



D. LEQUET-SLAMA

Chargée de Mission sur les dossiers internationaux à la DREES (Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques), Ministère chargé de la Santé, PARIS.

La régulation des producteurs de soins est influencée par le modèle institutionnel des systèmes de santé. Sous l'influence des théories du *New Public Management*, les réformes entreprises depuis la fin des années 80 se sont articulées autour de plusieurs axes.

L'introduction de mécanismes concurrentiels au sein des systèmes de santé a été une des orientations phares de cette nouvelle approche, illustrée tout particulièrement en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas avec les médecins généralistes et les assureurs santé devenus acheteurs de soins.

Le conventionnement sélectif en est un instrument essentiel, mais il se heurte sur le terrain à de nombreux obstacles. La régulation des producteurs de soins par l'introduction de la concurrence s'est accompagnée d'un accroissement de la part et du rôle du secteur privé et d'une gestion décentralisée ou transférée à d'autres acteurs.

Enfin, la mise en place de nouvelles méthodes de gestion fondées sur l'évaluation des résultats avec des modes de rémunération des producteurs de soins plus incitatifs a été une composante majeure.

La régulation des producteurs de soins dans les pays développés : nouvelles approches

La régulation des producteurs de soins est influencée par le modèle institutionnel des systèmes de santé. Dans leurs fondements, ces systèmes se sont inspirés de deux logiques différentes, une option bismarckienne où la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations, une option beveridgienne où l'accès aux soins est universel et les services de santé financés par l'impôt. En réalité, au fil des ans et des réformes, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées. Toutefois, cette distinction reste pertinente pour l'analyse économique des systèmes de santé et d'assurance maladie et les modes de régulation.

Dans la pratique, quatre grandes catégories de systèmes peuvent être distinguées : les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie, les services nationaux de santé du nord de l'Europe, les systèmes mixtes d'Europe du sud, et enfin les systèmes principalement libéraux comme ceux des Etats-Unis et de la Suisse. Cette typologie permet de mieux appréhender le contenu et l'impact des réformes en fonction des fondements idéologiques et institutionnels des systèmes.

Depuis le milieu des années 70, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de systèmes différents, se sont retrouvés confrontés à une même problématique : comment réguler un secteur fortement inflationniste comme la santé ? Après avoir, dans un premier temps développé des mesures de limitation et de réduction de l'offre de soins, un encadrement des dépenses fixé a priori, la plupart des pays, tout en maintenant certaines de ces orientations, ont cherché dans un second temps à rationaliser l'organisation des soins et leur financement en introduisant des mesures d'ordre structurel.

Dans les années 80, les théories du *New Public Management* qui remettent en cause le mode de gestion du secteur public ont connu un certain écho dans les débats sur l'organisation des systèmes de santé en Europe [1]. Sous leur influence, les réformes entreprises pour réguler la production de soins se sont dès lors articulées autour de plusieurs axes [2] : la séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins et l'introduction d'un quasi-marché entre prestataires de soins couplée à une ouver-

ture aux organismes privés lucratifs ou non lucratifs ; une gestion plus décentralisée ; l'introduction de nouvelles méthodes de management fondées sur l'évaluation des résultats avec des modes de rémunération des producteurs de soins plus incitatifs.

■ LA REGULATION PAR L'INSTAURATION D'UNE CONCURRENCE ENTRE PRESTATAIRES DE SOINS

L'introduction de mécanismes concurrentiels au sein des systèmes de santé a été une des orientations suivies par les réformes en Europe depuis la mise en place de la réforme Thatcher en Grande-Bretagne et du projet Dekker aux Pays-Bas à la fin des années 80. Cette orientation s'inscrit dans une problématique différente dans les services nationaux de santé et dans les systèmes de type bismarckien fondés sur des assurances sociales. La régulation des producteurs de soins par leur mise en concurrence en est un axe fort.

1. – L'approche britannique de la régulation, depuis 1991, apparaît particulièrement originale

En Grande-Bretagne, l'offre de soins est, dans sa très grande majorité, publique et participe au service national de santé, le *National Health Service* (NHS). Le budget du NHS est complètement contraint et arrêté chaque année par le Parlement. Les médecins généralistes sont les pivots du système de soins et un passage obligé pour le patient pour accéder aux soins spécialisés. Le rôle de régulateur pour l'accès aux soins secondaires joué par le médecin généraliste est pour beaucoup dans le fait que les dépenses de santé ont toujours été faibles en Grande-Bretagne. Les médecins spécialistes exercent pratiquement exclusivement à l'hôpital et ont un statut salarié.

Dès 1991, la réforme dite réforme Thatcher a introduit dans des structures demeurées entièrement publiques des mécanismes concurrentiels. Une séparation claire était instaurée entre acheteurs et fournisseurs¹, les premiers constitués par les autorités locales de santé, une partie des médecins généralistes et, dans une moindre mesure, les sociétés d'assurance santé privées, les seconds essentiellement par les hôpitaux devenus, progressivement, fondations autonomes (ou trusts). Le marché était dit interne puisque la dépense totale demeurait prédéterminée et contrôlée et qu'offreurs et demandeurs étaient des organes mêmes du service national de santé.

¹ Pour ce qui concerne le recours à l'hôpital ou aux services des spécialistes.

Une des grandes originalités du dispositif était la possibilité ouverte aux médecins généralistes de disposer d'enveloppes budgétaires (*general practitioner fundholder*) leur permettant "d'acheter" certains soins hospitaliers ou de spécialistes pour leurs patients. Les hôpitaux devaient se financer de façon autonome par les contrats qu'ils négociaient avec les différents acheteurs de soins, autorités locales (de leur secteur géographique mais aussi d'autres districts) et médecins généralistes *fundholders*. Ces derniers devenaient ainsi en partie régulateurs des soins secondaires fournis à l'hôpital.

Un des objectifs de cette réforme était de rendre plus réactif le fonctionnement du NHS et de réduire ainsi les listes d'attente très importantes à l'entrée des soins spécialisés et hospitaliers. Les structures insuffisamment "performantes" étaient appelées à disparaître.

Si le cadre concurrentiel était fixé par la réforme, la réalité était tout à fait différente. Les autorités locales de santé n'avaient pas réellement intérêt, pour des raisons de politique locale, à mettre en danger un hôpital de leur secteur. Globalement, les ressources provenant d'une autorité locale d'un autre district géographique n'ont jamais dépassé plus de 20 % du budget d'un hôpital. Quant au budget géré par les médecins généralistes *fundholders*, il était insuffisant pour leur permettre de faire réellement pression sur un établissement, même si on a vu se former des associations de généralistes déterminés à peser plus lourd face au pouvoir hospitalier. Enfin, la possibilité pour une autorité locale de santé de signer des contrats avec des structures de soins privés est demeurée plutôt théorique [3]. La réforme de 1991 n'a pas introduit, semble-t-il, de réelle concurrence mais plutôt une "pseudo-concurrence" [4] ; les médecins *fundholders* et les autorités locales n'étant pas brusquement devenus des "acheteurs volages" [4], ils auraient plutôt tenté d'établir des relations de long terme avec les établissements hospitaliers. Ils n'en ont pas moins joué un rôle actif entre la demande de soins qu'ils étaient les seuls à apprécier et les offreurs de soins secondaires.

En termes d'impact sur l'activité des hôpitaux, si ce quasi-marché a conduit à une forte hausse de l'efficacité au début (+ 2,5 % en 1991-1992), celle-ci a décliné ensuite fortement [5]. Toutefois, 7 ans après le début de la réforme, une grande partie des hôpitaux se trouvaient dans une situation financière particulièrement difficile. Une étude récente [6] suggère que dans les endroits où la concurrence a été possible, elle a conduit à une baisse de la qualité des soins et à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire consécutive à des admissions en urgence. En revanche, elle aurait permis des réductions significatives des listes d'attente.

Dans la réforme travailliste mise en œuvre en 1999, la régulation des producteurs de soins secondaires est confiée à des groupes de soins primaires, les *Primary Care Groups/Trusts*, *PCT*, composés de médecins généralistes, d’infirmières, de représentants de services sociaux et de l’administration sanitaire. Une enveloppe budgétaire dont le montant est défini par le Département de la santé leur permet de financer les soins nécessaires à la population qu’ils desservent (environ 150 000 personnes). Les PCT fournissent les soins primaires et achètent des soins secondaires auprès des prestataires locaux. Ils sont, par ailleurs, chargés de la Santé publique à l’échelon local.

A partir de 2006, deux stratégies ont été mises en œuvre dans l’objectif d’améliorer la fonction d’achat au niveau local : le regroupement des PCT qui deviennent des “organisations de soins primaires”, les *Primary Care Organisations*, *PCO* et couvrent environ 500 000 personnes ; la délégation de la fonction d’achat des soins et de médicaments aux cabinets de médecins généralistes (*practice based commissioning*), mesure copiée sur une des dispositions phares de la réforme Thatcher (les généralistes *fundholder*). Les médecins généralistes se voient allouer une enveloppe budgétaire indicative. Cette dernière mesure intervient dans un contexte de développement de leurs compétences qui rend possible la création de services de petite chirurgie au sein des cabinets de médecine générale, influant ainsi à la baisse sur la demande de soins hospitaliers particulièrement coûteux. La mise en place d’une telle démarche vise à intégrer l’activité des praticiens dans un concept de prise en charge globale de la maladie, à améliorer l’achat de soins, mais aussi à favoriser le respect des budgets. Par ailleurs, les médecins généralistes peuvent financer, par leurs éventuelles économies sur leurs enveloppes globales d’achat de soins et de prescriptions, de nouvelles structures de soins spécialisés ambulatoires (six spécialités peuvent désormais être exercées ailleurs qu’à l’hôpital), des services pour les personnes âgées ou tout autre service utile pour améliorer l’accès aux soins.

Depuis 2006, la régulation des structures de soins hospitalières est donc, de nouveau, confiée en grande partie aux médecins généralistes qui peuvent également créer des structures de soins spécialisés ambulatoires.

2. – En Suède : un modèle de concurrence encadrée

La réforme Adel adoptée en 1992 en Suède a permis aux comités qui le souhaitaient de devenir acheteurs de soins en négociant avec les hôpitaux de leur ressort géographique, des contrats d’activité et de rémunération fondés le plus souvent

- ▶ La régulation des producteurs de soins est influencée par le modèle institutionnel des systèmes de santé.
- ▶ L’instauration d’une concurrence entre prestataires de soins est une des orientations majeures des réformes instaurées en Europe depuis la fin des années 80.
- ▶ Dans une approche concurrentielle, la régulation des producteurs de soins s’accompagne d’un accroissement de la part et du rôle du secteur privé.
- ▶ La régulation est transférée au niveau régional ou local, ou même, dans certains pays, à d’autres acteurs (médecins généralistes, assureurs, agences...).
- ▶ Elle s’accompagne de modes de financement des producteurs de soins plus incitatifs.

sur un paiement à la pathologie. Certains champs comme la psychiatrie, la gériatrie et les urgences ne sont pas inclus dans ce type de contrat. Pour certains services comme la radiographie, les analyses de laboratoire, un système de fixation interne des prix a été mis en place afin de développer la concurrence. C’est dans le Comté de Stockholm que l’expérience de concurrence encadrée et de marchés internes a été la plus poussée (modèle de Stockholm).

Il semble que la mise en concurrence des hôpitaux ait été un aiguillon à la fois performant et éphémère. Deux explications principales ont été avancées par les initiateurs du modèle de Stockholm à cet échec relatif : d’une part le fait que la fermeture des établissements les moins efficaces ait été différée, d’autre part la mise en place d’enveloppes fermées au niveau du comté serait incompatible avec la mise en concurrence. Les opposants à cette expérience ont, quant à eux, une autre grille de lecture et insistent plutôt sur les stratégies “d’écémage” de la clientèle mises en œuvre par les structures privées : ces dernières refuseraient ainsi de prendre en charge les cas les plus lourds qui seraient orientés vers les structures publiques [7].

Dans beaucoup de comtés, le rationnement des soins a entraîné la fermeture de structures de soins primaires et de petits hôpitaux et une réduction sensible des professionnels de santé. L’emploi total dans le secteur de la santé a été réduit de 25 % en 10 ans, mais de façon inégale selon les régions.

3. – La contractualisation sélective en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse

Aux Pays-Bas ainsi qu’en Allemagne, les réformes récentes ont instauré une concurrence entre prestataires de soins, mais

aussi entre assureurs maladie. Ces réformes visent à attribuer aux financeurs un rôle actif dans le processus de production. La possibilité de recourir à un conventionnement sélectif apparaît essentielle dans des réformes fondées sur la concurrence. Toutefois, elle se heurte à de multiples obstacles sur le terrain et on ne peut exclure le risque d'effets pervers tant sur la qualité des soins que sur la sélection éventuelle des patients par le réseau de soins offert [8].

>>> **Dans la réforme néerlandaise** de 2006 [9], la régulation des prestataires de soins qualifiés d'entrepreneurs de soins [10] est clairement confiée aux assureurs dont les fonctions doivent évoluer vers celles d'opérateurs de soins susceptibles de proposer une offre différenciée en termes de coût et de qualité. L'instrument principal de cette politique est la contractualisation sélective, souvent dans le cadre d'une constitution de réseaux de soins.

La rareté relative de l'offre de soins aux Pays-Bas laisse cependant moins de marge de manœuvre aux assureurs que la loi ne l'autorise [11]. En effet, la densité médicale est assez faible, principalement pour les médecins généralistes, porte d'entrée du système de soins (0,5 médecin généraliste pour 1000 habitants contre 1,7 en France), mais également pour les spécialistes (1 spécialiste pour 1000 habitants, 1,7 en France). Les tarifs de capitation et de consultation sont plafonnés et les assureurs, semble-t-il, n'ont pas vraiment commencé à négocier des tarifs préférentiels avec des médecins généralistes ou des associations de médecins généralistes. Seuls sont discutés par les assureurs les tarifs de rémunération des généralistes qui s'engagent dans certaines démarches de modernisation des cabinets (ce qui représente à peine 2 % du chiffre d'affaires des généralistes). Pour les hôpitaux, la liberté de fixation des tarifs reste très partielle, puisque en 2008, 80 % des actes sont encore soumis aux tarifs réglementés dans le cadre des *DBC (Diagnosis Behandelings Combinatie)*, proches de la tarification par groupes homogènes de malades.

La réforme de 2006 a cependant conduit à des mouvements de concentration des financeurs et des producteurs de soins. Les structures de soins ont été contraintes de se regrouper pour augmenter leur pouvoir de négociation face aux assureurs. Pour éviter les situations de monopole au plan local ou régional, les opérations de fusions sont désormais soumises à un contrôle préalable de l'Autorité de régulation des soins [11].

>>> **En Allemagne**, le système de régulation est bien intégré par le truchement du modèle de cogestion organisé entre associations de caisses maladie et unions professionnelles de

médecins. Les médecins sont obligatoirement affiliés à l'Union des médecins de leur région, seule habilitée à négocier des enveloppes budgétaires avec les associations de caisses. Ces enveloppes diffèrent selon le Land et selon le régime. La réforme de 2004 permet aux caisses maladie de passer des contrats sélectifs avec des médecins ou des centres de soins, mais dans un cadre très limité toutefois, principalement pour des programmes de gestion thérapeutique (disease management) [12]. Cette possibilité de conventionnement sélectif déroge au système de négociations tarifaires régional.

>>> **En Suisse**, la loi Lamal de 1996 a rendu obligatoire l'adhésion à une assurance maladie dans le cadre d'un système concurrentiel au niveau du canton. Le conventionnement sélectif avec des praticiens n'est autorisé que dans la perspective des réseaux de soins qui restent relativement minoritaires. Dans le cadre d'une révision partielle de la loi, le Parlement fédéral débat actuellement d'un assouplissement de l'obligation pour les assureurs de contracter avec tous les praticiens. La liberté de contracter permettrait aux assureurs maladie de sélectionner les prestataires de soins avec lesquels ils souhaiteraient passer des contrats. Selon un sondage récent, 53 % de la population suisse se déclarent hostiles à cette mesure. En ce qui concerne les hôpitaux, les assureurs n'ont pas la possibilité de procéder à un conventionnement sélectif et doivent obligatoirement financer tous les hôpitaux agréés par le canton.

■ CETTE REGULATION DES PRODUCTEURS DE SOINS PAR L'INTRODUCTION DE LA CONCURRENCE S'ACCOMPAGNE D'UN ACCROISSEMENT DE LA PART ET DU RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ...

Le principe de la concurrence au sein d'un système de santé conduit généralement à intégrer dans l'offre de soins les structures privées. Ce processus modifie les conditions d'offre et la régulation générale par action sur les prix et, éventuellement, sur la qualité. Il faut remarquer que la mise en place de structures de soins privées a souvent permis de pallier les carences du secteur public. L'introduction, par ailleurs, d'une rémunération à l'activité pour les producteurs de soins accentue la logique d'une offre plurielle.

>>> **En Grande-Bretagne**, les mesures introduites en 2006 pour élargir les possibilités de choix des patients et accroître la concurrence vont de pair avec un pluralisme accru de l'offre de soins. Dans un système où l'offre est quasiment entièrement public ou à but non lucratif, des offreurs de soins privés opè-

rent avec la mise en place de centres de traitements indépendants qui effectuent des actes diagnostiques de routine et des actes de chirurgie dans le cadre d'hospitalisations de jour. En effet, les *Primary Care Trusts* peuvent faire appel désormais à des prestataires externes pour compléter l'offre de soins primaires, pour la fourniture de services spécifiques. De grandes entreprises internationales fournissent ainsi des soins de suivi des pathologies chroniques, conjointement à des centres de santé "clés en main" qui offrent souvent des services supplémentaires non couverts par le service national de santé [13]. Pour certains experts [14], "on ne peut pas exclure le risque que les centres de traitement indépendants "écrèment" le marché des soins, en accordant la priorité aux patients les plus faciles à soigner, à charge pour le NHS de s'occuper des cas les plus lourds". Un tel phénomène pourrait se répercuter à la hausse sur les coûts moyens des hôpitaux publics, déjà en difficulté avec l'application récente d'un mode de paiement à la pathologie particulièrement rigide dans sa conception.

>>> **En Allemagne**, la part des hôpitaux à but non lucratif est importante et le nombre de cliniques privées historiquement faible. Les hôpitaux publics sont gérés par les Länder ou les municipalités. Depuis 1990, quelques structures hospitalières trop petites ou en difficulté avaient été transférées au secteur privé, principalement dans les Länder de l'Est. La mise en place de la tarification à l'activité en 2003 a incité des municipalités à recourir au secteur privé pour gérer leurs hôpitaux, la ville conservant souvent la propriété de l'entreprise. En 2005, un nouveau pas a été toutefois franchi avec le rachat par une société privée, répondant à un appel d'offres lancé par le Land de Hesse, de deux établissements universitaires formant les CHU de Marberg et de Giessen.

>>> **Au Portugal**, les réformes de 2002 et de 2003 ont introduit de nouvelles formes de gestion et une certaine privatisation de l'offre de soins. Une réforme hospitalière de grande envergure a été adoptée en 2002. Elle a instauré de nouvelles formes de gestion pour les hôpitaux. 34 hôpitaux de taille moyenne, choisis pour leur solidité financière et représentant la moitié de l'offre hospitalière, ont été transformés en "entreprises" publiques, assujetties au droit des entreprises, mais avec l'Etat comme seul actionnaire. Ces structures ont leur complète autonomie administrative et financière, avec un conseil d'administration indépendant et responsable des résultats. Les hôpitaux publics restants demeurent sous gestion publique tout en acquérant l'autonomie administrative et financière. Enfin, de nouvelles structures seront créées en partenariat public-privé, avec un contrat de gestion privé mais assujetti au droit public. Les centres de santé primaires peu-

vent être gérés, depuis la réforme de 2003, par des organismes privés à but lucratif ou non.

>>> **En Catalogne**, la majorité des soins hospitaliers sont fournis par un réseau de structures privées à but non lucratif, financé publiquement. Deux formules de gestion ont été particulièrement développées dans ce secteur: les consortiums et les hôpitaux fondations. Les consortiums sont des entités de droit public composées de représentants des municipalités et des provinces et ouvertes à la participation d'organismes privés non lucratifs comme des mutuelles par exemple. Les hôpitaux fondations sont des entités de droit privé qui sont conventionnées avec le service national de santé catalan et accréditées. A ce titre, l'évaluation de leur activité dépend de la régulation publique. La communauté de Valence, en Espagne, a été plus loin dans le mouvement de privatisation puisqu'elle a confié à une société d'assurance privée la gestion du principal hôpital de la ville [15].

■ ...ET D'UNE GESTION DECENTRALISEE OU TRANSFEREE A D'AUTRES ACTEURS DE LA REGULATION

La décentralisation ou dévolution délègue généralement une grande part de la régulation des producteurs de soins à des institutions régionales ou locales ou à d'autres acteurs du système comme les assureurs en Allemagne et aux Pays-Bas, les médecins généralistes et les *Primary Care Trusts/Organisations* au Royaume-Uni.

En Italie, en Espagne, dans les pays nordiques, l'accentuation de la décentralisation a entraîné un renforcement considérable des pouvoirs des institutions régionales ou locales sur les producteurs de soins, l'Etat central gardant toutefois des compétences en matière de réglementation des structures sanitaires et des conditions d'exercice des professionnels médicaux.

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

Dans la pratique, chaque communauté autonome, gouvernée par des conseils élus, a tendance à développer désormais son

propre système de santé et à choisir ses propres instruments de régulation. Comme le soulignent nombre d'experts, on n'est plus face à un seul modèle de santé, mais bien plutôt à 17 modèles différents. Dès 2002, la plupart des régions ont procédé ainsi à des réformes importantes de leur dispositif sanitaire. En Catalogne, par exemple, toute la régulation des producteurs de soins a été confiée à une agence de santé, l'Institut catalan de la santé, *Catsalut*, qui planifie, finance et évalue le service de santé de la communauté autonome. Elle se positionne comme une *Health Maintenance Organization (HMO)* américaine qui appliquerait les méthodes de *managed care* mais sans objectif de profit [16].

La situation est assez semblable en Italie où, depuis la décentralisation, les régions développent très librement leur propre modèle de soins et les instruments régulateurs. Dans beaucoup de régions, les grands hôpitaux se sont transformés en "entreprises hospitalières" autonomes depuis 1992 et doivent se financer très majoritairement par les contrats qu'ils passent tant avec les régions qu'avec les *entreprises de santé locales*, ASL (*Azienda sanitaria locale*), unités de base du système sanitaire.

En Suisse, les autorités cantonales n'ont que peu de contrôle direct sur la planification des services ambulatoires, mais jouent, en revanche, un rôle important de régulation concernant les hôpitaux. En effet, elles participent au moins pour moitié au financement du coût des hospitalisations, conjointement avec les assureurs.

En même temps, dans certains pays, l'acteur pilier des réformes (assureur, prestataire de soins primaires, agence) a acquis un rôle majeur dans la régulation des prestataires de soins ou de certains segments de l'offre de soins par le biais de la délégation d'achat.

■ DES MODES DE FINANCEMENT DES PRODUCTEURS DE SOINS PLUS INCITATIFS

En Europe, on peut distinguer globalement trois types de financement [17]:

- prospectifs,
- à caractère forfaitaire: budget global, forfaits par pathologie, système mixte d'enveloppes,
- budgets fixés sur base de critères déterminant des besoins financiers objectifs (activité, normes...).

Pour mieux maîtriser les coûts et dans un objectif de performance optimal, la plupart des pays développés ont cherché ces

dernières années à réformer sensiblement leur *mode de tarification des hôpitaux*. C'est ainsi que *presque tous les pays européens ont adopté un système de prix à la pathologie, avec des modalités différentes*. En Grande-Bretagne, dans les hôpitaux, les budgets globaux ont été remplacés progressivement par un nouveau système de rémunération fondé sur des groupes homogènes de malades, la tarification à la pathologie, *Payment by results (PbR)*. Ce système n'intègre qu'un faible nombre de mécanismes d'adaptation et pose donc des problèmes d'équilibre budgétaire aux trusts hospitaliers. En Allemagne, le financement à la pathologie mis en place par étapes n'intègre pas les dépenses d'investissement qui relèvent des Länder. Aux Pays-Bas, les *DBC*s (*Diagnosis Behandelings Combinatie*) intègrent le continuum des soins, de la première consultation à la réadaptation en passant par l'intervention chirurgicale et le traitement. Le budget par diagnostic DBC inclut tous les frais de l'hôpital liés à un certain diagnostic ainsi que les honoraires du spécialiste. Pour chaque DBC, un tarif local est déterminé. La Belgique, la Suisse ont adopté un financement fondé sur les DRG (*diagnosis related groups*). Certains pays ont introduit, par ailleurs, des aménagements à cette tarification pour tenir compte des gros consommateurs de soins.

L'introduction de ces nouveaux modes de financement des hôpitaux est révélatrice de l'émergence d'une culture d'évaluation des résultats.

Dans certaines régions italiennes, la quantité de services que doit fournir chaque hôpital est négociée au niveau régional et les tarifs sont réduits en cas de dépassement du quota d'activité. Dans le même esprit, bon nombre de pays ont modifié le *mode de rémunération des médecins* qui inclut souvent désormais des éléments fondés sur la performance.

Au Portugal, la réforme de 2003 prévoit que dans les centres de soins primaires les médecins pourront être rémunérés *per capita* et en fonction de leurs performances.

En Finlande, certaines municipalités ont mis en place dans les années 80 le système de médecin référent rémunéré, outre la part salariale, par une partie de capitation et de paiement à l'acte. En Suède, l'instauration au milieu des années 90 d'une liberté de choix du patient s'est accompagnée de l'introduction d'une composante capitation dans le revenu des médecins, traditionnellement salariés. L'objectif était d'inciter les médecins à fournir des soins de qualité afin de conserver leur clientèle. Au Danemark, les généralistes bénéficient d'un paiement à l'acte qui vient s'ajouter à une rémunération fondée sur la capitation.

La mise en place de *référentiels médicaux et d'échelles de performance* entre dans cet ensemble complexe de mécanismes de régulation et de contrôle développé dans bon nombre de pays. Aux Etats-Unis, les organismes de *managed care* publient régulièrement, à destination des producteurs de soins qu'ils emploient, des référentiels médicaux. En Grande-Bretagne, si le Ministère de la santé établit des référentiels par maladie, les *National Service Frameworks*, c'est surtout les recommandations cliniques de NICE, Institut indépendant d'évaluation médico-économique, recommandations fondées sur le rapport coût/efficacité ainsi que ses évaluations des nouvelles technologies qui sont au cœur des débats actuels. ■

Bibliographie

1. MINOGUE M. Should flawed models of public management be exported? Issues and practises, in *The Internationalization of Public Management: Reinventing the Third World State*, Willy McCourt & Martin Minogue (eds), Edward Elgar: Cheltenham, UK/Northampton. 2001.
2. DURIEZ MARC, LEQUET-SLAMA DIANE. Les réformes des systèmes de santé, spécificités et convergences, *Actualité et Dossier en Santé publique* n° 18, Haut Comité de Santé Publique, 1997.
3. LEQUET D, VOLOVITCH P. "Hôpital britannique: la concurrence tourne en rond", *Solidarité Santé*, n° 3, 1995, La Documentation française.
4. GRIGNON M. "La réforme du NHS en 1990: une autre interprétation", *Revue française des Affaires sociales* n° 3-4, juillet-décembre 2000.
5. LE GRAND J. Markets, Hierarchies and Networks: Further Tales from the British National Health Service, London School of Economics, 2002.
6. PROPPER C, BURGESS S, GOSSAGE D. Competition and Quality Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999. *The Economic Journal*, Vol.118, N° 525, Janvier 2008.
7. CHAMBARETAUD S, LEQUET-SLAMA D. Suède, un système de santé géré librement par les comtés, *ADSP* N° 46, mars 2004, La Documentation française.
8. VAN DE VEN WPM, VAN DE GRITTEN TED, Market Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 12, février-avril, 2005.
9. COHU S, LEQUET-SLAMA D, VOLOVITCH P. Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation, *RFAS* n° 2-3, 2006.
10. HASSENTEUFEL P. L'Européanisation par la libéralisation? Les réformes des systèmes de protection maladie dans l'Union européenne. In: *Concurrence et protection sociale en Europe*, Res Publica, PUR, 2003.
11. WIERINCK M. La réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas deux ans après, *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, octobre-décembre 2008.
12. COHU S, LEQUET-SLAMA D, VOLOVITCH P. Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, *Etudes et Résultats* n° 445, novembre 2005, Ministère de la santé, DREES.
13. BERSTEIN D. Points de repère n° 17, juillet 2008, CNAMTS.
14. MASON A, SMITH PETER C. Regulation and relations between the different participants in the English Health Care System, *Revue Française des Affaires Sociales*, N° 2-3, 2006, Reforms and Regulation of Health Care Systems in Europe.
15. COHU S, LEQUET-SLAMA D. Systèmes de santé du Sud de l'Europe, des réformes axées sur la décentralisation. *Etudes et Résultats* n° 475, mars 2006, Ministère chargé de la santé, DREES.
16. TORT I BARDOLET J. Amélioration des systèmes de santé et aménagement du territoire, l'exemple de la Catalogne et de la région Midi-Pyrénées, colloque de 2002.
17. ALASS, Séminaire d'avril 2005. DURANT G. Financement des hôpitaux, des divergences mais surtout des convergences, *Gestion*, N° 1, 2006.