



RÉGULATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ : QUELQUES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES DE RÉFORMES EN EUROPE

DIANE LEQUET-SLAMA *

Les systèmes de santé et de protection sociale maladie se sont inspirés dans leurs fondements de deux logiques différentes, une option bismarckienne où la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations, une option beveridgienne où l'accès aux soins est universel et les services de santé financés par l'impôt. En réalité, au fil des ans et des réformes, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées. Toutefois, certaines distinctions persistent en ce qui concerne le mode de régulation, le degré de couverture, la détermination des biens et services pris en charge, le rôle attribué à l'assurance privée.

Dans la pratique, on peut distinguer quatre grandes catégories de systèmes : les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie dont font partie l'Allemagne et les Pays-Bas, les services nationaux de santé du nord de l'Europe, les systèmes mixtes d'Europe du Sud et enfin les systèmes principalement libéraux comme les États-Unis et la Suisse. Cette typologie permet de mieux appréhender le contenu et l'impact des réformes en fonction des fondements idéologiques et institutionnels des systèmes.

Depuis le milieu des années 1970, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de systèmes différents se sont retrouvés confrontés à une même problématique : financer un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste dans une période de croissance économique ralentie. Après avoir, dans un premier temps, privilégié un accroissement de la dépense privée, une limitation et une réduction de l'offre, un encadrement des dépenses fixé *a priori*, la plupart des pays ont cherché,

* Ministère de la Santé et la Protection sociale, DREES.

dans un second temps, à rationaliser l'organisation des soins et leur financement en introduisant des mesures d'ordre structurel.

Les théories du *New Public Management* qui remettent en cause la gestion publique et prônent une modification des structures et du mode de gestion du secteur public, rencontrent un certain écho dans les années 1980 dans les débats sur l'organisation des systèmes de santé en Europe¹. Sous leur influence, les réformes entreprises s'articulent autour de plusieurs axes² : l'introduction de la concurrence entre organismes financeurs (réforme Dekker-Simons aux Pays-Bas, réforme Seehofer en Allemagne), entre prestataires de soins (réforme de 1990 en Grande-Bretagne) ; la séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins (réforme anglaise, réformes suédoise et finlandaise) ; l'introduction de nouvelles méthodes de management inspirées du privé au sein du secteur public (réformes nordiques, réformes anglaises, réformes récentes en Italie, Espagne) ; la décentralisation (pays nordiques, pays du Sud de l'Europe...) ; enfin le désengagement de l'État dans le financement du système de soins dans certains pays laisse une charge plus importante aux assurances privées et devrait se traduire par des changements dans le rôle et la nature des interventions des financeurs, tant publics que privés. Cette orientation conduit un grand nombre de pays à réfléchir sur le contenu d'un panier de biens et services qui devrait relever de la solidarité³.

*PAYS-BAS, ALLEMAGNE : UNE CONCURRENCE ORGANISÉE
ENTRE LES CAISSES MALADIE ET LA RÉFÉRENCE
À UN PANIER DE BIENS ET SERVICES*

Les *Pays-Bas* ont été le terrain d'expérimentation d'une des réformes phare des années 1990, la réforme Dekker-Simons. Dans ce pays, le système de protection sociale maladie associe les deux conceptions prédominantes en Europe de financement des soins, la conception bismarckienne et la conception beveridgienne. Pour les soins courants, jusqu'à un certain seuil de revenus, les Néerlandais bénéficient d'un système de Sécurité sociale ouvrant droit à un panier de biens et services. Au-delà de ce seuil, seule l'adhésion à des assurances privées est possible, mais reste facultative. Toutefois, pour que les personnes à risque élevé trouvent à s'assurer, la loi oblige les assureurs privés à offrir une couverture type (WTZ) avec une cotisation relativement faible déterminée au niveau national. Pour les traitements longs et onéreux, un fonds spécial sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ) couvre, de façon universelle tous les citoyens, quel que soit leur niveau de revenu.

La réforme Dekker-Simons, initiée à la fin des années 1980, envisage une mise en concurrence des assureurs, tant publics que

privés et la constitution, sous leur égide, de réseaux de soins. Le financement des caisses d'assurance maladie tente de concilier le principe de solidarité nationale et celui de la responsabilisation des organismes financeurs. En effet, la réforme institue une fiscalisation des cotisations perçues sur les revenus pour financer un panier de biens et de services couverts obligatoirement. Par ailleurs, les assurés versent directement à la caisse de leur choix, une prime forfaitaire, variable selon les caisses, pour bénéficier de prestations complémentaires.

Les conflits générés par la mise en place par étapes de cette réforme ont conduit à retarder sensiblement son application. En réalité, seules les caisses d'assurance maladie publiques sont, jusque-là, entrées dans le processus de concurrence organisée. Toutefois, le gouvernement actuel a décidé de reprendre le processus en introduisant les assurances privées dans les mécanismes concurrentiels entre financeurs et en développant la possibilité d'une contractualisation sélective des offreurs de soins par les caisses maladie.

À partir de 2005, il n'y aura plus qu'un seul type d'assurance et la distinction entre caisses maladie publiques et privées sera supprimée. L'assuré pourra choisir librement sa caisse en fonction des tarifs proposés et en tenant compte également de la qualité des prestataires et de l'offre de soins mise à sa disposition. Les assureurs ne pourront pas refuser d'assurer un patient. Chaque assureur pourra fixer librement le montant de la prime demandée qui sera proposée à un tarif unique pour tous, quels que soient l'âge et l'état de santé de la personne. La prochaine loi devrait définir les différentes options que pourrait offrir l'assureur : accès à un réseau de soins géré par la caisse, obligation de s'adresser à un praticien conventionné par la caisse, création d'une enveloppe pour financer les soins.

Les hôpitaux entreront par tranches successives dans la réforme après une modification de leur mode de financement, d'un budget global à une rémunération à la pathologie.

La concurrence, mais une concurrence très contrainte, est donc un des axes majeurs de la régulation du système de santé dans les prochaines années. Dans le secteur de l'assurance publique, il faut constater que bien que les assurés puissent changer de caisse maladie une fois par an, la concurrence est relativement faible bien qu'en augmentation ces dernières années. Ceci est dû principalement au manque de transparence et à l'information insuffisante des personnes assurées. Il reste difficile à un usager d'évaluer l'aptitude de leur caisse maladie à négocier avec les prestataires de soins. D'autant que le manque de médecins limite sérieusement le pouvoir de négociation des caisses. De plus, les cotisations des assurés sont actuellement essentiellement liées au revenu et versées directement à la Sécurité sociale, seule une cotisation forfaitaire

de faible montant, variable selon les caisses, est versée directement à l'assureur.

L'accroissement des effectifs de praticiens et la mise en place d'un système d'information plus fiable et plus accessible pour les usagers apparaissent des conditions indispensables pour accroître la concurrence. Par ailleurs, on voit mal comment les hôpitaux peuvent s'inscrire dans un processus de concurrence sans une autonomie d'action plus grande, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En Allemagne, la concurrence entre les caisses maladie a été l'une des composantes majeures de la réforme structurelle mise en place à compter du milieu des années 1990. Il convient de souligner que les caisses sont un acteur fondamental dans le fonctionnement du système de santé allemand et que leur autonomie de gestion est un principe fondamental ; chaque caisse maladie est responsable de son propre équilibre comptable et fixe le taux de cotisation en fonction de cet objectif. Les médecins ont besoin de l'autorisation des caisses pour s'installer.

Depuis 1990, plusieurs grandes réformes ont modifié le système de santé allemand. Après la réforme Blüm qui avait introduit des tickets modérateurs et mis en place le système du forfait (dissociation entre le prix et le remboursement) pour la prise en charge d'une partie des médicaments (médicaments non innovants), le Plan Seehofer, qui débute en 1996 et s'applique par étapes, initie des réformes structurelles importantes dont l'instauration de forfaits par pathologie pour les hôpitaux, une régulation de la démographie médicale dans le sens d'une diminution des inégalités régionales et une mise en concurrence des caisses maladie assortie d'un mécanisme de compensation.

Le gouvernement social-démocrate tente par une première réforme, en 2000, de limiter l'effet de la concurrence sauvage que se livrent les caisses maladie sur la gestion des prestations en limitant la diminution des taux de cotisation et en fidélisant, pour une durée d'au moins 18 mois, les assurés à leurs caisses. Des incitations sont mises en place pour les médecins qui s'installent dans des zones sous-médicalisées.

Le déficit récurrent des caisses maladie (3,4 Md€ en 2002), les perspectives démographiques alarmantes et le constant accroissement des cotisations maladie dont l'effet sur les charges des entreprises se fait durement sentir, incitent les responsables politiques à proposer de nouvelles mesures. La réforme de la santé, adoptée fin 2003, introduit des tickets modérateurs nouveaux dont une taxe sur la consultation médicale de 10 € par trimestre qui doit être versé au praticien lors de la première visite. L'objectif affiché de cette mesure, très critiquée par les utilisateurs qui jusque-là ne finançaient rien pour les consultations médicales, est de responsabiliser l'assuré en diminuant le « nomadisme »



médical et la surconsommation médicale. Les visites de prévention sont exclues de cette nouvelle réglementation.

La réforme exclut de l'assurance obligatoire, à compter de 2005, les prothèses dentaires et les lunettes qui devront être couvertes par une assurance complémentaire qui pourra être publique ou privée.

La restructuration de l'organisation de la gestion de l'assurance maladie légale est un des objectifs de cette réforme. L'obligation d'équilibre comptable des caisses maladie est réaffirmée ainsi que l'interdiction qui leur est faite de recourir à des emprunts. Une fusion des caisses d'assurance maladie et une modification de la compensation des risques sont au cœur du dispositif.

Enfin, l'un des objectifs de cette réforme concerne l'amélioration de la qualité des soins. Un Centre national pour la qualité des soins doit être créé ; il aura pour mission de définir des standards de soins et de proposer des recommandations de bonne pratique. La promotion du modèle du « médecin de famille » entre également dans ce cadre.

La concurrence entre les caisses a abouti à une réduction drastique du nombre de caisses dont le nombre est aujourd'hui de moins de 300 contre 1200 il y a une dizaine d'années. Mais cette concurrence porte essentiellement sur le montant des cotisations proposées, montant lié bien sûr aux coûts de gestion des caisses. Dans la pratique, les caisses peuvent négocier le montant des honoraires des médecins de ville mais seulement à la marge. Des inégalités importantes existent entre les différentes catégories de caisses en matière de capacité de négociation. Ainsi, par exemple, si les caisses locales d'assurance maladie, qui ont le plus grand nombre d'adhérents, disposent de plus de marge de manœuvre pour négocier avec les praticiens, elles sont en réalité freinées, par la structure vieillissante de la population qu'elles couvrent par rapport aux caisses d'entreprise ou aux assurances privées. Enfin, les caisses maladie n'ont pas le droit de proposer d'autres prestations que celles relevant du catalogue de prestations arrêtées au niveau national.

La référence au panier de biens et de services médicaux est, en effet, un des points communs des réformes allemandes et néerlandaises. Aux Pays-Bas, le contenu des prestations qui doivent être couvertes par l'assurance de base a fait l'objet de nombreuses réflexions. Ainsi dans le cadre de la réforme Dekker, le Comité Dunning avait, en 1991, défini quatre critères qui devaient guider les choix à effectuer en matière de prise en charge des soins à savoir, la nécessité du soin, l'efficacité, l'efficience et la responsabilité. Récemment, les soins dentaires ont été sortis de l'assurance obligatoire. L'exclusion de certains biens dans la nouvelle réforme allemande participe d'une même philosophie politique : redéfinir les champs respectifs de l'assurance légale et de l'assurance complémentaire.

*ROYAUME-UNI : DE LA CONCURRENCE ORGANISÉE
DANS UN MARCHÉ INTERNE AU RÉSEAU DE SOINS*

Depuis sa mise en place, en 1948, le service national de santé britannique a connu trois grands modèles d'organisation, d'un système très hiérarchisé au départ à une conception « de type marché » où la concurrence régule les relations entre acteurs, sous le gouvernement conservateur en 1991, pour passer aujourd'hui, avec la réforme travailliste, à un modèle en réseaux, promouvant une collaboration entre services. Ces modèles se distinguent par les modes de relation entre les différents acteurs⁴.

La réforme du système de santé menée au Royaume-Uni à partir de 1991 par le gouvernement conservateur s'insère dans une série de réformes radicales touchant les domaines clés de l'État providence, à savoir l'éducation, les logements sociaux et les services sociaux. Ces réformes se fondaient sur une orientation commune : la séparation entre la fonction de financeur qui restait souvent assurée par l'État et celle de « fournisseur de services » qui était attribuée à des prestataires indépendants, mis en concurrence à l'intérieur de marchés internes ou « quasi-marchés ».

Dans le domaine de la santé, la réforme mise en place en 1991, plus connue sous le nom de réforme Thatcher, du nom du Premier ministre conservateur, a consisté à introduire au sein du service national de santé, le NHS (National Health Service - Service national de santé), resté entièrement public, des mécanismes concurrentiels. Le marché était dit *interne* puisque la dépense totale demeurait prédéterminée et contrôlée et qu'offreurs et demandeurs étaient des organes mêmes du NHS. Une séparation claire était instaurée entre acheteurs et fournisseurs, les premiers constitués par les autorités locales de santé (DHA), une partie des médecins généralistes et, dans une bien moindre mesure, par les sociétés d'assurance santé privées, les seconds par les hôpitaux devenus, progressivement, fondations autonomes (ou trusts) et les services communautaires. Une des grandes originalités du dispositif était la possibilité ouverte aux médecins généralistes (*general practitioner fundholder*) exerçant en cabinet de groupes, dès lors que leur clientèle dépassait un seuil minimum, de disposer d'enveloppes budgétaires leur permettant « d'acheter » certains soins hospitaliers⁵ ou de spécialistes pour leurs patients.

Les hôpitaux devaient couvrir par l'obtention de contrats l'essentiel de leurs dépenses. Si sur le papier, le cadre concurrentiel était fixé, la réalité était tout à fait différente. Les autorités locales de santé n'avaient pas réellement intérêt, pour des raisons de politique locale, à mettre en danger un hôpital de leur secteur et le budget des médecins généralistes

gestionnaires de budgets était insuffisant pour leur permettre de faire réellement pression sur un établissement. C'est ainsi que, globalement, les ressources provenant d'une autorité locale d'un autre département n'ont jamais dépassé plus de 20 % du budget d'un hôpital. Quant à la possibilité pour une autorité locale de santé de signer des contrats avec des structures de soins privés, elle est demeurée très théorique⁶.

Pour Michel Grignon⁷, la réforme de 1991 n'a pas introduit de réelle concurrence mais plutôt « une pseudo-concurrence », les médecins *fundholders* et les autorités locales n'étant pas brusquement devenus des acheteurs volages, ils auraient plutôt tenté d'établir des relations de long terme avec les établissements hospitaliers.

Un des objectifs de la réforme Thatcher était de diminuer les listes d'attente et d'améliorer le service rendu par les hôpitaux. Les évaluations réalisées conduisent à des résultats souvent contradictoires. S'agissant de l'impact de cette réforme sur l'activité des hôpitaux et des services de santé communautaires, Julian Le Grand⁸ montre que le quasi-marché a abouti la première année d'application à une forte hausse de l'efficience (+ 2,5 % en 1991-1992), pour décroître ensuite fortement. D'autre part, de nombreux responsables hospitaliers ainsi que la *British Medical Association* dénonçaient une dégradation de la qualité des soins et l'instauration d'une médecine à deux vitesses selon que les patients dépendaient ou non de médecins *fundholders*.

Se fondant sur ce dernier argument, le parti travailliste entreprend, dès son arrivée au pouvoir, une nouvelle réforme qui amende fortement le modèle concurrentiel. À compter du 1^{er} avril 1999, la notion de médecin généraliste gestionnaire de budget a donc disparu pour laisser place à des groupements de soins primaires (*Primary Care Groups* ou PCG), devenus depuis 2003, des « entreprises » autonomes de soins primaires (*Primary Care Trusts*). Ces groupements, composés de médecins généralistes, d'infirmières, de représentants de services sociaux et aussi de représentants de patients, couvrent environ chacun 100 000 personnes. Les PCTr détiennent des enveloppes budgétaires pour financer les soins spécialisés et hospitaliers de leurs assurés. Ils signent des contrats d'objectifs avec les hôpitaux pour une durée de 3 ans. Depuis 2003, leurs fonctions incluent celles dévolues auparavant aux autorités locales de santé qui ont été supprimées. Vingt *Strategic Health Authorities* donnent des orientations générales, mais sans interférer dans le fonctionnement des PCTr.

Le budget santé est redistribué directement aux PCTr par le Département de la santé (DOH). Le fonctionnement du système de santé est donc décentralisé au niveau de ces groupements de soins primaires. La décentralisation du NHS s'accompagne ainsi d'une redéfinition des compétences, le niveau central n'exerçant, théoriquement, qu'une

fonction d'encadrement avec la mise en place d'organismes indépendants de validation des pratiques médicales (comme le *National Institute for Clinical Excellence*, NICE) et le suivi des indicateurs de performance au niveau local.

Selon une évaluation menée par l'*Audit commission*, le fonctionnement des PCG s'est heurté à plusieurs obstacles : un manque de temps pour développer une gestion satisfaisante ; des contraintes budgétaires trop fortes ; une information mal maîtrisée, en particulier sur les nouvelles techniques médicales ; des oppositions entre les initiatives locales et des objectifs arrêtés de façon trop centralisée ; des relations de pouvoir conflictuelles entre les médecins généralistes et les infirmières et professions sociales. L'autonomie plus grande accordée aux PCTr modifiera-t-elle le fonctionnement de ces structures qui, pour beaucoup d'experts, se sont conduites en « super administrations » et n'ont pas pu réduire les listes d'attente pour les soins secondaires, problème récurrent du service de santé anglais ? Il est encore difficile de procéder à une évaluation de leur action dans la mesure où la réforme est trop récente. On peut constater, toutefois, que beaucoup d'éléments qui ont concouru à l'échec des PCG sont encore présents. Le gouvernement travailliste s'est engagé à mettre fin progressivement au sous-financement chronique du NHS, en accroissant sensiblement les budgets consacrés à la santé. La faiblesse de l'offre de soins (manque de médecins, d'infirmières et de lits hospitaliers) incite cependant les responsables à rechercher des solutions extérieures (contrats avec des structures de soins privés au Royaume-Uni et à l'étranger) qui obèrent une partie des finances supplémentaires injectées dans le NHS.

LES PAYS NORDIQUES ET L'INFLUENCE DES THÉORIES DU NEW PUBLIC MANAGEMENT

Les systèmes de santé des trois pays nordiques de l'Union européenne (Danemark, Suède, Finlande) reposent sur des principes fondateurs communs : une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une forte prédominance du secteur public - tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins - et une structure très décentralisée. Au Danemark et en Suède, les comtés sont pleinement responsables de l'organisation et du financement du système de santé. En Finlande, ce rôle est dévolu aux municipalités, ce qui pose certains problèmes : 75 % des municipalités ont, en effet, moins de 10 000 habitants et 20 % moins de 2000 habitants.

La persistance de listes d'attente à l'hôpital est l'un des problèmes majeurs observés pour les trois pays.

Durant la crise économique des années 1990, des réformes importantes ont été conduites dans les trois pays. Inspirées du *New Public Management*, elles ont eu pour axes essentiels : la décentralisation, l'introduction des méthodes de gestion du secteur privé, la privatisation, une contractualisation externe, la mise en place d'indicateurs de performance explicites⁹.

S'agissant de la séparation entre acheteurs de soins et prestataires, la Suède a instauré, en 1992, une première ébauche de marché interne. Les acheteurs, à savoir les comtés eux-mêmes, ont eu le droit de négocier avec les hôpitaux des contrats d'activité et de rémunération, fondés le plus souvent sur un paiement à la pathologie. Certains champs comme la psychiatrie, la gériatrie ou les urgences ne sont pas inclus dans ce type de contrat. L'importance de ce type de mécanisme varie toutefois sensiblement selon les comtés qui restent libres de leur politique.

C'est dans le Comté de Stockholm que l'expérience de concurrence encadrée et de marchés internes a été la plus poussée (« modèle de Stockholm »). Traditionnellement rémunérés par le Comté sur la base de budgets globaux, les hôpitaux de Stockholm sont passés à une tarification à la pathologie. Dans le même temps, les patients ont obtenu la liberté de choisir leur hôpital. La mise en concurrence des hôpitaux a donc été réalisée, non seulement à travers les négociations sur les prix au niveau du comté, mais également par le libre choix des patients.

Il semble que la mise en concurrence des hôpitaux ait été un aiguillon à la fois performant et éphémère puisque l'accroissement des dépenses est de nouveau soutenu. Deux explications principales ont été avancées par les initiateurs du modèle de Stockholm à cet échec relatif de l'expérience : d'une part, le fait que la fermeture des établissements les moins efficaces ait été différée, d'autre part, la mise en place d'enveloppes fermées au niveau du comté serait incompatible avec la mise en concurrence. Les opposants à cette expérience ont, quant à eux, une autre grille de lecture et insistent plutôt sur les stratégies « d'écémage » de la clientèle mises en œuvre par les structures privées : ces dernières refuseraient ainsi de prendre en charge les cas les plus lourds qui seraient orientés vers les structures publiques¹⁰.

Un des axes majeurs des politiques de régulation et de rationalisation des systèmes de santé conduites dans les pays nordiques dans les années récentes a été, toutefois, l'accentuation du mouvement de décentralisation déjà commencé antérieurement et s'inscrivant dans une perspective historique. Les modalités de la participation financière de l'État ont ainsi connu une évolution importante dans les années 1990. Alors que, traditionnellement, l'État prenait en charge un pourcentage fixe des dépenses de santé engagées par les régions ou les municipalités, les subventions sont maintenant distribuées sous la forme d'enveloppes,

calculées en fonction des besoins estimés et de la richesse de l'unité territoriale et non plus en fonction des dépenses réellement engagées. En termes d'incitations, l'objectif de ce nouveau mode de financement du gouvernement central est d'encourager l'échelon local ou régional à améliorer l'efficacité du système de santé en lui faisant supporter le poids financier de ses décisions.

Dans les trois pays nordiques, on constate des disparités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les disparités les plus fortes sont liées aux soins mal ou non couverts par le système public et à l'existence de services de soins privés, concentrés dans les régions les plus riches et les plus peuplées¹¹. La possibilité de se faire soigner par des praticiens privés ou dans des cliniques permet aux personnes à haut revenu d'échapper aux contraintes du service public. Toutefois, au Danemark et en Finlande, le nombre de lits privés reste très faible.

En Finlande, les dépenses de santé par habitant varient dans un rapport de 1 à 2,5 selon les municipalités. Il est vrai que la géographie de la Finlande rend difficile l'installation de praticiens dans certaines zones éloignées. Les facteurs de demande comme l'âge, le sexe ou les caractéristiques socio-économiques n'ont, semble-t-il, qu'une influence mineure sur ces disparités, les différences dans l'organisation des soins entre soins sanitaires et soins dits sociaux jouant, en revanche, un rôle beaucoup plus déterminant¹², et en particulier la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Le Plan stratégique du gouvernement « Santé 2015 » constate que « les différences interrégionales ont diminué en termes absolus mais le *différentiel relatif* reste identique ». En effet, certaines municipalités ont des difficultés à financer tous les soins nécessaires à leurs résidents. Et leurs responsables politiques hésitent souvent à augmenter les impôts pour couvrir l'accroissement de dépenses de santé craignant de ne pas être réélus.

L'inégalité d'accès aux soins entre les comtés au Danemark est soulignée comme étant une des conséquences les plus fâcheuses de la décentralisation¹³. Celle-ci aurait, en effet, conduit à des différences dans les délais d'attente pour se faire soigner, à des disparités dans l'implantation, et donc, dans la disponibilité, des nouvelles technologies et à des écarts géographiques dans l'utilisation de certains services chirurgicaux ou de prévention. Si la différence d'utilisation des services des généralistes entre régions est faible (19 % en 1999), elle est, en revanche, beaucoup plus forte (89 % d'écart) pour les soins de spécialistes.

En Suède, l'impact des réformes opérées dans les années 1990 a été fort en termes d'efficacité des services et a touché de plein fouet certaines catégories de population comme les personnes âgées et les personnes handicapées dont la prise en charge a été transférée aux

services sociaux des municipalités et aux familles. Selon Whitehead¹⁴, le poids croissant du secteur privé a aussi eu des conséquences négatives en termes d'équité avec des inégalités croissantes d'accès aux soins ambulatoires, liées à la création dans les grandes villes de structures privées (lucratives et non lucratives) de soins primaires qui permettent à une partie de la population d'échapper aux délais d'attente. Dans de nombreux comtés, le rationnement des soins a entraîné la fermeture de structures de soins primaires et de petits hôpitaux et une réduction sensible des professionnels de santé. L'emploi total dans le secteur de la santé a été réduit de 25 %, mais de façon inégale selon les régions.

Actuellement, dans chacun des trois pays, les responsables politiques ont engagé des réflexions sur l'avenir du système de santé, réflexions menées au sein de comités spécifiques, composés d'experts et de représentants de l'administration au niveau central et décentralisé. La recherche du niveau de décentralisation optimal est au centre des débats. En effet, la place du comté dans la gestion du système de soins est, en Suède comme au Danemark, au centre des discussions. Échelon géographique trop petit pour gérer le secteur hospitalier, le comté serait, en revanche, pour beaucoup d'experts, une entité trop large pour diriger et coordonner les soins primaires. L'émergence, tout récemment, d'une nouvelle entité géographique, en Suède, un *comté régional élargi*, créé par association de différentes aires métropolitaines dans le sud du pays et dont l'objectif est de gérer plus efficacement les hôpitaux, a relancé les débats autour d'une éventuelle re-centralisation des soins secondaires. Parallèlement, une autre expérimentation se déroule actuellement dans une autre région (Vasterbotten). Le Conseil général du comté et plusieurs municipalités ont confié la gestion de tous les services sanitaires et sociaux, y compris le secteur hospitalier, à une agence dotée d'un seul directeur, comté et municipalités se retrouvant au sein du conseil d'administration de l'agence⁹.

ITALIE, ESPAGNE : LA RÉGULATION PAR LA DÉCENTRALISATION

À la fin des années 1970 et au début des années 1980, les pays du sud de l'Europe, dont l'Italie et l'Espagne, ont choisi de mettre en place des services nationaux de santé fondés sur le principe d'un accès universel aux soins, assurés essentiellement par le secteur public et financés par le budget de l'État. Le développement de la crise économique qui a restreint les possibilités d'accroissement des budgets alloués à la santé, les difficultés de fonctionnement interne de ces services, les disparités particulièrement marquées entre régions du nord et régions du sud, entre villes et zones rurales, ont posé le problème de l'équité

d'accès aux soins et incité les responsables à mener des réformes de grande ampleur.

En Italie, en Espagne, la décentralisation a été l'axe majeur des réformes entreprises ces dernières années pour rendre plus efficient leur service national de santé et tenter de mieux maîtriser les dépenses en responsabilisant les régions.

En Italie, la réforme de 1978 avait créé un échelon sanitaire de base, l'*USL (Unita sanitaria locale)*, responsable de l'ensemble des soins fournis aux usagers. L'extrême politisation de ces organes, l'insuffisance des moyens alloués par l'État ont conduit à d'importants dysfonctionnements de ces structures et à sa transformation en *ASL (Azienda sanitaria locale)*. Ce changement de terminologie marque, en fait, la volonté des législateurs de confier la gestion du système de santé à des spécialistes, souvent issus de l'entreprise privée. La réforme de 1992 accentue la décentralisation. Dans un même souci de responsabilisation, les grands hôpitaux publics, autrefois dépendants des USL, ont été transformés en « entreprises hospitalières » autonomes. Les régions sont désormais libres de choisir leur schéma d'organisation des soins. Elles peuvent opter entre trois systèmes : celui d'un contrat ponctuel où le patient est libre de s'adresser à n'importe quel prestataire public ou privé conventionné, le modèle du prestataire préférentiel où l'utilisateur est contraint, pour être pris en charge, de s'adresser à ces derniers, et enfin le recours classique aux structures publiques dépendant de l'ASL.

La réforme de 1999 a tenté d'opérer un rééquilibrage entre régions sous l'égide de l'État en imposant une liste de prestations obligatoires minimum. Il est prévu également d'en évaluer l'efficacité et de développer des standards de qualité.

En octobre 2001, un référendum a ratifié un projet de loi de réforme constitutionnelle présenté en janvier 2000. La réforme s'oriente vers une dévolution élargie de compétences aux régions s'appuyant sur une refonte de la fiscalité. Les régions deviennent fiscalement autonomes. Les cotisations au service national de santé sont remplacées par un impôt régional affecté. Les régions doivent désormais financer elles-mêmes le panier de biens et de services qui relevait auparavant de l'échelon central. Un système de compensation est prévu cependant pour remédier aux disparités de richesses entre régions. L'État garde des compétences en matière d'organisation générale des structures sanitaires, de professions médicales, de mise sur le marché et distribution des médicaments et de détermination de la couverture maladie minimum que doivent garantir les régions.

En 2004, les régions qui auront démontré leur capacité à garantir des « soins essentiels et uniformes » deviendront totalement autonomes.

L'inégale répartition des richesses sur le territoire italien, avec, en

particulier, la fracture importante entre le nord et le sud, rend plus présent le risque d'inégalités fortes dans l'accès aux soins si le fonds de compensation était supprimé à moyen terme, éventualité prévue dans les nouveaux projets.

L'Espagne a fait le choix de la décentralisation dès 1986, en même temps qu'elle décidait de créer un service national de santé universel et gratuit. Auparavant, la loi de 1974 avait laissé coexister deux systèmes de soins : un dispositif relevant de l'État, des régions et des municipalités d'une part, et, d'autre part, des secteurs de soins relevant des régimes d'assurance maladie. La Catalogne, le Pays Basque et l'Andalousie ont été les premières régions à s'inscrire dans le processus de dévolution d'autorité.

Depuis 2002, le processus de transfert des compétences en matière de santé aux 17 communautés autonomes est achevé, et le rôle de l'État central a été fortement réduit. Il reste garant de l'équité d'accès sur l'ensemble du territoire et de la qualité des soins offerts. Une commission a été mise en place au niveau national pour suivre la situation sanitaire dans l'ensemble du pays et proposer les mesures d'amélioration nécessaires. Un classement des hôpitaux selon des indicateurs de qualité est publié.

Dans la pratique, chaque communauté autonome, gouvernée par des conseils élus, a tendance à développer désormais son propre système de santé et à choisir ses instruments de régulation. Comme le soulignent nombres d'experts, on n'est plus face à un seul modèle de santé mais bien plutôt devant 17 modèles différents. Dès 2002, la plupart des régions ont procédé à des réformes importantes de leur dispositif sanitaire. Leur seule obligation réside dans l'obligation de fournir gratuitement à la population résidente les services et biens de santé de base dont la liste est arrêtée au niveau national. La liste de ces prestations sera actualisée en permanence par une agence d'évaluation spécialement créée à cette fin.

L'offre de soins reste inégalement répartie sur l'ensemble du territoire espagnol. Les listes d'attente à l'entrée des soins secondaires, problème récurrent du service national de santé, sont d'importance différente selon les communautés autonomes.

Si les réformes observées en Europe depuis la fin des années 1980 apparaissent souvent convergentes dans leurs objectifs et leurs inspirations, elles font, en réalité, partie de processus complexes en raison de la spécificité de chaque système. Il est donc difficile de les comparer et d'évaluer leurs résultats sans se référer à leurs composantes institutionnelles et culturelles.

Chaque pays développe sa politique de réforme en se fondant sur

l'acteur principal en matière de régulation : les caisses maladie aux Pays-Bas et en Allemagne, les territoires décentralisés dans les pays nordiques, le médecin généraliste référent en Grande-Bretagne...

Une des grandes orientations actuelles consiste à associer de plus en plus à une optique macroéconomique, une approche microéconomique. Cette démarche implique d'attribuer des rôles nouveaux aux acteurs du système de santé ou de les intégrer dans des processus de responsabilisation. Dans la première voie, on retiendra l'instauration de médecins gestionnaires de budget au Royaume-Uni durant la première grande réforme, l'exercice par les financeurs du rôle d'acheteur de soins (Grande-Bretagne, pays nordiques). De la seconde, on se référera à la mise en concurrence des caisses maladie en Allemagne, aux Pays-Bas, à la responsabilisation des échelons régionaux et locaux dans les pays nordiques, en Italie et en Espagne.

L'introduction de la concurrence au sein du secteur de la santé s'est avérée, en réalité, assez limitée. Aux Pays-Bas, en Allemagne, les caisses maladie disposent de peu de marge de manœuvre pour négocier avec les praticiens. En Grande-Bretagne, dans les pays nordiques, les raisons de politique locale ont freiné fortement, et freinent toujours, le jeu du modèle de quasi-marché, interdisant souvent de fermer des structures hospitalières jugées peu efficaces.

L'accroissement du mouvement de décentralisation dans les pays du nord aussi bien que du sud de l'Europe, autre grand axe des réformes, a souvent permis à l'État central de se désengager en partie du financement du secteur de la santé, en faisant supporter le poids financier des décisions sur l'échelon régional ou local, l'obligeant ainsi à chercher à améliorer l'efficacité du système.

Dans plusieurs pays, une tendance au recentrage de la protection sociale maladie sur les soins jugés indispensables et efficaces s'affirme, laissant aux assurances complémentaires et aux ménages la charge du financement d'une partie des soins et des services considérés comme ne devant pas relever de la solidarité. Orientation qui peut soulever débat et qui se traduit par des changements dans le rôle des financeurs.

L'un des problèmes fondamentaux de toutes ces réformes réside dans la difficulté de répartir équitablement les ressources et d'assurer l'égalité d'accès aux soins. Il est permis de se demander dans quelle mesure l'approche microéconomique s'intègre aux préoccupations et orientations développées au niveau national.

NOTES

1. Minogue M. (2001), « Should flawed models of public management be exported? Issues and practises », in *The Internationalization of Public Management: Reinventing the Third World State*, Willy McCourt & Martin Minogue (eds), Edward Elgar: Cheltenham, UK/Northampton.
2. Duriez Marc, Lequet-Slama Diane, « Les réformes des systèmes de santé, spécificités et convergences », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 18, Haut comité de santé publique, 1997.
3. Duriez Marc, « Le panier de biens et services et la réalité institutionnelle française ». *La Lettre du Collège des économistes de la santé*, décembre 2000 et « Réformes des systèmes de santé en Europe : convergences ? » *La Lettre du Collège des économistes de la santé*, Mars 1999.
4. Duriez Marc, « Le rôle de la concurrence dans la conduite des systèmes de santé en Europe », *Solidarité santé*, n°1, 1998, La documentation française.
5. Ces soins hospitaliers couvraient à peu près 70 % des interventions chirurgicales programmées mais ne représentaient que 20 % des dépenses en soins secondaires (hôpital et services communautaires) de leurs patients.
6. Lequet Diane, Volovitch Pierre, « Hôpital britannique : la concurrence tourne en rond », *Solidarité santé*, n°3, 1995, La documentation française.
7. Grignon Michel, « La réforme du NHS en 1990 : une autre interprétation », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4, juillet-décembre 2000.
8. Le Grand Julian, « Markets, Hierarchies and Networks : Further Tales from the British National Health Service », London School of Economics, 2002.
9. Chambaretaud S., Lequet-Slama D., « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix », in *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004, numéro spécial « L'État providence nordique ».
10. Chambaretaud Sandrine, Lequet-Slama Diane, « Suède, un système de santé géré librement par les comtés », *ADSP* N°46, mars 2004, La documentation française.
11. Lehto J, Moss N., Rostgaard T, Universal public social care and health services, in *Nordic Social Policies*, ed. Mikko Kautto, 1999.
12. European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition: Finland*, 2002
13. European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition: Denmark*, 2001
14. Whitehead M, Gustafsson R.A, Diderichsen F, « Why Sweden is rethinking its NHS style reforms », *British Medical Journal*, 1997.

