L'Allemagne consacre 11,3 % de son PIB à la santé (en 2015; Suisse: 11,9 %), soit 344 milliards d'euros ou 4213 euros par habitant (Suisse: 9384 francs). Aux Pays-Bas, la part des dépenses de santé représente environ 10,7 % du PIB. Le total des dépenses s'élève à 72 milliards d'euros, soit 4269 euros par habitant. Tandis que la Suisse ne finançait en 2015 qu'environ 35 % (33,4 % sans la franchise des assurés) des dépenses de santé par l'assurance-maladie sociale, cette part est nettement plus élevée en Allemagne et aux Pays-Bas avec respectivement 58 % (66 % avec l'assurance dépendance ou Pflegeversicherung) et 43 % (en 2013; 72 % avec les soins de longue durée)<sup>12</sup>.

### 4.1 Allemagne

#### Pilotage des coûts et développement du principe de stabilité du taux de contribution

Dès le milieu des années 1970, des réformes ont été mises en œuvre en Allemagne pour contenir la hausse des coûts de l'assurance-maladie publique (gesetzliche Krankenversicherung, GKV) (cf. Gerlinger et Schönwälder 2012c). Le principe de stabilité du taux de contribution a été ébauché pour la première fois dans la loi de 1977 sur la réduction des coûts dans l'assurance maladie (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz), qui érigeait ainsi un plafond légal à la croissance de la rétribution des prestations dans le domaine de la GKV (cf. Peters 2017, p. 5 s.)<sup>13</sup>. Sa formulation dans la loi était toutefois encore peu contraignante, et en conflit avec d'autres valeurs-cibles inscrites dans la loi telles que l'évolution des coûts en cabinet.

Dans le secteur ambulatoire, des efforts sont mis en œuvre depuis 1987 afin de limiter la croissance des dépenses au moyen d'une budgétisation globale (cf. Henke et al. 1994), qui s'est d'abord opérée au moyen de plafonds de dépenses. La loi de 1989 sur la réforme de la santé dans l'assurance-maladie publique (GKV-Gesundheitsreformgesetz) prévoyait de fixer des budgets globaux prospectifs pour les négociations des partenaires tarifaires, sur la base d'une estimation des recettes (cf. Leidl 1997). Cependant, ces efforts n'ont pas été très fructueux en raison de dépassements des dépenses. Les décideurs politiques y ont réagi en introduisant dans

<sup>12</sup> Il est à noter qu'une part considérable des dépenses de santé de la Suisse est financée par les pouvoirs publics (environ 28,4 %). La part de l'assurance obligatoire des soins et des pouvoirs publics s'élevait à 63,6 % en 2015.

<sup>13</sup> Plus précisément, le principe de stabilité de contribution s'applique depuis 2009 car il convient d'éviter non seulement l'augmentation du taux général de contribution, mais aussi la contribution supplémentaire moyenne (cf. Peters 2017, p. 24; § 71, al. 1, p. 1, du code social, livre V). Pour des raisons de simplification, l'expression principe de stabilité du taux de contribution est utilisée ici comme synonyme du principe de stabilité de contribution.

la loi de 1993 sur la structure de santé (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz) un équilibre budgétaire a posteriori en tant que mécanisme de sanctions ex-post, utilisant le système des valeurs de point flottantes ou flexibles: les valeurs du tarif de rémunération ambulatoire (échelle d'évaluation uniforme ou einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) étaient réduites pour être adaptées au budget disponible en cas de dépassement du budget global. En ce qui concerne l'objectif de stabilité du taux de contribution, ce système était efficace puisqu'il n'a nécessité qu'une augmentation de 0,02 point du taux de contribution entre 1992 et 1995.

Dans le domaine stationnaire, l'introduction de la loi de 1993 sur la structure de santé a entraîné une transformation fondamentale dans la budgétisation (cf. Gerlinger et Schönwälder 2012b). Cette loi a constitué, à partir de 1996, la première tentative visant à lier plus strictement la rétribution au principe de stabilité du taux de contribution. Un système mixte composé de forfaits par cas, d'indemnités spéciales et journalières a été créé pour la rémunération, mais environ 25 % seulement des prestations étaient décomptées au moyen de forfaits par cas. Les hôpitaux continuaient donc à être incités à prolonger la durée de séjour des patients pour des raisons de revenus. La loi de 2000 sur la réforme de la santé a suivi en transformant entièrement la rémunération des hôpitaux en forfaits par cas liés au diagnostic (G-DRG), sans incidence sur le budget, avec une entrée en vigueur à partir de 2003<sup>14</sup>.

Un processus de réforme continu depuis les années 1990 vise un renforcement de la responsabilité financière des caisses-maladie, des fournisseurs de prestations et des patients, tout en misant sur une concurrence accrue entre les caisses-maladie (libre choix de de la caisse pour les assurés depuis 1994) et les fournisseurs de prestations (forfaits par cas dans le secteur stationnaire depuis 2003) (cf. Gerlinger 2012b ainsi que Gerlinger et Schönwälder 2012c). Avec le renforcement de la responsabilité financière des différents acteurs, le principe de stabilité du taux de contribution a évolué en objectif pour un pilotage des coûts de la GKV orienté vers les recettes.

### **Développement du système de santé autogéré**

Le développement de la concurrence régulée et le renforcement du principe de stabilité du taux de contribution s'accompagnent d'un élargissement, d'une part, des compétences de pilotage de l'autogestion commune et, d'autre part, des compétences du ministère de la Santé (Bundesministerium für Gesundheit) (cf. Gerlinger 2012b). Depuis les années 1990, le législateur fédéral a nettement renforcé l'autogestion commune, notamment par la création du Comité mixte fédéral (Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA) dans la loi de 2004 sur la modernisation de la santé (GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz)<sup>15</sup>. Dans la GKV, le G-BA doit assurer des soins suffisants, appropriés et économiques pour les assurés. À cette fin, le G-BA possède une compétence pour édicter des directives destinées à presque tous les domaines de soins dans la GKV. Il décide ainsi de l'étendue du catalogue de prestations et doit examiner l'utilité et le caractère économique de la totalité des prestations (nouvelles et existantes) de la GKV. Avec la loi de 2007 sur le renforcement de la concurrence (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), le G-BA a par ailleurs obtenu des compétences étendues pour édicter des directives pour

14 Dans le cadre d'une phase transitoire, les prix de base spécifiques aux hôpitaux devaient converger jusqu'en 2008 vers des prix de base spécifiques aux Länder, qui devaient à leur tour se situer en 2010 dans une fourchette autour d'un prix de base fédéral.

15 Le G-BA a remplacé les anciens comités fédéraux des médecins/dentistes et des caisses-maladie, le comité des hôpitaux et le comité de coordination.

garantir la qualité. Il s'appuie pour ce faire sur l'Institut pour la qualité et l'économicité dans le système de santé (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG) et sur l'Institut pour la qualité et la transparence dans le système de santé (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTiG), qui ont été fondés dans cette optique. Les autres modifications institutionnelles concernent notamment le renforcement des caisses-maladie par la création, inscrite dans la loi, d'une association faîtière commune qui faisait auparavant défaut (GKV-Spitzenverband) et le transfert de compétences aux sociétés d'hôpitaux fédéraux et régionaux pour les négociations collectives sur les rémunérations du secteur stationnaire.

### **La stabilité du taux de contribution comme objectif**

Ce n'est qu'avec la loi de 1999 sur la réforme de la santé, entrée en vigueur en 2000, que le principe de stabilité du taux de contribution est devenu légalement contraignant (cf. Busse et Blümel 2014, p. 237)<sup>16</sup>. Selon le § 71, al. 1, livre V, du code social (Sozialgesetzbuch, SGB), les partenaires tarifaires doivent désormais rédiger les conventions sur les rémunérations de manière à exclure les augmentations de contribution<sup>17</sup>. La loi souligne ainsi expressément que le principe de stabilité du taux de contribution s'applique aux conventions de rémunération entre partenaires tarifaires dans chaque domaine, par exemple pour les médicaments et les soins ambulatoires et stationnaires (cf. Peters 2017, p. 30)<sup>18</sup>. Une exception générale est cependant autorisée lorsque les soins médicalement requis ne sont pas garantis même en épuisant les réserves de rentabilité. Les soins dans la GKV qui sont médicalement requis ne seraient plus garantis si, en raison d'évolutions liées à la morbidité, de hausses de coûts extérieures au domaine de compétence de la GKV, de progrès médico-techniques ou d'un recul conjoncturel des recettes de contributions, les prestations médicales auxquelles un assuré à la GKV a droit ne pouvaient plus être fournies (cf. Peters 2017, p. 36). De tels cas impliqueraient une «situation de détresse» en termes de rémunération. Les réserves de rentabilité incluent les inefficiences comme les offres lacunaires ou excédentaires dans la GKV (cf. Peters 2017, p. 41). Par ailleurs, la loi cite comme exceptions les examens préventifs et de dépistage ainsi que les programmes de traitement structuré des maladies chroniques. En outre, elle prévoit des restrictions au principe de stabilité du taux de contribution pour les différents domaines de la GKV, comme l'intégration d'un facteur de morbidité pour la rémunération des médecins libéraux. Le législateur relie ainsi expressément un pilotage des coûts orienté vers les recettes aux objectifs d'exploitation des potentiels d'efficacité et de prévention du rationnement.

La loi impose aux fournisseurs de prestations un cadre structurel fort pour la mise en œuvre du principe de stabilité du taux de contribution. Celui-ci doit être avisé dans les négociations entre fournisseurs de prestations et caisses-maladie (cf. Gerlinger 2012a; Gerlinger et Burkhardt 2012e). Les tarifs et l'étendue du catalogue de prestations de la GKV sont établis chaque année pour les secteurs ambulatoire et stationnaire au niveau fédéral dans le G-BA commun, où siègent les associations professionnelles des partenaires tarifaires, les membres indépendants et les

---

16 S'il était auparavant inscrit dans la loi que les partenaires contractuels devaient observer le principe de stabilité du taux de contribution, la loi sur la réforme de la santé prévoyait qu'ils devaient rédiger les conventions de rémunération de manière à exclure les augmentations de contributions (cf. Peters 2017, p. 24).

17 Le terme «augmentations de contributions» concerne non seulement le taux de contribution généralement établi par la loi pour la GKV, qui s'élève actuellement à 14,6 % du revenu soumis à contribution, mais aussi les contributions supplémentaires individuelles aux caisses-maladie (cf. Peters 2017, p. 24).

18 Outre les domaines mentionnés, cela inclut également les soins dentaires, les prestations de techniques dentaires pour les prothèses dentaires, les moyens auxiliaires, les prestations préventives et de rééducation.



représentants de patients sans droit de vote<sup>19</sup>. Les budgets globaux sont déterminés sur cette base au plan du Land sur deux niveaux, jusqu'aux différents prestataires de soins, c'est-à-dire les hôpitaux et les cabinets médicaux. Dans le secteur ambulatoire, les associations de caisses-maladie et les associations de médecins conventionnés conviennent d'un budget global pour l'ensemble du secteur (la rémunération globale basée sur la morbidité), qui est réparti entre les médecins par les associations. Un budget global séparé est déterminé pour les médecins de famille et pour les spécialistes. Un budget global fixe – le volume des prestations admises – est attribué de manière prospective en début de trimestre à chaque médecin conventionné sur la base du besoin de traitement. Dans le domaine stationnaire, les associations régionales de caisses-maladie et les sociétés d'hôpitaux régionaux établissent le taux de base régional par cas pour le catalogue DRG (cf. Gerlinger 2012d). Les relations d'évaluation des forfaits par cas sont déterminées au niveau fédéral par les partenaires tarifaires. Les négociations concernant le budget global des différents hôpitaux ont lieu entre les associations régionales de caisses-maladie et les hôpitaux (ou leurs organismes gestionnaires).

Si aucun accord n'est trouvé entre les partenaires tarifaires dans le secteur ambulatoire ou stationnaire, une instance arbitrale intervient à titre subsidiaire (cf. § 18a KHG; § 89 SGB V; § 114 SGB V). Les instances arbitrales aux niveaux fédéral et régional sont composées, tant pour les médecins libéraux que pour les hôpitaux, d'un nombre égal de représentants des associations de caisses-maladie (association faïtière, associations régionales) et des associations de fournisseurs de prestations (associations de médecins conventionnés, sociétés d'hôpitaux). En outre, un président et deux autres membres indépendants sont nommés conjointement par les associations des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations. En cas d'égalité des votes, la voix du président est prépondérante. Les conventions des partenaires tarifaires et la décision de l'instance arbitrale doivent être approuvées par les autorités de surveillance, à savoir le ministère de la Santé fédéral ou régional. Si un médecin ou un hôpital dépasse son budget global, il est sanctionné par une décote tarifaire par paliers dégressifs. Si un médecin dépasse dans le secteur ambulatoire 150 % de la moyenne du volume de prestations admises spécifique au groupe de médecins, cela entraîne une décote des valeurs de point EBM, évoluant par paliers dégressifs (cf. Blankart et Busse 2017). La décote n'est toutefois pas automatique, mais a lieu seulement après un examen individuel du caractère économique par les services médicaux des caisses-maladie. Dans le secteur stationnaire, en cas de dépassement du budget global convenu, les hôpitaux doivent rembourser à la GKV, l'année suivante, 65 % du dépassement du budget; en cas de sous-utilisation du budget, ils obtiennent un remboursement de 25 %. Par ailleurs, il existe des sanctions en cas d'extension des prestations au-delà de l'étendue convenue. Depuis 2017, un durcissement des sanctions a été introduit: les surplus de prestations doivent en principe être assortis d'une décote à hauteur des coûts fixes pour les trois années suivantes, la décote pour dégressivité des coûts fixes (§ 10, al. 13, KHEntG). Des exceptions sont autorisées puisque le § 71 SGB V permet de s'écarter du principe de stabilité du taux de contribution si les soins médicalement requis ne sont pas garantis même en épuisant les réserves de rentabilité (cf. encadré 3 en annexe pour plus de détails).

### Évolution des dépenses avec un plafond

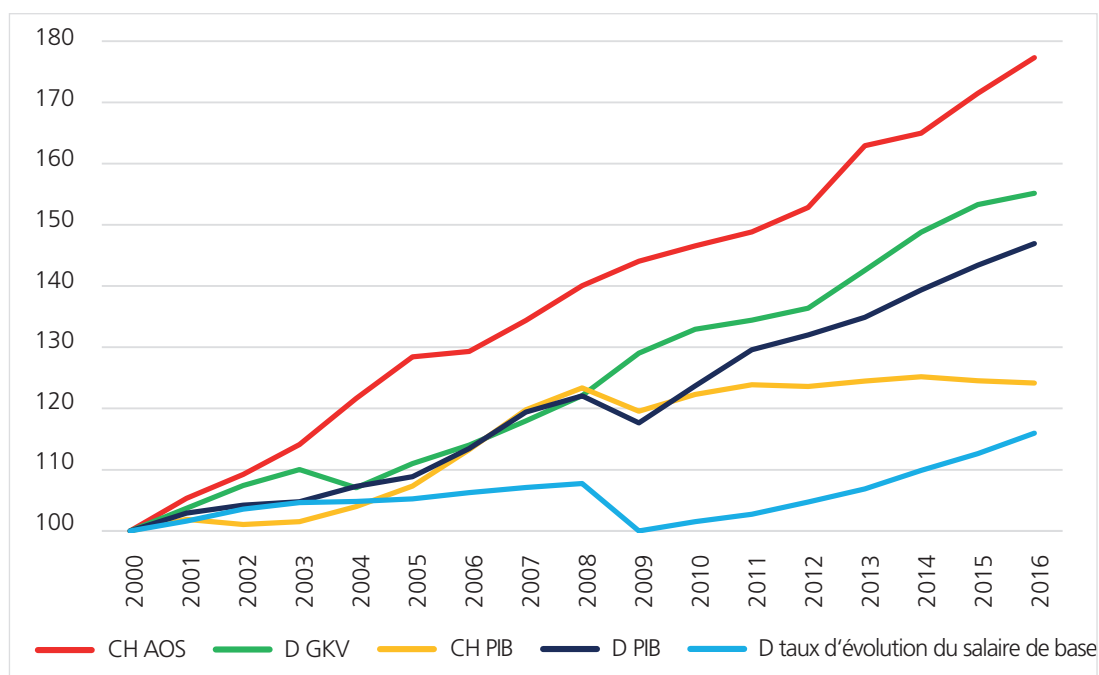
L'illustration 3 présente l'évolution des dépenses dans la phase du pilotage plus contraignant des coûts (depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la réforme de la santé dans la GKV en 2000). Le

---

<sup>19</sup> Outre l'Assemblée plénière du G-BA, il existe neuf sous-comités qui préparent les décisions de l'Assemblée plénière (cf. <https://www.g-ba.de/>).

principe de stabilité de contribution est ici déterminant pour l'évolution des tarifs de rétribution dans la GKV. À des fins de comparaison, on utilise l'évolution économique nominale et le cas suisse en valeurs par habitant. Avec un taux de croissance annuel moyen de 2,8 %, les dépenses de l'assurance-maladie publique (GKV) par membre contributeur ont davantage augmenté que le taux d'évolution du salaire de base (taux de croissance de la somme des salaires de base par contributeur), en hausse de 1,5 %. La stabilité du taux de contribution n'a donc pas été atteinte au sens strict. La croissance de la somme des salaires était en effet relativement modérée entre 2000 et 2015. L'écart entre la dynamique des dépenses par habitant dans la GKV et la croissance du PIB nominal par personne (2,5 % par an) est également faible. Si l'on exclut l'année 2009 marquée par la récession, le taux de croissance du PIB nominal par habitant a même dépassé de 0,3 point de pourcentage celui des dépenses de la GKV. En Suisse, à l'inverse, la hausse des dépenses de l'AOS par assuré depuis 2000 a nettement dépassé la croissance économique par habitant, avec des taux annuels moyens respectifs de 3,7 % et 1,4 % (même si l'on exclut l'année 2009: 3,7 % contre 1,7 %).

**Illustration 3: Évolution des dépenses de l'assurance-maladie sociale par contributeur / assuré, du PIB par habitant en Allemagne et en Suisse ainsi que du taux d'évolution du salaire de base (année de base 2000=100)**



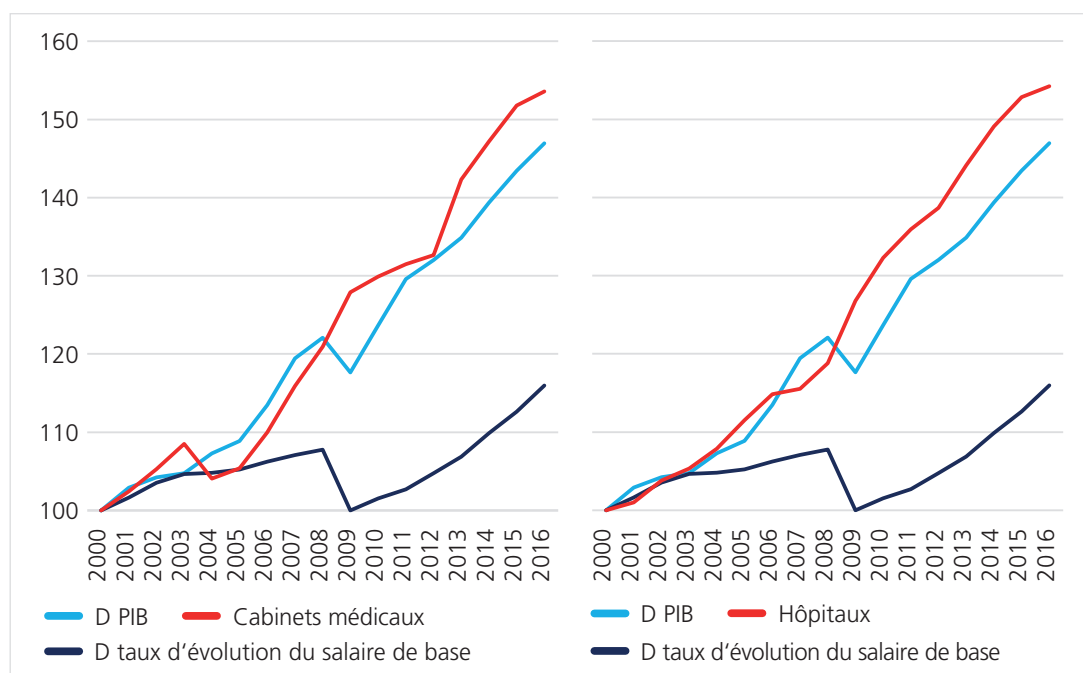
Source: OFS, Office allemand de la statistique (Statistisches Bundesamt Deutschland), GKV-Spitzenverband Deutschland.

Si le plafond dans la GKV est compris comme un ancrage visant à lier solidement la dynamique des dépenses à l'évolution économique, le pilotage des coûts orienté vers les recettes peut être considéré comme efficace. Certes, le principe de stabilité du taux de contribution n'est pas respecté au sens strict, mais la loi prévoit la possibilité d'y déroger (cf. Peters 2017, p. 31; § 71, al. 1, SGB V) lorsque cela permet d'éviter des rationnements. Des exceptions existent donc, ainsi que différentes limitations du principe de stabilité du taux de contribution en fonction du domaine de l'assurance-maladie publique. De 2000 à 2016, le taux de contribution est passé de 13,5 % à 14,6 % du salaire de base, atteignant même des taux provisoirement plus élevés. Des

sources de financement supplémentaires ont donc été utilisées pour la GKV, en plus des mesures de réduction des coûts. Un subside fédéral financé par l'impôt a ainsi été introduit en 2004. D'un niveau initial d'environ 0,8 % des dépenses de la GKV, il se situe actuellement à près de 6 % (cf. Gerlinger 2013). Les salariés versent aux caisses-maladie une contribution individuelle supplémentaire à un taux qui s'élève en moyenne à 1,1 % de leurs revenus soumis à contribution (cf. GKV-Spitzenverband 2017). En revanche, la contribution à la GKV des employeurs a été gelée en 2005.

L'examen de l'évolution des dépenses dans l'assurance-maladie publique dans les secteurs ambulatoire et stationnaire montre que les dépenses par contributeur ont augmenté dans les mêmes proportions pour les cabinets médicaux et les hôpitaux entre 2000 et 2016 (cf. illustration 4). On peut donc estimer que la force coercitive de la stabilité du taux de contribution est similaire dans ces deux domaines. Dans le secteur stationnaire, la différence par rapport au PIB peut principalement s'expliquer par la hausse du nombre de cas (cf. Blankart et Busse 2017).

**Illustration 4: Évolution des dépenses de la GKV par contributeur pour les cabinets médicaux et les hôpitaux ainsi que du taux d'évolution du salaire de base (année de base 2000=100)**



Source: Statistisches Bundesamt Deutschland et GKV-Spitzenverband Deutschland.

### Plafond et rémunération des fournisseurs de prestations

Le renforcement du principe de stabilité du taux de contribution a été accompagné par des réformes des rémunérations en faveur d'une plus grande forfaitisation, avec notamment le passage de la rémunération des hôpitaux aux DRG (loi de 2003 sur la rémunération des hôpitaux, Krankenhausentgeltgesetz) et les nombreuses réformes du tarif ambulatoire (EBM),

jusqu'en 2009 dans le cadre de la loi sur le renforcement de la concurrence dans la GKV ou GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (cf. Busse et Blümel 2014, p. 151)<sup>20</sup>.

**Secteur ambulatoire:** depuis l'introduction du budget global, certains médecins conventionnés se plaignent de l'évolution de leurs revenus et de la répartition du budget entre les différents groupes de praticiens (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012a). Cela a motivé une réforme du système de rémunération qui dure presque en continu depuis les années 1990, avec l'objectif d'améliorer la compatibilité des incitations entre la forme d'indemnisation et le pilotage global. Le système de valeurs de point «flottantes» utilisé depuis 1993 créait des incitations (stratégiques) fortes en faveur d'une extension des prestations par le médecin afin d'assurer ses revenus. Sans restriction supplémentaire, ce système fait notamment apparaître la problématique des biens communs liée à une budgétisation globale. De par l'augmentation des prestations, rationnelle au niveau individuel, les valeurs de point chutent plus rapidement et les médecins qui obtiennent les meilleurs revenus sont ceux qui décomptent le plus de prestations. Mais au final, les revenus des médecins chutent davantage avec une hausse croissante des prestations, ce qui est décrit dans la littérature comme l'effet de la «roue de hamster». Celui-ci a pu être observé entre 1993 et 1995, avec la forte chute des valeurs de point et des revenus médicaux en Allemagne (cf. Benstetter et Wamsbach 2006).

Afin de surmonter ce problème, le G-BA a introduit en 1997 des budgets par cabinet pour les médecins conventionnés (cf. Gerlinger et Schönwälder 2012a). Chaque médecin se voyait attribuer un budget par cabinet avec un plafond quantitatif trimestriel résultant de la multiplication du nombre de cas par le nombre de points correspondant au même groupe de médecins. En cas de dépassement du plafond, les valeurs de point étaient réduites, jusqu'à n'être plus indemnisées du tout. Parallèlement, certaines prestations étaient financées hors du budget par cabinet, telles que la vaccination ou les soins pour les pathologies lourdes (cf. Blankart et Busse 2017). Le système de points à valeur flexible n'a cependant pas été conservé. La réforme visait à réduire l'incitation à l'extension du volume de prestations (cf. Schmitz 2013). Dans les faits, on observe entre 1996 et 2000 une stabilisation des valeurs de point et à nouveau une légère augmentation des revenus des médecins (cf. Benstetter et Wamsbach 2006). Des études démontrent toutefois un report des rendez-vous des médecins conventionnés de la fin d'un trimestre au début du trimestre suivant. En outre, Schmitz (2013) constate que les médecins privilégient nettement les patients privés après l'introduction du budget par cabinet, au détriment des patients de l'assurance obligatoire. Les médecins transfèrent une partie de leurs prestations hors du budget par cabinet. Selon Schmitz (2013), ce transfert induit par l'offre au profit des assurés privés est dicté par des motivations financières des médecins et peut réduire l'égalité d'accès aux prestations de santé pour les assurés du régime public.

Le volume de prestations admises a été introduit en 2009 afin de stabiliser les revenus des médecins. Contrairement au budget par cabinet, il ne définit pas seulement un plafond quantitatif mais garantit également la rémunération de ce volume par des valeurs de point prédéterminées, et représente donc un budget global fixe (cf. Busse et Blankart 2017). En outre, la structure de morbidité des patients du médecin est prise en compte dans la rémunération depuis 2009. L'incitation à étendre les prestations est réduite par la menace de l'examen du ca-

---

<sup>20</sup> En revanche, la pertinence est moindre pour les mesures d'amincissement du catalogue de prestations, génériques en comparaison internationale, et d'augmentation de la franchise pour les patients. Cette dernière concerne notamment la perception, entre-temps à nouveau supprimée, d'une taxe de consultation de 10 € par trimestre et d'un supplément plus élevé pour les médicaments (cf. Busse et Blümel 2014, p. 239; *ibid.* p. 281).

ractère économique en cas de dépassement du volume de prestations admises, avec la conséquence potentielle de décotes sur la rémunération régulière. Selon l'expérience de l'association faïtière des caisses-maladie (GKV-Spitzenverband), le volume de prestations admises n'est donc que rarement dépassé par les médecins. La menace de sanctions va de pair avec le tarif EBM révisé qui s'applique depuis 2009, et qui doit rémunérer les prestations sur une base forfaitaire. À cet égard, le plafond pour le volume de prestations admises est relativement généreux (150 % du nombre de cas de la moyenne spécifique au groupe de médecins). Avec la rémunération en fonction de la morbidité, cela doit donc réduire le risque de rationnement par rapport au système des valeurs de point flottantes. Reste cependant l'incitation, dans le cas d'un budget global fixe, à transférer des prestations des patients de l'assurance publique aux patients privés.

**Secteur stationnaire:** le secteur stationnaire suit de plus près le principe de stabilité du taux de contribution depuis l'entrée en vigueur de la loi de 1993 sur la structure de santé, sur laquelle est toutefois quelque peu revenue la loi de 2009 sur le financement des hôpitaux (cf. Gerlinger et Schönwälder 2012b, Gerlinger et Burkhardt 2012d). La valeur de référence établie sur la base de l'évolution effective des coûts des hôpitaux est déterminante depuis 2009. Mais si le taux d'évolution du salaire de base est supérieur à la croissance des coûts des hôpitaux, l'évolution des tarifs des DRG continue de reposer sur la somme des salaires de base. Suite à un alignement plus étroit des dépenses hospitalières sur l'évolution de la somme des salaires de base, la couverture des «coûts de revient prévisibles» a été délaissée au profit du remboursement des «recettes correspondant aux prestations» et donc d'une budgétisation globale des hôpitaux. La rémunération des établissements hospitaliers est passée d'un pur système de taux de soins journaliers à un système mixte de taux journaliers et de forfaits par cas liés aux prestations. L'introduction des forfaits par cas était liée à la volonté de fixer une incitation plus forte en faveur d'un comportement économique, afin de respecter les budgets de recettes prescrits, c'est-à-dire les budgets globaux (cf. Gerlinger et Schönwälder, 2012b). En 2003, l'indemnité hospitalière a laissé la place aux forfaits par cas liés au diagnostic (G-DRG), qui ont détaché l'évolution des volumes du principe de stabilité du taux de contribution. L'évolution des volumes est donc davantage négociée entre associations de caisses-maladie et hôpitaux, dans le cadre des dispositions légales.

Dans l'idéal, des budgets globaux combinés à des forfaits par cas doivent inciter à réduire les prestations non médicalement requises et à optimiser les procédures de soins dans une optique de gains d'efficacité. L'incitation à proposer des prestations meilleur marché peut toute-fois aussi amener les hôpitaux à réduire leurs coûts aux dépens de la qualité, à renvoyer les patients trop rapidement, à privilégier les cas médicalement prévisibles et à céder à des «effets tourniquets» (cf. Kirchgässner et Gerritzen 2011). Les contrôles de prestations par les caisses-maladie montrent ainsi que le système de rémunération du secteur stationnaire recèle des réserves d'efficacité considérables (cf. Blankart et Busse 2017). Récemment, le nombre de cas traités par les hôpitaux allemands a fortement progressé malgré les budgets globaux, gagnant 8,4 % entre 2007 et 2012 (cf. Schreyögg et al. 2014; Busse et Blankart 2017). Mais du fait de l'incitation du tarif DRG, le volume de prestations à fournir (mélange de cas) évolue selon Schreyögg et al. (2014) en faveur de dossiers économiquement rentables tels que des cas aisés à planifier et aux indications médicales évasives. Ainsi, le système DRG encourage lui aussi des comportements allant à l'encontre de l'objectif de réduction des coûts de la budgétisation globale. En outre, des études laissent supposer que la pression sur les coûts créée par le système DRG entraîne souvent des suppressions de personnel, sans générer pour autant des procédures de traitement plus efficaces (cf. Gerlinger 2012c). Il en résulte alors un conflit entre la qualité des soins et la pression sur les coûts. Le risque de moindre attention à la qualité des soins dans le système DRG

va de pair avec la crainte d'un manque d'incitation financière pour assurer la qualité avec un budget global (cf. section 3).

Les réserves concernant la qualité et le rationnement en matière de soins stationnaires ont amené le législateur à corriger les faiblesses du système DRG à l'aide de la loi sur les structures hospitalières (Krankenhaus-Strukturgesetz) entrée en vigueur en 2016 (cf. Gerlinger 2016). Ainsi, la rémunération DRG doit intégrer la qualité des soins au moyen de primes et de décotes sur les forfaits par cas. En outre, les partenaires tarifaires ont été légalement chargés d'observer les prestations pour lesquelles on peut s'attendre à des augmentations économiquement justifiées du nombre de cas, et de prendre des mesures. Si celles-ci ne sont pas mises en œuvre, l'instance arbitrale compétente doit intervenir à titre subsidiaire<sup>21</sup>.

Pour conclure, suite au durcissement de la politique de réduction des coûts depuis 2000, on constate chez les médecins et le personnel soignant une plus grande insatisfaction à l'égard des conditions de travail, notamment une moindre compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale (cf. Hardy et al. 2015). Cela a entraîné le départ de certains d'entre eux dans d'autres pays d'Europe occidentale<sup>22</sup>.

### Bilan

Au final, l'évolution des dépenses dans l'assurance-maladie publique (GKV) montre que la mise en œuvre légalement très structurée du plafond contraignant, combinée à la responsabilisation financière des partenaires tarifaires, s'est révélée efficace. Les dépenses dans la GKV ont enregistré une croissance à peu près proportionnelle à celle du PIB. Leur progression s'est donc maintenue dans le cadre des prescriptions légales. Le principe de stabilité du taux de contribution exerce donc une fonction d'ancrage en servant d'objectif macroéconomique pour l'évolution des tarifs de rétribution dans la GKV, des exceptions et restrictions étant néanmoins expressément autorisées dans certains domaines afin d'assurer les prestations médicalement nécessaires. Le pilotage des coûts en Allemagne intègre une composante importante d'autogestion, dont la responsabilité essentielle incombe aux partenaires tarifaires et au G-BA. En outre, la mise en œuvre réussie du plafond est étroitement liée à l'organisation des systèmes de rétribution des fournisseurs de prestations. Les rémunérations doivent créer des incitations de manière à éviter autant que possible les effets secondaires indésirables tels que les pertes de qualité ou l'effet de la «roue de hamster». Enfin, les expériences montrent qu'un plafond visant à freiner les dépenses de santé doit être perçu comme un système apprenant, qui exige des ajustements a posteriori et des mesures d'accompagnement.

### 4.2 Pays-Bas<sup>23</sup>

Contrairement à la Suisse, les Pays-Bas ont une tradition du pilotage politique des coûts dans le système sanitaire. En 1974 déjà, après la crise pétrolière, le gouvernement a pris une décision qui, pour la première fois, prévoyait un plafond visant à freiner la croissance des dépenses sanitaires pour que celles-ci ne dépassent pas 8 % du PIB en 1980 (7,3 % du PIB en 1974).

---

21 L'instance d'arbitrage a par exemple décidé d'une réduction du forfait par cas pour les opérations des disques intervertébraux et les endoprothèses de la hanche.

22 Signe de cette évolution: la part des médecins étrangers dans l'effectif total des praticiens a plus que doublé entre 2000 et 2015, de 4 % à 10 % (cf. statistiques 2016 de l'Ordre fédéral des médecins [Bundesärztekammer]).

23 La présente analyse se concentre sur le système sanitaire, le secteur des soins de longue durée n'est pas traité de manière séparée. Le système de soins de longue durée présente aussi un niveau de coûts comparativement élevé. Une réforme récente a déplacé les responsabilités du financement au niveau communal (cf. Kroneman et al. 2016 pour une analyse spécifique).

### **Intégration des plafonds dans le processus budgétaire fondé sur des règles à partir de 1994**

Depuis 1994, les dépenses sanitaires, y compris les dépenses des assurances-maladie financées par des cotisations, font explicitement partie du processus budgétaire fondé sur des règles et sont soumises à une sorte de plafond budgétaire (Budgetary Framework for Healthcare). En cas de dépassement de ce plafond, le ministère de la santé est autorisé à limiter les volumes ou à diminuer les tarifs a posteriori. Ce régime est appliqué depuis 1994. Les plafonds annuels réels pour la santé publique furent de 1,3 % (1994–1998), de 2,3 % (1999–2002), de 2,5 % (2003–2007) et ensuite de 2,7 %. Alors que la situation budgétaire globale s'est améliorée considérablement aux Pays-Bas dans les années avant la crise financière, on constate pour le secteur sanitaire que les plafonds budgétaires de 1994 à 2012 n'ont été respectés qu'une seule fois, en 2006. Il apparaît ainsi qu'au cours de la période considérée, le dépassement des plafonds s'est souvent accru continuellement (cf. Schakel et al. 2016). Dans les premières années, les plafonds ont été accompagnés de mesures comme une augmentation de l'indemnisation forfaitaire des spécialistes indépendants et un transfert de prestations remboursées dans l'assurance de base vers le secteur des assurances complémentaires.

### **Pourquoi les plafonds n'ont-ils pas été respectés entre 1994 et 2012?**

Une raison réside dans le fait que les chiffres définitifs, et donc l'étendue du dépassement des plafonds budgétaires, n'étaient souvent disponibles qu'avec un décalage pouvant atteindre deux ans. Il s'avéra impraticable politiquement d'imposer des réductions d'indemnisation parfois trois ans après les dépassements budgétaires.

À partir de 1999, le gouvernement a conclu des accords budgétaires pluriannuels avec les groupes de prestataires pour obtenir plus de stabilité et de retenue en matière de plafonds de la part des groupes d'intérêt. En plus du fait que la politique de modération des coûts rencontrait une opposition publique croissante, les tribunaux ont confirmé, suite à des actions en justice, qu'il existe un droit à la fourniture de services sanitaires. Ce droit ne saurait être conciliable avec des délais d'attente grandissants à cause de plafonds budgétaires stricts. La crédibilité de ces plafonds a par conséquent été affaiblie au cours du processus politique.

Pour la dernière décennie, le passage graduel d'une planification étatique de l'offre, fortement axée sur les ressources, à un système de concurrence régulé et décentralisé se trouvait politiquement au premier plan. Dans le sillage de l'introduction d'une assurance de base obligatoire avec libre choix de l'assurance (2006), les assurances privées en concurrence peuvent de plus en plus négocier librement les prix et les prestations avec les prestataires de services. De cette réforme, on espérait de manière générale – tout en conservant le même accès – améliorer l'efficacité et la qualité des prestations de base, et en particulier réduire les temps d'attente.<sup>24</sup> Avec une fourniture de prestations plus efficiente, on s'attendait également à moyen terme à un ralentissement de la croissance des coûts. Cependant, les dépenses de santé croissant toujours à cause d'un volume de prestations en hausse étaient moins dans le point de mire dans le nouveau système. Elles furent acceptées en partie consciemment au niveau politique, ou prises en compte par une réduction du catalogue des prestations obligatoires et l'introduction puis l'augmentation progressive du montant de la franchise (de 150 euro en 2008 à près de 400 euros en

<sup>24</sup> Schut und Varkevisser (2013) montrent que, dans les années 1990, de longs temps d'attente constituaient un phénomène très répandu aux Pays-Bas, dans le contexte des budgets globaux dans le domaine stationnaire.

2016; cf. Helderma et Jeurissen 2010, Batenburg et al. 2015). Renforcées dans ce nouveau système de concurrence, les assurances-maladie étaient peu incitées à contrôler les coûts au moyen de l'établissement sélectif de contrats avec les prestataires de services. Cela d'une part à cause d'une compensation généreuse a posteriori pour les risques financiers (en plus d'une compensation des risques ex ante basée sur la morbidité), qui les prémunissait largement d'un dépassement budgétaire. D'autre part, certaines relations contractuelles existaient déjà depuis longtemps, et les structures du marché étaient de plus en plus concentrées. Ainsi on observe, selon Thewissen et al. (2015), une concentration croissante du côté de l'offre dans le domaine stationnaire, ce qui renforce la tendance vers des monopoles régionaux. Simultanément, le marché des assurances est caractérisé par des structures oligopolistiques: les quatre plus grandes caisses-maladie couvrent 90 % des assurés du domaine obligatoire (cf. aussi Maarse et al. 2013 de même que Okma et Crivelli 2013). En l'absence d'informations sur la qualité et les coûts, les assurances-maladie avaient aussi peur que les médias rapportent des limitations dans l'accès aux prestations et des baisses de qualité subies par les patients.

En 2005 a été introduit dans le secteur stationnaire, et par là aussi dans le domaine des spécialistes, un système d'indemnisation DRG (base combinée de diagnostics et de traitements: Diagnose Behandelings Combinaties, DBC) dans lequel les prix d'une part croissante de prestations ont pu être négociés librement entre les prestataires et les assureurs. La part des prestations avec négociation libre des prix a augmenté de 10 % en 2005 à 34 % en 2011 et à 70 % depuis 2012. Pour les autres prestations (tendanciellement plus complexes), le gouvernement a continué à fixer un budget global. Le système DRG n'a pas contribué à la réduction des coûts: les temps d'attente ont certes pu être réduits notablement, mais le volume s'est clairement accru, des indices de surcodage ont été découverts et une tendance à un regroupement de cas simplifié a été décelée (cf. Thewissen et al. 2015). Les plafonds budgétaires furent clairement dépassés, ce qui contribua à l'introduction en 2009 d'un macro budget instrument, qui permet au gouvernement d'imposer une coupe budgétaire aux prestataires en se basant sur leurs parts dans les coûts occasionnés.

C'est seulement dans le secteur des médicaments que le nouveau système sanitaire concurrentiel a contribué à la réduction des coûts. Le risque financier a été assumé de manière accrue par les assurances-maladie, qui, par des appels d'offres pour des génériques et l'incitation plus grande des prestataires à les prescrire et des assurés à les acheter, sont parvenues à faire des économies.

### **Respect des accords pluriannuels sur la croissance des dépenses depuis 2012**

Sous une nouvelle forme de coalition (2012 à 2017), le gouvernement néerlandais est parvenu à formuler et à respecter jusqu'à présent de nouveaux plafonds pluriannuels cohérents qui visent à freiner la croissance des dépenses. Comment peut-on expliquer cette évolution?

Dans le sillage de la crise financière et de la crise de la dette, des programmes d'économie devinrent susceptibles de rallier une majorité en raison de la chute des recettes fiscales et des cotisations aux assurances sociales. Aussi les règles fiscales du Pacte européen de stabilité et de croissance, prises très au sérieux aux Pays-Bas, mais qui ne purent pas être respectées en 2010, ont provoqué une pression supplémentaire pour des économies. Le système sanitaire n'a pas pu se soustraire entièrement à cette tendance à l'austérité. Les questions de base, comme la générosité du catalogue des prestations de base assurées et la répartition des coûts entre le



secteur public et les ménages, ont été discutées plus souvent (cf. Batenburg et al. 2015, Jeurissen 2017).

En comparaison avec les essais antérieurs de maîtrise des coûts, des accords entre le gouvernement, les assurances et les organisations de patients et les différents secteurs de prestations (soins ambulatoires de base, spécialistes, hôpitaux et psychiatrie) ont été conclus dans un esprit plus corporatiste.<sup>25</sup> Pour la période 2012 à 2014, un taux de croissance annuel réel de 2,5 % du volume des prestations a été visé dans le secteur des spécialistes, dans le secteur psychiatrique et le secteur stationnaire, et de 3 % dans le secteur des soins ambulatoires de base. Le taux de 3 % visé dans le secteur ambulatoire prend en compte le transfert souhaité de la fourniture de prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Pour la période 2015 à 2017, des plafonds encore plus stricts ont été convenus (1,5 % et 1 % pour le secteur des spécialistes et de la psychiatrie; 2,5 % pour le secteur des soins ambulatoires de base, dont 1,5 % pour le passage du stationnaire à l'ambulatoire). Pour 2018, l'accord sectoriel pour les spécialistes (entre le ministère de la santé, les assurances et l'association faîtière des spécialistes) a été prolongé et une croissance réelle de 1,6 % définie. Pour le secteur des prestations ambulatoires de base également, l'accord (entre le ministère de la santé, la fédération des prestataires de base, les organisations de patients, et les assurances-maladie) a été prolongé en 2018, avec un taux de croissance réelle de 2,5 % et un montant forfaitaire (75 millions d'euros) pour inciter à consulter un généraliste plutôt qu'un spécialiste. Ces accords ont provoqué un effet d'ancrage dans les négociations entre les partenaires tarifaires. Chacun de ces accords spécifiques aux secteurs contient la possibilité de sanctions prévues par la loi sous forme de réductions budgétaires a posteriori en cas de dépassement relatif de la «part de marché» du prestataire dans l'ensemble des prestations fournies par le secteur en question. Le groupe de prestataire en question est ainsi collectivement responsable de respecter les accords budgétaires et d'accepter les possibles sanctions édictées par le ministère de la santé.

Cette tendance certes plus axée sur des partenariats ne se combine pas forcément avec un modèle de concurrence régulée et décentralisée, elle s'intègre cependant dans la tradition néerlandaise des structures corporatistes de prise de décisions. Par ces accords «corporatistes» avec la menace de sanctions, on vise à ce que le gouvernement, c'est-à-dire le ministère de la santé, n'intervienne pas directement dans la santé publique, mais que, par l'association de tous les acteurs, la confiance mutuelle et la responsabilité commune des coûts en ressortent augmentées (cf. Batenburg et al. 2015). Une coordination des intérêts aussi étroite pour des accords de maîtrise des coûts peut en outre être considérée comme une contribution propre à l'adaptation et l'amélioration continues de l'organisation et du pilotage de la santé publique (cf. Leidl 1997).

Le mécanisme de sanction proposé est très controversé. Il existe un attrait individuel rationnel d'augmenter les quantités dans le but d'assurer les revenus (cf. problématique du bien commun expliquée au chap. 3). En outre, les participants au marché qui ont du succès et une part de marché élevée avec des faibles marges de bénéfice sont tendanciellement punis dans des secteurs très concurrentiels. De plus, Schut et Varkevisser (2013) argumentent que l'accord (collectif) avec le secteur stationnaire incite les différents hôpitaux à asseoir leur situation financière par une augmentation des prix (dans des domaines moins compétitifs) et par un changement, induit par l'offre, dans la direction d'un mélange plus attrayant de cas plus simples,

---

25 Cf. Jeurissen (2017), Schakel et al. (2016), Thewissen et al. (2015) und Batenburg et al. (2015).

faciles à planifier et profitables. Qui plus est, l'incertitude quant aux coupes a posteriori peut freiner l'accès au marché de nouveaux prestataires et, à moyen terme, faire diminuer les investissements dans l'innovation (cf. Schut et al. 2013).

Jusqu'à présent, les plafonds ont été respectés dans la plus grande mesure et le mécanisme de sanction n'a pas dû être appliqué. Pour les faibles dépassements les plus récents dans le secteur des spécialistes, il fut décidé de ne pas appliquer le macro budget instrument.

Les accords contiennent non seulement un plafond budgétaire et un mécanisme de sanction par des réductions a posteriori, mais fixent aussi des priorités thématiques pour les trains de mesures qui doivent permettre d'atteindre les objectifs. Les trains de mesures visent des réductions ciblées de tarifs ou des hausses de l'efficacité (accords pour le renforcement des prestations ambulatoires de base, la pratique en matière de prescriptions, la pratique des transmissions, le respect strict de directives, la cybersanté et l'exactitude du contrôle de qualité, etc.). Ces accords définis de manière plus large semblent, en comparaison avec d'anciens plafonds budgétaires qui étaient majoritairement définis par le gouvernement seul, avoir augmenté la responsabilité collective en matière de coûts. Comme des informations différées sur les coûts et l'évolution des volumes, importantes pour le budget, représentent toutefois toujours une remise en question, des efforts sont entrepris pour accélérer le processus de décomptes des partenaires tarifaires par des directives contraignantes et pour renforcer la surveillance des coûts.<sup>26</sup>

En parallèle à la fixation des plafonds, d'autres mesures importantes (pour la réduction des coûts) ont été prises. Celles-ci contiennent i) une plus forte limitation du catalogue des prestations obligatoires (par ex. dans le secteur de la physiothérapie, les prestations diététiques, certains services psychiatriques), ii) une hausse de la participation aux coûts (de 170 euros en 2011 à près de 400 euros) et iii) un développement supplémentaire du domaine dans lequel les assurances-maladie et les prestataires de services peuvent négocier librement et pour lequel ils ont donc un risque financier propre plus élevé à supporter. Sous iii) il faut spécialement mentionner la fin, entre 2012 et 2015, de la compensation a posteriori, dont la générosité protégeait, dans une large mesure, les assureurs-maladie des risques financiers occasionnés par les dépassements de budget. Les hôpitaux négocient actuellement de manière libre avec les assurances-maladie pour le 70 % de leur volume de services (contre 35 % en 2011). De plus, le système d'indemnisation DRG a été simplifié (passage de 30 000 à environ 4000 composantes en 2013).

Une circonstance favorable au respect des plafonds peut aussi être vue dans le fait que, dans le secteur des médicaments, le niveau absolu des dépenses a pu être stabilisé, voire réduit, car a) ce secteur présentait historiquement de très hauts taux de croissance et b) dans quelques secteurs cruciaux, les brevets qui protégeaient certains médicaments chers contre des maladies chroniques ont expiré.

### Conclusion

Dans l'ensemble, on a l'impression que, dans la période allant de 1994 à 2012, des dépassements de plafonds ont été acceptés trop facilement au niveau politique, et qu'on n'a pas suffisamment réussi à partager la responsabilité budgétaire avec les acteurs du système sanitaire. L'approche plus corporatiste qui consiste à limiter l'évolution des coûts par des accords con-

---

<sup>26</sup> Cf. Jeurissen (2017), Batenburg et al. (2015), Thuewissen et al. (2015) et European Observatory on Health Systems and Policies (2017).

traignants et largement soutenus s'avère plus fructueuse. Cependant, quelques conditions-cadre favorables doivent être soulignées: l'obligation générale d'économiser s'est renforcée, des mesures parallèles ont été prises et certains facteurs spéciaux, comme l'expiration de brevets occasionnant des coûts élevés, sont aussi importants.

### 4.3 Autres expériences avec des plafonds budgétaires contraignants

#### Expériences au Canada

Dans le système sanitaire décentralisé et financé par les impôts du Canada, des plafonds budgétaires globaux et pluriannuels ont été introduits successivement dans les années 1990 dans le secteur ambulatoire (avec indemnisation à la prestation) dans les dix provinces (cf. Hurley et Card 1996). Les provinces ont fixé leurs propres plafonds budgétaires. La mise en œuvre s'est déroulée dans un contexte général d'économies, accentué par une période de récession.

Hurley et al. (1997) traitent des différences observées dans l'introduction de ces plafonds globaux dans le secteur ambulatoire entre la Nouvelle-Écosse et l'Alberta. Les auteurs soulignent les exigences élevées en matière d'organisation et d'information, le risque de luttes internes de répartition et les incitations individuelles à augmenter stratégiquement les volumes en présence d'un plafond budgétaire. La Nouvelle-Écosse a opté pour un plafond ambitieux, des limites supérieures de facturation spécifiques aux médecins et un mécanisme de sanction a posteriori strict sous forme de réduction de tarifs et de demandes de restitutions. En Alberta, les objectifs budgétaires étaient moins ambitieux, la phase de transition fut plus longue, et des limites supérieures de facturation spécifiques aux médecins ne furent pas convenues. Un mécanisme de sanction était prévu, mais les mesures exactes étaient définies de manière moins précise qu'en Nouvelle-Écosse. Pour la période observée, Hurley et al. (1997) trouvent que l'introduction de budgets globaux en Alberta a été plus fructueuse qu'en Nouvelle-Écosse. Plusieurs facteurs sont avancés comme explication. Premièrement, il est argumenté que la situation des revenus des médecins était plus tendue au départ en Nouvelle-Écosse qu'en Alberta, et qu'ainsi une restriction budgétaire était plus facile à imposer en Alberta. Deuxièmement, les auteurs soulignent que le plafond budgétaire fixé lors de la première année en Nouvelle-Écosse (avec un accroissement autorisé de 0 %) a déclenché une dynamique négative de perte dans le milieu des médecins, et que l'incitation à la hausse des volumes dans le but de s'assurer un revenu a été renforcée. Inversement, une phase de transition plus généreuse et prévue sur une plus longue période en Alberta a favorisé le consensus concernant les plafonds budgétaires. Troisièmement, l'analyse démontre que des structures de négociations différentes entre le gouvernement de la province et l'association des médecins et des différences dans les structures de décision à l'intérieur des associations de médecins ont joué un rôle dans l'acceptation des objectifs. D'une part, il existait déjà, en Alberta, des structures de négociation entre le gouvernement et l'association des médecins plus formalisées, moins informelles et moins basées sur des personnes, qui, en présence d'objectifs budgétaires, se sont avérées fiables. D'autre part, l'association des médecins en Alberta a approuvé les plafonds budgétaires collectivement et donc de manière plus participative, alors qu'en Nouvelle-Écosse, seul le comité a statué sur les objectifs budgétaires. En revanche, les auteurs n'ont pas pu constater de différences concernant la disposition des médecins à collaborer à une définition claire du catalogue des prestations et au renforcement du contrôle des factures compte tenu des objectifs budgétaires. Le budget clairement défini a aussi des effets indésirables: les médecins faisaient preuve d'une grande retenue envers le transfert d'un traitement stationnaire en traitement ambulatoire à cause des plafonds budgétaires.

Dans toutes les provinces, un nouveau conseil a été créé au début des années 1990, avec des représentants du gouvernement et de l'association des médecins concernée, pour juger de l'évolution des coûts par rapport aux plafonds budgétaires et pour implémenter les mécanismes de sanction. Alors que la Nouvelle-Écosse adopta des réductions de tarifs linéaires, l'Alberta fut plus flexible dans le choix des instruments, et il existait la possibilité de consulter les membres de l'association des médecins au préalable au sujet du choix des instruments. Finalement, il est relevé que le gouvernement de l'Alberta a pu faire mieux passer politiquement son programme face à l'association des médecins également grâce à son haut degré de popularité et à son programme d'économies organisé plus intelligemment.

Katz et al. (1997) ont étudié le comportement des fédérations de médecins dans les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie britannique pendant l'introduction de ces plafonds globaux. Ils ont observé qu'avec des plafonds budgétaires, les négociations des tarifs sont intensifiées et que les luttes de répartition au sein des fédérations de médecins ont augmenté. Ils argumentent également que la manière dont les associations de médecins parviennent à prendre une décision joue en tous cas un rôle important, de même que leur capacité à concilier avec succès les intérêts les plus divers (médecins spécialistes face aux généralistes, médecins de zone rurales ou urbaines, médecins jeunes ou plus âgés) pour qu'une position de négociation consolidée et si possible unifiée soit possible face aux gouvernements des provinces. Cela est particulièrement important dans un système où l'État est le premier payeur de prestations et a, par conséquent, une position plus forte dans les négociations.

### **Expériences à Taiwan**

L'introduction de plafonds budgétaires globaux dans le secteur hospitalier à Taiwan en 2002 est très bien documentée. L'intégralité du budget global est financée par une assurance sociale unifiée et prévoit une limite supérieure stricte des dépenses: les prestations facturées sont indemnisées a posteriori, selon un tarif à la prestation, de façon à ne pas dépasser la limite supérieure des dépenses (floating point value system). Le processus budgétaire comprend des négociations entre l'assurance sociale étatique, les associations des prestataires de services, les fédérations d'employeurs et de travailleurs, de même que des experts issus des milieux scientifiques et de la pratique. Le comité ainsi formé négocie et détermine annuellement, sous la direction du ministère de la santé, le budget global entier et sa subdivision entre les différents domaines pour l'année suivante. Le budget global est ensuite réparti sur les six régions sanitaires. Taiwan a supposé que, en comparaison avec une budgétisation spécifique aux hôpitaux, une budgétisation par région de services favoriserait davantage la coopération entre les hôpitaux et la responsabilité collective de fournir globalement un volume approprié de prestations.

L'étude empirique de Cheng et al. (2009), qui se base sur des données d'enquêtes pour les quelques maladies les plus importantes durant la période allant de 2002 à 2004, montre que l'introduction de la budgétisation globale va de pair avec une augmentation de la durée moyenne de séjour de 7 %, avec une hausse des traitements prescrits de 15 % par patient admis à l'hôpital, et avec un accroissement des prestations totales facturées de 14 %. L'étude démontre que, pendant la période examinée, les hôpitaux n'ont pas cherché à renforcer la coopération, mais ont essayé de développer leurs parts de marché relatives par une hausse des volumes dans le but de garantir leurs revenus. Cette attitude conduisit à une forte baisse des prix des prestations facturées. Chen et Fan (2015) arrivent à un résultat similaire en se basant sur un volume de données supérieur, pour les années 1997 à 2004, et en utilisant une meilleure méthode empirique. Ils affirment de plus que l'introduction du budget global a créé des

incitations à fournir davantage de prestations plutôt chères que de prestations nécessitant d'importantes ressources humaines. Ce sont surtout les hôpitaux relativement grands qui ont privilégié cette approche au début du processus. Hsu (2014) a aussi examiné l'introduction des budgets globaux, mais sur une période plus longue et en mettant l'accent sur les maladies cardiaques (2000–2008). Il a constaté que ce n'est qu'avec l'introduction d'un suivi en 2005 que la forte hausse des volumes a pu être freinée, après une augmentation de plus de 12 % des prestations facturées l'année précédente. Le suivi se déroule ainsi: l'assurance sociale étatique et les différents hôpitaux concluent des contrats portant sur le volume des prestations à fournir, en tenant compte de normes de qualité. Si les hôpitaux atteignent les objectifs qualitatifs négociés, ils obtiennent une indemnisation préférentielle de la part de l'assurance sociale

# 5 Enseignements pour la Suisse

## Les plafonds et leur effet d'ancrage

En analysant les expériences faites en Allemagne et aux Pays-Bas, on constate que les plafonds contraignants permettent surtout un ancrage de la croissance des coûts. Des plafonds contraignants complètent les instruments existants dans une approche descendante (top-down). Ils disciplinent les prestataires, impliquent une plus grande responsabilité de leur part en matière de coûts, et servent de valeurs de référence fiables lors des négociations de tarifs. Le pilotage des objectifs tient compte cependant des évolutions technologiques et démographiques afin de garantir les prestations nécessaires sur le plan médical. En outre, certains domaines à encourager comme les soins intégrés ou les prestations telles que la vaccination sont partiellement exclus du plafond.

En ce qui concerne les mécanismes de sanction, un système de décotes clairement défini est prévu en Allemagne. Aux Pays-Bas, les sanctions actuelles agissent comme une menace et poussent vers des réformes. L'application de sanctions a posteriori pour atteindre les objectifs s'est toutefois révélée difficile aux Pays-Bas, notamment avant 2012, en raison de retards importants dans les chiffres définitifs sur la réalisation des objectifs, d'actions judiciaires concernant le droit d'accès aux soins et d'autres priorités de la politique sanitaire. Les expériences faites au Canada avec les budgets globaux montrent que des sanctions et des propositions de mesures d'économie qui ont aussi été acceptées au sein des associations professionnelles, voire qui émanent de ces associations elles-mêmes, ont plus de succès que les réductions de tarifs imposées par le gouvernement agissant seul.

## Exigences à l'égard des plafonds

Premièrement, un régime de plafonds contraignants est mis en œuvre plus aisément lorsque le plus grand nombre possible d'acteurs clés de la politique sanitaire (p. ex. Confédération, cantons, assurances-maladie, prestataires, organisations de patients) participent à sa définition et sont représentés dans les organes compétents. Pour que les fournisseurs de prestations en particulier acceptent les plafonds, il faut leur montrer qu'un pilotage plus fort et même une maîtrise de la croissance des coûts sont inévitables à moyen terme. Comme les autres domaines de la protection sociale, l'assurance de base ne dispose pas de ressources illimitées. Il convient également de souligner que des plafonds contraignants, définis en collaboration avec les principaux acteurs, représentent une solution participative. Par une telle solution plus corporatiste, ces acteurs peuvent collaborer activement et se ménager en même temps une marge de manœuvre importante en comparaison avec d'autres interventions ou prescriptions. Un plafond fixé exclusivement par le gouvernement est peu prometteur, faute d'acceptation suffisamment grande.

Deuxièmement, des taux de croissance prévus basés sur une formule peuvent servir d'élément important et, par là, de valeur de référence contraignante dans le cadre d'un organe largement représentatif fixant les objectifs. Pour déterminer formellement des plafonds judicieux, il convient de prendre en compte l'évolution médico-technique et démographique, et de prévoir des exceptions pour des épidémies inattendues ou certaines prestations avec une priorité élevée de sécurité des soins. Plus les facteurs d'influence et les exceptions sont définis clairement au départ, et plus les plafonds peuvent être fixés de manière concrète et transparente. Ainsi, en raison de possibles incitations à des transferts, les plafonds doivent si possible être appliqués dans tous les secteurs de l'assurance de base. Sur cette base on a besoin d'un processus

participatif de négociation, qui soit aussi porté vers l'extérieur par les acteurs de la politique sanitaire, et recherché dans la pratique des différents secteurs.

Troisièmement, l'introduction et la mise en œuvre de plafonds requièrent des structures formelles de négociation et de décision. Cela est valable, d'une part, pour l'organe qui décide des plafonds et, d'autre part, pour les associations professionnelles concernées, les assureurs et les cantons, chargés de la mise en œuvre. Il semble en particulier important que les associations professionnelles parviennent à un consensus, et que les différents groupes puissent aussi collaborer de manière constructive. Des structures de décision fiables et claires sont utiles en particulier lors des luttes de répartition auxquelles il faut s'attendre après la fixation de plafonds budgétaires contraignants. En conséquence, des mécanismes d'arbitrage avec compétences décisionnelles subsidiaires doivent être prévus pour les cas de mésentente. En cas de non-respect des plafonds, les mécanismes de sanction doivent être définis au préalable<sup>27</sup>.

Les expériences aux Pays-Bas montrent qu'il faut aussi discuter en parallèle des mesures au moyen desquelles on veut atteindre les objectifs. Cela signifie que la formulation d'un objectif seulement avec des mécanismes de sanction a une portée trop faible. En particulier, la compatibilité des régimes d'indemnisation des prestataires avec les objectifs est d'une grande importance. Les régimes d'indemnisation qui tendent vers une plus forte forfaitisation des prestations ou vers des forfaits par tête (capitation fees) sont donc plus appropriés que des tarifs à la prestation, en particulier pour réduire les incitations à l'augmentation stratégique des volumes. Cette priorité dans les mesures apparaît clairement en Allemagne, où un budget global par prestataire avec une indemnisation plus fortement forfaitaire a été mis en place de facto dans le secteur ambulatoire.

Les expériences au Canada démontrent que, dans la phase initiale, des périodes transitoires plus longues avec des plafonds plus élevés sont à préférer. Cela augmente l'acceptation politique et empêche une possible dynamique de pertes du côté des prestataires.

La littérature étudiée suggère en outre que les plafonds budgétaires peuvent être mis en œuvre le plus rapidement lorsque des sacrifices comparables sont exigés des secteurs qui connaissent une budgétisation globale. En complément, il est important de communiquer qu'aucun secteur de la santé publique ne peut avoir à sa disposition des ressources illimitées.

À partir des expériences analysées, il apparaît également que les plafonds avec mécanisme de sanctions exigent des acteurs des capacités de coordination et de coopération nettement plus élevées. Et cela dans une situation dans laquelle, en raison de l'introduction d'une restriction budgétaire, les luttes de répartition et donc les tensions à l'intérieur du système sanitaire augmentent. De plus, l'augmentation de la transparence est une condition préalable nécessaire pour un pilotage renforcé des dépenses de santé. Les éléments essentiels sont constitués d'une part d'un suivi sans délai des coûts pour la détermination des plafonds et pour la mise en œuvre des mesures correctives. D'autre part, un suivi parallèle de la qualité est aussi nécessaire pour pouvoir réduire les effets secondaires négatifs possibles, comme les rationnements, ou les transferts. Un suivi étroit va exiger plus de ressources de la part de l'État et des partenaires

---

27 Ces exigences principales montrent des parallèles avec les principes élaborés par Ostrom (1990) pour la gestion fructueuse des biens communs locaux. Ostrom souligne le rôle des règles, la collaboration des personnes concernées par ces règles à l'élaboration de la réglementation, une définition claire de ce qui relève des règles, une surveillance claire des règles et des mécanismes d'arbitrage et de sanction clairs.

tarifaires. Ces charges plus élevées sont cependant à mettre en relation avec les charges pour la mise en œuvre de mesures alternatives de réduction des coûts.

### **Différences avec les pays examinés**

Des systèmes à objectifs budgétaires globaux majoritairement financés par les impôts, comme au Canada, permettent à l'État, qui est le «payeur unique», de disposer d'une position de négociation beaucoup plus forte face aux associations professionnelles. Dans un système financé par les impôts, des limitations des dépenses dans le secteur de la santé peuvent être imposées en vertu de règles budgétaires ou dans un contexte de programme d'économie budgétaire. La même chose peut être observée aux Pays-Bas: les Pays-Bas disposent d'une part d'un Budgetary Framework for Healthcare comme partie du processus budgétaire fondé sur des règles. D'autre part, les directives du Pacte européen de stabilité et de croissance génèrent une pression supplémentaire et ont, en particulier ces dernières années, contribué à modérer la croissance des coûts. Ce cadre budgétaire a été complété ces dernières années par des structures de décision plus corporatistes. En Allemagne, par contre, le principe de la stabilité du taux de contribution a la priorité, et est appliqué par les partenaires tarifaires au moyen d'un cadre de négociation fortement réglé légalement.

Une deuxième différence essentielle par rapport aux systèmes de l'Allemagne et des Pays-Bas réside dans la plus forte décentralisation du système sanitaire suisse. L'organisation du système sanitaire suisse fonctionne dans beaucoup de domaines sur la base des frontières cantonales. Cette circonstance ajoute à un régime de plafonds un élément de complexité supplémentaire – en particulier lors de la mise sur pied des structures de décision et de la fixation des plafonds.

Une troisième différence essentielle, en particulier avec les systèmes majoritairement financés par des cotisations en Allemagne et aux Pays-Bas, réside dans le fait que les fédérations d'employeurs se manifestent peu dans ces pays comme un groupe d'intérêt fort lors des discussions sur la croissance démesurée des coûts de la santé. Les fédérations d'employeurs de ces pays sont plus conscientes du fait que les cotisations aux assurances sociales dans le domaine de la santé ne grèvent pas indûment le facteur travail. En comparaison, le groupe hétérogène d'assurés en Suisse a de la peine à regrouper ses intérêts pour un système sanitaire à financement durable et à les faire valoir politiquement.

Quatrièmement, les assurances-maladie et les associations de prestataires ont un rôle plus actif en Allemagne et aux Pays-Bas. En Allemagne, l'association des assurances-maladie assume activement son rôle de porteur de responsabilité des coûts et de surveillant des prestations fournies (p. ex. service médical des caisses maladie). L'association des médecins conventionnés assume la responsabilité des coûts, en particulier lors de la répartition des budgets sur les prestataires individuels. Elle est aussi responsable de par la loi de fournir les soins ambulatoires. Aux Pays-Bas, les assurances-maladie assument un gros risque financier et possèdent, avec les instruments étendus de la liberté de négocier et de conclure des contrats sélectifs, une position de négociation plus forte face aux prestataires. Autant les assurances-maladie que les associations de prestataires ont adhéré dans le cadre de conventions contraignantes avec le gouvernement néerlandais à la responsabilité collective des coûts.



## 6 Remarques finales

Comme dans tous les autres secteurs de la sécurité sociale, les moyens à disposition ne sont pas illimités dans l'assurance de base. Les mesures récentes pour limiter la croissance des coûts n'ont pas eu l'effet escompté. Dans l'ensemble, il manque la responsabilité des coûts dans l'assurance de base financée par des cotisations forcées. Eu égard à l'évolution des coûts toujours fortement à la hausse, il est urgent de réagir au niveau de la politique économique. Parmi les mesures de politique économique en discussion pour limiter les coûts, c'est principalement et de manière controversée la proposition de fixer des plafonds contraignants visant à freiner la croissance des dépenses qui est examinée.

Le présent travail livre pour cela une contribution aux éléments de base, dans la mesure où la littérature scientifique et des expériences internationales sélectionnées sont analysées dans l'optique d'un pilotage des coûts plus fort dans le système sanitaire suisse.

Au regard des avantages fondamentaux de la fixation d'un plafond contraignant, la littérature scientifique relève que la fixation de plafonds permet un pilotage direct de la croissance des dépenses et introduit ainsi une restriction budgétaire, qui fait défaut jusqu'à présent, dans l'assurance de base. Grâce à la fixation de plafonds déterminés en commun, les décideurs, en particulier les partenaires tarifaires, sont inclus dans la responsabilité financière à peine existante jusqu'à présent. De plus, la détermination de plafonds pousse les prestataires à des réflexions davantage basées sur la notion coût-bénéfice. En comparaison avec d'autres mesures, la fixation de plafonds leur laisse simultanément la liberté d'économiser là où cela leur semble le plus facile, ce qui veut dire sur des traitements pas nécessaires médicalement. Les arguments contre la fixation de plafonds pour la croissance des dépenses mettent l'accent sur le risque de la limitation de prestations médicalement nécessaires, et d'un accès moins égalitaire aux prestations sanitaires. On craint par ailleurs qu'avec la fixation de plafonds budgétaires, trop peu d'incitations à augmenter la qualité et l'efficacité pourraient exister, de sorte que les innovations seraient freinées et que les structures actuelles, éventuellement inefficaces, subsistent. Alors que ce sont des objections en principe plausibles, il faudrait qu'un pilotage bien organisé institutionnellement, qui permette encore une croissance des dépenses, et laisse au médecin une grande liberté de traitement avec plus de responsabilité financière, puisse assurer un niveau de soins élevé.

Les expériences avec la fixation de plafonds contraignants analysées montrent qu'un ancrage de la progression des dépenses de l'assurance de base obligatoire dans l'évolution économique globale peut réussir. Pour un régime de plafonds efficace, il est important d'inclure dans la responsabilité notamment les partenaires tarifaires selon une méthode plutôt corporatiste. Pour cela, des structures de négociation et de décision fiables sont nécessaires, de même que des mécanismes de sanction clairs. Les objectifs contraignants doivent aussi être accompagnés de mesures parallèles. Particulièrement importants semblent être les systèmes de remboursement attrayants et une véritable garantie de qualité, ou un suivi étendu des coûts et de la qualité, pour éviter dans la plus grande mesure des effets indésirables comme le rationnement, un plus faible attrait de l'efficacité et des incitations stratégiques pour s'assurer un revenu.

Une fixation d'objectif contraignant ne devrait ce faisant non pas remplacer le système sanitaire suisse concurrentiel et décentralisé, mais le compléter judicieusement par un meilleur pilotage des dépenses et assurer un financement durable pour les comptes privés et publics.

Dans l'ensemble, l'évaluation coût-bénéfice d'une telle mesure doit se faire également en tenant compte des comparaisons avec les autres possibilités et de la priorité qui est la maîtrise des coûts dans le domaine de la politique de la santé. De plus, elle dépend fortement de l'organisation concrète et de la possibilité de l'inclusion institutionnelle dans le système sanitaire existant.

# Bibliographie

AOK-Bundesverband 2017, lexique. <http://aok-bv.de/lexikon/>

AOK-Bundesverband 2017, banque de données concernant les réformes. <http://aok-bv.de/hintergrund/reformdatenbank/>

Batenburg, R., M. Kroneman et A. Sagan (2015). The Impact of the Crisis on the Health System and Health in the Netherlands. In: A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson, A. Sagan, M. Karanikolos, E. Richardson, J. Cylus, T. Evetovits, M. Jowett, J. Figueras et H. Kluge (eds). *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe*. WHO et European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles: 249–281.

Benstetter, F. et A. Wambach (2006). The Treadmill Effect in a Fixed Budget System. *Journal of Health Economics*, 25(1): 146–169.

Blankart, R. et Busse, R. (2017), Erfahrungen aus Deutschland, Inputpapier für die Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» des EDI.

Bevan, G., J.K. Heldermaann et D. Wilsford (2010). Changing Choices in Health Care: Implications for Equity, Efficiency and Cost. *Health Economics, Policy and Law*, 5: 251–267.

Brändle, T. et C. Colombier (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012. *Health Policy*, 120: 1051–1060.

Busse, R. et Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1–296.

Chen, B. et V. Fan (2015). Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan. *Health Economics*, 24: 1422–1436.

Chen, B. et V. Fan (2016). Global Budget Payment: Proposing the CAP Framework. *Inquiry, the Journal of Health Care, Organization, Provision and Financing*, 53(1): 1–4.

Cheng, S.H., Chen, C.C., et W.L. Chang (2009). Hospital Responses to a Global Budget Program Under Universal Health Insurance in Taiwan. *Health Policy*, 92: 158–164.

Colombier, C. (2018). Population Ageing in Healthcare – A Minor Issue? Evidence from Switzerland, *Applied Economics*, 50(15): 1746–1760.

Crivelli, L., Filippini, M. et Mosca, I. (2006). Federalism and Regional Healthcare Expenditure: An Empirical Analysis for Swiss Cantons. *Health Economics Letters*, 15(5): 535–541.

Eastaugh, S. (2000). National Healthcare Spending and Fiscal Control: Comparisons Among 15 Countries. *Hospital Topics*, 78(4): 9–13.

Groupe d'experts sur mandat de la Confédération (2017). Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, Berne, Office fédéral de la santé publique.

Frey, B.S. et G. Kirchgässner (2002). *Demokratische Wirtschaftspolitik. Theorie und Anwendung*. Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Gerlinger, T. (2012a). Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2012b). Die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*, 47: 141–161.

Gerlinger, T. (2012c). Die Vergütung von Krankenhausleistungen, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2012d). Das Steuersystem in der stationären Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2013). Steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. (2016). Rückblick auf die Gesundheitspolitik im Jahr 2015, *Zeitschrift für Sozialreform*, 62(1): 35–47.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2012a). Finanzierung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2012b). Grundprobleme der Vergütung ärztlicher Leistungen. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2012c). Bismarks Erbe und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2012d). Finanzierung und Vergütung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2012e). Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 2: Verbände und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et W. Burkhardt (2014). Strukturen und Inanspruchnahme, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et T. Schönwälder (2012a). Ambulante Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

Gerlinger, T. et T. Schönwälder (2012b). Die stationäre Versorgung, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.

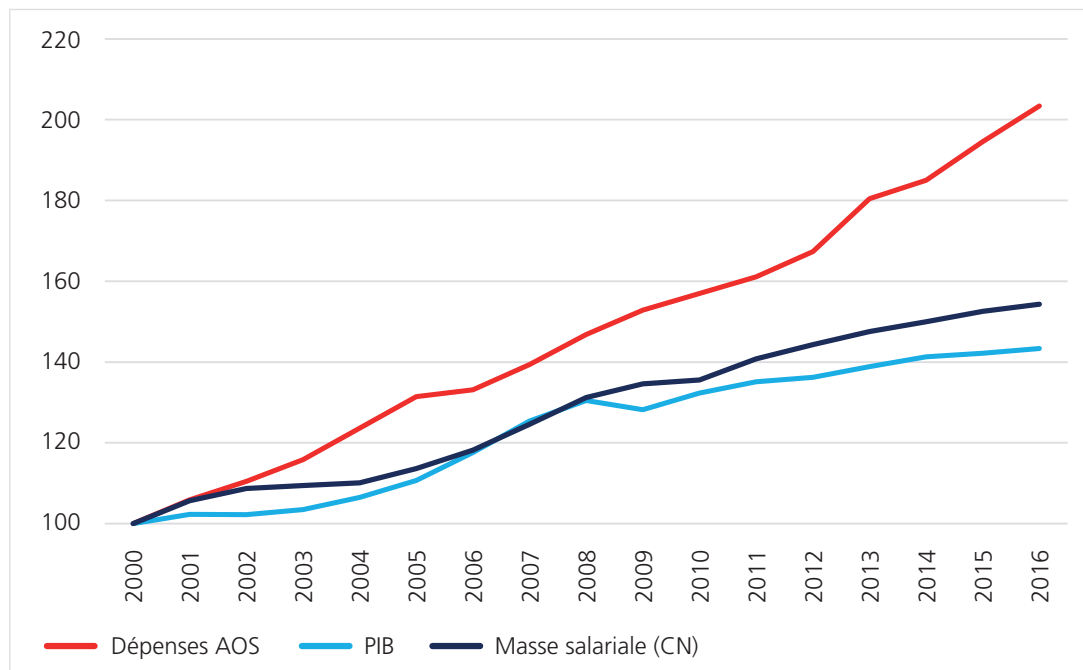
- Gerlinger, T. et T. Schönwälder (2012c). Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.
- Gertham, U.G. et B. Jönsson (2000). International Comparisons of Health Expenditure in the OECD Countries: Theory, Data and Econometric Analysis. In: Cuyler, A. et J. Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Elsevier, Amsterdam.
- Gesetzliche Krankenversicherung – Spitzenverband Bund, Faktenblatt 2017.  
<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp>
- Grumbacher, K. et T. Bodenheimer (1990). Reins or Fences: A Physicians's View of Cost Containment. *Health Affairs*, Winter 1990: 120–127.
- Hardy, J., Calveley, M. et St. Shelley (2015). Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Bereich Politik, Berlin.
- Hartwig, J. et Sturm, J.E. (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36): 4455–4474.
- Helderman, J.K. et P. Jeurissen (2010). No Pay – No Cure! The Evolution of Cost Containment Policies in Dutch Healthcare. In: *Fifth Transatlantic Dialogue: The Future of Governance*: 21–36.
- Henke, K. D., M. Murray et C. Ade (1994). Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States. *Health Affairs*, 1994: 7–21.
- Hsu, P-F. (2014). Does a Global Budget Superimposed on Fee For Service Payments Mitigate Hospitals' Medical Claims in Taiwan? *International Journal of Health Care Finance Economics*, 14: 369–384.
- Hsueh, Y.S., S.Y. Lee and Y.T. Huang (2004). Effects of Global Budgeting on the Distribution of Dentists and Use of Dental Care in Taiwan. *Health Services Research*, 39: 2135–2153.
- Hurley, J. et R. Card (1996). Global Physician Budgets as Common-Property Resources: Some Implications for Physicians and Medical Associations. *Canadian Medical Association*, 154(8): 1161–1168.
- Hurley, J., J. Lomas et L.J. Goldsmith (1997). Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective. *Milbank Quarterly* 75(3): 343–364.
- Jeurissen, P. (2017). Regulated Competition and Cost Containment: The Case of The Netherlands. Inputpapier für die Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)» des EDI.
- Joumard, Y., C. André et C. Nicq (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 769.
- Katz, S., C. Charles, J. Lomas et H.G. Welch (1997). Physician Relations in Canada: Shooting Inward as the Circle Closes. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(6): 1413–1431.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2009). Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur ärztlichen Versorgung, KBV-Fortbildungsheft Nr. 10, auteur: P. Rheinberger.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012). Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, KBV-Fortbildungsheft Nr. 6, auteur: T. Kriedel.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014). Der Bundesmantelvertrag, KBV-Fortbildungsheft Nr. 5, auteurs: Schröder, J. et D. Röhrig.
- Kirchgässner, G. et Gerritzen, B. (2011). Caractéristiques et efficacité du système de santé suisse en comparaison internationale, rapport destiné au Secrétariat d'État à l'économie (SECO), Berne.
- Kühn, H. (1999). Globalbudget und Beitragssatzstabilität. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 32: 17–37.
- Kroneman, M., W. Boerma, M. van den Berg, P. Groenewegen, J. de Jong et E. van Ginneken (2016). Netherlands: Health System Review. In: E. van Ginneken (Editor) and R. Busse (eds). *Health Systems in Transition*, 18(2). European Health Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Bruxelles.
- Leidl, R. (1997). Kostendämpfungspolitik in den Niederlanden und in Deutschland: Eine Untersuchung von Massnahmen in drei Leistungsbereichen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(2): 101–122.
- Long, S. H. et M. S. Marquis (1993). Toward a Global Budget for the U.S. Health System: Issues and Information Needs. RAND Report 21.
- Maarse, H., P. Jeurissen et D. Ruwaard (2013). Concerns over the Financial Sustainability of the Dutch Healthcare System. *CESifo DICE Report*, 1/13: 32–36.
- Martin, J.J., M., del Amo Gonzalez, M.P.L. et Garcia, D. C. (2011). Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure. *Applied Economics*, 43(1): 19–46.
- Moreno-Serra, R. (2013). The Impact of Cost Containment Policies on Health Expenditure: Evidence from Recent OECD Experiences. *OECD Journal on Budgeting*, 2013(3): 1–29.
- Okma, K. et L. Crivelli (2013). Swiss and Dutch "Consumer Driven Health Care": Ideal Model or Reality? *Health Policy*, 109: 105–112.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50.
- Peters, S. (2017). Die vorrangige Bedeutung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Vergütungsvereinbarungen nach SGB V – eine sozial- und verfassungsrechtliche Betrachtung. In: J. Heilmann, T. Aigner-Hof (Hrsg.). *Recht in der Arbeitswelt – Beiträge zum Arbeits- und Sozialrecht*, LIT Verlag, Berlin.

- Reich, O., Weins, C., Schusterschnitz, C. et Thöni, M. (2012). Exploring the Disparities of Regional Healthcare Expenditures in Switzerland: Some Empirical Evidence. *European Journal of Health Economics*, 13: 193–202.
- Schakel, H.C., P. Jeurissen et S. Glied (2016). The Influence of Fiscal Rules on Healthcare Policy in the United States and Netherlands. Erscheint in *International Journal of Health Planning and Management*.
- Schmitz, H. (2013). Practice Budgets and the Patient Mix of Physicians: The Effect of a Remuneration System Reform on Health Care Utilisation. *Journal of Health Economics*, 32: 1240–1249.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. et Geissler, A. (2014). Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg Center for Health Economics, Université de Hambourg.
- Schut, F.T. et M. Varkevisser (2013). Tackling Hospital Waiting Times: The Impact of Past and Current Policies in the Netherlands. *Health Policy*, 113: 127–133.
- Schut, E., S. Sorbe et J. Hoi (2013). Health Care Reform and Long Term Care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers, No. 1010.
- Schwierz, C. (2016). Cost Containment Policies in the Hospital Expenditure in the European Union. European Economy Discussion Paper Nr. 37, European Commission.
- Sutherland, J., N. Repin et R. T. Crump (2012). Reviewing the Potential of Financial Incentives for Funding Healthcare in Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Thewissen, S., P. Jeurissen et G. Van der Vlugt (2015). Health Care Budgeting in the Netherlands. In: *Fiscal Sustainability of Health Systems*. OECD Publishing.
- UBC Centre for Health Services and Policy Research (2014). Current Hospital Funding in Canada: The Limitations of Global Budgets. UBC Policy Brief, 1/2014.
- Vatter, A. and Ruefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3): 301–323.
- Vatter, A. et Ruefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3): 301–323.
- White, J. (2013). Budget-makers and Health Care Systems. *Health Policy*, 112: 163–171.

# Annexe

**Illustration A1: Évolution des coûts bruts de l'AOS, du PIB nominal et de la masse salariale**



Source: OFS, OFSP, SECO, indice 2000=100.

## Encadré 1: aperçu du système sanitaire allemand

L'assurance-maladie obligatoire (gesetzliche Krankenversicherung, GKV) est financée par des cotisations sociales et relève d'un type de système de sécurité sociale de Bismarck (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012c). Tous les salariés qui gagnent un revenu inférieur à un certain montant (la limite de l'assurance obligatoire) doivent être assurés par la GKV. Environ 85 % de la population y est affiliée, parmi lesquels on trouve aussi des assurés volontaires. Le reste de la population est assurée par l'assurance-maladie privée. La loi de 2007 sur le renforcement de la concurrence dans la GKV a permis d'instaurer un fonds de santé au début de l'année 2009 (cf. Blümel et Busse, 2014, Gerlinger 2013, Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband Bund 2017). Le fonds de santé est alimenté par des cotisations des employeurs et des salariés, jusqu'à fin 2014 par des cotisations spéciales des salariés à un taux s'élevant à 0,9 % du revenu soumis à contribution et par des cotisations supplémentaires individuelles, et depuis début 2015 par des cotisations supplémentaires individuelles aux caisses-maladie à un taux dépendant du revenu, de même que par la subvention fédérale financée par les impôts. Celle-ci s'élevait en 2015 à 11,5 milliards d'euros, c'est-à-dire environ 6 % des dépenses de la GKV. Le fonds de santé comprend comme nouvel élément central une compensation selon la structure des risques basée sur la morbidité. Par cette compensation, chaque caisse-maladie reçoit du fonds de santé un montant standardisé par assuré, corrigé par un supplément ou une réduction, qui se calcule selon l'âge, le sexe et le risque de morbidité des assurés (basé sur 80 maladies chroniques coûteuses ou graves). Si les moyens du fonds ne suffisent pas pour qu'une caisse puisse financer ses dépenses, celle-ci doit prélever des cotisations supplémentaires de ses membres. Par contre, un excédent doit être remboursé par la caisse aux assurés sous forme de remboursement de cotisations ou d'amélioration des prestations. Entre les caisses règne une concurrence régulée, grâce à la



détermination du taux de cotisation supplémentaire. Les caisses-maladie ont une obligation de contracter avec les médecins conventionnés et les hôpitaux. Depuis 2007, il y a de plus des tarifs à choix, permettant aux assurés de verser des cotisations différentes par exemple au moyen d'une franchise ou de divers modèles de soins (p. ex. modèle du médecin de famille ou celui des soins intégrés). En outre, les caisses-maladie peuvent choisir de conclure des contrats avec des cabinets de médecins pour des modèles de soins spécialisés. Une participation aux coûts est demandée aux assurés pour certaines prestations comme les médicaments, les prothèses dentaires ou les soins à domicile.

Le système sanitaire allemand est marqué par un fort corporatisme (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012c). La principale responsabilité en matière de pilotage (y c. des coûts) du système sanitaire a été transférée aux associations des caisses-maladie du régime public (association faitière [GKV-Spitzenverband]), aux médecins conventionnés (union fédérale des médecins conventionnés [Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV]), aux dentistes conventionnés (union fédérale des dentistes conventionnés [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV]) et aux hôpitaux (société allemande des hôpitaux [Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG]). L'organe de pilotage central de la santé publique autogérée est le Comité mixte fédéral (Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA), auquel appartiennent les associations faitières des partenaires tarifaires, un président indépendant, deux autres membres indépendants et des représentants des patients sans droit de vote. Le G-BA précise quelles prestations stationnaires et ambulatoires sont suffisantes, appropriées et économiques (§ 92, livre V, du code social [Sozialgesetzbuch, SGB]). La tâche essentielle du G-BA consiste à fixer le catalogue des prestations de la GKV en édictant des directives et donc à assurer et développer les soins de santé (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012e et Gerlinger 2012). Ainsi, les méthodes de traitement et de diagnostic de même que les médicaments sont régulièrement testés quant à leur utilité et leur caractère économique. De plus, en édictant des directives pour les méthodes de traitement et de diagnostic, le G-BA veille à l'assurance qualité. Le tarif des médecins conventionnés, soit l'échelle uniforme d'évaluation (einheitliche Bewertungsmaßstab, EBM), est aussi négocié au sein du G-BA entre l'union fédérale des médecins conventionnés (KBV), l'union fédérale des dentistes conventionnés (KZBV) et l'association faitière des caisses-maladie (GKV-Spitzenverband). En outre, des contrats-cadres fédéraux sont conclus au G-BA pour l'indemnisation des prestataires. Les directives décidées par le G-BA doivent être soumises au ministère de la Santé (Bundesministerium für Gesundheit), qui peut les contester dans un délai de trois mois. Si aucune directive n'est décidée ou élaborée dans les délais, le ministère de la Santé peut l'édicter lui-même (par substitution ou compétence subsidiaire). Une autre particularité du secteur ambulatoire réside dans le fait que les médecins des associations des médecins conventionnés, c'est-à-dire les médecins sous contrat avec les assureurs-maladie, ont le mandat légal de garantir les soins de santé. De ce fait, la planification des besoins relève de la compétence des associations des médecins conventionnés et des associations des caisses-maladie des Länder. Les associations des médecins conventionnés sont de plus compétentes pour admettre les médecins qui pourront facturer leurs prestations dans le cadre du régime public (GKV). Dans le secteur stationnaire, ce sont par contre les Länder qui ont la mission de fournir les soins et qui sont compétents pour la planification des besoins et l'admission des hôpitaux (cf. Gerlinger et Schönwälder 2012b). De plus, les Länder ont aussi une responsabilité en matière de financement, car ils sont responsables du financement des investissements hospitaliers.

## Encadré 2: aperçu du système sanitaire néerlandais

Le système néerlandais se base fortement, avec le Health Insurance Act de 2006, sur un modèle de concurrence régulée. Il existe depuis 2006 une assurance de base uniforme et obligatoire avec libre choix de l'assurance et compensation des risques. Les assurances-maladie – des entreprises privées qui ne poursuivent souvent pas de but lucratif – sont en concurrence pour obtenir des assurés. Le système sanitaire est financé pour moitié par des primes uniques, spécifiques aux caisses-maladie, et pour l'autre moitié par des cotisations aux assurances sociales dépendant des revenus. Le financement des primes des jeunes est pris en charge par l'État, et les ménages à bas revenus sont aidés grâce à des allocations individuelles d'assurance-maladie. Les cotisations aux assurances sociales sont prélevées par l'administration fiscale et transmises au fonds de santé néerlandais, qui paie les montants ajustés en fonction des risques aux assurances-maladie. Les primes uniques sont payées par les ménages directement aux assurances-maladie, souvent (pour les 65 %) un contrat d'assurance moins cher est négocié entre l'employeur et les assurances. Le gouvernement néerlandais, à savoir le ministère de la santé, assume le rôle de régulateur. Il détermine par exemple le catalogue des prestations obligatoires et fixe le niveau de la participation privée aux coûts. Il existe une autonomie tarifaire avec des groupes d'intérêt politiquement bien organisés. Les prestataires se trouvent dans une situation de concurrence, renforcée par des formes d'indemnisation comme la version néerlandaise des DRG (Diagnosis Related Groups, base combinée de diagnostics et de traitement) pour le secteur stationnaire et le secteur des spécialistes, par la liberté étendue de négociation avec la possibilité de conclure des contrats sélectifs entre les assurances et les prestataires (hôpitaux, spécialistes, et certains domaines de l'indemnisation du médecin de famille). Les spécialistes sont soit des employés de l'hôpital ou des indépendants, qui paient à l'hôpital des indemnités pour utiliser l'infrastructure. Dans le secteur ambulatoire de l'assurance de base, les médecins de famille assument un rôle important de porte d'accès au système de santé (gatekeeper). Pour eux, il y a i) une combinaison entre une indemnité fixe dépendant du groupe de patients (capitation fee) et une indemnité à la prestation (ensemble environ 80 % des prestations avec obligation de contracter), ii) une indemnité forfaitaire dans le secteur des soins intégrés et iii) une composante dite pay for performance (c.-à-d. moduler les tarifs en fonction de critères de qualité). Ces deux dernières parties représentent 20 % des prestations et peuvent être négociées entre les médecins de famille et les assurances (sélectivement). La participation aux coûts, qui a augmenté ces dernières années, s'élève à près de 400 euros, dont sont exclues les prestations pour la maternité, les prestations du médecin de famille de même que les prestations pour les personnes de moins de 18 ans. Les ménages peuvent choisir une participation aux coûts plus élevée, et il y a un grand marché d'assurances complémentaires (90 % au moins des assurés ont une assurance complémentaire).<sup>28</sup>

28 Cf. Thewissen et al. (2015) et European Observatory on Health Systems and Policies (Kroneman et al. 2016) pour une description succincte du système, et Okma et Crivelli (2013) pour une comparaison des systèmes sanitaires de la Suisse et des Pays-Bas.

### **Encadré 3: mise en œuvre des plafonds allemands, sanctions, exceptions et compétence subsidiaire**

**Secteur ambulatoire:** L'autogestion commune exercée par les médecins et les caisses-maladie dans le secteur ambulatoire de l'assurance-maladie obligatoire (GKV) trouve sa base légale dans le § 72, al. 1, SGB V, selon lequel les médecins et les caisses-maladie doivent collaborer pour assurer les soins médicaux pris en charge par le régime public. Les soins ambulatoires et donc les budgets globaux sont réglementés contractuellement sur trois niveaux: au niveau fédéral sont fixées les conditions-cadres (tarifs et catalogue des prestations); au niveau des Länder, le budget global pour tous les médecins libéraux (rémunération globale basée sur la morbidité) est négocié et défini par l'association des médecins conventionnés et l'association des caisses-maladie du Land concerné; au troisième niveau, l'association des médecins conventionnés répartit le budget global entre les médecins sous forme de budgets globaux fixes (volume de prestations admises).

**Accord au niveau fédéral:** Au niveau fédéral, les associations faïtières des médecins et des caisses-maladie veillent au sein du G-BA à garantir une norme uniforme pour les soins ambulatoires dans toute la République fédérale (cf. Gerlinger et Burkardt 2012c). De plus, les membres du G-BA concluent un contrat-cadre fédéral, qui fixe les conditions financières et matérielles pour les soins médicaux ambulatoires. Ils déterminent ainsi dans l'ensemble le standard de qualité pour les traitements, le catalogue des prestations et les tarifs pour les traitements ambulatoires, c'est-à-dire l'échelle uniforme d'évaluation (einheitliche Bewertungsmaßstab, EBM), qui constitue le cadre pour les négociations au niveau des Länder (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012a). Depuis 2008, une nouvelle EBM est en vigueur, selon laquelle les prestations médicales doivent en principe être indemnisées sur la base de forfaits. Des exceptions sont cependant prévues, par exemple pour des prestations particulières qui doivent être encouragées et qui peuvent être remboursées à l'unité. Le G-BA donne une valeur fédérale de référence pour la rémunération d'un point EBM en euro en vue des négociations entre les associations de médecins conventionnés et les associations de caisses-maladie des Länder. Sur la base de la valeur de référence, les partenaires tarifaires au niveau du Land peuvent convenir de suppléments ou de réductions spécifiques au Land, pour tenir compte des particularités régionales en matière de coûts et de structure de soins (cf. KBV-Fortbildungsheft 2012, no 6).

**Accord au niveau du Land:** Dans un premier temps, l'association des médecins conventionnés et celle des caisses-maladie du Land conviennent, au sein d'un comité, du budget global du secteur ambulatoire au niveau du Land, soit la rémunération globale basée sur la morbidité (morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, MGV). Ce budget global est fixé dans le cadre d'un contrat général (cf. KBV Fortbildungsheft 2012, no 6). Le contrat-cadre fédéral fait automatiquement partie du contrat général au niveau du Land. Conformément au §71, al. 1, SGB V, les parties au contrat doivent, lors de la négociation du budget global, respecter le principe de la stabilité du taux de contribution, sauf si les soins médicalement requis ne sont pas garantis même après épuisement des réserves de rentabilité. Des exceptions sont notamment prévues pour les examens préventifs et de dépistage ainsi que les traitements structurés de maladies chroniques. En outre, des limitations à ce principe sont prévues pour certaines prestations du secteur ambulatoire (cf. ch. 4.1). En raison du changement de la structure de morbidité, le principe de la stabilité du taux de contribution peut ne pas être observé dans le cadre de la rémunération globale basée sur la morbidité (cf. Peters 2017, p. 92f.). En effet, le risque de morbidité ne devrait être supporté que par les caisses-maladie. Ainsi, le principe de la stabilité du taux de contribution n'est pas suivi qu'en ce qui concerne le volume de prestations médicalement nécessaire. Cependant, les tarifs sont fixés conformément à ce principe. D'un

point de vue économique, cette réglementation est efficace, car une augmentation des dépenses due à une hausse de la charge des maladies (démographie, morbidité) et à un «réel» progrès médical doit être assumée par les caisses-maladie et par les assurés, alors que celle résultant d'inefficiences, comme la demande induite par l'offre, devrait être supportée par le corps médical (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012b). Concrètement, la rémunération globale basée sur la morbidité, qui est en vigueur depuis 2009, est déterminée sur la base du besoin de traitement des patients, qui se fonde sur le volume de l'année précédente, sur le tarif EBM régional ajusté, et sur le nombre et la structure de morbidité des assurés (cf. Blankart et Busse 2017).

**Répartition du budget au niveau du fournisseur de prestations:** Après la négociation du budget global, l'association des médecins conventionnés est tenue de répartir le budget global entre les médecins conventionnés, selon la clé de répartition qu'elle a négociée avec l'association des caisses-maladie du Land, et selon certains critères légaux (cf. Gerlinger et Burkhardt 2012a). Il faut établir un budget séparé pour les médecins de famille et pour les spécialistes. Chaque médecin conventionné se voit attribuer de manière prospective par trimestre un budget global fixe, le «volume de prestations admises», sur la base du besoin de traitement des patients (cf. Blankart et Busse 2017, de même que Gerlinger et Burkhardt 2012a). Le volume de prestations admises est calculé selon la rémunération spécifique au groupe de médecins pour un cas (valeur du cas), et le nombre de cas sur la base du trimestre précédent et du facteur de pondération lié à la morbidité (âge).

**Mécanisme de sanctions:** Si un médecin dépasse 150 % de la moyenne du volume de prestations admises spécifique au groupe de médecins, le service médical de la caisse-maladie mène un examen de rentabilité auprès du médecin en question. Sur la base de cet examen, il est ensuite décidé si le médecin est sanctionné sous forme d'une décote des valeurs de point EBM par paliers dégressifs. Outre les exceptions convenues par l'association des caisses-maladie du Land et l'association des médecins conventionnés dans le cadre de la rémunération globale basée sur la morbidité, des exceptions sont prévues par la loi pour le volume des prestations admises. Ainsi, il n'existe pas de plafond dans les régions sous-médicalisées, ni en cas de dépassement du volume des prestations admises dû à des transferts d'un traitement stationnaire à un traitement ambulatoire.

**Secteur stationnaire:** Dans le secteur stationnaire, le principe de la stabilité du taux de contribution est également appliqué sur trois niveaux.

**Accord au niveau fédéral:** Dans le cadre du régime de rémunération des forfaits par cas liés au diagnostic, l'association faitière des caisses-maladie et la société des hôpitaux allemands négocient au niveau fédéral la valeur du cas de base fédéral, le catalogue des forfaits par cas et les rapports d'évaluation entre les prestations (cf. § 9, al. 1, KHEntG). De plus, des indemnités supplémentaires sont convenues pour certaines prestations. Depuis 2010, la valeur du cas de base fédéral ne varie plus seulement en fonction de la somme des salaires de base (cf. Gerlinger 2012c). Selon la loi, la variation de la valeur du cas de base fédéral doit être comprise dans un intervalle entre le taux de variation des frais de personnel et de matériel du secteur hospitalier (valeur de référence) et le taux de variation de la somme des salaires de base. Si la valeur de référence est plus faible que le taux de variation de la somme des salaires de base, il n'y a pas de négociations et la valeur de la variation du cas de base fédéral est calquée sur le taux de variation de la somme des salaires de base (cf. Blankart et Busse 2017). La valeur du cas de base fédéral sert de valeur de référence lors des négociations concernant les valeurs du cas de base du Land

et celles-ci devraient être comprises dans un intervalle entre + 2,5 % et - 1,25 % de la valeur du cas de base fédéral.

**Accord au niveau du Land:** Les associations des caisses-maladie et les sociétés des hôpitaux négocient au niveau du Land au sein d'un comité le montant et la variation de la valeur du cas de base du Land valable pour tous les hôpitaux de ce Land (cf. § 10, al.1, KHEntG). La variation de la valeur du cas de base du Land ne peut en principe pas dépasser celle de la valeur du cas de base fédéral; des exceptions sont autorisées pour des raisons techniques, des corrections d'estimations erronées de la valeur du cas de base du Land, ou encore des hausses temporaires (cf. § 10, al. 4, KHEntG). Depuis 2016, la variation de la valeur du cas de base du Land peut être relevée d'un certain montant si les salaires tarifaires des hôpitaux augmentent plus fortement que la valeur du cas de base.

**Accord au niveau des hôpitaux:** À l'opposé du secteur ambulatoire, aucun budget global n'est élaboré pour l'ensemble du secteur stationnaire, mais les caisses-maladie et les prestataires négocient les budgets globaux au niveau des hôpitaux (cf. Blankart et Busse 2017). Sur la base des rapports d'évaluation (uniformes sur le plan fédéral) entre les forfaits par cas pour différentes prestations, des indemnités supplémentaires pour certaines prestations et de la valeur du cas de base du Land, ils négocient un volume de prestations à fournir (mélange de cas), duquel résulte l'essentiel du budget global pour les hôpitaux (environ 82 %), le budget des recettes (cf. §4 KHEntG). Au surplus, un budget est convenu sur une base légale pour les prestations individuelles des hôpitaux (montant des recettes), qui regroupe par exemple des suppléments de sécurité pour des régions sous-médicalisées ou des indemnités supplémentaires pour des prestations particulières devant être encouragées, qui complètent le budget global.

**Mécanisme de sanctions:** Pour compenser les écarts par rapport au budget global convenu, les hôpitaux doivent rembourser à la GKV l'année suivante 65 % d'un dépassement budgétaire; en cas de sous-utilisation, ils obtiennent un remboursement de 25 % (cf. Blankart et Busse 2017). De plus, il existe des sanctions en cas d'extension des prestations au-delà de l'étendue convenue. Depuis 2017, un durcissement des sanctions a été introduit: les surplus de prestations doivent en principe être assortis d'une décote équivalant au montant des coûts fixes durant les trois années suivantes, la dégressivité des coûts fixes (§ 10, al. 13, KHEntG). Le montant de la décote est convenu au niveau du Land. Cette sanction ne s'applique pas à certaines prestations telles que les transplantations. Pour d'autres, une décote à hauteur de 50 % est prévue.

**Instance d'arbitrage en cas de divergences:** Si aucun accord n'est trouvé entre les partenaires tarifaires au niveau fédéral ou du Land (dans le secteur ambulatoire ou stationnaire), une instance d'arbitrage a la compétence subsidiaire de déterminer le contenu des contrats dans un délai de trois mois. Une décision de l'instance d'arbitrage est prononcée à la majorité simple des membres de la cour d'arbitrage. Qu'ils soient mis au point par les partenaires tarifaires ou par la cour arbitrale, les contrats doivent être soumis à une autorité de surveillance (le ministère de la Santé fédéral ou du Land) pour un examen légal (cf. KBV-Fortbildungsheft 2012, no 6). L'autorité de surveillance peut contester les contrats, par exemple concernant les budgets globaux, dans un délai de deux mois s'ils contreviennent à une loi. Le cas se présente par exemple si l'autorité constate une infraction contre le principe de la stabilité du taux de contribution. Les partenaires tarifaires peuvent recourir auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale aussi bien contre la décision de l'autorité de surveillance que contre celle de l'instance d'arbitrage. En cas de contestation de l'autorité de surveillance, les partenaires tarifaires devront négocier à nouveau. Dans le secteur stationnaire, il existe également des instances d'arbitrage aux niveaux fédéral et

### Box 3

des Länder, qui sont constituées de représentants des partenaires tarifaires et de membres indépendants (cf. § 18a KHG). Elles disposent d'une compétence subsidiaire, ou d'un droit d'exécution par substitution en l'absence d'accord entre les partenaires tarifaires.

# Documents de travail de l’AFF

## Nouvelle série

(ISSN 1660-8240 bzw. -7937 (Internet))

- Nr. 21: Brändle, T., Colombier, C. (2017) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045
- Nr. 20: Brändle, T., Colombier, C. (2015) What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012
- Nr. 19: Colombier, C. (2012) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060.
- Nr. 18: Bruchez, P.-A., Schlaffer, B. (2012) Endettement public excessif: mieux vaut prévenir que guérir
- Nr. 17: Geier, A. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 2: Eine empirische Untersuchung für die Schweiz.
- Nr. 16: Colombier, C. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 1: Eine Betrachtung aus theoretischer Sicht.
- Nr. 15: Geier, A. (2011) The debt brake – the Swiss fiscal rule at the federal level.
- Nr. 14: Geier, A. (2010), Ökonomische Blasen: thematische Übersicht und gegenwärtige Lage in der Schweiz.
- Nr. 13: Zeller, R., Geier, A. (2010), Auswirkung eines inflationsbedingten Zinsanstiegs auf die Altersvorsorge – Überlegungen im Zusammenhang mit der aktuellen Finanzkrise.
- Nr. 12: Bruchez, P.A (2010), Quatre questions concernant la conception des subventions – Privé versus public, libre choix, politique de l’arrosoir, subventionner les bénéficiaires ou les institutions?
- Nr. 11: Bruchez, P.A., Colombier, C., Geier, A., Schlaffer, B. et A. Rey (2009), Politique conjoncturelle de la Confédération.
- Nr. 10: Colombier, C. und W. Weber (2008), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050.
- Nr. 9: Bruchez, P.A., Colombier, C. und W. Weber (2005), Bundeshaushalt und Inflation.
- Nr. 8: Bruchez, P.A. et Ch. Schaltegger (2005), International Tax Competition and Trends in Tax Policy: Some Implications for Switzerland.
- Nr. 7: Bruchez, P.A. et D.S Gerber (2004), Sensibilité du 2<sup>ème</sup> pilier aux chocs inflationnistes – Une discussion qualitative.
- Nr. 6: Fischer, R. (2004), Die Unterschiede in der Steuerbelastung der Kantone – Eine Analyse auf der Basis eines mikroökonomischen Haushaltsmodells.
- Nr. 5: Geier, A. (2004), Application of the Swiss Fiscal Rule to Artificial Data.
- Nr. 4: Colombier, C. (2004), Government and Growth.
- Nr. 3: Bruchez, P.A., Gisiger, M. et W. Weber (2004), Die Schweizer Finanzmarktinfrastruktur und die Rolle des Staates.
- Nr. 2: Colombier, C. (2004), Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec, überarbeitete Version. (ursprüngliche Version: Nr. 1/2003)
- Nr. 1: Weber, W. (2004), Der «Index of Deflation Vulnerability» des IWF – Eine Analyse für die Schweiz.

### **Vieille série**

Nr. 7/2003: Bodmer, F., Eine Analyse der Einnahmenschwankungen.

Nr. 6/2003: Bodmer, F. et A. Geier, Estimates for the Structural Deficit in Switzerland 2002 to 2007.

Nr. 5/2003: Colombier, C., Der Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Schweizer Bundeseinnahmen.

Nr. 4/2003: Bruchez, P. A., Will the Swiss fiscal rule lead to stabilisation of the public debt?

Nr. 3/2003: Bruchez, P. A., A modification of the HP Filter aiming at reducing the end point bias.

Nr. 2/2003: Bruchez, P. A., Réexamen du calcul du coefficient k.

Nr. 1/2003: Colombier, C., Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec. (überarbeitete Version: Nr. 2, neue Reihe)

Nr. 3/2002: Colombier, C., Der «Elchtest» für den Sondersatz der Mehrwertsteuer in der Hotellerie.





