

La spécificité de la régulation du système de santé français dans la mosaïque européenne

Tous les pays européens ont tenté de maîtriser leurs dépenses de santé dans le cadre de réformes radicales. La réforme française demeure spécifique par sa volonté de conserver sa configuration institutionnelle.

Marc Duriez
Chargé de mission au
Haut Comité de la santé publique

Quinze années de régulation, d'expérimentations réformatrices en Europe. Quinze années durant lesquelles les principaux systèmes de santé ont été soit amendés, soit réformés fondamentalement. On retrouve dans ces réformes l'inspiration du « New Public Management » initié par la réforme britannique de 1990 : décentralisation, gestion inspirée du secteur privé, séparation des fonctions d'acheteurs et fournisseurs de soins dans un contexte de concurrence.

Les réformes structurelles de nos voisins européens

Les orientations prises dans les services nationaux de santé des pays nordiques et des pays du sud de l'Europe s'inscrivent dans ce courant de pensée. La volonté d'opérer une distance entre l'administration centrale et la gestion des activités de soins est ici évidente. Dans un autre type de régulation, la réforme du système bismarckien néerlandais introduit progressivement depuis 1988 des dispositifs de concurrence entre financeurs et prestataires. Les réformes allemandes, qui se sont succédé depuis 1996, poursuivent le même objectif mais dans une configuration moins ambitieuse.

Tentations libérales ?

Si elles se sont diffusées très largement, ces principales réformes se sont adaptées aux déterminants institutionnels, culturels, sociétaux de chaque pays, et donc à la conception que chacun a pu développer de la gouvernance du secteur de la santé (qui partout en Europe cependant relève *in fine* de

l'intervention publique). La tentation libérale, qui a accompagné certaines réformes, s'est déclinée de façon très spécifique au gré de contraintes institutionnelles avec un impact variable. S'agit-il d'ailleurs d'une « tentation libérale » ? *A priori*, on a pu observer que les différents systèmes ont procédé de façon plutôt empirique, ne gardant du modèle libéral que certains instruments. Il semble difficile de reconnaître, dans les différentes configurations de mesures mises en œuvre une harmonisation des systèmes de protection sociale maladie européens. La spécificité de chaque contexte institutionnel demeure très prégnante.

Les prédispositions à l'instauration du « New Public Management »

Les orientations présentées ci-dessus se sont appuyées sur des éléments de gouvernance qui ont permis d'attribuer une certaine autonomie aux acteurs de proximité dans l'exercice de leurs missions. Financeurs, prestataires de soins se situent souvent dans des schémas de gouvernance intégrés, mais disposent de marges d'action déterminantes.

Le positionnement des caisses dans les modèles bismarckiens néerlandais

Tant aux Pays-Bas qu'en Allemagne, le positionnement des caisses a fondé le choix d'une régulation basée sur la concurrence par le financement, voire par l'offre (spécifiquement aux Pays-Bas). Caisses d'assurance maladie publiques et privées interviennent sur les mêmes segments de prise en charge financière des soins. Elles ont un rôle actif vis-à-vis des services offerts, elles tentent de se poser en acheteurs de soins. Aux Pays-Bas, elles entretiennent en effet des relations étroites

avec les médecins par un conventionnement individuel sélectif. Cette disposition est prévue par la réforme récente en Allemagne.

Aux Pays-Bas, la réforme mise en œuvre au début de 2006 instaure une répartition de compétences entre l'État — à qui revient évidemment la tutelle et par ailleurs l'intervention sur la prise en charge des soins lourds et coûteux — et les caisses d'assurance maladie qui assurent non seulement le financement, mais également l'organisation des soins courants sur une base concurrentielle. Caisses publiques et caisses privées sont associées sur ce schéma.

En Allemagne, appuyées par les pouvoirs publics fédéraux soucieux de préserver des taux de cotisation qui ne pénalisent pas les entreprises, les caisses d'assurance maladie bénéficient d'une autonomie de gestion. Chacune est responsable de son équilibre comptable. Elles entretiennent des relations étroites avec les prestataires de soins. Ces derniers s'insèrent dans des schémas relationnels tendant à les responsabiliser. C'est le modèle de médecine de caisses qui se traduit par un rapport étroit entre les associations de caisses d'assurance maladie et les unions professionnelles. Ces institutions assurent sur un mode partenarial la réglementation des activités et leurs rémunérations.

La réforme votée en octobre 2003 renforce à partir de 2007 le pouvoir des financeurs sur les médecins en instituant la possibilité d'un conventionnement individuel sélectif. Cette disposition fait cependant encore débat en Allemagne. Par ailleurs, la concurrence entre caisses publiques et privées s'affermirait par la possibilité qui leur est accordée de moduler leur prise en charge, voire de l'organiser en permettant aux caisses de proposer des prises en charges intégrées, dans le cadre de centres de soins regroupant médecins et professionnels paramédicaux.

La gouvernance des services nationaux de santé

Dans les services nationaux de santé, on assiste à des processus de dévolution de compétences, plus ou moins achevés en Italie et en Espagne, aux échelons institutionnels régionaux et locaux, voire à des professionnels de proximité. C'était le cas des autorités de districts et des généralistes dans le modèle de marché interne de la première réforme britannique. C'est le cas actuellement des *primary care groups*, organismes pluridisciplinaires indépendants recevant directement des autorités centrales leur budget dans le modèle de réseaux de la réforme travailliste récente. Le dispositif mis

en place renforce le statut du réseau de soins, il lui attribue un rôle central dans l'organisation globale et la gestion des soins.

Les pays nordiques ont procédé à une dévolution de compétences en matière de financement et d'organisation des soins en faveur des comtés en Suède et au Danemark, aux municipalités en Finlande.

Dans la configuration fédérale propre aux systèmes de santé espagnol et italien, les autorités sanitaires régionales doivent désormais constituer les rouages incontournables de la gouvernance. Ce dispositif, encore contesté par certaines régions (Toscane et Andalousie) permet d'organiser le financement, la dispensation des soins sur la base d'une concurrence entre les structures d'offre auxquelles est attribuée une autonomie de gestion interne générant dans les régions les plus performantes le concept d'« hôpital entreprise » (Catalogne, Lombardie).

Le sens des réformes

La remise en cause de la conduite des systèmes par les autorités publiques s'est traduite, non pas par une contestation de la puissance tutélaire, élément central et permanent de la gouvernance des systèmes européens, mais plutôt par l'aménagement de cette gouvernance au niveau d'intervention des différents acteurs de proximité. Les orientations ont consisté en l'instauration de mécanismes susceptibles de responsabiliser ces acteurs en affirmant leurs rôles dans les processus de financement, de production, d'achat. Les processus dans lesquels se sont appliqués ces mécanismes ont été qualifiés de quasi-marchés, néologisme des années quatre-vingt-dix exprimant le fait que la spécificité des acteurs de la santé et de la conduite des activités impliquait quelque entorse à l'application des catégories économiques traditionnelles. En tout état de cause, il s'agit d'une concurrence régulée. De fait, les instruments utilisés se sont sans doute plus adaptés aux structures existantes que ces dernières n'ont pu le faire vis-à-vis des nouveaux dispositifs. Et les changements ont procédé, dans chacun des modèles, de cette dialectique. Tout en attribuant de nouveaux rôles aux acteurs directement impliqués, les réformes se sont développées en référence aux configurations et aux impératifs institutionnels déjà en place.

Pour caractériser ces réformes, il apparaît indispensable de situer les intentions de leurs promoteurs dans le contexte institutionnel sur lequel ces derniers ont été amenés à agir.

● Qu'il s'agisse du modèle intégré de

service national de santé ou du modèle pluraliste dans ses versions les plus libérales, les principes fondamentaux ont été préservés, l'architecture institutionnelle conservée :

– dans les modèles intégrés, le financement fiscalisé, la structure verticalisée de la gouvernance dans la déclinaison des allocations budgétaires.

– dans les modèles pluralistes, le financement par cotisations versées à des caisses d'assurance maladie, auquel est associé quelquefois un financement fiscalisé, l'intervention de l'État dans le cadre de la réglementation.

● Chaque modèle a structuré ses réformes à partir de l'acteur le plus central du système du point de vue de l'organisation des soins et de son financement (prestataire de premier recours, autorité sanitaire régionale ou locale). L'orientation revêt une certaine logique. Cet acteur, dans tous les cas de figure, représente le rouage le plus efficace de la mise en œuvre de mécanismes de responsabilisation, le rouage le plus structurant de l'organisation des soins et de leur financement, et susceptible d'assumer une certaine autonomie dans l'architecture générale.

● Ces réformes sont structurelles dans le sens où elles modifient fondamentalement le schéma relationnel des acteurs tant du point de vue du financement que de l'organisation des soins.

● L'approche se veut globale. Elle mobilise l'ensemble des acteurs opérationnels (autorités sanitaires et médecins généralistes dans les services nationaux de santé, caisses d'assurance maladie dans les systèmes pluralistes et hôpitaux), distingués, plus ou moins clairement selon les pays, en acheteurs et offreurs de soins.

● L'approche est en même temps micro-économique. Elle se fonde sur une gestion d'acteurs autonomisés, responsables de leurs activités. Le marché, la passation de contrats s'appuient sur un ensemble de services. L'individualisation de la gestion est censée responsabiliser acheteurs et offreurs.

On notera que l'approche micro-économique s'oriente vers la gestion de réseaux de soins. L'inspiration *managed care* est évidente. Autorités sanitaires et prestataires de premier recours ou caisses d'assurance maladie (principalement aux Pays-Bas) s'insèrent dans des configurations intégrant financement et organisation des soins, avec une particularité importante par rapport aux États-Unis cependant puisqu'ils demeurent dépendants, dans la fourniture de services minimum, de

dispositions normatives fixées au plan national par l'État (ou de comités de sages sous l'égide de l'État aux Pays-Bas).

Spécificités françaises

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie affirmait, dans son rapport d'avril 2004, que l'« *on ne peut se prononcer a priori sur les contraintes à long terme tant que le système n'a pas été optimisé dans son fonctionnement* ». Il est à craindre que « *les dépenses de santé ne maintiennent, dans la longue durée, une tendance de croissance un peu plus rapide que celle de la richesse nationale* ».

Les principes traditionnels de régulation

Plusieurs éléments ont caractérisé jusqu'ici la régulation du système de soins en France :

- Une architecture centralisée, mais caractérisée par une insuffisante lisibilité des relations institutionnelles entre l'État et l'assurance maladie.

- Une régulation fondée sur l'élaboration de normes par le niveau central et l'aménagement de l'offre par gestion des ressources. La nécessité de procédures d'évaluation d'aval des résultats obtenus a longtemps fait défaut.

- La complexité d'une régulation institutionnelle gérant de façon segmentée un modèle dualiste associant offre publique et offre privée, financement public et financement privé.

- Une régulation de type macro économique déclinée au niveau des activités de soins.

- Une conception de « réforme structurelle » fortement imprégnée de préoccupations financières (comme d'ailleurs, durant de longues années, en Allemagne). La première réforme structurelle, celle de 1996, a consisté en l'instauration d'une régulation de l'offre de soins sur un modèle de planification financière. Le « structurel » en France n'a pas été synonyme de transformation radicale de la globalité des processus de décision, de gestion, ni *a fortiori* des relations entre acteurs et la difficulté de mise en œuvre des réseaux institutionnels en est un exemple éclairant.

Des comportements spécifiques de la part des institutions gestionnaires, des prestataires de soins et des usagers sont générés par le caractère cloisonné de la régulation. Elle s'est traduite par des relations « bilatérales » entre institutions et prestataires peu favorables à une appréhension globale des problèmes.

L'insuffisance de procédures d'évaluation a été renforcée par ailleurs par la segmentation de la régulation par types d'activités.

Une évaluation rationnelle doit renvoyer à l'impact de chaque activité sur l'ensemble du système.

Difficile, dans cette configuration, d'atteindre une rationalisation des processus d'offre et de demande de soins, des comportements des acteurs situés dans ces processus, acteurs auxquels manquent des dispositifs incitatifs qui puissent leur attribuer une responsabilisation.

Difficile également de trouver un modèle d'insertion des prestataires et des usagers autour d'un projet commun de gouvernance susceptible de conduire à un consensus général sur la gestion coordonnée des besoins et des ressources. Dans ce cas, il s'est révélé complexe de rechercher la responsabilisation des acteurs par rapport à la régulation globale du système.

Les orientations nouvelles

La réforme mise en œuvre récemment s'articule autour de grandes orientations : le décloisonnement du système, la coordination des soins, la modification des comportements, la recherche de la qualité.

L'inspiration allemande est souvent évidente. La réforme française en a adopté certains instruments (participation financière des patients, institution du médecin traitant, réseau de soins...) mais déconnectés du contexte. Le médecin traitant avait déjà été expérimenté en Allemagne, le concept allemand de réseau est beaucoup plus « intégré » du fait des relations étroites entre caisses et prestataires. Le dispositif a été beaucoup plus facile à mettre en place dans le cadre du schéma de médecine de caisses où les associations de caisses et les unions de professionnels ont toujours eu un rôle déterminant pour insérer les médecins dans les mécanismes microéconomiques de régulation.

Décloisonnement et coordination des soins

Dans la récente réforme, le décloisonnement du système doit s'appuyer sur une meilleure organisation ville-hôpital, généralistes-spécialistes, principes impliquant la mise en relation, ou en réseau, des acteurs dans l'optique d'une permanence des soins et de leur coordination (soins primaires, soins secondaires de spécialistes ou hospitaliers). Le renforcement de l'assurance maladie par le rassemblement de l'ensemble des régimes et une meilleure coordination des organismes complémentaires doivent constituer une base de rationalisation des activités.

À ce niveau on demeure dans l'institutionnel. Certes, l'instauration du « médecin

traitant » peut constituer un vecteur de relations entre les divers intervenants et conduire à la création progressive de réseaux. Et la mise en œuvre de relations entre prestataires de soins, hôpitaux, régimes d'assurance maladie peut constituer un support important. Cependant, ces dispositifs demeurent dans une conception institutionnelle de l'instauration de réseaux. La comparaison avec les pays que nous avons cités montre bien une différence importante au niveau de l'insertion et de la responsabilisation des acteurs. En France, les prestataires de soins sont beaucoup moins impliqués dans une problématique qui les responsabilise directement. La gestion des dispositifs de décloisonnement, de coordination, revient en grande partie aux institutions et le développement des activités ne ressort que faiblement de l'initiative des prestataires. L'approche réseau doit dépasser la simple association de professionnels, assimilable à une société de moyens, en intégrant la notion de projet médical responsabilisant les professionnels et financeurs.

Modification des comportements

L'orientation proposée se fonde sur la modification du comportement des prestataires et usagers. Les récentes campagnes visant à limiter l'utilisation des antibiotiques ont pu avoir des résultats positifs, mais elles s'inscrivent dans un registre volontariste qui ne préjuge en rien de la pérennité d'attitudes vertueuses. Il faut noter cependant que les promoteurs de la réforme ne s'y trompent pas ; la réforme instaure des dispositifs destinés à appuyer ces modifications de comportements : le médecin traitant, le dossier médical partagé. Et récemment la convention médicale détermine des engagements qualitatifs et quantitatifs de la part des médecins. Cependant, ce type d'orientation nous renvoie à la question de l'évaluation qui doit nécessairement accompagner ces engagements. Un engagement ne suffit pas et la régulation française s'est trop souvent fondée sur ce thème.

Cette approche spécifique bien la nature de la régulation française où les institutions ont un rôle prépondérant dans la détermination des moyens et des services fournis. On ne peut retrouver que difficilement, ou de façon imparfaite, dans ce type de régulation, une volonté de mettre en relation les activités et le bien-fondé de leurs résultats. La mise en œuvre de la tarification à l'activité en hospitalisation (mais tardive par rapport aux autres pays) constitue certes une innovation intéressante. Le management par les faits

a été trop longtemps étranger à la culture française de la régulation et l'activité des médecins, entièrement centrée sur le soin individualisé à la personne, s'est trop longtemps située en dehors de toute contingence, économique notamment. Il en est résulté non seulement un frein à l'instauration de procédures d'évaluation, mais également à l'institutionnalisation de réseaux.

De ce contexte, il ressort des difficultés très fortes à instaurer une gestion systémique susceptible de présenter des résultats conformes à ce qui était attendu, et conformes aux attentes des différents acteurs.

Les instruments utilisés par les réformes, qu'ils s'inscrivent dans une option libérale des relations entre acteurs ou dans un schéma institutionnel contraignant, ont comme finalité une plus grande coordination des activités, c'est-à-dire une démarche réseau. C'est à notre avis l'objectif fondamental des modèles mis en œuvre dans les expériences des principaux systèmes étrangers. Certes cet objectif apparaît plus difficile à atteindre dans le cadre d'une gouvernance institutionnelle à dualité public-privé. Le modèle proposé par la France se heurte à cette difficulté (mais c'est sans doute également le cas du modèle allemand dans la configuration des relations ville-hôpital). L'harmonisation des différents secteurs autour d'approches complémentaires d'évaluation des processus de suivi des soins devrait constituer la finalité des politiques de régulation. ■

