

La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale

Par Dominique Polton, Présidente de l'Institut des données de santé et conseillère scientifique de l'EN3S

De nombreux rapports ont dénoncé, dans les dernières années, la complexité de la gouvernance du système de santé et d'assurance maladie français et ses difficultés de pilotage, liées notamment à la répartition des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie. « Le pilotage de notre système d'assurance maladie s'est progressivement complexifié au point d'être aujourd'hui dual, entre l'État d'une part et l'institution assurance maladie d'autre part », souligne en 2013 un rapport du Cercle Santé Innovation au titre provocateur : « L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? »¹. En 2017, l'Institut Montaigne propose également, pour « réanimer le système de santé », une réforme de sa gouvernance, estimant que « *une grande partie des acteurs du système de santé s'accordent pour considérer qu'un des freins majeurs à la mise en œuvre d'évolutions structurellement significatives est le cloisonnement des différents acteurs et la dispersion des leviers d'action, notamment entre médecine de ville et hôpital.* »²

Ces débats sur la gouvernance ne sont pas récents, même si l'abord de ces questions a évolué au fil du temps et des réformes. En 2002, le ministre de la santé Jean-François Mattei avait réuni un groupe de travail ayant pour mission « d'établir un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'assurance maladie et d'étudier la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie, avec l'objectif de faire apparaître les axes d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie »³. Le rapport de Rolande Ruellan, chargée d'animer ce groupe de travail, faisait le constat que les tentatives qui s'étaient succédées jusqu'alors pour mieux articuler les responsabilités (plan Juppé, tripartisme dans les négociations conventionnelles, objectif de dépenses déléguées) n'avaient pas été couronnées de succès. Deux ans plus tard, le ministre alors en poste, Xavier Bertrand, présentait la loi de 2004 sur la réforme de l'assurance maladie en ces termes : « *L'enchevêtrement des acteurs concernés et des compétences entraîne une déresponsabilisation aux conséquences néfastes. Plus personne ne sait plus qui fait quoi, qui est responsable de quoi et devant qui. (...) Il nous faut donc réorganiser en profondeur notre système en clarifiant les responsabilités de chacun des acteurs.* » La loi de 2004 a effectivement instauré une nouvelle gouvernance, renforçant les

1 Le Cercle santé innovation, sous la direction scientifique de Jean de Kervasdoué. L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? Décembre 2013.

2 Institut Montaigne. Réanimer le système de santé – propositions pour 2017. Juin 2016.

3 Ruellan R. Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie - Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Décembre 2002.



responsabilités de l'assurance maladie tout en limitant les pouvoirs des partenaires sociaux. Elle a été très vite suivie d'une autre loi (Hôpital santé patients territoires) qui a, à nouveau, réorganisé le paysage institutionnel, cette fois en renforçant le pouvoir de l'État et en confiant aux agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées un pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires.

Cette complexité du pilotage est-elle une spécificité française ? Nos voisins ont-ils des gouvernances plus simples, plus lisibles et globalement plus efficaces pour piloter le système ? Sans avoir l'ambition de répondre à cette question de manière exhaustive et approfondie, cet article vise à donner un aperçu d'autres schémas de gouvernance et à montrer les débats et les difficultés qu'ils soulèvent dans leurs pays respectifs.

I- Un pilotage unifié et simple existe-t-il ?

I-1/ Rappel schématique des modèles de gouvernance

Les systèmes de santé des pays développés se sont construits avec des modèles d'organisation différents, qu'il est usuel de classer selon trois grandes familles historiques :

- ▼ le modèle du service national de santé⁴, universel, financé essentiellement par l'impôt, avec un accès gratuit des résidents à une offre de soins publique ;
- ▼ le modèle des assurances sociales, ou modèle bismarkien⁵, dans lequel l'assurance maladie est liée au statut professionnel, financée par des cotisations assises sur les salaires et gérée par des caisses administrées par les partenaires sociaux, qui passent contrat avec des offreurs de soins indépendants⁶ ;
- ▼ le modèle libéral où la protection contre la maladie de la population est facultative et assurée par des contrats d'assurance privée.

Ces schémas organisationnels se reflètent dans des formes de gouvernance différentes, les systèmes nationaux de santé étant gérés par l'État, les systèmes d'assurances sociales par les partenaires sociaux et les systèmes libéraux par le marché.

Cependant, cette ligne de partage historique entre les trois familles ne suffit pas, à elle seule, à caractériser l'organisation des responsabilités, et d'autres dimensions importantes entrent en jeu qui ne recourent pas cette typologie. On peut en citer deux :

-
- 4 Appelé aussi système beveridgien, du nom de lord William Beveridge, père fondateur du système britannique.
 - 5 En référence à Otto von Bismarck, chancelier allemand au moment de la mise en place du système à la fin du XIX^e siècle.
 - 6 Dans plusieurs pays européens ces assurances sociales ont co-existé, jusqu'à une date récente, avec des assurances privées facultatives pour la fraction la plus riche de la population

- ▼ le degré de décentralisation : de ce point de vue l'Allemagne se rapproche des modèles nationaux des pays scandinaves ou des pays du Sud, avec une gestion très décentralisée du système de santé ; à l'inverse la France et l'Angleterre, qui ont des systèmes de santé organisés différemment, partagent une culture de régulation beaucoup plus centralisée⁷ ;
- ▼ le rôle des organisations professionnelles et leur implication dans la régulation du système : ainsi tout en ayant un système d'inspiration bismarkienne, la France a une tradition de régulation administrée et une fragmentation des syndicats médicaux qui contrastent avec la culture allemande d'« auto-administration » par la négociation collective, allant de pair avec une organisation très unifiée de la profession médicale⁸.

Même si ces éléments ne sont pas propres au secteur de la santé et renvoient plus globalement au fonctionnement des institutions dans chaque pays, ils ont évidemment un impact sur la gestion des systèmes de soins et d'assurance maladie.

La pertinence de la typologie traditionnelle est par ailleurs mise à mal par les profondes transformations dont ces systèmes ont fait l'objet dans les trois ou quatre décennies. Leur organisation actuelle est en effet souvent le résultat d'une longue trajectoire de réformes, qui les a éloignés du modèle initial et a brouillé les lignes de partage traditionnelles.

Ainsi certains systèmes bismarkiens ont évolué vers un modèle de « concurrence organisée » où une partie des responsabilités de gestion est déléguée à des assureurs en compétition. La version la plus aboutie de ce modèle est celle des Pays-Bas, où une réforme majeure a été mise en œuvre en 2006, après plusieurs étapes qui se sont déployées sur une période de vingt ans. L'Allemagne a suivi une voie similaire, mais sans aller aussi loin dans la délégation de gestion aux assureurs. À l'inverse, l'Autriche a gardé les institutions et répartitions des pouvoirs de son modèle originel : les gouvernances de ces trois systèmes de type « bismarkien décentralisé » ont ainsi divergé.

De la même façon, certains systèmes nationaux ont considérablement évolué, à commencer par l'archétype du système national de santé britannique, qui a fait l'objet de réformes successives, à un rythme soutenu, depuis les années quatre-vingt. Ces réformes ont eu en commun de donner plus d'autonomie et de responsabilités à des offreurs de soins. La dernière en date, en 2012, a supprimé les structures locales créées par le gouvernement travailliste précédemment élu pour confier des pouvoirs étendus à des consortiums de généralistes. Comme pour les Pays-Bas, la gouvernance est très éloignée aujourd'hui de celle du système originel.

I-2/ Des partages de responsabilités plus ou moins complexes dans tous les pays

« *L'assurance-maladie, un système d'une rare complexité et difficile à piloter* », titrait le journal Le Monde en avril 2004. L'idée selon laquelle « il faut un pilote unique » est très répandue : les agences régionales de santé ont été d'ailleurs créées avec cette idée de rassembler les

7 Même si en Angleterre, des responsabilités ont été décentralisées à plusieurs reprises vers des groupes locaux de médecins, et notamment lors de la dernière réforme de 2012

8 Hassenteufel P. La profession médicale face à l'État : une comparaison France/Allemagne : institutionnalisation de la représentation et politique de santé. 1994.



responsabilités sous une même autorité, comme le souligne Didier Tabuteau : « *La loi HPST a parachevé le dispositif au niveau régional en confiant aux agences régionales de santé (ARS) qu'elle a créées un pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires, y compris pour la gestion du risque qui relevait jusqu'alors, par principe, des caisses d'assurance maladie.* »⁹

Sans contester le bien-fondé de cette volonté d'unification, il est intéressant de se demander si cette notion d'un pilote unique concentrant l'ensemble des responsabilités trouve à s'appliquer dans d'autres pays.

Il apparaît que partout, les responsabilités sont d'une manière ou d'une autre partagées entre différents acteurs. Dans tous les pays, cette répartition des pouvoirs ne va d'ailleurs pas sans susciter des difficultés et des tensions, et les équilibres évoluent au fil des réformes.

Ainsi dans des États fédéraux ayant mis en place des modèles assurantiels tels que l'Allemagne, la Suisse ou l'Autriche, une caractéristique fondamentale du système politique est le partage du pouvoir de décision entre le gouvernement fédéral, les gouvernements territoriaux (*Länder*, cantons) et les organisations de la société civile « auto-administrées » (notamment, pour le système de santé, les assureurs maladie et les professionnels de santé).

En Allemagne, la planification et la régulation des structures hospitalières ainsi que le financement des investissements hospitaliers sont de la compétence des régions (*Länder*)¹⁰, tandis que les coûts de fonctionnement sont supportés par les caisses d'assurance maladie¹¹. Un pouvoir important est délégué à ces caisses et aux organisations professionnelles et établissements, qui négocient et contractualisent, en application du principe « d'auto-administration ».

Cette organisation avec un financement dual des hôpitaux a conduit à une forte expansion des capacités et des dépenses hospitalières, les caisses étant obligées, jusqu'aux réformes des années quatre-vingt-dix, de financer les coûts de fonctionnement résultant des décisions d'investissement des *Länder*. Elle a aussi instauré une coupure entre l'hôpital et la ville, freiné le virage ambulatoire¹² et contribué à maintenir un système très hospitalo-centré.

La fragmentation du système est plus accentuée encore en Autriche, où les *Länder* financent non seulement les investissements des hôpitaux, mais aussi leurs dépenses de fonctionnement ; ils sont alimentés par des circuits de financement complexes, combinant des ressources fiscales des collectivités régionales et locales, des financements alloués par le niveau fédéral et des financements provenant des assureurs sociaux. Ces derniers, dont le principe « d'auto-administration » est garanti par la constitution, n'ont pas de compétences sur les soins hospitaliers, même

9 Tabuteau D. « Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010/5 (n° HS 1), p. 37-51.

10 Ainsi que la santé publique.

11 Et à un moindre degré par les assurances privées, souscrites par environ 11 % des allemands.

12 Les hôpitaux ayant notamment été limités pendant longtemps à une stricte activité d'hospitalisation complète, sans possibilité de prodiguer des traitements externes.

s'ils en abondent le financement ; en revanche, ils sont responsables des soins de ville, chacun contractant avec les organisations professionnelles de façon indépendante. Des responsabilités se chevauchent par ailleurs entre le niveau fédéral et le niveau des régions, notamment dans le domaine des soins de long terme ou du handicap. Le système autrichien apparaît ainsi comme ayant une gouvernance particulièrement complexe, et où la coordination ville – hôpital est très difficile à améliorer. Plusieurs tentatives de réforme pour organiser différemment les blocs de compétence ont échoué, et la solution finalement adoptée a été de créer des plateformes communes entre les trois niveaux, gouvernement fédéral, gouvernements régionaux et assureurs sociaux.

Même si la gouvernance est moins complexe dans les systèmes nationaux de santé, il n'y a pas non plus de pilote unique dès lors qu'on est dans un contexte de décentralisation politique et administrative, ce qui est le cas aussi bien des pays nordiques que de l'Italie ou de l'Espagne. La répartition des compétences entre le niveau national et les collectivités territoriales (comtés, communautés autonomes, régions, voire municipalités) a évolué dans tous ces pays, avec des mouvements de décentralisation mais aussi de recentralisation.

Car cette répartition des pouvoirs n'est pas toujours simple et pose aussi des problèmes de coordination entre les niveaux territoriaux. La coordination des politiques régionales apparaît, par exemple, difficile en Espagne, où la dévolution progressive (sept communautés autonomes se sont vues confier la responsabilité de leur système de santé de manière échelonnée entre 1981 et 1994, puis les dix autres en 2002) a créé pendant longtemps un système hybride. Les batailles politiques entre les partis au pouvoir au niveau national et régional ont fait obstacle aux tentatives de coordination des politiques par le Ministre de la santé et le conseil interterritorial du système national de santé¹³, l'organe devant assurer cette coordination. L'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information régionaux, de registres nationaux, d'harmonisation des politiques vaccinales ou les difficultés de circulation des patients entre régions sont quelques illustrations des conséquences de cette difficulté de coordination¹⁴.

I-3/ Même des systèmes qui apparaissaient comme simples se sont complexifiés

On évoque souvent le cas du système national de santé britannique comme un exemple de système où les principes de gouvernance sont simples, la responsabilité de l'État central étant clairement affirmée.


Si l'on se limite au National Health Service anglais¹⁵, cette assertion était sans doute valable il y a quelques décennies : un système administrativement centralisé, des hôpitaux nationalisés, sans autonomie juridique, placés sous le contrôle de régions sanitaires, une ligne hiérarchique avec le Ministère renforcée, telles étaient les caractéristiques de la gouvernance du NHS à la fin des années quatre-vingt.

Depuis, le système est en perpétuelle évolution, les réformes s'y succédant à un rythme rapide.

13 Qui rassemble le Ministre de la santé national et les Ministres de la santé régionaux.

14 Durán Antonio. Health system decentralization in Spain: a complex balance. Euro Observer, Volume 13, Numéro 1, 2011.

15 Il est en effet devenu difficile de parler du système du Royaume-Uni, car le processus de décentralisation au niveau des quatre nations qui le composent (l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord) conduit leurs systèmes à diverger, chacun de ces États ayant sa politique propre.



Une première transformation, portée par le gouvernement conservateur, a visé à introduire davantage de concurrence et de responsabilité économique pour dynamiser un système jugé trop bureaucratique, inefficace et insuffisamment à l'écoute des besoins des usagers. Le « *purchaser-provider split* », la séparation acheteur – offreur de soins, est devenue une pierre angulaire des réformes. Sous le gouvernement Thatcher, des « généralistes gestionnaires de budget » se sont vu confier la responsabilité de financer les soins de spécialistes et les soins hospitaliers pour le compte de leurs patients, devenant ainsi des « acheteurs de soins ». Les hôpitaux (qui fournissent les soins de spécialistes en Angleterre) sont devenus des structures autonomes et en concurrence entre eux.

Cette responsabilité « d'achat de soins » (*commissioning*) est restée présente sous des formes variées dans les différentes réformes. En 1997, le gouvernement travailliste revenu au pouvoir la confia à des réseaux de médecins généralistes mailant le territoire ; ces « *primary care trusts* » (PCTs) sont devenus, au fil des années et des fusions, plus proches d'administrations locales que de groupes de médecins, même si leurs instances de gouvernance comprenaient des praticiens de terrain.

La réforme de 2012 a opéré un revirement radical, en supprimant ces 150 structures locales (PCTs) ainsi que les administrations régionales, et en accordant le pouvoir d'« acheteur » directement à des consortiums de cabinets de médecine générale, les « *clinical commissioning groups* », à qui sont délégués des budgets conséquents pour financer les soins secondaires.

L'idée à l'origine de la réforme était simple : alléger la bureaucratie, les administrations intermédiaires, confier le pouvoir et le budget directement aux acteurs connaissant le mieux les besoins de la population, c'est-à-dire les généralistes.

La gouvernance mise en place au final n'a pas, pour autant, la simplicité de cette idée de base. En particulier, la réforme s'est traduite par la création de nombre d'institutions :

- ▼ à côté du Ministère de la santé, qui n'a plus qu'un rôle d'orientation stratégique et ne gère plus directement les structures du NHS, un organisme indépendant a été mis en place, le NHS England. Pensé à l'origine avec un rôle réduit, cet institut a eu finalement des responsabilités très étendues. Notamment il finance et organise l'offre de soins primaires, supervise les *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, qui organisent et financent les soins secondaires, et leur alloue leur budget. Le NHS England comporte une structure nationale, quatre directions régionales et environ 25 équipes locales ;
- ▼ confier la gestion de 65 milliards de £ à des groupes de médecins n'ayant rien d'évident, une vingtaine de « *commissioning support units* » ont été créées pour les aider techniquement dans cette tâche, en traitant les données, en accompagnant les négociations, la contractualisation... Des « *clinical senates* », groupes d'experts de différentes disciplines médicales, les conseillent également ;

- ▼ la santé publique a été détachée du NHS et confiée aux 150 collectivités locales et à une nouvelle organisation nationale, *Public Health England* ; au niveau de chaque collectivité locale, a été créé un « *Health and wellbeing board* », comité chargé de promouvoir une meilleure intégration entre les services du NHS, la santé publique et les services sociaux ; ces comités doivent travailler conjointement avec les *clinical commissioning groups* pour produire une stratégie commune. Par ailleurs, 152 entités de veille sanitaire représentant les usagers au niveau local ont été également mises en place, les *Local Healthwatch* ;
- ▼ la réforme a par ailleurs maintenu des institutions antérieurement créées, chargées de surveiller la qualité (*Care Quality Commission*) et de réguler le marché interne (*Monitor*). Au final, la gouvernance issue de la réforme de 2012, qui porte la marque d'un compromis entre décentralisation professionnelle et décentralisation politique, mais aussi d'une tension entre décentralisation et centralisation (avec la création de structures nationales puissantes), apparaît d'une grande complexité et plus fragmentée qu'auparavant.

II- Difficultés de pilotage et tensions ne sont pas l'apanage de la France

II-1/ Questionnements et réformes dans les systèmes nationaux décentralisés

Dans les pays caractérisés par une organisation politique décentralisée, la répartition des pouvoirs de décision entre les différents niveaux de gouvernement n'est pas immuable, et des réformes viennent à intervalles réguliers la modifier.

La tendance a été à une décentralisation croissante dans les années 1990. Ainsi, dans cette période, les dix-sept communautés autonomes espagnoles et les vingt régions italiennes se sont vu confier la responsabilité du système de santé dans leur territoire. Ce processus, inscrit dans un mouvement politique global d'autonomisation des régions, s'est déroulé en plusieurs étapes, avec une décentralisation de la gestion d'abord, puis de la responsabilité financière corrélativement à l'accroissement de l'autonomie fiscale. L'État central a conservé un rôle de cadrage général et de coordination, qui n'est pas toujours aisé comme on l'a vu dans le cas de l'Espagne.

Avant cette époque, les pays scandinaves avaient déjà derrière eux une longue tradition de décentralisation, à une échelle territoriale beaucoup plus proche des populations que ne le sont les régions italiennes, espagnoles ou françaises : les comtés en Suède ou au Danemark (population moyenne de 350 000 à 450 000 habitants), voire les municipalités pour les soins primaires (en Norvège) ou l'ensemble des soins (en Finlande). Au cours des années 1990, la tendance décentralisatrice s'est renforcée, notamment au Danemark et en Suède, où des blocs de compétences importants ont été transférés des comtés aux municipalités, comme les soins de long terme aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux malades mentaux stabilisés.

Mais les évolutions récentes de la gouvernance ont eu plutôt tendance, à l'inverse, à renforcer le pouvoir de décision du niveau central. Cette tendance est perceptible dans les pays nordiques, mais aussi en Allemagne, en Italie, en Australie ou en Suisse.



En Norvège, la réforme de 2002 a transféré la propriété des hôpitaux des comtés au gouvernement central, qui est devenu responsable de la fourniture des soins spécialisés, et les comtés se sont vus retirer leurs compétences au profit de cinq organismes de santé régionaux nouvellement créés (réduits à quatre en 2007), qui n'ont pas d'autonomie politique et sont supervisés par le ministère de la santé. L'objectif était d'améliorer le contrôle des coûts et la productivité, mais aussi de réduire les disparités territoriales¹⁶.

En 2007, le Danemark a mis en œuvre une très importante réorganisation administrative, avec d'une part une concentration des collectivités territoriales (les treize comtés ont été remplacés par cinq régions et le nombre de municipalités a été réduit de 271 à 98), et d'autre part des changements notables dans la répartition des tâches au sein du secteur public danois. Un des objectifs était de créer des unités administratives suffisamment larges pour gérer les soins hospitaliers, et de mettre fin à une trop grande dispersion d'établissements, jugée préjudiciable à la qualité des soins et source d'inefficience¹⁷. Cette concentration s'est accompagnée d'un renforcement de l'autorité du pouvoir central : une loi de stabilité financière encadre l'autonomie fiscale des collectivités territoriales, et les investissements hospitaliers sont désormais financés par le niveau national, dont l'autorisation conditionne toute opération de restructuration hospitalière prévue par les régions¹⁸.

Dans ces deux pays, on observe donc un mouvement de centralisation de la gestion des soins hospitaliers¹⁹.

Des éléments de consolidation nationale apparaissent également présents en Suède, notamment en termes de supervision et de guidance des politiques des comtés par le pouvoir central²⁰.

De la même manière, même si la Suisse reste un système très décentralisé au regard de beaucoup d'autres pays, la tendance est à une réduction des pouvoirs des cantons. La première constitution fédérale de 1848 limitait les compétences fédérales aux mesures sanitaires en cas d'épidémie. Depuis, presque toutes les réformes se sont de fait traduites par un transfert des pouvoirs de régulation au niveau fédéral, souvent en réponse à des problèmes nécessitant une coordination accrue.

Ainsi la loi LAMal de 1996, qui a rendu l'assurance maladie obligatoire, a été une étape importante vers plus de centralisation et d'harmonisation, avec une définition

16 OCDE. Examens territoriaux de l'OCDE : Norvège. 2007.

17 Terkel Christiansen, Karsten Vrangbæk. Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. COHERE discussion paper No.7/2017

18 Richard B.Saltman, Karsten Vrangbaek, Juhani Lehto and Ulrika Winblad. Consolidating national authority in Nordic health systems. Eurohealth, Vol.18, No.3, 2012, pp 21-24.

19 En parallèle cependant, des compétences accrues ont été confiées aux municipalités en matière de prévention et de promotion de la santé.

20 En Finlande la gestion du système de santé reste décentralisée, même si une tendance similaire à la concentration s'observe (suppression de l'échelon administratif des provinces en 2010, réduction du nombre de municipalités).

centralisée des contenus des contrats d'assurance. En 2002, la responsabilité de la mise sur le marché des produits de santé a également été transférée au niveau fédéral, ainsi que la standardisation des qualifications des professionnels en 2007. En 2009, obligation a été faite aux cantons de coordonner leur planification des services hautement spécialisés, pour assurer une concentration suffisante. Depuis 2014, les soins primaires sont explicitement mentionnés dans la constitution fédérale comme étant un domaine de co-responsabilité fédérale et cantonale. C'était la première fois que le niveau fédéral était reconnu constitutionnellement comme ayant une responsabilité dans la fourniture des soins. La même année, les compétences du niveau fédéral concernant la supervision des assureurs ont été accrues, et ses possibilités d'intervention renforcées. Il est également de plus en plus impliqué dans la qualité des soins²¹.

II-2/ Le difficile déplacement de la régulation dans les systèmes gérés par des assureurs en concurrence

Un autre modèle de gouvernance qui a émergé dans certains systèmes d'assurance sociale consiste à transférer une partie des responsabilités de régulation du système de soins à des assureurs santé qui sont en concurrence.

C'est aux Pays-Bas que l'on trouve la forme la plus aboutie de cette transformation. C'est même en réalité le seul pays qui a mis en œuvre une réelle délégation de gestion aux assureurs : en Allemagne, en Suisse, en Belgique, l'essentiel de la régulation reste aux mains d'autorités ou de structures publiques²².

Un tel transfert de compétences n'a en effet rien d'évident, et la réforme néerlandaise a été d'ailleurs très progressive : elle a été préparée par vingt ans de débats et d'étapes préalables avant sa mise en œuvre en 2006, et même si cette date a marqué effectivement une rupture radicale, elle continue depuis à être un processus permanent d'évolution. On est loin de la solution « clés en mains » que l'on présente parfois dans les débats sur les alternatives au modèle français.

Le propos n'est pas ici de faire le bilan de cette transformation, assez unique en Europe, sur l'efficacité, la qualité et l'équité du système, mais de se centrer sur son impact en termes de gouvernance.


L'argument majeur en faveur d'un modèle de ce type est l'idée selon laquelle les assureurs sont en capacité d'exercer une fonction « d'achat de soins » de manière plus efficace qu'un régulateur en situation de monopole, avec pour résultat un meilleur rapport qualité / prix pour l'usager. Ceci suppose qu'ils aient des leviers pour cela, et notamment qu'ils aient la capacité de ne pas contractualiser avec certains professionnels, de négocier les prix, etc.

La contractualisation sélective²³ a été d'emblée autorisée, mais elle reste en pratique très limitée aujourd'hui. Les assureurs ont eu également assez rapidement la capacité de négocier les

21 De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.

22 Thomson S, Busse R, Crivelli L, Van de VenW, Van de Voorde C. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy* 109 (2013) 209–225

23 C'est-à-dire la possibilité, pour chaque assureur, de ne pas passer convention avec tous les médecins ou tous les hôpitaux.



prix des produits de santé et ont d'ailleurs eu, au début de la réforme, des résultats assez spectaculaires dans ce domaine (notamment par exemple en matière de prix des génériques). La possibilité de négocier librement les tarifs avec les producteurs de soins a été plus progressive ; ainsi à l'hôpital elle a été limitée au début à 10 % du budget hospitalier, puis ce pourcentage a été augmenté à 20 % en 2008, 34 % en 2009, 70 % en 2012.

Cette évolution de la gouvernance et ce transfert de responsabilités à des opérateurs privés reste cependant, dix ans après la réforme, très controversés. Il y a d'ailleurs des mouvements inverses, l'État reprenant parfois les rênes de la régulation. Ainsi le contrôle des prix pour les soins dentaires, abandonné en 2012 pour laisser les assureurs négocier librement leurs tarifs, a été réinstauré ensuite au vu des fortes hausses tarifaires observées. Les assureurs négocient les prix, mais l'Autorité de santé a fixé un tarif horaire pour les spécialistes en pratique libérale. Par ailleurs, tout en laissant les assureurs gérer le risque, l'État a continué à imposer un plafond annuel global de dépenses (macro-budget), et pour renforcer son contrôle dans ce domaine, la loi lui a donné la possibilité d'écrêter les revenus hospitaliers si le budget global pour l'hôpital était dépassé ; pour éviter d'en arriver à cette solution, le Ministère a signé avec les associations d'assureurs et d'hôpitaux un accord collectif de modération des dépenses hospitalières, qui a été reconduit ensuite : on revient donc fondamentalement à des négociations collectives, instruments classiques de régulation utilisés antérieurement, et qui viennent doubler les règles instaurées par la réforme fondée sur la concurrence.

Ces quelques exemples illustrent bien le fait qu'un tel déplacement de la gouvernance du système de santé ne va pas de soi : c'est un processus continu, avec des mouvements d'aller-retour, et non exempt de tensions entre les acteurs. L'État est souvent tenté d'intervenir au-delà du rôle que la réforme lui a conféré de garant des valeurs et du cadre dans lequel s'exerce la concurrence, d'orientation générale et de supervision. Il le fait d'autant plus que les controverses sur cette nouvelle gouvernance restent vives : l'image qu'en a l'opinion publique est essentiellement celle d'un rapport de forces entre assureurs et professionnels de santé, et la confiance qu'ont les assurés dans leur opérateur d'assurance, qui en principe négocie pour leur compte avec les producteurs de soins, s'est beaucoup érodée au fil des années²⁴. Certaines propositions de loi visant à compléter la réforme ont d'ailleurs été rejetées²⁵.

24 Notamment une proposition visant, pour accroître l'incitation des assureurs à sélectionner les offreurs de soins avec lesquels ils contractualisent, à abandonner leur obligation de financer à 75 % les soins des offreurs hors contrat.

25 Maarse H, Jeurissen P, Ruwaard D. Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Econ Policy Law*. 2016 Apr;11(2):161-78.

De cette revue rapide de différents modèles et de leurs évolutions récentes, on peut dégager quelques réflexions.

D'une part, il n'existe pas de gouvernance simple ; les systèmes sont plus ou moins complexes, mais les acteurs qui interviennent dans le champ de l'assurance maladie et de la santé sont toujours multiples, et des débats réguliers ont lieu, comme en France, sur la répartition des compétences.

On ne sait d'ailleurs pas si un pilotage unifié constituerait, en soi, une garantie de meilleure efficacité dans la régulation du système. Certains pays ont, au contraire, considéré qu'une pluralité d'acteurs ayant une délégation de gestion du système (qu'il s'agisse d'une décentralisation professionnelle en Angleterre ou d'opérateurs d'assurance aux Pays-Bas) était de nature à améliorer le service rendu aux usagers, plus que la régulation par une administration publique monopolistique. Ce débat ne peut guère être tranché objectivement, faute d'évidence scientifique, et reste largement idéologique.

D'autre part, aucune gouvernance n'apparaît de nature à résoudre de façon simple l'ensemble des défis auxquels sont confrontés nos systèmes de santé, de qualité, d'équité, d'efficacité, de soutenabilité financière. La gouvernance est donc toujours en chantier, toujours revue, avec des équilibres de pouvoir dynamiques, en fonction des alternances politiques mais aussi des questions qui arrivent de façon prioritaire à l'agenda des politiques publiques.

De ce point de vue, si la gouvernance actuelle de chaque pays porte la marque de sa trajectoire historique, de ses institutions et de sa culture, on ne peut qu'être frappé par l'importance des transformations qui ont eu lieu dans certains d'entre eux dans les dix ou vingt dernières années.

C'est peut-être, plus que la recherche d'une gouvernance idéale qui n'existe pas, cette capacité à évoluer, à accepter de réformer progressivement les modèles de régulation et les modalités de travail des acteurs qui la mettent en œuvre, qui peut constituer un chemin de progrès.

Faut-il pour autant, pour stimuler cette capacité d'innovation, changer régulièrement de gouvernance, comme le service national de santé britannique l'a fait dans les trois dernières décennies ? Le NHS a été indéniablement à l'origine de nombreuses pratiques innovantes dans la régulation du système, et peut-être ces changements les favorisent-elles en évitant de figer les situations. Mais à l'inverse, les réorganisations institutionnelles consomment une grande énergie des acteurs, qui pendant ce temps-là n'est pas mise dans l'amélioration des outils et des pratiques de gestion du système. Le débat reste donc ouvert sur ce point...