

## LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ EN ESPAGNE

CARLOS MURILLO\* ET BEATRIZ GONZÁLEZ\*\*

**L**e système de soins maladie en Espagne a sur la période récente évolué vers un modèle qui garantit une couverture universelle à toute la population ; ce système est essentiellement financé par le biais de la fiscalité et par des prestations qui sont également de caractère public.

La convergence vers ce type de modèle est le résultat d'un processus progressif qui débute lors de l'approbation de la Loi Générale sur la Santé de 1986 et qui évolue parallèlement au développement du statut des régions autonomes, tout en étant inscrit dans la constitution. Les projets de défense et d'impulsion des transferts de compétences de l'autorité centrale de l'Etat vers celle des 17 communautés autonomes se voit concrétisé, dans le cas de la santé publique, par la création des services régionaux de santé, lesquels sont les organes autonomes chargés du déploiement et du contrôle de la santé au sein des communautés ayant compétence en matière de politique de santé.

347

### *Les antécédents*

Les cinquante dernières années de l'histoire de la santé publique en Espagne permettent de découvrir l'existence successive de modèles sanitaires et de politiques de santé sensiblement différentes. La définition d'un modèle sanitaire dans la lignée du service national de santé britannique, représente un tournant significatif dans la politique de santé des quinze dernières années. Auparavant, la protection de la santé en Espagne se fondait sur le modèle de Bismarck, pour lequel la sécurité sociale couvre les soins maladie de la population salariée, ainsi que ceux de ses ayants-droit. Ce modèle comportait un grand nombre de régimes spéciaux et d'organismes chargés de la gestion et des prestations de santé publics au sein du système d'assurance sociale ; cette prolifération était due à l'extension chronologique du droit à l'assistance dont bénéficiaient les différentes organisations collectives : régime spécial agricole, minier, des forces

\* Université Pompeu Fabra de Barcelone, Espagne

\*\* Université de Las Palmas, Grande Canarie, Espagne

armées, etc. Avec le temps, tous ces régimes ont été progressivement intégrés dans le régime général de la sécurité sociale.

Les événements les plus saillants de cette époque ont été décrits<sup>1,2,3,4</sup> avec une importante profusion de détails. On peut distinguer au moins quatre étapes distinctes. La première d'entre elles, couvre la période allant du début des années 40 jusqu'à 1963, date à laquelle la Loi sur les Fondements de la Sécurité Sociale a été promulguée. La deuxième étape couvre jusqu'à la fin de la décennie suivante durant laquelle se réorganise toute la gestion du système. La troisième se prolonge jusqu'à l'approbation de la Loi Générale sur la Santé de 1986, par le Gouvernement socialiste déjà au pouvoir et, la quatrième étape comporte tout le développement de la législation ci-dessus mentionnée.

L'Assurance Maladie Obligatoire (Seguro Obligatorio de Enfermedad : SOE) a été créée en 1942 pour garantir la couverture des prestations maladie et des avantages sociaux des employés de l'industrie et du commerce, ainsi que de leurs ayants-droit. Il s'agit d'un système du type assurance sociale obligatoire géré par un institut à l'échelle nationale, l'Institut National de Prévision (INP). La nature publique de ces deux entités est complétée par un important réseau d'assistance privée, un arrangement entre prestataires privés et responsables publics du financement. Finalement, il existe également un système d'assurance complémentaire qui est contrôlé par les autorités locales. Les recettes du système proviennent de cotisations des employés et des employeurs. Ces cotisations servent à financer les coûts des prestations maladie et à couvrir les cas particuliers d'invalidité, chômage, retraite et prestations pour cause de décès.

Le système d'assurance obligatoire lié à la capacité productive des citoyens s'est progressivement étendu à d'autres secteurs économiques durant les deux décennies suivantes. En 1963, la Loi sur les Fondements de la Sécurité Sociale a été promulguée. Elle sert de cadre de référence globale à un système qui atteint déjà une dimension majoritaire dans la gestion des prestations de santé. Ce processus de consolidation du système de sécurité sociale en Espagne fait ressortir deux événements majeurs. Le premier a trait à la participation partagée des différents secteurs de l'administration. Quelques ministères sans compétence directe en

1. Freire, J.M. Health Care Reforms in Spain : an overview. *Health Care Reforms in Europe*. Madrid. 1992.

2. Elola, F.J. Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España. *Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social*. 1991.

3. Coll, P. : *La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy : variaciones y causas*. Información Comercial Española ; n° 681 : 75-87. 1990.

4. Artundo, C. et al. Reformas de los sistemas sanitarios en Europa. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid. 1993.

matière de santé, tels que l'Education, l'Armée et la Justice, gèrent leurs propres infrastructures pour prêter assistance à leurs fonctionnaires. En deuxième lieu, les investissements en équipement visent essentiellement la construction de grands complexes hospitaliers, appelés Résidences Générales, lesquelles grèvent lourdement les coûts hospitaliers.

Vers la fin des années 70, un changement intervient dans l'organigramme de gestion du système. En 1978, on procède en effet à une séparation entre les organismes chargés de la gestion des prestations sociales et de santé de la caisse générale du système. D'une part, on procède à la création de la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale et de l'autre, on fait une distinction entre l'Organisme de Gestion de l'Assurance Maladie (INSALUD, l'équivalent de la CPAM en France), l'Organisme pour la Gestion des Prestations d'Invalidité et Chômage (INSS) et l'Organisme chargé de la Gestion des Prestations Sociales (INSERSO). A côté de ces trois organismes, existent également l'Institut Social de la Marine et la Mutuelle Patronale des Accidents du Travail, qui ont des finalités spécifiques liées à leur propre dénomination.

Le système de financement fondé sur les cotisations comporte dans tous les cas une répartition de la charge financière entre employeurs et salariés. Les salariés subissent une retenue à la source qui est proportionnelle au montant de leurs revenus. Cette cotisation leur garantit, en contrepartie, l'accès aux prestations de l'assurance maladie publique, en plus d'une large gamme de prestations sociales qui couvrent les situations de chômage, retraite, invalidité et décès. A ce régime de couverture générale viennent adhérer en 1984 les travailleurs indépendants et, plus tard, les non salariés et la population inactive en général.

A la suite de l'approbation au Parlement de la Loi Générale sur la Santé (LGS) en 1986, le système d'assurance maladie a connu un profond bouleversement. La LGS offre un cadre spécifique pour le développement d'un système d'assurance maladie fondé sur la notion des systèmes nationaux de santé, bien qu'ayant quelques caractéristiques spécifiques. La LGS, fondée sur le principe constitutionnel qui garantit le droit universel aux prestations maladie indépendamment de la condition et de la capacité des citoyens, dynamise le processus d'élargissement de la couverture d'assistance sociale. En quelques années, l'objectif d'universalisation des prestations de santé a été atteint, au delà des considérations à l'égard de la situation particulière des individus sur le marché du travail. Le pourcentage de la population couverte augmente d'environ dix points (de 89,6 % en 1983 à 99 % en 1990) et ceci sur une période qui ne dépasse pas huit ans.

Sous l'angle du financement du système sanitaire, la LGS donne la possibilité de subvenir aux frais maladie selon les différentes combinai-

sons de sources de revenus. Outre les cotisations sociales d'employeurs et salariés, comme dans le système de sécurité sociale, il est possible d'exploiter une voie de financement plus importante par le biais des transferts de l'Etat, les taxes pour la prestation de certains services et les contributions des administrations locales, les contributions des administrations des régions autonomes et les associations locales.

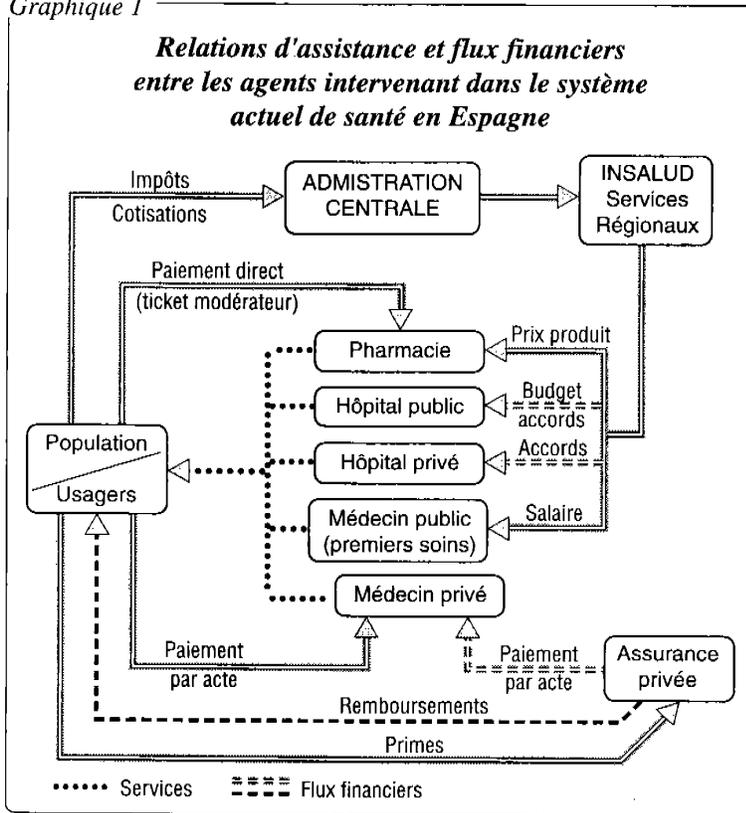
Il est d'autres caractéristiques du modèle de santé espagnol qui méritent d'être soulignées. Premièrement, le système national fait cohabiter plusieurs modèles de fonctionnement : celui qui correspond aux compétences de l'administration centrale et ceux qui deviennent du ressort des communautés autonomes en vertu du développement de leur statut. C'est ainsi que sont créés des services régionaux de santé dans chacune des régions qui progressivement assument des compétences dans le domaine de la santé : Catalogne (Juillet 1981), Andalousie (Février 1984), Pays Basque (Novembre 1987), Région de Valence (Novembre 1987), Gallice (Décembre 1990), Navarre (Décembre 1990) et Iles Canaries (Février 1994). Les critères de répartition des fonds pour financer ces services transférés à partir de l'administration centrale vers les administrations régionales se fondent essentiellement sur des éléments ayant trait à la dimension des populations, c'est à dire de portée de la couverture.

350

Une autre caractéristique à souligner est le changement de modèle primaire des prestations. On a progressivement substitué à l'ancien réseau de dispensaires des centres de soins, dans lesquels on effectue des soins à caractère préventif et des prestations extra-hospitalières. Face au travail isolé des professionnels du modèle traditionnel de prestations primaires, on crée des équipes de prestations primaires qui prennent en charge les prestations complètes, préventives et d'assistance médicale à l'attention des patients de leur zone. Cette réforme a introduit de fortes augmentations de rétribution des professionnels des prestations primaires afin d'encourager ce type de services médicaux au lieu des prestations hospitalières. Par ailleurs, un autre changement organisationnel est intervenu, lié à un transfert d'un modèle de rémunération strictement personnel vers un autre de type salarial.

Le tissu complexe de relations et de flux entre les agents qui interviennent de manière différente dans le système de santé espagnol à l'heure actuelle a été schématisé dans le Graphique 1. Dans l'ensemble des relations représentées, on remarque quelques caractéristiques propres à notre système de santé. En premier lieu, les flux économiques qui fournissent des sources financières à des entités offrant des prestations de santé diffèrent en quantité et en nature. Outre le fait que cet aspect soit abordé plus en détail dans la prochaine section, il est intéressant de signaler maintenant qu'en plus des montants établis dans les budgets annuels

Graphique 1



351

correspondants de l'INSALUD et des services régionaux, l'administration centrale est censée résorber un déficit historique et établir des procédures extraordinaires pour le supprimer. En deuxième lieu, parallèlement aux prestations publiques maladie, il existe des prestations privées. Ce type de prestations s'effectuent directement par l'accès à des consultations, centres de diagnostic et thérapeutiques et à des installations hospitalières privées, moyennant paiement provenant de la poche du patient en contrepartie des honoraires facturés par des professionnels dans le libre exercice de leur profession et par les centres et services qui facturent selon les critères du marché.

L'accès au réseau d'assistance privée est couvert de manière volontaire par l'établissement de contrats d'assurance maladie. Ce type d'opérations concerne environ un peu moins d'un cinquième de la population, bien que la proportion des assurances volontaires varie significativement selon

Tableau 1 : *Volume des primes (en millions de Ptas)  
et nombre d'assurés aux assurances d'assistance médicale  
et assurances de remboursement de paiements*

Années	Assistance Primes	Sanitaire Assurés	Remboursement de Primes	Paiements Assurés
1972	4 756,51	—	220,54	—
1973	5 282,47	—	231,37	—
1974	6 224,34	—	245,22	—
1975	7 477,11	—	272,54	—
1976	9 857,62	—	299,08	—
1977	14 266,82	—	420,02	—
1978	17 596,45	—	544,12	—
1979	22 938,89	—	580,04	—
1980	27 489,02	—	649,74	—
1981	33 799,53	4 520 216	744,29	543 509
1982	39 629,01	4 563 219	956,06	587 538
1983	47 000,68	5 177 408	1 071,09	637 121
1984	52 040,35	4 817 388	1 194,69	584 642
1985	58 450,47	4 538 430	1 366,76	552 206
1986	71 544,88	4 210 847	1 743,31	507 221
1987	81 749,49	4 543 381	2 327,46	349 274
1988	93 049,29	4 833 283	3 308,17	441 313
1989	109 057,47	5 278 984	4 380,83	546 543
1990	128 281,11	5 419 516	5 528,39	633 451
1991	170 075,01	5 488 638	9 033,47	—
1992	203 968,41	5 572 812	12 031,75	—
<i>Taux de Variation Moyenne Annuelle Cumulée</i>				
1972-82	23,62	—	15,80	—
1982-92	17,80	—	28,82	—
1971-92	20,67	—	22,14	—

les régions et types de famille<sup>5,6</sup>. Dans l'assurance maladie en Espagne, on observe une modalité différente de celle qui est très répandue dans les autres pays occidentaux (Tableau 1). L'existence d'une longue tradition d'assurance promue par l'initiative de différents types d'associations (professionnels de la santé, syndicats d'artisans, producteurs, etc..) a créé les conditions favorables pour le développement de l'assurance d'assistance de santé. Il s'agit d'une assurance volontaire par laquelle les assurés payent une prime périodique, laquelle leur garantit des prestations maladie. Les prestations sont fournies par des professionnels et par des centres et services qui figurent dans une liste fermée qui se renouvelle périodiquement. L'assuré choisit librement dans cette liste le médecin ou le service qui lui convient, n'étant limité que par les possibilités offertes par cette liste. La Loi Générale sur la Santé établit le caractère complémentaire de l'offre des prestations maladie publiques et privées. Ce principe se traduit dans la pratique par l'existence d'accords selon lesquels les centres privés reçoivent des patients envoyés par le système public, lequel prend en charge la facture à des prix et conditions générales agréés dans ces accords. Ce type de pratique est beaucoup plus fréquent dans le secteur hospitalier que dans les dispensaires et sa portée varie significativement selon les régions.

Outre l'assurance des prestations maladie précitée, il existe des compagnies qui proposent l'assurance classique de remboursement des frais. Moyennant cette opération, l'assuré paie également une prime périodique, ainsi que les prestations médicales qu'il sollicite et par la suite est remboursé dans une certaine proportion des frais encourus. Les conditions et le montant de la partie remboursée sont établis dans le contrat d'assurance qui, finalement, implique une intermédiation financière de la part de l'organisme assurant le risque.

353

### *L'Ampleur des dépenses*

La réflexion sur les différentes possibilités de financement de l'enveloppe sanitaire est étroitement liée à l'ampleur des dépenses de santé. Par conséquent, il convient de situer exactement quel est le montant des dépenses sanitaires globales et, plus particulièrement, d'évaluer quelle est la proportion de ces dépenses qui est financée par le Trésor Public et laquelle est financée sur fonds privés. En Espagne, les dépenses de santé

5. Murillo, C. y González, Y.: *Health Insurance in Spain*. XXXV International Conference. Applied Econometrics Association. Econometrics and Social Security. Costa Rica. 1992.

6. González, Y.: *Análisis de la Demanda de Seguro Sanitario Privado*. Cuadernos de la Fundación MAPFRE, n° 23. 1994.

se montent<sup>7,8</sup> à 4000 milliards de Ptas (soit, environ 30 milliards de dollars), ce qui représente environ 7 % du PIB. Ce coût est financé à 77 % par le secteur public, et la différence, par le secteur privé.

La santé, en tant que secteur économique, embrasse un ensemble d'activités productives qui doivent être évaluées en termes d'importance relative et absolue par rapport au secteur des services en général. On remarque, par ailleurs, la faiblesse toute particulière du secteur de santé en tant que moteur de croissance économique. Des études réalisées selon l'information fournie par les tableaux d'entrées et sorties<sup>9</sup> permettent d'estimer que la Valeur Ajoutée Brute (VAB) de la santé représentait en 1985, 3,5 % de l'ensemble de la VAB de l'économie espagnole. Ce chiffre se situe encore en dessous de ceux affichés par la plupart des pays européens. La production sanitaire s'adresse fondamentalement à la demande finale. Cette même source estime que le secteur de la santé destiné à la vente offre 75 % de sa production à la demande finale, alors que la totalité de la production de santé non destinée à la vente se consacre à satisfaire la demande finale.

Le secteur de santé espagnol est un secteur de production primaire finale. Il reçoit des influx intermédiaires modérés d'autres secteurs et, par ailleurs, sa production est consommée dans son propre secteur. Cette caractéristique, exprimée en termes d'effets globaux sur l'activité économique, permet d'affirmer que le secteur sanitaire reste bien évidemment à l'écart des conséquences des mouvements de croissance ou de décélération du rythme de l'économie. De même, la capacité d'entraînement, c'est à dire d'influence des effets de sa propre croissance sur d'autres secteurs, n'est pas très significative, exception faite du secteur chimique, de l'énergie et de l'alimentaire.

La traduction du volume des activités productives sanitaires en termes de dépenses mérite également une considération de type temporel. L'augmentation des dépenses sanitaires nominales a été extraordinaire. La recherche des arguments expliquant ces variations doit être, comme d'habitude, axée sur les facteurs liés aux variations des prix, à la démographie, à la forme et à l'intensité dans l'utilisation des ressources qui, à leur tour, relèvent de l'organisation propre des prestations et de leur financement<sup>10</sup>. Le Tableau 2 montre quelques chiffres qui illustrent les variations

7. *Evaluation and Analysis Commission of the National Health Services*. 1991.

8. Barea, J. : Análisis económico de los gastos públicos en sanidad. *Instituto de Estudios Fiscales*. Madrid. 1992.

9. Parellada, M. y García, G. : *La sanitat a sector econòmic. Model input-output i despesa sanitària*, en Anàlisi Econòmica de la Sanitat, G. Lopez (dir.). *Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Barcelona. 1995.

10. Murillo, C. y González, B. : *El sector sanitario en España. Situación actual y perspectivas de futuro*. Hacienda Pública Española. n° 119, 1993.

moyennes de ces dernières années. Il se dégage de cette information que les variations des dépenses répondent à des impulsions différentes tout au long de la période indiquée. Dans les années 60 et 70, les variations des prix ont poussé de manière soutenue l'accroissement des dépenses en Espagne, bien que les importantes dotations d'infrastructure et tout le processus de consolidation du réseau d'assistance hospitalière ait exigé des efforts économiques qui se traduisent par des croissances réelles spectaculaires, notamment pendant les années 60. Les années 80 enregistrent une inflexion de l'accroissement des dépenses de santé. Au milieu de cette décennie, et suite aux effets de la crise de l'énergie, des instruments de réduction des coûts de prestations de santé ont été mis en place, notamment par le biais de la budgétisation. Cette situation s'est accentuée entre 1984 et 1986. Depuis, on observe une certaine reprise, bien que le système public ait accumulé un déficit considérable qui ne sera comblé que dans la période très récente.

Tableau 2 : *Ventilation des variations du coût de la santé*

Taux de croissance ; moyenne annuelle cumulée						
Période	Nominal	Prix	Réel	Population grale;	Couverture	Utilisation Ressources
1960-74	-	-	-	-	-	-
1974-84	21,80	13,00	7,70	1,00	2,60	4,10
1984-86	10,80	8,20	2,50	0,51	1,70	0,30
1986-90	15,56	5,69	9,34	0,25	-	9,06

355

### *Structure du financement du système de santé*

Ces 30 dernières années ont connu un changement radical dans les responsabilités financières du système de santé en Espagne. Les prestations maladie fournies directement par la sécurité sociale ou bien via des accords avec des entités privées, étaient pour la plupart financées par les cotisations sociales<sup>11,12</sup>. En 1960, les cotisations représentaient 90 % du financement de cette assistance sanitaire. Cette proportion est descendue

11. *Libro Blanco de la Seguridad Social. Cuentas del Sistema de la Seguridad Social y Presupuestos Generales del Estado. 1990.*

12. *Sañfrotos, N. Estructura de la Financiación de la Asistencia Sanitaria. Universidad Menéndez y Pelayo. Sevilla. 1992.*

jusqu'à 75 % l'année précédant la LGS et, depuis 1989 elle a tendance à se stabiliser autour de 27 %. En contrepartie cela implique que l'apport de l'Etat, très minoritaire dans le régime de financement suivant le modèle de la sécurité sociale, a tendance à se situer autour de 70 % à l'heure actuelle (Tableau 3). En définitive, la nature du système de santé a connu un changement significatif lors du transfert d'une conception de l'assurance obligatoire de maladie, mentionnée plus haut, vers la référence actuelle sous forme de système national de santé (SNS). Parallèlement à cette évolution de concept sous-jacent, on observe des variations organisationnelles atteignant également les sources financières du système. A présent, on préserve la participation majoritaire de financement à partir des sources de revenus fiscaux et l'apport provenant des budgets généraux de l'Etat devient le concept le plus important en termes de poids spécifique.

Tableau 3 : *Structure du Financement des dépenses de santé (prestations santé de la sécurité sociale, pourcentages par rapport au total des dépenses)*

Années	Cotisations obligatoires	Apport de l'Etat	Autres recettes	Total
1960	90,0	2,5	7,5	100
1970	95,0	2,0	3,0	100
1975	92,0	1,0	7,0	100
1980	89,4	9,5	1,1	100
1985	75,8	21,2	3,0	100
1990	27,6	69,7	2,7	100
1994	27,1	70,3	2,6	100

356

Outre la couverture des frais de santé garantie par le réseau d'assistance publique, les usagers du système de santé doivent payer de leur poche certaines prestations médicales. La consommation de médicaments n'est garantie gratuitement que dans le cas des titulaires de pension ou des retraités. Les médicaments restants et autres produits de pharmacie subventionnés requièrent le paiement d'un ticket modérateur qui à l'heure actuelle représente 40 % du montant du produit. Récemment il y a eu une réduction du nombre de médicaments référencés subventionnés, bien que le montant des factures des officines de pharmacie augmente considérablement comme conséquence des paiements que les consommateurs réalisent pour l'achat d'autres médicaments et produits non couverts. Dans l'ensemble, les dépenses privées, c'est à dire l'ensemble des paiements

effectués par les familles et les organismes à but non lucratif, représente environ 30 % des dépenses globales de santé. Ces dépenses privées comprennent non seulement les paiements directs (pour des achats en pharmacie, consultations privées, hospitalisations et analyses pour diagnostics), mais également les paiements indirects (primes pour l'achat de polices d'assurance maladie).

Nous avons déjà préalablement évoqué l'existence d'une double modalité d'assurance maladie. Les titulaires des polices d'assurance, sous la forme d'assurance d'assistance médicale ou de remboursement de frais, paient une prime, mais ne sont pas pour autant exonérés des autres contributions au financement de la santé. Autrement dit, les détenteurs d'assurances volontaires effectuent deux paiements distincts pour la couverture des mêmes contingences. Cette double cotisation leur garantit tout simplement la possibilité de choisir entre prestations publiques et privées et, au sein de ces dernières, le choix du prestataire sur une liste prédéterminée dans le cas de l'assurance d'assistance médicale, ou bien tout à fait librement lorsqu'il s'agit de l'assurance de remboursement.

D'après les études réalisées à propos des prestations privées, le choix d'un système privé serait lié à un facteur de sélection des risques. Lorsqu'il s'agit, en effet, de prestations de santé ne relevant pas d'une extrême complexité et dont l'incertitude des résultats est réduite, les facteurs qui prévalent en faveur d'un choix pour l'assistance maladie privée sont liés à des questions de confort et de traitement plus personnalisé. Néanmoins, lorsqu'il s'agit de diagnostics et traitements de plus grande incertitude et d'efficacité plus discutable, la décision penche en faveur des prestations publiques maladie. Si l'on ajoute à cela le fait que ce type de prestations est en général beaucoup plus coûteux eu égard au degré de technologie requis, l'on parvient à la conclusion que les risques les plus onéreux sont dans les mains de prestataires publics, ce qui implique un certain déséquilibre financier compte tenu des prestations effectuées.

Il existe néanmoins un système spécial qui permet de choisir le type de prestations maladie sans frais supplémentaires. Les fonctionnaires civils de l'Etat, ceux des forces armées et de la justice ont encore un régime différencié. Ces fonctionnaires cotisent à des assurances spécifiques : MUFACE, ISFAS et MUGEJU respectivement, tout en ayant la possibilité chaque année de décider du type de couverture médicale, c'est à dire de choisir parmi les institutions publiques ou privées, qui ont passé des accords de collaboration avec lesdites assurances maladie spécifiques. 85 % de ces fonctionnaires décident d'adopter des institutions privées, fait qui, historiquement, a été interprété comme une confirmation évidente du refus du système public et de la préférence pour un système privé.

*Quelques expériences particulières*

Dans ce chapitre nous décrivons, à titre d'exemples illustratifs, quelques expériences récentes réalisées en Espagne en matière de nouveaux instruments de gestion. En premier lieu, nous abordons les «contrats-programme» dans les centres hospitaliers du système public et, par la suite, nous fournirons quelques exemples de gestion de type commercial dans les centres et services en Catalogne.

*Financement et contrats-programme : le cas du réseau d'assistance hospitalière*

Tout au long des années, on a constaté une tendance marquée à l'accroissement des dépenses des hôpitaux, au delà de ce qui avait été budgété, ce qui a impliqué des régularisations plus ou moins périodiques (1989, 1992 et 1994 pour les plus récentes). La déviation des dépenses dans la gestion directe de l'INSALUD sert de référence pour reconnaître, bien que tardivement, la partie aliquote de dette à payer aux communautés autonomes recevant des transferts de prestations maladie. Il y a de toute évidence un problème d'indiscipline financière sous-jacent dans ce laisser aller concernant la gestion des dépenses hospitalières, ce qui par ailleurs représente un facteur prédominant dans le budget public et génère des effets pervers au sein des centres sanitaires. Les règles du jeu ne sont pas claires, parce que les budgets ne sont pas crédibles. Ce degré d'incertitude à l'égard des possibilités réelles des dépenses constitue en soi un autre facteur d'inflation hospitalière. Par ailleurs, on suppose que le manque d'efficacité technique est un phénomène généralisé dans les hôpitaux publics et que si l'on maintient ou l'on augmente de très peu les budgets, les hôpitaux pourraient offrir davantage de services qui seraient également de meilleure qualité. Ce manque d'efficacité répond en grande partie à un manque d'incitations et d'instruments à la portée des gérants. On constate également que l'une des causes de l'inefficacité est le manque de concurrence réelle.

Ce sont les problèmes constatés à l'égard de l'inflation des frais hospitaliers ainsi que le diagnostic d'inefficacité technique qui ont amené à introduire certaines réformes dans les relations entre le financement public et l'hôpital. Bien que les services régionaux de santé aient en général pris en charge la planification et l'orientation directe de la gestion de leurs propres centres, les «contrats-programme» ont été choisis en tant que palliatif aux deux problèmes constatés. Tant la gestion directe de l'INSALUD, dont relevait en 1993 un peu moins de la moitié de la population espagnole, que quelques communautés autonomes (comme c'est le cas par exemple pour l'Andalousie et la Gallice) ont suivi cette voie.

D'autre part, la Catalogne devient l'intermédiaire entre le financement et l'hôpital, remplissant ainsi un rôle nouveau d'acquéreur public de services.

Dans la mesure où la séparation de fonctions est plus efficace et où l'hôpital en tant qu'institution assume ses risques, la fixation des tarifs dévient l'élément clé. Le rôle des services régionaux de santé bascule alors vers des fonctions de régulation tarifaire et, par conséquent, il s'avère nécessaire que le système d'information soit suffisamment puissant pour permettre de fixer des tarifs de prestations hospitalières couvrant exactement les frais appropriés à chaque cas traité, évitant ainsi de payer les coûts d'inefficacité. A l'heure actuelle, on avance dans ce sens. Les projets homogènes de mise en place progressive d'un système de comptabilité des coûts, les systèmes d'information hospitalière qui saisissent l'ensemble minimum élémentaire de données (CMBD : Conjunto Mínimo Básico de Datos) pour l'autorisation de sortie de chaque patient, ainsi que l'importation et l'adaptation de prototypes de segmentation de cas traités employant des critères d'homogénéité des coûts (des groupes en relation avec le diagnostic ou les catégories de gestion de patients) sont autant de progrès atteints dans la conception optimale des tarifs, bien qu'il reste encore un long chemin à parcourir.

Les contrats-programme représentent une délimitation croissante des fonctions et de distribution des risques entre le financement et le fournisseur, ce qui constitue le début d'une budgétisation globale prospective. Les solutions s'appuyant sur les contrats-programme supposent que le fait de changer le budget global rétrospectif historique par des tarifs progressivement différenciés et affinés sur la base d'une unité de paiement contribuent à mieux contrôler les coûts et à une amélioration de l'efficacité, tout en diminuant les variations de coûts non justifiées. Les communautés autonomes qui n'ont pas adopté les contrats-programme croient, en revanche, qu'un contrôle strict du planificateur sur leurs centres donnera de bons résultats.

Concernant les objectifs d'activité, ceux-ci reposent sur des indicateurs de gestion. Leurs principaux critères sont la diminution du séjour moyen hospitalier, notamment dans les hôpitaux où il est largement supérieur à la moyenne ou aux standards implicites, ainsi que l'augmentation des recettes sans pour cela procéder à des reconversions structurelles de réaffectation de lits et effectifs entre les services. De même, on favorise certaines activités qui supposent un changement de technologie de production, notamment des procédures de chirurgie ambulatoire qui étaient réalisées au moyen d'une hospitalisation (par exemple les opérations de la cataracte), ou celles qui pâtissent de longues listes d'attente.

A propos des résultats obtenus suite au changement du modèle de financement, on peut souligner<sup>13</sup> que, malgré l'optimisme exagéré démontré par les contrats - programme d'INSALUD à l'égard de l'objectif de contrôle des dépenses, on a constaté une réduction de l'«inflation hospitalière» en 1993. Cette réduction, néanmoins, a été moindre que celle obtenue en Catalogne, où il existe une séparation plus nette entre agents. D'autre part, une analyse de l'évolution de l'efficacité technique des hôpitaux généraux d'INSALUD entre 1991 et 1993 (avant et après le contrat-programme) moyennant analyse d'interrelation de données (AID), constate un accroissement significatif des niveaux d'efficacité relative. Le pourcentage d'hôpitaux inefficaces est passé de 70 % en 1991 à 50 % en 1993. Vingt et un hôpitaux analysés sur 75 ont atteint le seuil de l'efficacité en 1993 à partir d'une situation d'inefficacité en 1991, tandis que le contraire ne se produit que dans six hôpitaux. Les hôpitaux avec des rendements croissants en 1993 appartiennent au groupe 1 et 2 (au nombre de 13 et 9 respectivement) et se caractérisent par le fait qu'ils sont de petits hôpitaux régionaux, alors que ceux qui présentent des rendements décroissants la même année appartiennent notamment au groupe 4 (grands hôpitaux). Quant au groupe 3 (plus de 1700 effectifs médicaux, de 6 à 8 spécialités complexes et s'ils font des greffes, il s'agit d'un seul organe) se trouvent, dans la plupart des cas, à la limite de l'efficacité. Il n'est pas cependant possible d'affirmer catégoriquement que ces augmentations d'efficacité dans la gestion directe d'INSALUD sont dues aux contrats-programmes, car des analyses similaires réalisées pour les hôpitaux d'autres communautés avec des transferts des prestations médicales et qui ont opté pour un modèle différent de relations entre financement et fournisseurs ont également montré un accroissement d'efficacité ces années-là.

A partir de l'évidence empirique, nous pouvons conclure que des réussites ultérieures requerront une plus grande autonomie de gestion. Celle-ci doit en premier lieu comprendre la liberté de mouvements au long de l'isoquant : l'hôpital même définit sa technologie de production, le mix du travail médical, par types de spécialités médicales et non médicales, le type de soins à traiter avec ou sans hospitalisation, etc. En deuxième lieu, la capacité d'entreprendre des réformes structurelles qui puissent impliquer des changements dans l'éventail des services proposés, fermeture des lits, ou spécialisation dans des soins spécifiques. En dernier lieu, il est nécessaire d'envisager la capacité de prendre des décisions de produire au lieu d'acquérir, ainsi que de concevoir des politiques d'alliances et synergies avec d'autres hôpitaux publics ou de fournir certains services de concert avec les privés.

13. González, B., Pellisé, L. y Barber, P. 1995.

*Nouveaux modèles de gestion*

Le modèle de gestion sanitaire de la Catalogne présente à l'heure actuelle une importante diversité de propositions. Dans ce sens, la Loi d'Ordre Sanitaire de Catalogne (LOSC) prévoit l'introduction de formules de gestion de type direct, indirect et partagé. La politique de gestion de la demande s'articule à partir de la gestion des prestations de services selon la stratégie de prise en considération du citoyen en tant que client du service public de santé<sup>14</sup>. L'instrument le plus employé a été la création d'entreprises publiques sous l'angle des exigences dérivées de la demande et non pas tout simplement en tant que conclusion d'une volonté des offrants possibles.

Une caractéristique commune à beaucoup des instances créées à cette fin est l'introduction d'éléments de droit privé en tant que garantie de bon fonctionnement. Les institutions nouvellement créées ont été issues de l'apport de capital public et ont des objectifs liés à l'amélioration de la gestion de centres d'assistance et de services sanitaires concrets.

La réalisation des contrats peut comporter la direction de la gestion des centres et des services concernés. A ce sujet, on a passé des contrats spécifiques à finalités diverses qui vont de l'établissement de plans de viabilité, jusqu'au développement de plans stratégiques et de changement d'image, en passant par la restructuration d'activités concrètes dans le domaine du diagnostic comportant une technologie de pointe. Ces contrats de gestion permettent le développement de nouveaux modèles d'amélioration de l'efficacité de la prestation des services sanitaires. Le recours clé employé s'inspire des techniques et des instruments de la gestion moderne d'entreprise.

Les institutions créées ont gardé la tutelle publique et la personnalité juridique propre. Leurs agissements relèvent du droit privé et leur financement s'établit à partir des mécanismes propres au marché. La nature juridique publique est parfois partagée entre diverses administrations locales (comme, par exemple, le Laboratoire de Référence de Catalogne, S.A.). Le personnel rattaché relève d'un régime de contrat de travail à partir du transfert de personnel provenant des centres de santé qui existent déjà ou, au contraire, à partir de processus nouveaux de sélection et d'embauche, comme dans le cas du Centre de Résonance Magnétique de Vall d'Hébron, à Barcelone. D'autres exemples d'entreprise publique sont la société pour la coordination du Système d'Urgences Médicales, ou la Société Energétique d'Installations Sanitaires et de Gestion de Services Sanitaires de Gérone, Lleida et Tarragone.

14. Roma, J. : *La sanitat pública a Catalunya com a element de política econòmica*. Fulls Econòmics : n° 22 : 9-16. 1994.

*Le futur du financement de la santé en Espagne*

Les processus de réforme du SNS requièrent des changements organisationnels d'une certaine transcendance dans les actions des différents agents qui interviennent sur le marché de la santé. Ces changements ne sont pas toujours bien compris<sup>15</sup> par toutes les instances concernées et moins encore au delà de l'environnement de leur propre secteur. Le financement du système continue à être essentiellement de nature publique et pour cela le système fiscal est utilisé comme mécanisme d'obtention de ressources, bien qu'il soit également vrai que cette source est complétée par des apports personnels et par des paiements directs réalisés par les familles. La gestion du système sanitaire se décentralise, accordant un poids spécifique plus important aux décisions des entités gérantes dépendant des administrations régionales. Finalement, le produit santé offert relevant de ressources publiques directes se concrétise par un catalogue de référencement plus précis que ce qu'il était précédemment. Ce catalogue, récemment approuvé par le parlement, signale quel est l'ensemble de prestations de base garanties à caractère universel et quelles en sont les prestations exclues.

362

Le trait caractéristique du système actuel signale les conditions dans lesquelles sont séparées les fonctions de financement et d'assurance, des acquéreurs de services de santé. On signale les éléments qui devront permettre la différenciation entre ces derniers et ceux qui effectivement fournissent les services de santé, en mettant l'accent sur les éléments de compétence entre les différents fournisseurs. C'est ainsi que nous assistons, sur le marché de la santé, à un débat croissant et à un positionnement des fournisseurs, publics et privés afin d'arriver à des quotas de participation plus importants.

L'instrument qui a été conçu pour établir les règles du jeu entre fournisseurs et acquéreurs est le contrat. Sous cette modalité de fonctionnement et d'établissement de relations entre agents, on cherche à rendre opérationnelle une version des marchés internes ou de la compétence gérée. L'autorité qui finance et qui achète des services agit pour le compte des usagers et établit ses relations contractuelles avec les fournisseurs des services, de produits et services intermédiaires. Il faut obligatoirement pour cela que les centres et services soient viables d'un point de vue économique et qu'ils puissent agir sur le marché avec la capacité et la possibilité d'être en concurrence et pour ce faire, ils doivent être dotés d'attributions économiques et organisationnelles de base.

15. Artells, J.J. : *Escenarios organizativos del sistema sanitario público en España*, Economía y Salud ; n° 17 : 5. 1994.

Cependant, il existe un goulot d'étranglement qui n'a pas encore pu être surmonté et qui conditionne le succès des nouveaux modes de gestion d'entreprise. Le fonctionnement d'un système de gestion intégré est limitée par la solution aux problèmes économiques dérivés de l'actuelle situation d'accumulation d'un déficit d'importante magnitude. Une fois surmontée cette situation, la gestion intégrée doit permettre à son tour de faire décoller un modèle de financement fondé davantage sur les procédés et les résultats que sur la structure propre des centres et services.