

Dossier

Les réformes des systèmes de santé

Spécificités et convergences

Sommaire

- | | | | |
|-------------|--|----------------|--|
| ■ II | Réformes et systèmes | ■ XVII | Nouvelles orientations |
| ■ X | Tendances gestionnaires | XVII | Une meilleure adéquation des moyens et des besoins |
| XI | Désengagement financier des institutions publiques | XIX | Libéralisme et concurrence |
| XII | Rationalisation et réduction des structures | XXII | Les réseaux de soins |
| XIII | Un encadrement des dépenses fixé <i>a priori</i> | XXIV | La compatibilité avec les impératifs collectifs |
| XV | L'entreprise comme modèle | ■ XXV | Tribune |
| | | ■ XXXII | Bibliographie |
| | | | Adresses utiles |

Depuis le milieu des années soixante-dix, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de systèmes de santé et de protection sociale fondés sur des principes différents, se sont retrouvés confrontés à une même problématique : financer un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste dans une période de croissance économique ralentie.

Dès lors, la majorité de ces pays a développé des politiques tendant à réduire le rythme d'évolution des dépenses de santé. Si les mesures prises présentent de grandes lignes de convergence, elles varient toutefois en fonction des contextes institutionnel, social et culturel. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les antagonismes entre préoccupations gestionnaires et nécessité d'une vision à long terme ont généralement freiné l'instauration et l'application de véritables réformes. La persistance, voire même l'accentuation de tendances lourdes en matière d'offre et de demande de soins, a incité, depuis, bon nombre de décideurs politiques à s'orienter vers des réformes de fond.

Après avoir surtout proposé des mesures ponctuelles, souvent dictées par le seul souci d'équilibre des comptes sociaux, les responsables ont tenté d'appréhender de façon plus structurelle les systèmes de soins et de protection sociale maladie. La préoccupation essentielle est ainsi devenue la recherche d'une plus grande rationalité des activités du domaine. En même

temps, dans certains pays, la volonté de prendre de la distance vis-à-vis de la gestion publique est significative d'une réorientation idéologique.

La conception de chaque système de santé et de son financement s'est trouvée progressivement transformée au cours des années récentes, et parfois très profondément. C'est le cas aux Pays-Bas (réforme Dekker), en Grande-Bretagne (réforme Thatcher), en l'Allemagne (réforme Seehofer) et plus récemment, en France (réforme Juppé).

Sur un registre nouveau, l'extension de la notion de santé publique et de son champ d'action, les préoccupations croissantes, tant des pouvoirs publics que des usagers, concernant l'environnement, l'hygiène de vie et l'apparition de risques nouveaux ont accentué la nécessité d'une révision profonde. Les réformes intègrent de plus en plus, mais à des degrés divers, des interventions publiques relatives à la qualité des soins.

Au-delà de la rationalité des activités sanitaires et de la recherche de l'efficacité se pose le problème de l'équité, de la garantie d'un égal accès aux soins. Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité que le développement des nouvelles technologies et thérapies, leurs coûts élevés se heurtent à des contraintes financières. On peut se demander si les réflexions menées dans certains pays ont bien toujours intégré un tel objectif.



Réformes et systèmes

Si les thérapeutiques sont sensiblement les mêmes dans tous les pays d'Europe, les systèmes d'organisation des soins et leurs modes de financement diffèrent d'un pays à l'autre.

Le domaine de la santé est un domaine d'intervention sociale. Ceci signifie qu'il associe à ses activités caractéristiques — les soins — des activités de tutelle et de financement collectif.

Ces dernières ont un « effet structurant » sur la relation entre le prestataire de soins et le malade.

La comparaison des systèmes de santé et de leurs réformes doit intégrer cet aspect. En effet, si les soins dispensés en Allemagne et en France ont de grandes chances d'être les mêmes, médicalement parlant, ils ne sont pas considérés institutionnellement de la même façon, leur prise en charge par l'organisation sanitaire et par les institutions de financement diffèrent profondément.

C'est pourquoi, analyser les réformes des systèmes de santé implique, au préalable, de spécifier les modèles institutionnels dans lesquels elles sont mises en œuvre et qui régissent les relations entre les différents acteurs : administration, gestionnaires, prestataires de soins, assurés, malades. Significatives de choix idéologiques, ces relations permettent d'explicitier les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre dans les réformes.

Cette première démarche consiste à élaborer une typologie fondée sur les dimensions

institutionnelles de la santé exprimant les spécificités des divers systèmes en matière de rapports entre intervenants.

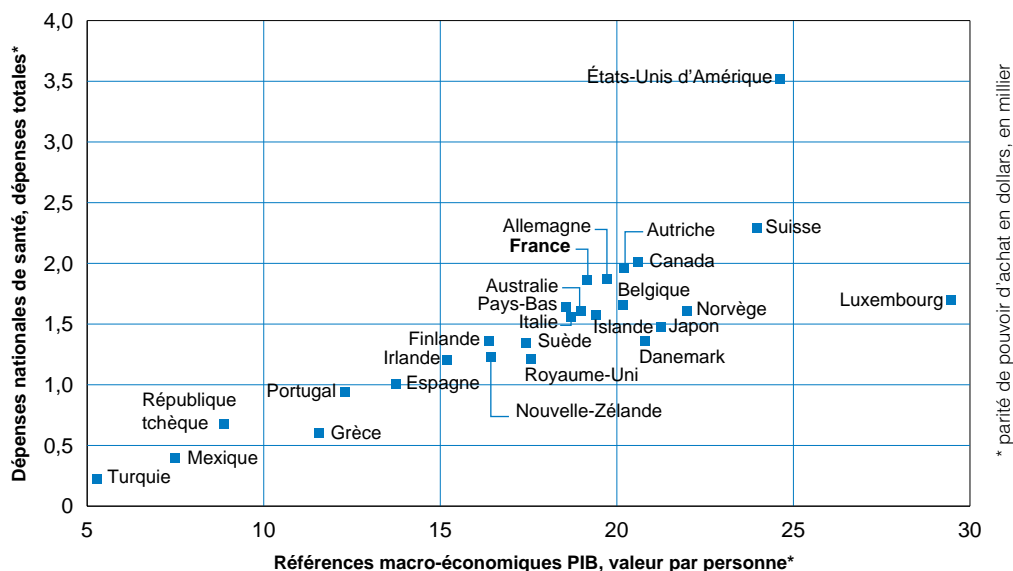
Trois grandes catégories de systèmes de santé peuvent être distingués : les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État, les services nationaux de santé et les systèmes mixtes d'Europe du sud.

Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État

Ce type de système s'observe dans des pays de protection sociale ancienne, d'inspiration bismarckienne. La nécessaire appartenance à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale maladie s'est toutefois atténuée, à partir des années soixante-dix, au profit d'une généralisation à l'ensemble des résidents. L'assurance maladie universelle liée à une caisse unique, programmée dans la réforme « Juppé », en France, s'éloigne de l'inspiration bismarckienne.

Dans de tels systèmes, tutelle et financeurs ont des rôles distincts. Les principes d'organisation se réfèrent à des prérogatives précises re-

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en fonction du PIB par personne (1994)



Le graphique de l'OCDE, présenté ci-dessus, illustre bien, au-delà des résultats de la seule analyse de corrélation entre revenu et dépense par personne, l'incidence des structures sur le niveau des dépenses de santé. On s'aperçoit

en effet que pour un groupe important de pays particuliers — il s'agit en fait de la quasi-totalité des pays de l'Union européenne, à l'exception de la Grèce et du Portugal — les écarts relatifs de revenu sont moins importants que les écarts

relatifs de dépense de santé par personne. On s'aperçoit en particulier que les services nationaux de santé (Royaume-Uni, Danemark..) ont des niveaux de dépense nettement moins élevés.

connues aux différents acteurs à qui sont dévolues des fonctions sociales spécifiques : l'État, garant de la santé publique, l'assurance maladie responsable de la gestion des comptes par les partenaires sociaux, les professionnels de santé chargés d'une mission d'assistance médicale.

Selon la nature des liens entre ces diverses fonctions, on distingue à l'intérieur de cette catégorie : les systèmes à relations intégrées, ceux à relations libérales et les systèmes mixtes.

Systèmes à relations intégrées

Dans les systèmes à relations intégrées entre assurés, prestataires de soins et organismes de financement, les praticiens sont directement liés, en ce qui concerne leur rémunération et leur

activité, aux associations de caisses d'assurance maladie. Les assurés s'insèrent dans un schéma de relations relativement rigides avec les caisses et avec les médecins. C'est le cas de l'Allemagne et de l'Autriche (voir schéma p. IV).

Les hôpitaux, s'inscrivant dans une optique de service public, se retrouvent dans une situation ambivalente. Leur financement courant est assuré par les caisses d'assurance maladie, l'investissement est financé par le détenteur de la tutelle, le Land. Depuis 1996, en Allemagne, cette situation a évolué.

Systèmes à relations plus libérales

Dans les systèmes où la relation entre prestataire et assureur ainsi qu'entre assuré et assurance maladie est moins contraignante, l'échange entre médecin et malade, bien que

Les réformes du système de santé allemand

L'action concertée

En 1977, à l'époque où la quasi-totalité des pays développés se trouvaient confrontés à la problématique de l'évolution des dépenses de santé dans un cadre économique de plus en plus contraint, l'Allemagne était le premier pays à instaurer une politique globale de maîtrise des dépenses de santé. Une instance spécifique était créée, l'« action concertée », conférence réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la santé.

Deux sessions se tiennent chaque année, l'une en automne émet des recommandations, l'autre, en mars, analyse les résultats de l'année écoulée.

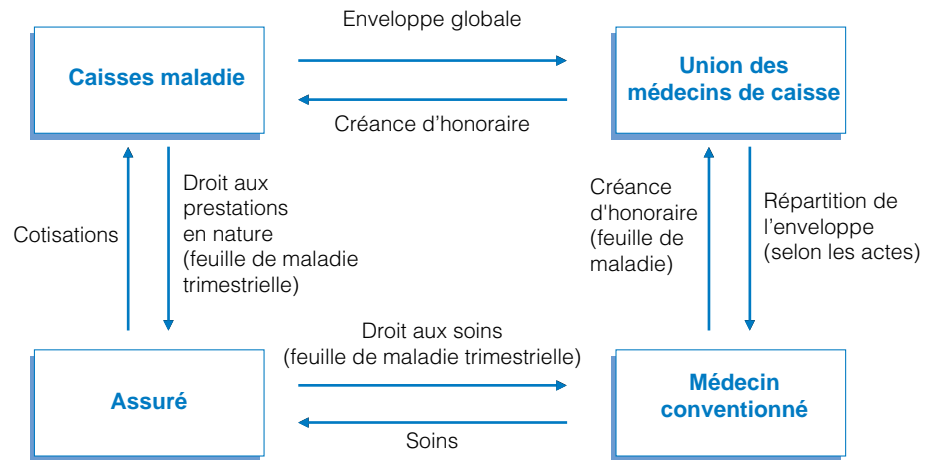
L'instauration de cette conférence s'est inscrite dans un contexte social, politique, juridique propre à l'Allemagne. Son fonctionnement procède des fondements de l'idéologie libérale qui régit les institutions. La concertation entre partenaires, sans l'intervention des instances fédérales, s'est érigée en principe et constitue un rouage essentiel de la résolution des conflits économiques et sociaux.

L'objectif fondamental de la politique instaurée en 1977 a consisté à garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie afin de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc de garantir par là-même un niveau de charges sociales acceptable pour les entreprises.

Si les médecins se sont laissés convaincre de la nécessité d'une régulation au nom de la sauvegarde du système, il n'en a pas été de même avec l'industrie pharmaceutique et les hôpitaux soutenus par les Lands.

L'alignement de l'évolution des dépenses de santé sur celle des grandeurs macro-économiques fut un objectif atteint jusqu'en 1982. Ultérieurement,

Les relations entre les acteurs en médecine de ville



certaines dérives sont apparues. Durant la décennie quatre-vingt, les mesures prises se sont focalisées sur le gel des rémunérations médicales (1983-1985) et des prix pharmaceutiques (1985-1987, 1988-1989) ou sur l'augmentation de la participation des malades en matière d'achats de biens médicaux.

Ces mesures sporadiques ont conduit finalement à l'élaboration de la première grande réforme, la réforme Blüm, du nom du ministre des Affaires sociales en 1989.

La réforme Blüm

Si elle constitue l'aboutissement d'expériences successives, cette réforme est apparue, par certains aspects, en rupture avec certains principes fondamentaux du système de santé. Un des points concernait, en effet, l'institution d'une participation des ménages à plusieurs catégories de dépenses. Le ticket modérateur acquiert alors en Allemagne le rôle d'instrument de régulation des dépenses. Son montant est relativement important, notamment en matière de soins

d'auxiliaires médicaux, de cures médicales, de prothèses dentaires, d'optique et transports. Le forfait journalier à l'hôpital est augmenté. La réforme de la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie est un des points importants du plan de Norbert Blüm avec l'instauration d'un système de prise en charge forfaitaire et de prix de référence. Une dissociation est opérée entre le prix et le tarif de remboursement. Le pharmacien a le droit de substitution.

La réforme Blüm était encore essentiellement gestionnaire, elle ne s'attaquait pas aux problèmes structurels : pas de compensation entre les caisses de sécurité sociale ce qui entraînait de forts écarts entre le montant des cotisations des assurés, démographie médicale non contenue, aucune coordination entre médecine de ville et hospitalisation, double financement des hôpitaux par la sécurité sociale et les Lands.

La réforme Seehofer

La réforme Seehofer adoptée le 20 décembre 1992 propose :

- des mesures d'urgence : la budgétisation des honoraires médicaux, la fixation d'un budget médicament pour les médecins et les hôpitaux dans les anciens Lands, la baisse impérative du prix des médicaments, la redéfinition et le relèvement du ticket modérateur. Trois réformes structurelles sont mises en place par étapes :

- l'instauration de forfaits par pathologie pour le financement des hôpitaux ;
- la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière, ainsi que la rationalisation à l'intérieur des différentes spécialités ;
- l'instauration d'une concurrence entre caisses assortie d'un mécanisme de compensation.

Ces mesures ne sont pas uniquement guidées comme les précédentes par la recherche d'un équilibre comptable des caisses d'assurance maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur les facteurs structurels de blocage.

MD

codifié, s'effectue sur un mode libéral. L'assurance maladie intervient généralement *a posteriori* dans le financement des prestations. La rémunération du médecin, bien que réglementée par les conventions, est « réalisée » dans le cadre du contact praticien-malade. Ces systèmes se rencontrent en France, Belgique, Luxembourg.

Système mixte

On peut enfin distinguer un système mixte. Il s'agit de celui mis en place aux Pays-Bas. L'assurance maladie publique organise une médecine de caisse et un rapport relativement dirigiste entre le malade et le système de santé. L'assurance privée à laquelle doivent s'inscrire les titulaires de revenus supérieurs à un certain seuil (180 000 FF par an) fonctionne sur la base de relations libérales. 42 % des assurés en dépendent.

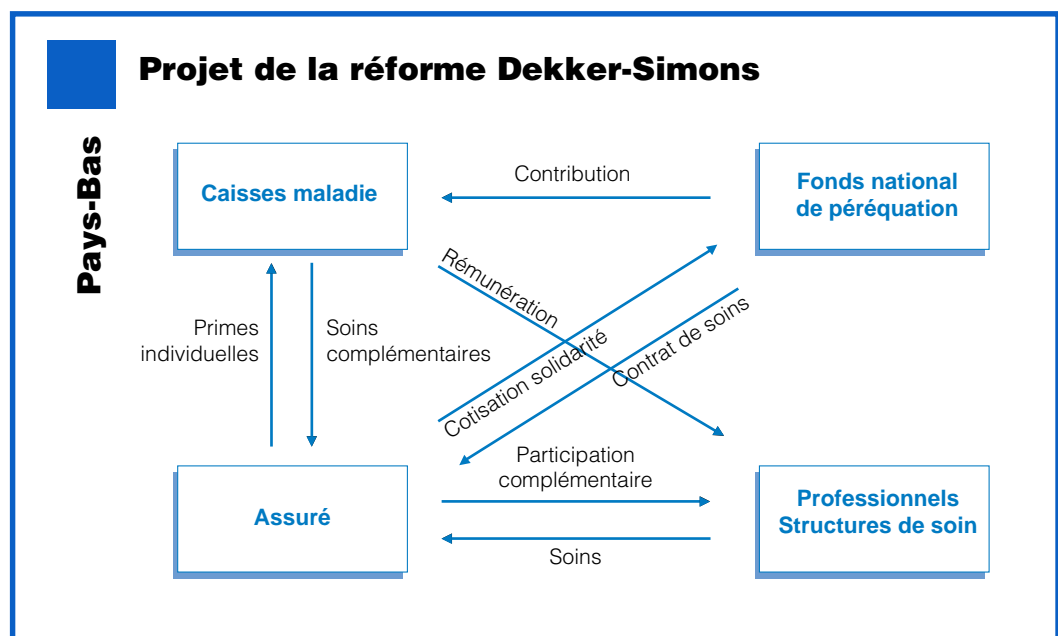
Il est certain, et nous le verrons dans l'analyse des réformes, que les distinctions entre ces sous-catégories sont mouvantes. De nouveaux modes de gestion, de nouvelles références, peuvent modifier le rôle de tel ou tel acteur. On peut citer, d'ores et déjà, l'introduction de la concurrence entre caisses en Allemagne qui les rend plus dépendantes des comportements des médecins et des assurés, l'instauration d'objectifs nationaux quantifiés de références médicales opposables qui limite sensiblement, en France, la relation libérale qui prévalait entre médecin et caisse ainsi qu'entre médecin et malade.

La réforme présentée en novembre 1995 en France conduit à nuancer le classement de son système dans cette catégorie. Le rôle dévolu désormais au Parlement dans la fixation d'objectifs financiers et sanitaires lui donne un ascendant sur les caisses d'assurance maladie. Il demeure

cependant que la gestion par les partenaires sociaux constitue un des rouages importants. Par ailleurs, la logique de contrats d'objectifs entre institutions régionales et établissements, l'attribution d'enveloppes financières et la fixation de normes déclinées au niveau régional et des professions, pourrait évoquer une « approche intégrée ». Cependant, la « non-insertion » des professionnels et des assurés à l'organisation administrative éloigne le système d'une conception étatique des relations entre acteurs directs et institutions. La relation entre le médecin et le malade garde une tonalité libérale.

Les services nationaux de santé

Les services nationaux de santé constituent une deuxième catégorie de système où tutelle et financement sont assumés par la même instance administrative. Ils se fondent sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins et de fiscalisation des dépenses de santé. Il s'agit de systèmes créés au milieu du xx^e siècle sur la base de traditions sociales-démocrates. Le modèle de service national de santé, mis en place après-guerre, en Grande-Bretagne, s'est imposé ensuite en Irlande et dans les pays du nord de



l'Europe (Finlande, Suède, Danemark). Les « acteurs directs » — prestataires de soins et malades — sont liés étroitement aux structures institutionnelles, centrales et à leurs déclinaisons régionales et locales. La responsabilité de la production de soins et de sa gestion est décentralisée au niveau de la région et de la municipalité.

Certaines dispositions atténuent parfois les principes Beveridgeiens d'égalité d'accès. En Irlande, par exemple, il est possible en payant une participation individuelle de bénéficier de certaines prestations supplémentaires. Au Danemark également, moyennant un supplément annuel (catégorie 2), il est possible de s'adresser directement à un spécialiste. La réforme britannique de 1989 et les projets finlandais apportent un infléchissement sensible à la procédure d'allocation et de répartition administrative en instituant un « marché interne » entre cabinets de généralistes ou autorités de districts d'une part et établissements hospitaliers d'autre part.

Les services de santé « mixtes » des pays d'Europe du sud

Les services nationaux de santé des pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce, Espagne, Portugal) sont plus difficiles à classer dans une catégorie homogène. Instaurés entre la fin des années soixante-dix et le milieu des années quatre-vingt sur une base Beveridgeienne, ils se sont greffés sur des mosaïques de régimes et mutuelles déjà en place. Comme l'écrit très justement Nadine Richez, à propos de ce qu'elle nomme « variante latine du modèle ouest européen de protection sociale » : « proches à l'origine du modèle bismarckien », ces pays « ont évolué progressivement vers un système de solidarité nationale sans rompre totalement avec les principes de l'appartenance professionnelle et de la logique de métier. »

Le choix de créer un service national de santé était idéologique. Il résultait d'une réaction contre des régimes politiques antérieurs souvent fondés sur un mutualisme qui favorisait certaines catégories socio-professionnelles et n'avait pas de vocation à tendre vers une assurance universelle. Il répondait aussi à la nécessité de mettre en place un programme de développement des structures sanitaires et de protection universelle de la population,

► Nadine Richez. *Les systèmes de santé de l'Europe du sud. L'avenir de l'espace méditerranéen.* Paris : Édition Publisud, 1991

À la fin de la décennie soixante-dix et au début des années quatre-vingt, les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Grèce, Portugal) se sont engagés dans la création de services nationaux de santé fondés sur le principe d'un accès universel aux soins, assuré essentiellement par le service public et financé par le budget de l'État.

Dans le même temps, les pays du nord de l'Europe, de tradition sociale ancienne, se trouvaient confrontés, depuis quelques années déjà, à la distorsion grandissante entre l'évolution des dépenses de santé et celle des activités économiques, source du financement social.

Pour les quatre pays du sud, le choix d'un service national de santé se fondait sur plusieurs considérations. Historiquement, trois de ces pays sortaient d'une période d'organisation étatique autocratique où corporatisme et mutualisme s'avéraient être les éléments fondamentaux du système de protection sociale. Ce dernier se caractérisait donc par une parcellisation et un éclatement des structures. Après la chute de ces régimes politiques, la réaction s'est traduite par une volonté d'homogénéiser les droits et les prestations de protection sociale et d'affirmer le droit à la santé pour tous dans une volonté de cohésion nationale.

Des inégalités à compenser

Cette recherche d'égalité explique que, en dépit de la récession économique, l'Italie, le Portugal, la Grèce, et l'Espagne se soient lancés dans des constructions ambitieuses. Cette option semblait s'imposer dans des pays où le niveau de vie constituait un frein à l'accès aux soins pour certaines catégories de population et où les disparités étaient particulièrement marquées. Les inégalités de répartition des moyens étaient très prononcées entre les régions du nord et du sud (Italie, Espagne), entre les villes et les zones rurales (Portugal, Grèce, Espa-

nationaux de santé du sud de l'Europe

gne). En Grèce, par exemple, plus de 50 % des lits et 75 % du personnel médical hospitalier se trouvaient concentrés, en 1986, dans deux villes : Athènes et Thessalonique. La même répartition du corps médical existait au niveau des soins primaires.

La structuration sociale des pays du sud de l'Europe était moins diversifiée que dans les autres pays économiquement plus développés. Elle se caractérisait par une proportion relativement plus faible de classes moyennes, surtout en Espagne, en Grèce et au Portugal, ainsi que par une répartition entre secteurs d'activité laissant une moindre place à l'industrie et aux services. De ce fait, l'importance du salariat était moindre qu'en Europe du Nord.

Les services nationaux du sud se sont greffés sur des systèmes ou des sous-systèmes déjà en place, avec pour vocation de les remplacer progressivement. En fait, ces institutions ont subsisté en partie. Les dysfonctionnements des structures publiques ont même permis et renforcé leur maintien, leur conférant ainsi un rôle quasi officiel de substitut. De plus, le contexte économique va conduire ces pays à associer rapidement au principe général d'accès universel, une limitation des biens et services pris en charge.

Dans les quatre pays, la mise en œuvre des réformes s'est heurtée à des obstacles spécifiques : extrême politisation du fonctionnement des Unités sanitaires locales en Italie, faiblesse de l'échelon régional au Portugal et en Grèce, défaut de coordination générale du système au Portugal en raison d'une dispersion des responsabilités et des moyens, forte implication politique des régions en Espagne sur des revendications autonomistes.

Des objectifs particuliers ont été mis en avant. La Grèce, par exemple, et le Portugal, dans une moindre mesure, ont souhaité rattraper très rapidement leur fort retard en matière

d'assistance sanitaire, ce qui les a amenés à s'engager dans des programmes souvent trop ambitieux par rapport aux moyens. Aujourd'hui encore, la Grèce est le seul pays européen qui n'a pas cherché réellement à introduire des mesures de maîtrise des dépenses de santé.

Ces quelques particularités évoquées, l'option choisie en matière de système de santé et la pratique suivie révèlent de fortes similitudes entre les quatre pays méditerranéens.

La répartition équitable des ressources entre régions : un principe difficile à mettre en œuvre

En Espagne, comme en Italie, la décentralisation ne s'est pas accompagnée d'une répartition des ressources fondée sur des critères significatifs de morbidité. Dans ces deux pays, les dotations régionales se fondent sur un seul paramètre : la population protégée. Leur détermination n'intègre aucune variable susceptible de faire apparaître les différences de besoins entre régions : besoins liés à des structures démographiques différentes, à une forte diversité dans la structure sociale et les conditions de vie des populations.

Dans les quatre pays, et malgré les efforts importants déployés par les responsables dans le sens d'un meilleur équilibre, les disparités régionales restent encore relativement fortes, non seulement au niveau des moyens mais aussi et surtout de la qualité des soins.

Un modèle centré sur la prédominance du secteur public

Dans l'esprit des réformateurs, le secteur public devait constituer le support des politiques de santé. En réalité, son développement et son rôle ont été confrontés à d'importants obstacles.

En raison de conditions économiques difficiles, l'insuffisance des moyens al-

loués au service national de santé a rendu impossible l'application complète des réformes envisagées.

Les trop faibles rémunérations offertes aux praticiens dans le secteur public les ont souvent incités à pratiquer un double exercice public-privé ou, comme en Grèce qui a interdit cette pratique, à désertir ce secteur. Les dysfonctionnements du secteur public pénalisent fortement les catégories sociales les moins aisées qui ne se reportent pas sur le secteur privé.

En Italie, un rapport réalisé par le service des études de la Chambre des députés constate que si un tiers des classes supérieures s'adresse aux structures privées et 44,4 % d'entre elles aux deux secteurs, les proportions pour les classes moyennes basses sont respectivement de 1,4 % et 31,0 %. Quant aux catégories sociales les moins aisées, elles ne s'adressent jamais au secteur privé. La même constatation est faite pour l'Espagne et le Portugal.

Les responsables politiques tentent, depuis quelques années déjà, de revenir progressivement sur la générosité de systèmes de protection sociale à vocation universelle que les conditions économiques ne peuvent plus garantir. Toutes les réformes récentes (Italie, Portugal, Grèce) accroissent le niveau de participation des ménages. Comme dans les autres pays européens, mais de façon sans doute plus aiguë, tout au moins pour la Grèce et le Portugal, sans assainissement des finances publiques ni reprise de la croissance économique et de la demande intérieure, ces réformes ne préserveront pas un accès égalitaire aux soins.

L'orientation de l'Union européenne vers une libéralisation des échanges communautaires risque, en outre, de grever lourdement les systèmes de protection sociale de ces pays qui ne pourront faire face à des augmentations importantes de prix.

DLS

particulièrement en Espagne, en Grèce et au Portugal.

En Italie, le souhait de créer un service national de santé correspondait, en période d'essoufflement de l'essor économique d'après-guerre et de turbulences politiques, à un souci de cohésion nationale exprimée par le « compromis historique » institué entre les divers partis politiques démocratiques non extrémistes.

L'instauration de ces systèmes de santé et de protection sociale dans une période de forte dépression économique devait très rapidement constituer un obstacle important à leur mise en œuvre générale. Par ailleurs, les difficultés de mettre en place des instruments de gestion permettant d'appréhender la demande solvable et de légitimer ainsi les procédures de répartition du budget santé voté par le Parlement, ont constitué des obstacles fondamentaux à cette réalisation.

Il en est résulté des systèmes hybrides qui, tout en confirmant les structures d'un service national de santé (vote d'un budget santé pour les soins curatifs et les actions de santé publique, mise en place d'unités sanitaires liées aux instances administratives locales et régionales) laissent subsister certains régimes de sécurité sociale ou mutualistes antérieurs et tentent d'intégrer des instruments de gestion caractéristiques des systèmes de caisses, notamment la participation financière des patients.

La tendance générale, observée dans ces quatre pays, serait une réorientation vers un modèle où l'intervention de l'État serait de plus en plus réduite. Le risque est dès lors de voir s'atténuer progressivement certains principes fondamentaux des services nationaux de santé tels que l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Belgique

L'Union européenne peut revendiquer la paternité des systèmes de sécurité sociale. Leur institutionnalisation, en Belgique comme ailleurs, leur confère une place centrale dans les politiques de redistribution de revenus. Ainsi, les 6 % de la population belge qui se situent en dessous du seuil de pauvreté défini par les critères européens pourraient atteindre près de 42 % si le système faisait défaut. C'est dire l'importance des transferts sociaux qu'elle réalise et qui représentent près de 25 % du revenu national.

Au cours de la dernière décennie, la légitimité de la sécurité sociale s'est renforcée. Dès lors, plutôt que de la réformer, il était préférable d'opter pour la modernisation¹.

Cet objectif politique a été lancé par le Premier ministre Dehaene, dans une note de négociation en vue de former le gouvernement fédéral de coalition en juin 1995, le but étant d'adapter la sécurité sociale aux « temps nouveaux »².

Cinq raisons

Dans un ouvrage publié sous le titre *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*³, le Premier ministre avance les principales justifications d'une politique de modernisation de la sécurité sociale :

- la modification des schémas familiaux dans la société, caractérisée par un accroissement des familles monoparentales ;
- le vieillissement de la population et ses conséquences financières, ainsi que le départ anticipé du marché du travail ;
- le mode de financement de la sécurité sociale défavorable pour l'emploi ;
- l'émergence d'une nouvelle notion de carrière et la multiplication des emplois atypiques ;
- un rythme de croissance plus modéré de l'économie.

Les principes

Les grandes tendances de l'évolution

contextuelle fondent les principes qui doivent gouverner la modernisation⁴ :

- le maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale, l'amélioration de son efficacité dans le cadre d'un renforcement de la lutte contre la pauvreté ;
- l'association assurance sociale et solidarité entre personnes ;
- l'augmentation de l'importance d'un financement alternatif, de sorte que le financement de la sécurité sociale grève moins le travail et favorise la création d'emplois ;
- l'adaptation des structures de sécurité sociale permettant d'établir une distinction plus nette entre les secteurs liés au travail (accidents du travail, indemnités journalières, pension d'invalidité) et les secteurs généraux. Les secteurs généraux seront harmonisés progressivement afin d'arriver à terme à une couverture uniforme des risques généraux pour l'ensemble de la population ; ce dernier point constitue l'un des moyens les plus efficaces de lutter contre la pauvreté ;
- la poursuite de la gestion globale de la sécurité sociale, dans le respect du principe de la gestion paritaire ;
- l'intensification de la lutte contre la fraude fiscale, les abus, le travail au noir... ;
- une limitation de la croissance réelle globale des dépenses, grâce à l'instauration d'une norme légale permettant d'assurer, à court terme, la viabilité du régime ;
- l'application uniforme de la loi dans tout le pays.

Les mesures

La définition des principes de la modernisation débouche sur des propositions de mesures que le gouvernement tentera d'appliquer au cours de la législature 1995-1999. Nous nous limiterons à l'énoncé des mesures relatives aux principaux secteurs : les soins de santé et les pensions.

Les soins de santé

L'objectif global en matière de soins de santé est de garantir leur accès, en par-

ticulier aux groupes socialement fragilisés⁵. Mais les propositions du gouvernement dessinent une restructuration de ce secteur car il envisage de :

- fixer une norme de croissance réelle des dépenses : maximum 1,5 % ;
- responsabiliser les différents partenaires ; généraliser le système des enveloppes à l'ensemble du secteur et évaluer le profil des prestataires ;
- limiter la pléthore des dispensateurs de soins, en concertation avec les communautés ;
- programmer plus strictement les services médico-techniques et les appareils médicaux lourds et promouvoir les accords de coopération entre hôpitaux ;
- mieux structurer l'organisation des soins de santé, revaloriser le médecin généraliste, renforcer la spécialisation dans le secteur des hôpitaux et instaurer l'échelonnement des soins ;
- encourager l'hospitalisation de jour et réduire la durée moyenne de séjour,
- procéder à l'enregistrement simplifié et accéléré des médicaments, instaurer des contrats « prix-volumes » avec l'industrie pharmaceutique et collecter des données pour établir des profils de prescripteurs ;
- désigner par élection les représentants des médecins dans les instances de sécurité sociale ;
- supprimer les distorsions de consommation injustifiées ;
- améliorer la couverture des personnes âgées et des malades chroniques.

Les pensions

Dans ce secteur, il s'agit de s'adapter aux conséquences de l'évolution démographique et à la nécessité de freiner la croissance des dépenses, tout en préservant le système légal. Le gouvernement propose de :

- modifier les mécanismes de calcul de la pension légale (fraction de carrière, périodes assimilées, coefficients de revalorisation et salaires fictifs) ;
- instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes ;

- réduire progressivement le régime des prépensions et encourager la prépension à mi-temps ;
- promouvoir les deuxième et troisième piliers en tant qu'alternative à une partie des augmentations salariales ;
- maîtriser la dynamique des dépenses pour les futurs pensionnés de la fonction publique ;
- renforcer la solidarité entre pensions élevées et modestes ;
- examiner les possibilités de constituer, à terme, une partie de la pension légale par un système de capitalisation.

La gestion

Le gouvernement formule quatre propositions pour moderniser la gestion et la rendre plus efficace :

- informatisation plus poussée⁶ ;
- mise en place d'un nouveau cadre de travail pour les organismes publics de sécurité sociale ;
- renforcement de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale ;
- meilleure répartition des tâches entre organismes nationaux de sécurité sociale.

Les perspectives

La modernisation s'inscrit dans une évolution en cours depuis longtemps. Elle ne dessine pas « une reconstruction de l'idée de progrès et de solidarité qui ait une force certaine pour tracer les perspectives positives de changement en faveur de ceux qui souffrent, doutent ou désespèrent »⁷. Ceci s'explique sans doute par le constat qu'« en même temps que s'affaiblit et se transforme un monde que nous avons connu, est en train d'apparaître une société que nous ne connaissons pas encore »⁸.

Mais aussi parce que cette modernisation s'inscrit dans les anciennes règles du jeu, la solidarité entre travailleurs et entre régions et qu'à terme, cette dernière semble remise en question dans les secteurs des soins de santé et des allocations familiales. Mais surtout par les orientations pre-

mières du gouvernement de conduire la Belgique (avec un endettement global équivalent à environ 130 % du PNB) dans le premier peloton des pays qui entreront dans l'Union européenne monétaire, et donc de mener une politique avant tout budgétaire, pour satisfaire aux critères fixés à Maastricht par les douze.

Ces contraintes actuelles — vision floue de l'avenir, remise en cause des mécanismes institutionnels de financement de l'État et par voie de conséquence de la sécurité sociale, endettement de l'État — fixent comme perspectives un débat sur les contours et le contenu de la sécurité sociale belge après la législation actuelle, tout comme l'écrivait d'ailleurs le Premier ministre « dans une phase ultérieure de la réforme de l'État, la répartition actuelle des compétences sera évaluée et rectifiée dans le sens d'une plus grande homogénéité des prestations servies »⁹.

Henri Lewalle

1. Loi du 26 juillet 1996 (M.B. du 1^{er} août 1996)
2. Pour rédiger cet article, nous nous sommes largement inspirés de la publication d'E. Arcq et de P. Reman : *Les interlocuteurs sociaux et la modernisation de la sécurité sociale*. In : *Courrier hebdomadaire du Crisp*, n° 1508-1509, Bruxelles 1996.
3. J.-L. Dehaene. *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*. Éditions Luc Pire, 1995.
4. J.-L. Dehaene. *Une politique énergétique pour une société nouvelle*. Lignes de force du programme du Gouvernement fédéral, 4 juin 1995.
5. Sur ce volet, nous invitons le lecteur à consulter l'excellent article de Jean Hermesse : *L'accès aux soins de santé en Belgique*. In : *Solidarité santé*, n° 2, 1997.
6. Notamment par la mise en circulation, dès le 1^{er} juillet 1998, d'une carte d'identité sociale dont chaque résident sera doté (carte à puce) et la création d'un réseau entre les hôpitaux et les organismes assureurs.
7. P. Palsterman, P. Reman. De la réforme à la modernisation. In : *La Revue nouvelle*, novembre 1995, Rixensart p. 40 à 49.
8. M. Molitor. Chômage et démocratie in *La Revue nouvelle*, juin 1996, Rixensart, p. 52 à 63.
9. J.-L. Dehaene. *La société de l'information*, op. cit. p. 192.



Les tendances gestionnaires des politiques de maîtrise des dépenses de santé

La crise économique qui sévit dans les pays occidentaux, conjuguée à l'augmentation des dépenses de santé, a entraîné la mise en place de politiques de maîtrise des dépenses de santé.

La croissance économique de l'après-guerre avait permis aux pays européens les plus développés de se doter de structures sanitaires performantes et d'élargir leurs systèmes de protection sociale. À la fin de cette période, la distorsion croissante entre accroissement des dépenses de santé et ressources disponibles oblige les gouvernants à contrer les dérives observées. Avec les moyens que les systèmes mettaient à leur disposition, les responsables ont tenté de limiter certaines évolutions tant du côté de la demande que de l'offre.

Ces mesures ponctuelles adoptées, pour la plupart des pays, dans un objectif de gestion financière ont débouché progressivement sur des réflexions plus fondamentales concernant la capacité du secteur public et des instances de décision à gérer le système, ainsi que sur la nécessité de mesurer les produits des activités sanitaires.

En Allemagne : l'action concertée

Seule l'Allemagne amorce, dès 1977, une autre approche en mettant en place des objectifs quantifiés, décidés dans le cadre d'une instance de réflexion regroupant tous les acteurs du sys-

tème de santé et de la société civile : l'action concertée.

Essentiellement indicatives, les recommandations, dont l'efficacité ne dépend que de la force du consensus dégagé lors de la mise en pratique des mesures décidées entre les différents partenaires, n'ont aucun caractère obligatoire.

Initié par le gouvernement fédéral, le principe de cette conférence a pu choquer au départ certains acteurs du système de santé allemand, notamment les industriels de la pharmacie, mais aussi les hôpitaux et les syndicats allemands. Le plus libéral et le plus puissant, le *Hartmannbund*, stigmatisait dès le départ « l'interventionnisme du ministère des Affaires sociales ». Il est peu habituel en Allemagne que le gouvernement s'insère dans le jeu relationnel des acteurs. La cogestion des activités économiques et sociales par les partenaires sociaux est une référence fondamentale. En fait, le gouvernement a su convaincre en évoquant la faillite du système de protection sociale. En effet, la récession qui, déjà à l'époque, s'avérait être de grande ampleur menaçait l'équilibre comptable de l'assurance maladie. Il s'agissait de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc de garantir un niveau de char-

ges sociales économiquement acceptable pour les entreprises. Cette préoccupation se double du souci de préserver un système de santé envisagé non seulement sous l'angle de l'organisation des soins mais aussi des relations institutionnelles qui le régissent.

L'organisation entre médecins, caisses et usagers facilitait la mise en place d'une telle instance.

Après des premiers résultats prometteurs, puisque l'alignement de l'évolution des dépenses de santé sur celle des grandeurs macro-économiques fut un objectif atteint jusqu'en 1982, certaines dérives apparaissent. L'indiscipline des hôpitaux, soutenus par les Lands, et de l'industrie pharmaceutique conduit les professionnels de santé à s'écarter des recommandations. Le gouvernement fédéral se voit, dès lors, contraint d'intervenir plus directement dans le fonctionnement du système de santé et de proposer d'autres orientations. Dans les autres pays, à partir de la fin des années soixante-dix, les politiques menées par les responsables s'orientent essentiellement selon quatre axes. Les pays du Sud de l'Europe, engagés à la même période dans des processus de création de services nationaux de santé, suivront les mêmes directions mais avec retard.

Le désengagement financier des institutions publiques

Le désengagement financier des institutions publiques a constitué un des premiers instruments de régulation des dépenses. Il était légitimé par la nécessité de responsabiliser les assurés et, indirectement, les praticiens et les industriels. Cette politique n'a pas eu le même impact selon les pays et ses modalités se sont insérées différemment dans les systèmes en place.

Le ticket modérateur

Si son utilisation comme instrument de maîtrise des dépenses ne posait guère de problème en

France et en Belgique où les textes fondateurs le prévoyaient, il n'en était pas de même en Grande-Bretagne et plus généralement dans les services nationaux de santé.

En Allemagne, le ticket modérateur n'a été instauré qu'assez tardivement et seulement pour les biens médicaux avec, pour justification, l'incidence de la liberté des prix industriels. De réforme en réforme, il est devenu un élément important des plans d'économie proposés par les divers ministres de la santé, malgré l'opposition des assurés qui, encore en 1989, évoquèrent à cet égard « le démantèlement de la Sécurité sociale ».

La mise en place, en 1992 au Portugal, d'un forfait sur les soins assez faible et ne touchant que moins de la moitié des assurés, en raison des nombreuses dérogations instituées, a suscité de même une véritable levée de boucliers qui actuellement bloque, en partie, son application.

Dissociation entre prix et tarifs de remboursement

La dissociation entre prix et tarifs de remboursement est une des voies souvent explorées par les responsables. Déjà en place depuis de nombreuses années, en ce qui concerne le remboursement de certaines prothèses et de cures dans quelques pays, elle est instaurée aux Pays-Bas et en Allemagne depuis 1989, pour la pharmacie.

Un système de prise en charge forfaitaire est institué (Festbetrag). Le remboursement s'effectue en référence à un niveau de prix arrêté par l'assurance maladie. Ce prix s'ajuste sur celui du médicament générique. En cas d'achat d'un produit considéré comme équivalent mais plus coûteux, la différence est à la charge de l'assuré. Ces forfaits ne sont pas appliqués pour les médicaments récents innovants pour ne pas léser la recherche pharmaceutique.

En Allemagne, la démarche suivie consiste à faire pression sur les prix à la production dont la fixation est libre. Elle vise donc essentiellement les industriels et non les consommateurs.

La mise en place du « secteur 2 à honoraires libres » pour les médecins, en France, correspond à une dissociation instituée au niveau du financement des services de soins. Devant les difficultés d'accès aux soins suscitées par cette disposition, l'entrée dans le « secteur 2 à honoraires libres » a été restreint aux médecins

hospitaliers désireux de s'installer. Au Luxembourg, le souhait des médecins de voir s'instaurer un équivalent a été fortement rejeté par les assurés et les instances politiques. Cette formule est l'unique exemple, en Europe, d'une application de la dissociation au niveau d'une prestation de service.

En tout état de cause, ce genre de démarche constitue un pas vers la conception d'un prix de marché en matière de soins et biens médicaux.

Le déremboursement

Le déremboursement, justifié au départ, en Europe, par la notion de confort se voit progressivement légitimé par une référence plus « scientifique », celle de la non-efficacité (cures thermales, médicaments...).

Enfin, de plus en plus, les États se limitent à la prise en charge du seul coût sanitaire en matière d'hospitalisation, laissant au patient la rémunération forfaitaire pour les dépenses d'hôtellerie.

Mais le plus fort désengagement apparaît dans les pays qui se sont dotés d'un service national de santé. Les dysfonctionnements de ce dernier provoquent l'apparition de structures de soins et de financement privées parallèles (Grèce, Espagne, Portugal).

Rationalisation et réduction des structures

Le deuxième axe généralement développé par les pays européens dans leur volonté de maîtriser l'évolution des dépenses de santé concerne la rationalisation et la réduction des structures d'offre.

En France, la carte sanitaire, mise en place au début des années soixante-dix, s'est efforcée de rationaliser les structures par reconversion de services et réduction du nombre de lits. Entre 1979 et 1994, le parc hospitalier a diminué de 10 %. Ce mouvement a touché plus fortement le secteur public que le secteur privé.

La Belgique s'est engagée, depuis 1990, dans une politique de réaménagement de l'in-

frastructure hospitalière par concentration et suppression de toutes les petites unités. À Bruxelles, par exemple, les 44 hôpitaux généraux d'une capacité moyenne de 165 lits ont été réduits à 21 structures de 224 lits environ.

L'Allemagne n'a pu développer avec efficacité ce type de politique jusqu'aux années récentes, les Lands, responsables du financement des investissements hospitaliers, ne souhaitant pas heurter les intérêts locaux. Selon des estimations concordantes, de sources diverses, 80 000 lits seraient actuellement excédentaires. Depuis la réforme Seehofer, le financement dual de l'hôpital a été abandonné. Les coûts d'investissements sont financés sur les paiements par pathologie depuis 1996. Il est encore difficile de savoir si cette mesure aura un impact sur les capacités d'offre hospitalière.

En Grande-Bretagne, la réforme Thatcher a conduit à la fermeture d'un grand nombre de structures et de lits. En neuf ans, entre 1985 et 1994, 118 000 lits ont été fermés.

Aux Pays-Bas, la politique de restriction des capacités hospitalières a fait l'objet d'études portant sur les risques en matière d'accès aux soins.

Limiter l'accès aux professions médicales

L'instauration de limites d'accès aux professions médicales se généralise sous la forme de *numerus clausus*, à l'entrée dans les études ou, dans certains pays, à l'entrée du service national de santé ou du système de médecine de caisses (Allemagne). À contre-courant, une réforme adoptée en Italie, en 1992, mais non appliquée, envisageait de supprimer les limitations à l'entrée du système afin de créer une concurrence entre médecins libéraux et salariés.

La loi Seehofer en Allemagne a fortement limité la liberté d'installation des médecins. De 1993 à 1998, la carte sanitaire est resserrée. L'attribution des places vacantes est réglementée par la loi, en tenant compte des listes d'attente, des intérêts des cabinets médicaux déjà en place. À partir de 1999, les autorisations d'installation seront déterminées en fonction des besoins. Elles prendront fin automatiquement lorsque le praticien atteindra 68 ans.

En Belgique, il n'existe pas actuellement de *numerus clausus*. Toutefois, le gouvernement belge, dans son programme de contrôle de l'of-

F. M. Rutten a ainsi démontré que ces derniers sont influencés par le volume de l'offre. En période de réduction des lits hospitaliers, les classes sociales à revenu élevé ont un nombre d'admissions disproportionné par rapport aux autres. Les classes socio-professionnelles les moins aisées ont un recours plus fréquent à l'hôpital lorsque le ratio lits par habitant est fort. F. M. Rutten en conclut qu'une politique de restriction menée dans un objectif de rationalisation de l'activité des structures de soins peut ainsi dépasser un seuil en deçà duquel les inégalités entre les différents groupes sociaux augmentent.

fre, explore actuellement deux orientations : l'introduction d'un quota d'étudiants et la révision des conditions de droit à la retraite. Le principe d'une régulation de la démographie médicale est cependant rejeté violemment par les étudiants alors qu'il est ardemment souhaité par la profession. En effet, le corps médical réclame une réduction drastique du nombre de diplômés, de 1 200, en 1996, à 600 à partir de 2002. Leurs principaux arguments se fondent sur la surconsommation de soins, conséquence d'un afflux trop important de praticiens, et sur le risque de moins bonne qualité que peut entraîner une faible pratique.

Le développement des interrelations entre les structures de soins : les alternatives à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation constituent une des formes les plus fréquemment observées en Europe des politiques destinées à restructurer les services de soins afin de rationaliser à la fois les dépenses hospitalières et l'itinéraire du malade dans le sens d'un service plus proche.

De façon générale, les alternatives à l'hospitalisation ont connu une gestation lente dans la quasi-totalité des pays de l'Union Européenne pour ne commencer à se développer qu'à partir du milieu des années quatre-vingt. Le Royaume-Uni constitue cependant une exception. Le National Health Service a, dès le début des années soixante-dix, intégré dans ses programmes la promotion de la chirurgie ambulatoire. L'évolution ultérieure a permis d'arriver à effectuer, vers 1985, un tiers des opérations chirurgicales en ambulatoire. La réforme de 1989 tend à accélérer cette tendance. La suppression de certains services résultant de la restructuration opérée par le « marché interne » est justifiée officiellement par l'évolution attendue de la pratique chirurgicale, notamment la coelochirurgie.

Au Pays-Bas, les alternatives à l'hospitalisation se sont surtout développées à partir du milieu des années quatre-vingt et s'inscrivent désormais dans le sens des mesures préconisées par la réforme Dekker, notamment dans les réseaux de soins que sont susceptibles de constituer les caisses d'assurance maladie.

Au Danemark et en Irlande, le véritable développement de ces modalités date de la même

époque et s'affirme de plus en plus depuis les années quatre-vingt-dix. La Suède et la Finlande restent un peu en deçà des évolutions de l'Europe du Nord.

En France, intégrées dans le champ des cartes sanitaires par la loi du 31 juillet 1991, les alternatives à l'hospitalisation ont reçu ainsi une incitation à se développer qui a été reprise dans le cadre de la réforme récente.

En Europe du Sud, l'Espagne et le Portugal sont pratiquement les seuls pays ayant inscrit dans leur politique de santé des programmes de création de formules alternatives à l'hospitalisation, l'Espagne depuis 1990, le Portugal depuis le programme gouvernemental de 1992.

Un encadrement des dépenses fixé a priori

La troisième grande orientation constitue une étape importante dans l'évolution des conceptions traditionnelles de maîtrise des dépenses de santé. Elle correspond à une politique charnière avant la prise en compte de réformes de structures visant l'efficacité et la mesure des produits.

La politique des enveloppes, qui était inhérente au fonctionnement des services nationaux de santé, a été adoptée dans les systèmes bismarckiens articulés autour de caisses de sécurité sociale, à la suite du constat d'inefficacité des mesures visant la rationalisation des structures d'offre ou des comportements.

Ces budgets globaux ont pour objectif d'imposer une contrainte financière, instituant, par là-même, un contrôle *a priori* de l'offre.

Désormais, les responsables de tutelle ou financiers décident en début d'année de ce qui doit être décerné financièrement à tel ou tel type de structures de soins. En Allemagne, la référence à la notion de dépenses « socialement acceptables » a légitimé les normes arrêtées par l'action concertée. On verra par la suite que « le socialement acceptable » des années quatre-vingt a évolué d'une conception purement budgétaire à la prise en compte simultanée dans les années quatre-vingt-dix de la référence à l'équité et à la qualité des soins.

Le NHS britannique après la réforme

La réforme du système de santé anglais de 1991 a combiné un changement radical : la mise en place d'un « marché interne », avec le maintien d'un des piliers de l'ancien système : un financement largement appuyé sur l'impôt.

L'introduction des incitations et des sanctions du marché devait permettre pour les initiateurs de la réforme une amélioration du niveau et de la qualité des soins tout en facilitant un transfert de ressources de l'hôpital vers les soins primaires. Le maintien du mode de financement devait pérenniser les aspects positifs de l'ancien système : équité, accessibilité, et, « last not least », contrôle de la dépense.

Le marché mis en place par la réforme est un marché « interne », « organisé ». Interne parce que la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée, et que les offreurs et demandeurs qui interviennent sur ce marché sont des organes du système lui-même.

Les *districts health authorities* (DHA) sont financeurs. Ils ont la responsabilité de la promotion de la santé de leur population (250 à 300 000 personnes). Ils doivent identifier les besoins locaux en matière de santé, déterminer des priorités, les hiérarchiser, développer la prévention et la promotion de la santé. À noter que la réforme leur donne une fonction importante de programmation et de prévision.

Par ailleurs, les DHA financent l'achat de services de santé avec à une enveloppe calculée grâce à une formule de capitation pondérée prenant en compte la population mais aussi l'âge, les facteurs

de morbidité, le niveau de pauvreté de la région. Le district signe des contrats avec les hôpitaux et autres fournisseurs de services de santé. Ces derniers peuvent appartenir à son secteur mais également, concurrence oblige, à d'autres régions.

C'est enfin au district de vérifier que les hôpitaux atteignent les objectifs de qualité prévus dans les contrats : listes d'attente, mortalité périnatale, augmentation de l'activité en hospitalisation de jour ou n'importe quel autre critère.

Les médecins généralistes volontaires devenus détenteurs de budgets (« Fund Holders ») sont également des acheteurs.

Des médecins généralistes plutôt satisfaits

L'importance de la population couverte est la condition minimum pour un équilibre du risque. Dans la réforme britannique ne peuvent se porter volontaires que les cabinets de groupe dont le nombre de patients inscrit est supérieur à un plancher plusieurs fois révisé à la baisse et aujourd'hui fixé à 7 000 patients. Deuxième mesure : on a sévèrement limité le champ des soins que le médecin généraliste détenteur d'enveloppe budgétaire peut acheter. Il s'agit des soins les moins chers et les plus courants (ORL, chirurgie orthopédique, hernies, varices...). Enfin dernière protection, dès que les frais entraînés par un patient dépassent 5 000 £ par an en traitement hospitalier, les coûts supplémentaires sont pris en charge par le district. L'accueil des médecins généralistes à cette réforme, réservé dans un premier temps, est devenu plu-

tôt positif. Certains généralistes, qui craignaient que la passation de contrats entre districts et hôpitaux ne réduisent leur liberté, voient dans la gestion d'un budget propre la possibilité d'une plus grande autonomie. Les médecins généralistes ont également vite compris que la gestion de ce budget leur donnait un important moyen de pression sur l'hôpital, en particulier sur les délais pour obtenir les résultats d'un examen (radio, laboratoire). S'ouvrirait également pour eux la possibilité d'entamer un dialogue avec les médecins hospitaliers. Pour être payé, l'hôpital doit fournir des résultats de consultation, des comptes rendus d'hospitalisation.

Certains médecins généralistes demeurent toutefois réticents dans la mesure où ils craignent de devenir des « rationneurs » de soins. Ce n'est plus l'hôpital qui dira non mais eux. D'autres craignent que le système n'engendre une médecine à deux vitesses.

Les fournisseurs : hôpitaux ou centres de soins communautaires, peuvent choisir de devenir autonomes : « NHS Trusts ». Leur autonomie s'applique à la politique menée en matière de personnel, au choix des investissements. Dans ce dernier domaine le capital n'est plus un « bien gratuit ». Les hôpitaux devront rémunérer leur capital au taux de 6 %. La règle de passage au statut de « trust » est le volontariat mais dans les faits une pression assez forte semble avoir été exercée.

Pierre Volovitch

Des taux directeurs pour encadrer la croissance des dépenses, généralement hospitalières au départ, on a donc glissé progressivement vers la notion d'enveloppes globales en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Belgique. Ces enveloppes, d'abord appliquées à des dépenses, concernent ensuite des activités médicales ou de prescription. Plus récemment, et notamment en France, la fixation d'enveloppes s'est traduite par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) ou des accords cadres. Ces deux instruments correspondent à des taux directeurs assortis de sanctions ou bonifications.

Comme tout autre instrument, l'enveloppe de financement s'insère de façon spécifique aux données institutionnelles de chaque système et demeure foncièrement marquée par la conception qui préside aux relations entre acteurs.

En Allemagne, le principe de la médecine de caisse a conduit à l'instauration d'enveloppes collectives négociées entre associations de caisses et unions de médecins. Ces enveloppes sont réparties entre les divers praticiens d'une union en fonction du nombre d'actes. Une trop grande activité de la part d'un médecin lèse ses confrères. En Grande-Bretagne, les relations individuelles entre médecin et service national de santé (NHS) se sont traduites par l'attribution d'une enveloppe individuelle à chaque praticien volontaire pour négocier « l'achat » de soins spécialisés aux hôpitaux. Dans le premier cas, la solidarité est instituée entre praticiens. Elle s'insère bien dans la conception du système de santé allemand où les associations professionnelles sont les relais entre les médecins et les caisses. Dans le second cas, en Grande-Bretagne, une concurrence peut émerger entre les malades dans le « partage » de l'enveloppe réservée aux soins secondaires.

L'encadrement *a priori* des dépenses s'est très vite heurté à la question de la qualité des soins et de l'équité. En fait, cette procédure de dotation globale se doit de dépasser le stade strictement administratif, budgétaire. L'institution d'une enveloppe est directement associée à l'évolution économique générale. Elle consiste à transposer sur un secteur susceptible de devenir « sur-inflationniste » des normes représentatives de contraintes conjoncturelles globales. Appliquée trop schématiquement, cette conception risque de poser problème. Sans relation à une analyse micro-économique, la recherche de rationalité, d'efficacité, risque de faire défaut et de conduire ainsi à des phéno-

mènes de blocage ou des effets pervers pour éviter les contraintes imposées.

De telles conséquences ont pu être observées dans plusieurs pays. En Allemagne, quelques années après la naissance de l'action concertée, les médecins ont contourné le principe d'une augmentation de leurs rémunérations ajustée sur celles des salaires, en multipliant les prestations hors enveloppe. En France, le budget global hospitalier a induit des phénomènes d'externalisation des soins et perpétué certaines disparités entre structures. En Grande-Bretagne l'enveloppe accordée par les régions aux hôpitaux a longtemps été évaluée en fonction du niveau de dépenses antérieur permettant ainsi aux établissements excédentaires en nombre de lits de survivre au détriment de ceux moins bien pourvus.

Afin de remédier à l'opacité de tels instruments vis-à-vis de la connaissance de l'activité, les responsables ont progressivement cherché à leur associer des méthodes permettant d'établir une relation entre financement et activités. C'est le cas des paiements par cas dont les formules les plus connues sont les groupes homogènes de malades (GHM), les Diagnostic Related Groups (DRG), appliquées ou à l'étude, au Portugal, en France, en Allemagne, en Espagne dans certaines régions (Catalogne), en Suède, Autriche, Belgique.

L'Italie commence à généraliser ce système après des expérimentations menées localement ces dernières années.

Les règles de gestion de l'entreprise comme modèle

La quatrième grande orientation observée dans certains pays correspond à une référence aux règles de gestion de l'entreprise. Elle a pu s'accompagner de tentatives de privatisation.

Cette ligne politique est particulièrement marquée en Europe du Sud où redéfinition du rôle du secteur public, aspiration à un libéralisme gestionnaire, accent mis sur la responsabilité des régions sont les orientations désormais essentielles.

De tels choix peuvent surprendre dans des pays qui ont opté pour des services nationaux de santé. Cette volonté de réforme n'est pas seulement liée aux difficultés économiques que connaissent actuellement ces pays. Elle répond également à leur souhait de se rapprocher des directives communautaires concernant la réduction des déficits publics dans le cadre de l'adoption d'une monnaie commune. Toutefois se pose ici la problématique de développement économique inégal entre Europe du Nord et Europe du Sud.

En Italie, en Espagne, certaines régions comme la Lombardie, la Catalogne, s'engagent résolument dans de nouveaux modèles gestionnaires des services de santé. Des sociétés publiques ou privées se voient confier la gestion d'hôpitaux. La Catalogne va encore plus loin en faisant contrôler l'ensemble de son dispositif sanitaire par des sociétés publiques indépendantes.

En Grèce, les défaillances dans le fonctionnement du service national et l'insuffisance des crédits affectés à la santé ont entraîné non seulement une hausse des dépenses du secteur privé mais aussi la création d'un véritable marché parallèle des soins. La réforme de 1992 autorise les régimes de sécurité sociale à passer des conventions avec des centres de diagnostic privés. L'impact de la récession économique de forte ampleur que connaît la Grèce actuellement pèse sur la conduite du système de santé par les responsables. De même, le secteur médical est fortement mis à contribution dans le plan de réduction du déficit des finances publiques lié aussi au souhait des dirigeants de se rapprocher des critères de Maastricht.

Au Portugal, le système de santé participe au plan de privatisation progressive de certains secteurs de l'économie décidée en 1989. Les Portugais devaient avoir une protection légale représentant 60 % de leurs dépenses, le reste étant couvert par une assurance privée complémentaire facultative. Une réforme de 1993 prévoyait la possibilité, pour les personnes ayant un certain niveau de revenu, de sortir de la protection offerte par le service national de santé pour s'orienter vers une assurance privée optionnelle. En octobre 1995, à la suite d'élections législatives, le gouvernement social-démocrate a été remplacé par un gouvernement socialiste. Les réformes prévues dans le texte législatif de 1993 ont été suspendues. Une commission de réflexion sur l'avenir du système de santé por-

tugais a été mise en place en 1996. En mars 1997, elle n'a toujours pas remis son rapport ni fait connaître ses pistes de travail.

En Autriche, des hôpitaux provinciaux ont été absorbés par des compagnies privées.

Cette évolution générale peut paraître inquiétante dans un contexte économique européen difficile et dans des pays où les disparités sociales sont encore fortes. Les conséquences d'une restriction du secteur public peuvent être assez lourdes en ce qui concerne l'accès aux soins.

Au Danemark, les gouvernements ont toujours rejeté la solution de la privatisation d'une partie du système de soins pour remédier aux problèmes que connaît le service national de santé. Récemment, le Jutland s'est vu refuser par le gouvernement la création d'unités privées pour résorber les listes d'attente. Le dernier rapport sur le système de santé danois, paru en janvier 1997, réaffirme l'ancrage du système de santé dans sa globalité au service public. ■



Les nouvelles orientations des réformes

De la recherche de l'efficacité au libéralisme

Outre la maîtrise des dépenses, les réformes des systèmes de santé ont des objectifs différents : meilleure adéquation entre l'offre et les besoins, accentuation du libéralisme, décentralisation de la gestion avec la création de réseaux de soins.

Dans de nombreux pays européens, les mesures visant à contraindre les dépenses et à rationaliser l'offre de soins se sont soldées par des difficultés de fonctionnement des structures sanitaires de soins et la reconduction de disparités antérieures.

De la recherche d'une adéquation entre moyens et besoins à l'introduction de mécanismes jusque là étrangers au domaine de la santé, les nouvelles réformes (que d'aucuns appellent « réforme deuxième génération ») ne répondent pas toutes aux mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes fondements.

La recherche d'une meilleure adéquation moyens/besoins

Les politiques de désengagement financier des institutions publiques et de contrôle de l'offre menées dans les années quatre-vingt ayant

montré leurs limites, de nouveaux instruments sont alors mis en œuvre qui visent à apprécier, compte tenu des moyens disponibles et d'une estimation des besoins, l'activité sanitaire elle-même. Contrats d'objectifs, maîtrise médicalisée entrent dans cette logique.

En Grande-Bretagne, les contrats passés entre autorités de district et hôpitaux autonomes incluent des clauses résolutoires concernant des objectifs précis, telle par exemple la réduction des listes d'attente, véritable problème de santé publique dans ce pays. Si l'hôpital n'a pas traité tous les patients prévus par le contrat, il n'est pas payé.

En France, l'institution de conférences de santé réunies dans chaque région et au niveau national répond au souci de mieux évaluer les besoins. Le niveau régional est désormais considéré le niveau d'analyse le plus pertinent. Tous les autres pays européens ont, depuis longtemps, intégré cette approche. Des agences régionales d'hospitalisation, récemment instaurées, sont chargées de négocier avec les établissements des contrats d'objectifs pluri-annuels concernant les orientations et les moyens.

En Catalogne, un dispositif similaire a été institué.

La maîtrise médicalisée correspond à la fixation de limites de nature médicale aux prescriptions. Cette disposition, adoptée en France en 1993, s'inspire de pratiques déjà mises en

œuvre aux États-Unis par les compagnies d'assurance qui ont imposé aux praticiens exerçant dans les HMO (Health maintenance organisations) des « guidelines ».

L'Italie fait le choix de la concurrence

Italie

Né en 1978, le service national de santé affirme son unité par rapport à la multiplicité d'organismes et de mutuelles qui constituaient la trame du système ancien. Le projet est fortement lié au contexte politique créé par la stratégie de compromis historique préconisée par le parti communiste qui n'envisage pas cependant de faire partie du gouvernement. L'accord sur la réalisation d'un projet politique commun regroupe tous les partis politiques à l'exception des néo-fascistes et de l'extrême gauche.

Paradoxalement, la récession économique donne ainsi naissance, en Italie, par l'émergence d'un programme politique alternatif, à une réforme ambitieuse du service sanitaire.

Les italiens mécontents de leur système de santé

Le service national de santé a très mauvaise presse aujourd'hui. Des études comparant le niveau de satisfaction des citoyens de divers pays par rapport à leur système de santé montrent que les italiens sont particulièrement mécontents du leur. Sont ainsi régulièrement dénoncés la persistance des inégalités entre groupes sociaux et régions, la mauvaise qualité des prestations, l'inefficacité générale du système, le gaspillage des ressources, la politisation excessive des instances de coordination et de décision. Concernant ce dernier point, il convient de préciser

que, jusqu'en 1991, les responsables des unités sanitaires locales (USL), unités de base du service sanitaire national, étaient des hommes politiques. Une réforme récente a introduit une coupure entre les responsabilités politiques et celles relevant de la gestion.

D'après certains experts, toutes ces critiques sont quelque peu excessives.

Le choix entre trois systèmes concurrentiels

Une stratégie de réforme s'est progressivement mise en place. Elle comporte deux grands volets : une régionalisation du financement de la santé, d'une part, et l'introduction de modèles de quasi-marché dans un contexte décentralisé. Ces nouvelles dispositions devront être pleinement opérationnelles à la fin de l'année 1997 mais beaucoup de régions ne semblent pas encore prêtes à les mettre en œuvre.

Le ministère de la Santé ayant évité de prendre parti pour un modèle standard, les régions ont le choix entre trois modèles distincts de concurrence : le contrat ponctuel, le prestataire préférentiel et le plan d'activité.

Dans le cas du *contrat ponctuel*, le patient est totalement libre de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé, conventionné avec le service national de santé. Les prestataires sont financés sur la base des ac-

tes effectués. L'USL joue simplement un rôle de tiers payeur.

Dans le deuxième modèle, les Unités sanitaires locales passent des contrats très précis, comme dans le système anglais, avec des *prestataires préférentiels*. L'usager ne peut s'adresser gratuitement qu'à ces derniers. Si le patient choisit de se faire soigner dans une autre structure de soins ou chez un praticien accrédité mais non préférentiel, il doit faire l'avance des frais qui lui sont ensuite remboursés sur la base de tarifs fixés par la région.

Dans le troisième modèle, chaque USL négocie un *plan d'activité* annuel avec ses propres hôpitaux et centres de soins ambulatoires. Elle peut aussi faire de même avec des prestataires privés.

Il est encore trop tôt pour dire quel sera le choix dominant des régions et si la concurrence s'imposera réellement entre prestataires de soins. On peut se demander, par ailleurs, si cette réforme apportera les améliorations escomptées en matière de qualité des soins et d'efficacité des services.

DLS

Libéralisme et concurrence

Dans la deuxième partie des années quatre-vingt, on assiste, de plus en plus, à un changement profond de références exprimant des options libérales en matière de gestion des activités. Ainsi les deux réformes fondamentales proposées, la réforme Dekker aux Pays-Bas, la réforme Thatcher en Grande-Bretagne, intègrent des relations de concurrence entre acteurs du système de santé et instaurent la notion de contrats individuels généralisés. Dans les autres pays, l'optique libérale n'est pas aussi clairement affirmée mais l'idée d'une référence accrue à la compétitivité entre les secteurs public et privé ne s'en développe pas moins, y compris au sein des services nationaux de santé.

Les deux modèles, Dekker et Thatcher, prennent argument du fait que les mesures traditionnelles ont conduit à des inégalités d'accès aux soins. Les défaillances du secteur public ont pénalisé plus fortement les catégories sociales défavorisées.

Dans plusieurs pays, l'accroissement important de la part prise en charge par les ménages induit les mêmes dérives. De façon générale, ces orientations apparaissent à une période où les difficultés des divers pays à contrer les tendances inflationnistes du secteur étaient expliquées par la non-rationalité de la gestion traditionnelle publique. Partis de cette remise en cause du secteur public, des experts en appelaient ainsi, soit à une privatisation d'activités importantes du domaine de la santé, soit à l'introduction de mécanismes du marché dans le fonctionnement des structures sanitaires.

Une compétition entre organismes financeurs

Le projet de réforme du système de santé aux Pays-Bas, dit « projet Dekker » du nom du Président de la Commission chargée d'y réfléchir, paraît en 1986. Malgré son adoption officielle, son application, prévue par étapes successives, est maintes fois entravée à la suite d'élections politiques ou sous la pression d'une partie de l'opinion publique hollandaise hostile à certaines dispositions de ce plan.

Une des grandes originalités de la réforme réside, en effet, dans l'uniformisation des caisses publiques et des caisses privées. Les différences entre organismes sont supprimées et la concurrence instaurée. Chaque assureur offrira à ses adhérents d'accéder à un réseau de soins. En effet, compagnies d'assurance et anciennes caisses d'assurance maladie négocient des contrats avec des professionnels de santé. L'assuré peut choisir librement son assureur en fonction des tarifs qui lui sont proposés mais en tenant compte également de la qualité des prestataires de soins et de l'offre mise à sa disposition. Un fonds central de compensation, financé par la majeure partie des cotisations, alloue les fonds entre les caisses en fonction de la clientèle assurée.

À l'heure actuelle, quelques-unes des mesures ont été mises en œuvre. La principale disposition qui concerne la compétition généralisée entre caisses d'assurance maladie publiques et compagnies d'assurance privées n'a été mise en place qu'en partie puisque seules les caisses publiques sont, à ce jour, concernées.

En Allemagne, la réforme Seehofer, après avoir instauré, en 1994, une compensation des risques entre caisses pour répondre aux fortes disparités de cotisations, introduit en 1996 une liberté de choix des caisses par les assurés. Pour faire face au nouveau contexte de concurrence, la capacité de décision des organismes financeurs et leurs compétences sont élargies. En 1997, le dispositif doit être renforcé. Si on assiste bien à un certain nivellement des cotisations, une concurrence sauvage semble s'être développée à en croire certains experts.

En Belgique, la responsabilisation des mutuelles introduit aussi une concurrence entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. Jusqu'à fin 1994, chaque mutuelle se voyait remboursée de l'intégralité de ses dépenses effectives. Depuis cette date, une nouvelle méthode de répartition des ressources a été adoptée. À la part des dépenses effectives de chaque organisme assureur s'ajoute une clé de répartition normative élaborée sur la base de paramètres tels que la situation sociale et professionnelle du bénéficiaire, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, de chômage, la composition du ménage et le revenu. Des experts universitaires ont été chargés de déterminer, avant la fin 1998, les facteurs de risque les plus importants, afin d'élaborer cette clé de répartition. L'implication très forte des partis politiques

dans la mutualité risque cependant d'entraver le développement du dispositif.

Toutes ces réformes qui s'instaurent, au niveau de la protection sociale maladie, présentent d'importants risques quant à l'accès aux soins, quels que soient les gardes-fous mis en place.

En effet, on constate que non seulement l'état de santé de la personne, mais aussi son statut, son âge, ses revenus, le degré de sa couverture sociale, son lieu de résidence influencent fortement le recours aux soins. Dès lors, comment élaborer une clé réellement pertinente de répartition des recettes ? La formule de compensation se réfère à une « consommation dite normale » qu'il est très difficile d'évaluer.

Dans un autre registre, il est intéressant de rappeler l'analyse concernant les risques liés à la compétitivité introduite dans le cadre d'un marché de l'assurance maladie aux Pays-Bas. Même si, selon la réforme Dekker, aucun assureur n'a le droit de refuser un assuré, plusieurs « parades » peuvent être trouvées selon ces experts. Tout d'abord, dans les contrats qui les lient aux professionnels de santé, les assureurs pourraient opérer une sélection différente selon les spécialités. Ainsi, on peut imaginer que les compagnies chercheront à signer des conventions avec les meilleurs pédiatres ou obstétriciens mais que, par contre, dans d'autres secteurs tels que la cardiologie ou la cancérologie, par exemple, ils éviteront tout contrat avec les praticiens les plus renommés. Ce qui permettrait d'écarter les malades gravement atteints.

De même, dans les risques couverts, certains assureurs pourraient prévoir des extensions susceptibles d'attirer une clientèle plus jeune ou plus aisée (meilleure couverture de la maternité, assurances sports d'hiver ...) mais qui augmenteraient les forfaits de base.

On peut aussi concevoir que certains assureurs préfèrent opter pour des tarifs élevés afin de décourager les catégories à bas revenus, ou encore pratiquent des délais de remboursement assez longs, toujours dans l'espoir d'écarter certains types de clientèle.

On voit que, quel que soit le souci du gouvernement d'éviter les exclusions par la définition de règles précises, le danger est réel d'inégalités nouvelles d'accès aux soins provoquées par cette mise sur le marché de l'ensemble de la protection sociale mais aussi par l'atomisation du système de santé qui en résulte.

► Analyse effectuée par Wynand P. M. M. Van de Ven et René C. J. A. Van Villet, dans une intervention présentée lors du deuxième congrès mondial sur l'économie de la santé, en septembre 1990 à Zurich.

On le voit, l'instauration de règles de concurrence dans un domaine aussi particulier que la santé peut être générateur de disparités. Un tel système est fondé sur une responsabilisation accrue des professionnels et des institutions de protection sociale mais il implique également une responsabilisation très forte des assurés et une information réelle et complète. Ces deux critères, complémentaires, sont les données nécessaires d'un modèle fondé sur le marché.

Une compétition entre prestataires de soins

La réforme Thatcher instaure des mécanismes de marché dans un service national de santé resté entièrement public et financé par l'impôt.

Le marché est « interne » puisque la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée et qu'offreurs et demandeurs sont des organes du service public. L'idée fondamentale à la base de cette réforme est d'instaurer une séparation claire entre acheteurs et fournisseurs, les premiers constitués par les autorités locales de santé (DHA) mais également les médecins généralistes gestionnaires de fonds, les seconds par les hôpitaux et services communautaires. Une des grandes originalités du dispositif actuel est la possibilité ouverte aux médecins généralistes, dès lors que leur clientèle dépasse un seuil minimum, de disposer d'enveloppes budgétaires permettant « d'acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes pour leurs patients.

Les hôpitaux sont devenus des fondations autonomes (trusts) qui doivent proposer leurs services dans le cadre de négociations de contrats et couvrir ainsi l'essentiel de leurs dépenses. Théoriquement, la concurrence se joue sur l'ensemble du territoire.

Autorités locales de santé, médecins généralistes et également, dans une bien moindre mesure, sociétés d'assurance privées de santé signent des contrats de fournitures de soins avec les hôpitaux de leur choix. Si, « sur le papier », la concurrence apparaît clairement, la réalité est, en fait, plus complexe. Les autorités locales de santé n'ont pas réellement intérêt pour des raisons de politique locale à mettre en danger un hôpital de leur secteur.

Les médecins généralistes gestionnaires de fonds qui sont censés faire jouer la concurrence entre structures disposent, en réalité, d'un budget insuffisant pour faire pression sur un trust

Le projet de réforme du système néerlandais

Le système de protection sociale néerlandais associe la conception bismarckienne et la conception beveridgienne de financement social des soins. Jusqu'à un certain seuil de revenus, fixé en 1995 à 180 000 F, les assurés bénéficient d'un système de sécurité sociale obligatoire. Au-delà seule l'adhésion à des assurances privées est possible. Aujourd'hui, 62 % de la population sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et 32 % par les assurances privées, le reste correspond aux agents des administrations publiques qui ont leur propre régime. Le financement de l'ensemble des dépenses de santé est effectué à raison de 64,4 % par les caisses d'assurance maladie et 30 % par les assurances privées. Dans le régime légal, le médecin généraliste est le pivot du système de santé. Il est le passage obligatoire avant tout recours éventuel aux soins secondaires. Cette obligation s'est inscrite dans la politique de promotion de soins primaires des divers gouvernements. Elle avait pour objectif de limiter l'accès aux thérapeutiques onéreuses. En fait le système de rémunération à la capitation, le recours de plus en plus fréquent au système de soins et la disponibilité accrue de services spécialisés ont provoqué l'effet inverse. Les généralistes ont tendance à renvoyer chez le spécialiste des patients dont la prise en charge demande beaucoup de temps et à diminuer la durée de consultation. Les généralistes travaillent de plus en plus en cabinet de groupe.

L'initiative privée a joué un grand rôle dans l'édification du parc hospitalier néerlandais. Dans les années soixante-dix et au début des années

quatre-vingt cependant, l'État est intervenu de plus en plus en matière de création d'établissements.

Quatre grands types de problèmes structurels ont constitué des facteurs de blocage du système de santé néerlandais :

- le manque de coordination entre les différentes institutions et les prestataires de soins ;
- l'absence d'encouragement financier pour augmenter l'efficacité et la qualité des services ;
- l'inégale répartition des coûts ;
- enfin la juxtaposition de plusieurs systèmes d'assurance a contribué fortement à accentuer les effets des trois premiers facteurs.

Caisses de sécurité sociale et assurances privées s'associent

Le projet proposé par la « Commission Dekker », apparaît particulièrement novateur par rapport aux politiques de régulation des dépenses de santé des autres pays européens. Ainsi, il ne réduit pas globalement la proportion de dépenses couvertes par le régime obligatoire bien que, pour les assurés de la sécurité sociale, certains soins risquent de basculer sur le volant de protection sociale complémentaire libre. La part prise en charge obligatoirement reste de l'ordre de 95 %.

Le financement des caisses de sécurité sociale et d'assurances privées tente de concilier le principe de solidarité nationale et celui de la responsabilisation des organismes financeurs. Deux mécanismes sont mis en œuvre. L'un satisfaisant au premier principe, se fonde sur des variables relatives aux assurés, l'autre est élaboré par les caisses et constitue un résultat de gestion. En effet, il est prévu d'une part une fiscalisation des cotisations per-

çues sur les revenus pour financer l'assurance maladie obligatoire. Ces recettes affectées alimentent un Fonds national de compensation qui les répartit entre les caisses en fonction de critères liés à la clientèle de chaque caisse (âge, sexe). Par ailleurs, les assurés versent une prime directement à la caisse qu'ils ont choisie pour financer les prestations complémentaires au panier de soins défini par l'assurance obligatoire. Une des grandes originalités de la réforme réside dans l'association organisée entre caisses de sécurité sociale et assurances privées. Les différences de statut doivent être supprimées et la concurrence instaurée. Chaque assureur offre à ses adhérents la possibilité d'accéder à un réseau de soins. Les compagnies d'assurance et les anciennes caisses d'assurance maladie sont appelées à négocier des contrats avec des professionnels de santé. L'assuré pourra choisir librement son assureur en fonction des tarifs qui lui sont proposés mais en tenant compte également de la qualité des prestataires de soins et de l'offre mise à sa disposition.

Pour ses promoteurs le projet présente de nombreux avantages : réduction du rôle de l'État dans l'organisation et la gestion du système ; plus grande responsabilité des institutions et des professionnels ; régulation de la qualité assurée par les fédérations d'hôpitaux et les associations de médecins sous le contrôle de l'État ; liberté de choix pour les assurés.

On peut se demander toutefois sur quels critères seront « choisis les praticiens et le volume de prestations offertes ». Critères de qualité ? critères économiques ?

MD

hospitalier. On a donc vu se développer des « consortiums » de médecins.

En fait, la constitution actuelle du « marché interne » comporte dès l'origine un vice de forme dans la mesure où la diversité de taille et de compétence des établissements et des « acheteurs » de soins ne peut conduire qu'à une concurrence très imparfaite. Un rapport du National Audit Office concluait à l'échec de la réforme dans son objectif de créer un marché interne. La cause principale en serait la non-capacité des autorités et des hôpitaux à mettre réellement en place un système de prix. La question la plus importante toutefois est de savoir si le patient a gagné en qualité de service. Tel n'est pas le cas, si l'on en croit une enquête menée en 1994 dans un hôpital anglais par deux chercheurs. Si l'activité hospitalière s'est accrue et si les patients attendent moins avant d'être hospitalisés (un an au lieu de deux en moyenne) certains responsables hospitaliers dénoncent une dégradation de la qualité des soins depuis la réforme. De plus, toujours selon ces auteurs, « la tendance à la taylorisation de l'activité force le patient à se déplacer d'un service à l'autre, car la gestion en « flux tendus » des lits hospitaliers augmente la fréquence des transferts de patients entre services au cours de l'hospitalisation.

La Finlande, à travers une réforme adoptée en 1993 s'inspire du système anglais. Les municipalités « achètent » désormais des services de santé aux hôpitaux.

Les Pays-Bas proposent, eux aussi, à travers le projet Dekker une concurrence entre praticiens et entre hôpitaux tenus de signer des conventions avec les caisses d'assurance maladie.

L'introduction de la concurrence entre prestataires de soins pose également certains problèmes concernant l'accès aux soins : difficultés de se faire soigner lorsqu'on est atteint de pathologies longues et coûteuses, en Grande-Bretagne, en raison de la nécessité pour les hôpitaux d'être « rentables » ; inégalités de traitement, selon certains experts, entre les patients dépendant de médecins généralistes traditionnels et les patients dépendant de gestionnaires de fonds. Par ailleurs, en cas d'insuffisance de l'enveloppe impartie pour acheter des soins spécialisés, le médecin ne sera-t-il pas tenté ou amené à opérer des choix entre malades ?

Enfin, les critères de choix de « l'acheteur » de soins lorsqu'il s'agit d'une autorité adminis-

trative, ne sont pas nécessairement des critères de bonne pratique ou de compétence médicale mais bien plutôt de gestion financière.

Reste enfin une interrogation essentielle. Dans un système régulé par le marché, c'est le niveau de la demande solvable qui est déterminant, alors qu'au sein d'un système public, les choix sont faits par le pouvoir politique.

Dans ces nouveaux modèles que constituent le Royaume-Uni, les Pays-Bas et peut-être également en Finlande où s'instaure un marché interne, qui a la légitimité de déterminer le niveau de prise en charge des besoins de la population ?

► M. Reynaud, C. Vassy
« Conséquences de la
réforme du système de santé
britannique sur la vie d'un
hôpital général » in *Solidarité
Santé*, n° 3, 1995.

Les réseaux de soins, rationalisation et concurrence

La création des réseaux de soins correspond à une réaction contre une gestion trop centralisée fondée sur la fixation de normes à l'échelon national. Il s'agit d'initiatives motivées par une approche de type micro-économique du problème de l'adéquation offre-demande. Initiatives qui ont pu s'inscrire dans un processus de concurrence instaurée, soit par les pouvoirs publics, soit par des compagnies d'assurance privées, des régimes de sécurité sociale ou même par des professionnels de santé. Souvent leur création tente de pallier les carences du système de soins ou de la gestion publique. Comme le prévoit le projet Dekker aux Pays-Bas, les assureurs publics ou privés seront les organisateurs et les gestionnaires de ces réseaux de soins qu'ils créent par conventions individuelles avec certains hôpitaux et praticiens. Ces « assureurs-gestionnaires » se mettent eux-mêmes en concurrence face aux assurés. L'usager choisit librement sa caisse d'assurance en fonction de la bonne gestion financière de cette dernière, mais aussi de la qualité des soins fournis. Son adhésion est fatalement limitative en matière de prise en charge puisque désormais, il ne peut accéder qu'aux praticiens et structures participant au réseau.

Dans le cas du projet Dekker, de même qu'aux États-Unis et en Grèce, les assureurs,

Le *managed care* étasunien

Aux États-Unis, le *managed care* est un système qui assure le financement et la délivrance de soins médicaux à travers des contrats passés avec des médecins et des hôpitaux sélectionnés. Les prestataires de soins fournissent un ensemble de soins aux membres affiliés en contre partie d'une prime d'assurance mensuelle ou annuelle. Le « *benefit package* » constitue l'ensemble des services médicaux couverts. Il spécifie quels sont les médecins et hôpitaux qui entrent dans le cadre de l'assurance.

Actuellement, 110 millions d'Américains (44 % de la population) sont affiliés à un organisme de *managed care*.

Trois types d'organisation s'inscrivent dans la procédure du *managed care* : les *health maintenance organizations* (HMO), les *preferred providers organizations*, et une structure intermédiaire, les *points of service*.

Actuellement, 51 % des employés sont assurés, *via* leurs employeurs, auprès d'organisations de *managed care*. L'évolution vers cette formule a été largement favorisée par les grandes entreprises soucieuses de réduire leurs coûts en assurance maladie.

Les HMO se présentent sous plusieurs formes selon que les médecins y sont employés ou sous contrat avec une activité parallèle. Les rémunérations sont effectuées à la capitation (forfait fixe par patient indépendant de la consommation de soins). Les risques sont partagés entre les HMO et les prestataires de soins.

Le système des réseaux de soins coordonnés des HMO couvre plus de 14 % de la population. L'utilisateur payant une cotisation annuelle forfaitaire pour tous ses soins de santé, les responsables sont tentés de réduire au minimum les soins jugés inutiles et pourraient même être incités à fournir moins de soins qu'il ne serait nécessaire s'il n'y avait le jeu de la concurrence.

Selon le Congressional Budget Office, les HMO dépensent, en moyenne, moins que les systèmes d'assurance traditionnels avec paiement à l'acte, mais l'évolution des coûts se révèle semblable dans les deux modèles, ce qui laisse penser que les tendances lourdes, l'hospitalisation par exemple, prendraient le pas sur une rationalisation des filières de soins.

Les *preferred providers organizations* sont des réseaux de médecins et d'hôpitaux qui acceptent une moindre rémunération en échange d'un volume plus important de patients garanti par un organisme d'assurance. 40 % des employés assurés par leur entreprise bénéficient de cette formule. Contrairement aux HMO, il n'y a pas de paiement à l'avance.

Les patients disposent d'une liste de prestataires établie par la compagnie d'assurance. Il est possible de consulter « hors liste » contre une participation financière plus élevée.

qu'ils soient compagnies d'assurance privées ou caisses maladie publiques, sont les pivots du système de soins et de financement.

En Espagne, une formule, équivalente aux *health maintenance organizations* (HMO) américaines, et très ancienne puisqu'elle date des années trente, connaît un regain de faveur aux yeux des professionnels et des usagers. Il s'agit des *igualatorios colegiales*, réseaux de soins privés, organisés par des groupes de professionnels de santé qui s'associent pour offrir, en contre partie d'un forfait annuel, le libre accès à des services de généralistes et spécialistes (actuellement 17 % de la population ont adhéré à ce type d'assurance).

En Grande-Bretagne, les enveloppes octroyées par le National Health Service aux cabinets de généralistes sont destinées à financer les soins secondaires. Les médecins détenteurs de budget en faisant jouer la concurrence, organisent les relations entre les soins de premier recours qu'ils offrent et les traitements spécialisés et interventions hospitalières. Ils se retrouvent souvent ainsi à la tête de « mini réseaux » de soins.

L'originalité de la formule anglaise tient au fait que ce réseau est constitué au sein d'un système resté entièrement public.

Au Danemark, les réseaux de soins prônés par une réforme adoptée en 1993 ont été mis en place par certains Comtés. Cette pratique s'étant révélée onéreuse en raison du manque de responsabilisation des usagers et des structures de soins, ses modalités seront prochainement revues.

En France, la réforme présentée en 1995 autorise des expériences de réseaux de soins. Ces mesures concernent en fait l'aménagement de structures de soins complémentaires ou de celles qui focalisent leurs activités sur une pathologie particulière, lourde en générale, telle que le sida, le cancer, la maladie d'Alzheimer. Un conseil d'orientation des filières et des réseaux de soins a été installé récemment. Il est chargé d'émettre un avis sur les projets qui lui sont soumis en fonction de leur intérêt économique et médical. Les trois principales caisses nationales d'assurance maladie ont reçu la mission de contribuer à la mise en œuvre des actions expérimentales.

La compatibilité avec les impératifs collectifs

Malgré de grands axes de convergence, les réformes adoptées dans l'Union européenne n'en divergent pas moins sur certains points. De plus, les instruments utilisés n'ont pas la même portée selon le système en place.

Si la plupart des pays ont essentiellement mis en œuvre des mesures ponctuelles de maîtrise des dépenses de santé, d'autres se sont orientés vers des réformes structurelles souvent radicales.

Une des grandes orientations actuelles consiste à passer d'une optique macro-économique avec des normes d'activité et financières fixées centralement, à une approche micro-économique fondée sur l'efficacité des structures sanitaires. Cette démarche implique d'attribuer des rôles nouveaux aux acteurs ou de les intégrer dans des processus de responsabilisation. De la première voie, on retiendra l'instauration de médecins gestionnaires de budget en Grande-Bretagne, l'exercice par les financeurs du rôle d'acheteur (Grande-Bretagne, Danemark, Suède, Finlande). De la seconde, on peut citer la mise en concurrence des caisses en Allemagne, aux Pays-Bas, la responsabilisation financière des mutuelles en Belgique.

On peut s'interroger sur la prise en compte par les réformes des nouveaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et qui les obligent à accélérer certaines mutations devenues indispensables. Le vieillissement de la population en Europe et l'accroissement de la dépendance impliquent de trouver de nouveaux modes de prise en charge. La demande de soins s'est fortement transformée sous l'influence de l'évolution démographique et de la structuration sociale, de l'apparition de nouvelles maladies. Par ailleurs, l'influence du progrès technologique, sa diffusion, l'extension de la gamme des investigations a modifié considérablement le comportement des usagers et des professionnels. La diffusion générale et rapide des traitements de pointe était prévisible dans la mesure où il serait inéquitable qu'une nouvelle thérapeutique ne soit pas disponible pour tous. L'impact sur le coût de la santé s'est révéélé important. Il est clair cependant que la ren-

tabilité marginale du progrès technique ne peut s'apprécier de la même façon en matière de santé que dans les autres domaines. Sauver une vie supplémentaire justifiera toujours l'utilisation d'un nouvel équipement. Ainsi, progrès technique et gains de productivité ne vont pas toujours de pair.

Toutes ces caractéristiques spécifient l'inflation des dépenses de santé qui se traduit par une distorsion entre facteurs de développement des activités et moyens disponibles.

Il n'est plus possible de faire abstraction des contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé comme sur l'ensemble de la protection sociale. La prise en charge collective des dépenses de santé suppose que leur progression ne soit pas en décalage avec celle de la richesse nationale. Il y va de la survie des systèmes de protection sociale. Une croissance disproportionnée des dépenses peut conduire à remettre en cause le principe de solidarité qui fonde l'assurance maladie.

Un des problèmes fondamentaux à résoudre ne concerne pas seulement la croissance mais aussi la répartition. Comment assurer que les réponses données se distribueront de façon équitable entre les différents groupes sociaux, entre les individus ? Comment éviter que les nouveaux risques ne soient traités de façon discriminante ?

Tous ces défis conduisent à placer l'éthique au centre des priorités. ■