

Les réformes des systèmes de santé, l'État providence et la santé publique

Un point de vue

Les réformes qu'on observe depuis la fin des années quatre-vingt dans les systèmes de santé européens apparaissent plus radicales que celles des deux décennies précédentes. Mais, ruptures ou non, elles font partie de processus complexes qu'on peut difficilement interpréter en oubliant l'évolution d'ensemble des systèmes eux-mêmes et la spécificité de chacun d'eux. Pour donner un point de vue un peu synthétique sur les choix qui ont inspiré les mouvements récents, il est alors commode de les traiter comme des réponses partielles et en quelque sorte sélectives aux problèmes qui sont communs aux systèmes de santé des pays développés.

Les registres d'expression de la crise des systèmes de santé

Les réformes comportent souvent deux volets. Des mesures nettement conjoncturelles (qu'on laissera de côté ici) visent à faire repartir le système sur des bases saines, par exemple à la suite d'un déficit record des comptes sociaux. Des dispositions plus fondamentales s'attaquent à des problèmes structurels qui existent partout en Europe et qui correspondent à un constat général de crise des systèmes de santé. L'expression de cette crise se fait selon trois registres assez nettement distincts renvoyant à l'inadéquation de la politique de santé, au mauvais fonctionnement du secteur des soins et à la mise en cause de l'État providence.

L'inadéquation de la politique de santé

se mesure à son orientation excessive en faveur du développement du secteur des soins médicaux et au détriment des actions de santé publique. Elle correspond à une allocation non optimale des ressources, mais cela n'apparaît pas dans la gestion courante du système. En revanche le changement susceptible de la corriger est difficile à gérer politiquement car il concerne la place de l'utilisateur dans le système, la capacité des pouvoirs publics à intervenir au nom de la santé dans l'ensemble de l'économie, les modalités de financement d'actions de santé publique distinctes de l'activité médicale. Les réformes récentes de la santé ne cherchent pas à aborder ces questions dont le traitement relève d'une dynamique autre dans chacun des pays.

Le mauvais fonctionnement du secteur des soins renvoie à des critiques de deux types : sur les services rendus et sur les ressources consommées. D'une part sont interrogées la rationalité technique des unités de soins, la qualité des services et leur adéquation à la demande. D'autre part le secteur est accusé de dépenser trop du fait des comportements des professionnels ou des usagers ; ou de dépenser mal parce que la distribution des soins et les flux de financement ne sont pas bien organisés. Toutes ces critiques attirent l'attention sur la nécessité d'améliorer la performance des services et de rendre l'activité plus visible. Elles posent la question des méthodes à mettre en œuvre pour atteindre ces résultats (dispositifs d'information, contrôles et sanctions, incitations financières ?) et d'une

façon plus générale conduisent à la notion de régulation.

La mise en cause de l'État providence porte sur la conception même de la protection maladie et l'importance du financement public. Dans ce registre on trouve d'abord les critiques générales d'inspiration libérale qui, dans le domaine de la santé, débouchent sur des questions fondamentales : quel est le bon niveau du financement public de la santé ? Comment collecter les ressources (cotisations sociales spécifiques ou impôt) et à partir de quelle assiette ? Comment organiser la complémentarité entre financement public et privé et notamment les formes collectives de financement privé ? Mais la mise en cause de l'État providence comprend aussi des critiques spécifiques au domaine qui s'alimentent du constat de distorsions entre les objectifs de la protection maladie obligatoire et le résultat de son fonctionnement. Par exemple en Allemagne l'autonomie des caisses se traduisait par de fortes disparités des taux de cotisations. En France des fractions de plus en plus nombreuses de la population ne bénéficient pas de couverture sociale du fait des rigidités de la base professionnelle de la protection maladie. Aux Pays-Bas la solidarité et l'équité n'étaient pas respectées du fait de la non-obligation des catégories les plus aisées à participer à l'assurance maladie courante. À ces critiques on peut rajouter celles qui portent sur l'inadéquation des prestations à certains risques, comme par exemple à propos de la dépendance des personnes âgées ou handicapées.

Les réformes et la crise des systèmes de santé

Les réformes des systèmes de santé traitent d'abord des problèmes qui ont une traduction dans le fonctionnement courant du secteur des soins. Ainsi toutes visent la régulation du système en important à des degrés divers des principes et des outils issus de la gestion privée. Un plus petit nombre de réformes abordent des questions issues de la mise en cause de l'État providence en vue de renforcer la protection maladie. Cette orientation pourra-t-elle se maintenir dans un contexte de renforcement de la régulation ?

L'objectif de régulation du système

Toutes les réformes visent d'abord à mieux réguler le système, c'est-à-dire à obtenir des acteurs du système l'utilisation adéquate du financement qui leur est accordé en vue de dispenser des services à la population. En pratique, les points d'application de la régulation peuvent se situer à trois niveaux. D'abord au niveau du système tout entier il peut n'y avoir aucune tendance spontanée à ce que le fonctionnement du secteur s'ajuste à un financement prédéterminé. Ensuite au niveau de l'allocation des ressources aux diverses parties du système peuvent apparaître des inégalités de dotation peu justifiées. Enfin la coordination entre usagers, payeurs et prestataires peut entraîner des formes de gaspillage, des rentes de situation ou des ententes (maintes fois analysées en termes économiques ou organisationnels) qui ne sont pas synonymes d'une utilisation correcte des ressources.

Tous les pays ne situent pas au même endroit le point d'impact de la régulation. Par ailleurs ils développent des philosophies de l'intervention publique extrêmement disparates. Enfin le niveau de la dotation publique peut être plus ou moins suffisant. Ces trois facteurs expliquent l'essentiel de la variabilité des réformes.

Une première différence apparaît d'emblée entre les pays à base assurantielle qui, par construction, ont besoin d'une régulation d'ensemble et les pays à système national de santé qui l'intègrent dans la mécanique budgétaire. Les premiers sont donc logiquement amenés à orienter les réformes en fonction d'une problématique de régulation globale et, comme ils sont plutôt dépressifs, vers une problématique de maîtrise des dépenses. Les seconds sont d'abord préoccupés par la disponibilité et la qualité des services rendus et vont tenter de réduire ces dysfonctionnements par une régulation visant l'efficacité microéconomique.

Mais les pays à base assurantielle se distinguent fortement selon l'implication de l'État. Schématiquement on peut, d'après les réformes en cours, opposer la conception française d'une régulation administrée, pilotée au niveau central et assez conservatrice dans la définition des rôles institution-

nels à la conception néerlandaise d'une régulation par la concurrence, complètement décentralisée et bouleversant les rapports microéconomiques existant entre usagers, prestataires et payeurs.

La réforme Juppé officialise l'encadrement du financement public par le vote du Parlement et s'attache à mieux réguler l'allocation des ressources : les enveloppes sont déclinées par secteur de soins, les agences régionales d'hospitalisation répartissent au sein des régions les dotations hospitalières publiques et bientôt privées. Mais l'efficacité de la régulation globale va dépendre, dans le secteur privé, de l'autodiscipline des professionnels et de l'application par l'État ou les caisses des sanctions prévues conventionnellement. L'assurance maladie fait par ailleurs l'objet d'un « ravalement » non négligeable, les caisses gardant toutefois le rôle de payeurs sans devenir des acheteurs de soins. Une contractualisation est introduite à divers niveaux (État et Caisses, ARH et établissements hospitaliers) sans décentralisation complète par des mécanismes de marché ; l'innovation dans les relations entre payeurs, prestataires et usagers intervient à la marge à travers les expérimentations de filières. D'autres mesures encadrent le jeu microéconomique et doivent éviter ses débordements en maintenant la qualité des soins (références opposables, accréditation des établissements) ; quelque soit leur bien-fondé, elles restent de l'ordre du contrôle administratif.

La réforme néerlandaise a fait au départ le pari que la régulation pouvait se réduire à une régulation microéconomique à deux conditions : la mise en place d'une concurrence à deux niveaux (assureurs et prestataires), l'organisation de la complémentarité des financements publics et privés. Les mécanismes de marché doivent permettre d'atteindre l'efficacité allocative et productive ; la complémentarité facilite le respect de la contrainte globale d'équilibre du financement public. Le nouveau statut des caisses publiques et privées devient le noeud de la réforme, sachant que la réforme ne pouvait qu'associer les secondes compte tenu de leur implication dans le financement du secteur. Les organismes contractent avec l'État dans le cadre de leur mission d'assurance maladie et deviennent acheteurs de

soins avec l'ensemble des prestataires. L'intervention de l'État est essentielle pour définir les dotations de base des caisses et veiller à l'équité du système.

La réforme allemande se situerait entre les deux. D'une part on assiste au renforcement et à la généralisation des mécanismes de régulation globale imposés par l'État fédéral. L'action concertée, le financement des hôpitaux, la coordination entre soins ambulatoires et stationnaires, l'industrie pharmaceutique sont encadrés de façon plus stricte pour maîtriser la dépense. D'autre part les caisses gardent leur autonomie, sont conduites à fusionner et mises en concurrence, en vue peut-être de recevoir de nouvelles attributions dans la régulation. Ainsi le libre choix de la caisse pourrait amener à modifier les modalités de paiement de certains professionnels (remplacement du tiers payant par des remboursements) et à proposer des couvertures optionnelles aux assurés.

Dans les pays à système national de santé, la réforme britannique a valeur de modèle. Elle n'affiche pas de préoccupation de régulation globale et l'essentiel de la problématique vise une distribution de services plus efficiente. À ce titre la réforme fait évoluer l'administration (suppression du niveau régional, transformation de l'administration locale en acheteur de soins, transformation des hôpitaux en prestataires autonomes sortis de la sphère administrative et tirant leurs ressources de leur activité) et elle instaure une régulation quasi-marchande au profit du patient. Dans ce mouvement le généraliste se trouve investi lui aussi d'un rôle d'acheteur de soins et voit son statut d'agent du malade largement étendu. La régulation administrative centralisée est remplacée par une régulation décentralisée de type contractuel selon laquelle l'argent doit suivre le patient. La réforme réduit les prérogatives de l'administration et l'État se désengage de son rôle d'entrepreneur de soins.

Dans les pays de ce type les réformes vont se différencier selon que la démarche de régulation devra ou non être accompagnée d'une réforme du financement où sont envisagées les complémentarités entre financements public et privé. Ainsi les pays du Sud qui s'inspirent du modèle anglais de

régulation ne peuvent pas éviter de poser le problème de la sous-dotation du secteur par le financement public. Les insuffisances de la distribution de soins ne peuvent être palliées sans contribution privée. De ce point de vue le modèle néerlandais peut être une source d'inspiration. Les formules de complémentarité instaurées au Danemark ou en Irlande, et conçues en fonction de considérations d'équité, sont également intéressantes.

Le maintien pour la santé des principes de l'État providence

Le maintien de l'État providence est une caractéristique commune aux réformes des systèmes de santé. Celles-ci tendent plutôt à renforcer ces principes, puisque toutes affichent la volonté de rendre la protection maladie moins inégalitaire et confortent ses ressources. La réforme allemande instaure la compensation entre les régimes et le libre choix de l'organisme par l'assuré pour réduire les disparités de cotisation. La réforme Juppé vise l'universalité de l'assurance maladie, élargit l'assiette et fiscalise un peu le financement. Le processus de réforme néerlandais étend le principe d'obligation aux catégories aisées et pour tous les risques. Parallèlement certaines prestations nouvelles voient le jour là où elles n'existaient pas (France et Allemagne pour la dépendance). Dans les pays à système national de santé, l'extension de l'État providence dans le domaine n'est pas vraiment à l'ordre du jour en dépit de la sous-dotation publique patente. La tendance est plutôt de donner une place au financement privé qui soit conforme à un principe d'équité. Globalement on serait donc tenté de parler de *statu quo* quant à la réponse des réformes à la mise en cause de l'État providence.

Le *statu quo* est-il aussi évident ? Certains observateurs invoquent l'entrée en force de notions qui conduisent à évaluer le fonctionnement du secteur à l'aune de sa rentabilité pour estimer que les réformes le préparent à participer à un effritement de la protection sociale. Cette orientation expliquerait la reprise en main vigoureuse du secteur par les acteurs politiques au détriment

des responsables administratifs. Des conflits récents comme ceux de l'indemnisation des salariés en cas de maladie en Allemagne éclairent un peu sur les objectifs visés en ce domaine.

En tout cas la démarche de régulation vient modifier de façon discrète, mais efficace, les conceptions issues de l'État providence. Elle tend d'abord à augmenter irrésistiblement le financement complémentaire (ticket modérateur). Par ailleurs certaines des réformes amorcent un processus d'évolution du statut des organismes d'assurance maladie en rendant plus actif leur rôle de « payeurs » et en modifiant leurs relations avec l'État ou avec les assurés. À partir du moment où la fonction d'agent économique des caisses est essentielle et donne lieu à une organisation d'entreprise, la transformation des sources de financement devient plus facile ; l'apport privé est même la garantie de l'indépendance. Enfin la démarche de régulation n'est pas parfaitement symétrique, ce qui n'est pas anodin lorsqu'on a en fond de tableau un impératif de maîtrise du financement public. On conçoit que la régulation vise le non-dépassement d'une dotation fixée *a priori* ou qu'elle se préoccupe de l'efficacité de la production. Elle devrait aussi être concernée par la question de la sous-dotation d'un système, c'est-à-dire de la capacité d'une dotation à permettre la satisfaction de certains besoins. Cela pose le difficile problème de la légitimité des critères de régulation et notamment des choix implicites de santé publique qu'elle intègre.

Si les régimes de croissance lente que connaissent les pays européens se maintiennent, la qualité de la régulation ne suffira pas à éviter la mise en cause de l'État providence. À moins de s'interroger sur l'adéquation des politiques de santé, des réformes d'un autre ordre seront mises en chantier. ■

Alain Letourmy
CNRS, Cermes