

Différentes variétés de réforme des soins de santé : comprendre l'effet de levier de l'Union européenne

Furio Stamati et Rita Baeten

Introduction

Dans le sillage de la crise financière, les États membres de l'Union européenne (UE) ont adopté de nombreuses réformes visant à réduire les coûts en matière de santé sous des pressions supranationales d'intensité variable. La maîtrise des coûts a été généralisée : les mesures d'austérité ont limité l'accès aux soins pour les patients les plus vulnérables au sein de nombreux États membres de l'UE (OMS 2014). Un examen plus nuancé laisse toutefois apparaître des variations entre les programmes de réforme des différents sous-groupes de pays. Au moins trois approches différentes peuvent être distinguées. Des pays tels que le Royaume-Uni (Angleterre) et la Suède se sont servis de la crise récente comme d'une opportunité pour s'attaquer à des problèmes structurels persistants. Dans des pays comme la Grèce ou l'Irlande, les réformes ont plutôt visé à réaliser des économies à court terme. La maîtrise immédiate des coûts a pris le dessus sur la lutte contre les insuffisances structurelles, voire l'a empêchée. La plupart des pays continentaux se situent quelque part entre ces deux positions, dans la mesure où ils ont associé les mesures structurelles et d'urgence

L'explication proposée est que le plaidoyer supranational affecte les agendas nationaux à travers le filtre des traditions politiques nationales. Les pays qui, avant la crise, n'étaient pas parvenus à adopter des réformes améliorant leur efficacité se sont trouvés plus exposés aux influences supranationales, alors que ceux qui sont moins soumis aux contraintes extérieures ont conservé pendant la grande récession une plus grande capacité à dépasser les échecs des politiques passées. Ce chapitre aborde les principaux événements et débats qui ont eu lieu dans ce domaine politique, en comparant les tendances réformatrices

dans dix études de cas représentatifs¹. Enfin, il évalue les perspectives et les défis en matière d'approfondissement des réformes à court et à moyen terme. Nous faisons l'hypothèse que l'accent mis actuellement sur la soutenabilité économique à long terme risque de priver les systèmes de santé européens de leur raison d'être : offrir aux citoyens un accès efficace et rapide à des services médicaux de haute qualité.

Le chapitre est organisé comme suit. La première section décrit l'effet de levier du système de surveillance économique de l'UE ainsi que l'évolution de ce système au cours de l'année 2014. Les sections 2 et 3 présentent les programmes de réforme et les voies qui ont été empruntées par les différents systèmes nationaux de santé de l'UE. La section 4 vise à expliquer les différences entre les programmes nationaux de réforme. La cinquième section propose des évaluations conclusives et décrit les étapes d'analyse nécessaires pour expliquer les variations entre les différents programmes de réforme. Il avance, d'un point de vue normatif, que l'insistance supranationale sur les questions budgétaires plutôt que sur des problèmes politiques de fond est susceptible de menacer à la fois l'accès et la qualité des soins.

1. La surveillance économique et budgétaire de l'UE sur les systèmes de santé

La crise économique a radicalement changé la façon dont l'UE s'implique dans les réformes des systèmes de santé nationaux. L'approche est passée d'un soutien à la coopération volontaire entre États membres à l'appel à la limitation, voire à la réduction – parfois drastique – des dépenses.

1.1 De nouveaux instruments renforçant le pouvoir de l'UE

Dans le sillage de la crise, les institutions de l'UE ont acquis des pouvoirs sans précédent de supervision des politiques nationales de santé.

1. Une version antérieure plus détaillée de ce chapitre a été publiée sous forme d'un rapport de l'ETUI (Stamati et Baeten 2015).

Le type le plus complet de surveillance intégrée est appliqué aux pays bénéficiaires de l'aide financière de l'UE et du Fonds monétaire international (FMI). Celle-ci est liée à la conditionnalité macroéconomique, ce qui signifie que les pays concernés doivent s'engager à mettre en œuvre les politiques détaillées qui figurent dans un protocole d'accord (MoU – *Memorandum of Understanding*). Au sein de la zone euro, la Grèce, l'Irlande, Chypre et le Portugal et en dehors, la Lettonie, la Hongrie et la Roumanie reçoivent ou ont reçu une aide financière de l'UE et du FMI après avoir accepté de s'engager dans des programmes d'ajustement définis par un protocole d'accord. Les pays sont en outre soumis à une surveillance « post-programme » jusqu'à ce qu'au moins 75% de l'aide financière perçue ait été remboursée.

Les États membres qui ne reçoivent pas d'aide financière sont également de plus en plus encouragés à entreprendre des réformes de leurs systèmes de soins de santé. Dans le cadre du Semestre européen pour la coordination des politiques économiques (2011), l'UE a acquis de nouveaux pouvoirs de supervision des politiques budgétaires et économiques nationales. Le Semestre européen a pour but d'assurer une action coordonnée dans les domaines constitutifs des priorités politiques clés au niveau de l'UE. Il intègre, synchronise et renforce les procédures préexistantes du pacte de stabilité et de croissance (PSC) et d'Europe 2020 (la stratégie de croissance de l'UE). Il intègre en outre une nouvelle procédure, la procédure concernant les déséquilibres macroéconomiques (PDM). Depuis 2011 le Semestre aborde la question des réformes des systèmes de santé.

Les recommandations spécifiques par pays (RSP), adoptées par le Conseil de l'UE, sur proposition de la Commission, jouent un rôle crucial dans le cycle du semestre. Les RSP contiennent des conseils sur mesure en matière de réformes structurelles, que les États membres doivent prendre en compte dans leurs plans nationaux. Pour assurer la mise en œuvre des RSP, des procédures de surveillance économique et budgétaire plus strictes ont été établies entre 2011 et 2013 dans le *Six-Pack* et le *Two-Pack* (voir Stamati et Baeten 2015). En conséquence, les RSP concernant la politique budgétaire et les déséquilibres macroéconomiques sont devenues de plus en plus contraignantes pour les membres de la zone euro. Les RSP basées sur la stratégie Europe 2020 qui inclut des objectifs sociaux tels que l'accès aux soins, ne sont en revanche pas contraignantes.

En outre, pour la période 2014-20, dans plusieurs domaines, y compris les soins de santé, le financement par les fonds européens structurels et d'investissement (FESI) est subordonné à la présentation d'un plan stratégique soumis à approbation de la Commission. La mise en œuvre des RSP doit être suffisamment visible dans le plan. En outre, le Conseil peut, sur proposition de la Commission, suspendre les paiements pour le programme concerné si un État membre ne respecte pas les accords passés et les procédures de gouvernance économique (CUE 2013).

1.2 Reformuler les systèmes de santé sous la surveillance économique et budgétaire de l'UE

Les MoU pour la Grèce, l'Irlande, Chypre, le Portugal et la Roumanie contiennent des instructions très détaillées quant aux réformes du secteur de la santé.

Chacun de ces programmes est axé sur une réduction des dépenses en médicaments, qui doit être obtenue par des baisses de prix et un recours plus fréquent aux génériques. Les autres réformes structurelles comprennent : la centralisation de la passation des marchés (Grèce et Portugal) ; des changements de règles de remboursement des prestataires (Grèce et Portugal) ; des solutions de type e-santé et l'établissement de dossiers médicaux électroniques des patients (tous les pays) ; la restructuration des hôpitaux et des systèmes de paiement hospitaliers (tous les pays) ; la fusion des fonds d'assurance (Grèce) ; la rationalisation de la couverture (Grèce et Portugal) ; et un renforcement des mécanismes de contrôle budgétaire (tous les pays). La mise en place d'un système d'évaluation des technologies de santé est proposée à Chypre et en Roumanie. La plupart des pays ont dû réduire le nombre d'hôpitaux, de lits d'hôpitaux et de professionnels de la santé financés par l'État (Grèce, Irlande, Portugal et Roumanie).

Les MoU comprennent également des réductions de coût purement de court terme, telles que l'augmentation des frais à charge des patients (tous les pays) ou la limitation de l'accès gratuit aux soins (Chypre), des réductions en matière de soins hospitaliers (Irlande), et la diminution des soins prise en charge (Grèce, Chypre, Roumanie). La Grèce et l'Irlande ont été invitées à réviser leur système de paiement des médecins, baisser les salaires, réduire le personnel, et augmenter les

heures de travail. Les exigences les plus susceptibles d'aggraver les obstacles financiers aux services de santé sont celles qui concernent le plafonnement des dépenses publiques de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) à des niveaux inférieurs aux standards de l'UE (Grèce), et ce en pleine récession. Des mesures visant à élargir l'accès aux soins de santé ont parfois été incluses, telles que des mesures allant dans le sens d'une couverture universelle (Chypre) ou la mise en place d'un programme de chèques de santé permettant aux citoyens non assurés d'accéder aux soins primaires (Grèce).

Les réformes prescrites visent presque exclusivement la consolidation budgétaire. Certaines d'entre elles sont susceptibles d'améliorer le rapport coût-efficacité à long terme du secteur des soins de santé, mais d'autres risquent de la compromettre. Le transfert de moyens de l'hospitalisation vers les soins ambulatoires peut améliorer l'efficacité si des alternatives appropriées sont disponibles. Cependant, les MoU, soit n'exigent pas le renforcement des soins primaires, soit ne fournissent pas les ressources qui seraient nécessaires (Petmesidou *et al.* 2014). La plupart des économies de court terme reviennent à transférer les coûts sur les individus.

Au cours de la période où un pays reçoit des fonds en vertu d'un mécanisme d'assistance financière, il ne participe pas au processus du Semestre européen, contrairement aux autres États membres.

Le nombre d'États membres qui reçoivent des RSP en matière de réforme des systèmes de soins de santé et/ou de soins de longue durée (SLD) a constamment augmenté, passant de trois en 2011 à vingt en 2014. Seuls la Lituanie, la Hongrie, la Suède, le Danemark et le Royaume-Uni ont jusqu'ici échappé aux conseils de l'UE en la matière. Il est frappant de constater que trois de ces cinq États ont délibérément décidé de rester en dehors de la zone euro. Cette situation laisse penser que la Commission fait pression sur les pays qu'elle peut le plus facilement influencer. *En termes de contenu*, la plupart des RSP liées à la santé demeurent générales et principalement axées sur la consolidation budgétaire et le rapport coût-efficacité. Chaque fois qu'elles sont plus spécifiques, il s'agit de demander des réductions des dépenses en médicaments et en soins hospitaliers, via un renforcement des soins ambulatoires et primaires, ainsi qu'une amélioration de la coordination des soins. En 2013 et 2014, seuls trois pays ont reçu des RSP mentionnant l'accès aux soins et/ou leur

qualité. La Roumanie et l'Espagne, qui sont actuellement soumises à des programmes d'austérité marquée dans le secteur des soins de santé, en font partie. Il est à noter que la recommandation faite à la Roumanie en matière d'amélioration de l'accès aux soins ne figure pas dans son MoU, ce qui rend son applicabilité beaucoup plus faible que les engagements qui figurent dans le MoU.

Les RSP de 2014 offrent quelques nouvelles caractéristiques frappantes. Pour la première fois, on y trouve une RSP très détaillée en matière de soins de santé (Irlande), qui doit être scrupuleusement mise en œuvre puisque le pays est sous surveillance « post-programme » renforcée. Des références explicites aux délais (France et Slovaquie), à des réductions de dépenses (France et Slovaquie) ou à des améliorations « significatives » (France et République tchèque) ont augmenté la pression sur certains pays. Dans le cas de la France et de la Slovaquie, c'est le résultat du renforcement de la procédure concernant les déficits excessifs pour les pays de la zone euro à laquelle elles sont soumises (CPS 2015). Enfin, alors que les RSP de 2013 demandaient que la prévention, la prestation de soins à domicile, la réadaptation et la vie autonome soient promues, cela ne s'est pas reproduit en 2014. En matière de soins de longue durée en particulier, l'accent était clairement mis sur le rapport coût-efficacité et la soutenabilité financière.

Si la sélection des pays pour les RSP de 2011 et 2012 avait été effectuée sans critères clairs, une approche plus systématique semble avoir été mise en œuvre depuis 2013². Elle a été rendue publique à la fin de 2014, dans un document de la Direction générale des affaires économiques et financières (DG ECFIN) (Commission européenne 2014b). Le processus comprend deux étapes. Tout d'abord, la DG ECFIN identifie les pays dans lesquels existe un problème en matière de viabilité budgétaire à long terme, auquel les dépenses de santé contribuent de manière importante. Cette analyse est basée sur les projections figurant dans le rapport sur le vieillissement (Commission européenne et CPE 2012) et le rapport sur la soutenabilité budgétaire (Commission européenne 2012). C'est ainsi que douze pays ont été présélectionnés pour une RSP en matière de soins de santé en 2014, dont onze en ont effectivement reçu une.

2. Conversations privées avec des fonctionnaires de la Commission.

Dans la deuxième étape du processus de sélection, la nature du problème est identifiée, ce qui alimente ensuite le contenu de la RSP. Pour ce faire, ont été élaborés des indicateurs composites portant sur les dimensions principales des dépenses publiques de santé, c'est-à-dire les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les médicaments et l'administration. S'y ajoute un indicateur d'état de santé, qui est censé mesurer la demande potentielle de soins de santé. Si un pays sélectionné au cours de la première étape connaît des performances inférieures à la médiane pour un de ces indicateurs composites, un problème particulier est identifié dans le domaine politique concerné. À côté de cette analyse quantitative comparative, une analyse spécifique au pays est également menée, ce qui peut conduire à l'émission de recommandations nouvelles ou plus détaillées. Les RSP et les documents de travail qui les accompagnent – qui sont devenus de plus en plus détaillés et indispensables à la compréhension de la portée des RSP – reflètent les problèmes identifiés (*Staff Work Document* - SWD, et Rapports Pays depuis 2015)³.

La pression pour mettre en œuvre les RSP s'est également renforcée en raison de la conditionnalité liée au financement FESI. Les services de la Commission invitent les États membres les moins développés économiquement à recourir aux fonds FESI pour appliquer les recommandations qu'ils ont reçues⁴. Dans de nombreux pays, le financement à destination du secteur de la santé est dirigé vers la désinstitutionnalisation des soins⁵.

1.3 Les acteurs impliqués

Dans la mesure où les RSP sont dans une large mesure basées sur les articles du traité régissant le Pacte de stabilité et de croissance, le processus du Semestre européen est piloté par les ministères des Finances. Le processus de rédaction des RSP est coordonné par le

3. Disponible sur : http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm (consulté le 05/11/2004).

4. Entretiens menés en septembre-octobre 2014 avec des fonctionnaires de la Commission et des États membres.

5. Disponible sur : http://ec.europa.eu/contracts_grants/agreements/index_en.htm (consulté le 19/02/2015).

Secrétariat général (SECGEN) de la Commission européenne, tandis que c'est la DG ECFIN qui tient la plume. D'autres DG fournissent également des apports. Pour les RSP liées à la santé, ceux-ci proviennent notamment de la DG Emploi, affaires sociales et inclusion (EMPL), de la Direction générale de la santé et de la sécurité des aliments (Santé) et de la DG Politique régionale (REGIO).

Avant que les RSP ne soient finalement adoptées par les ministres des Finances au sein du Conseil, les États membres peuvent proposer des amendements aux propositions de la Commission. Les amendements aux RSP portant sur les soins de santé et les soins de longue durée sont présentés et discutés au Comité de la protection sociale (CPS). Depuis 2014, les membres du Groupe de travail sur la santé publique au niveau des hauts fonctionnaires (WPPHSL - *Working Party on Public Health at Senior Level*) – un organe qui relève directement du Conseil Santé – sont invités au CPS quand des RSP liées à la santé sont discutées. Le seuil d'amendement d'une RSP est très élevé et jusqu'ici le Conseil ECOFIN n'en a adopté aucun de substantiel pour des RSP concernant les soins de santé ou les soins de longue durée⁶. Cet état de fait contraste avec d'autres domaines politiques, comme les retraites, pour lesquels les RSP proposées sont régulièrement modifiées sur le fond (Zeitlin et Vanhercke 2014).

Il est frappant de constater que les ministres de la Santé restent largement absents des débats du Semestre européen et demeurent extrêmement réticents à discuter des réformes nationales dans les enceintes de l'UE. En juin 2014, le Conseil Santé a invité les États membres et la Commission à renforcer et améliorer la coopération entre le Comité de la protection sociale et le WPPHSL, de façon à ce que les ministères de la Santé puissent apporter une contribution active dans le cadre du Semestre européen (CUE 2014a). Néanmoins, l'idée d'ajouter un objectif principal spécifique lié à la santé dans la stratégie UE 2020 n'a pas été retenue lors de la réunion du Conseil Santé de décembre 2014. Plaidant en faveur d'une compétence nationale

6. La fenêtre temporelle de proposition d'amendements et d'accord sur ceux-ci est extrêmement étroite : deux jours seulement en 2014. Les amendements doivent en outre surmonter la réticence de la Commission et le vote à la majorité qualifiée inversée au Conseil.

exclusive, le Conseil Santé a plutôt proposé de recourir à l'échange d'informations et de bonnes pratiques (CUE 2014c).

Pour contrebalancer la position dominante des acteurs de la finance, ceux de la santé et du social se sont efforcés de proposer une approche objective et quantifiée des problèmes nationaux en termes d'accès et de qualité des soins. Deux évolutions sont à noter à cet égard. Tout d'abord, à la demande du Conseil, la Commission a mis en place en 2014 un groupe d'experts sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé (HSPA – *health systems performance assessment*), auquel les États membres peuvent participer sur base volontaire. Bien que les États membres insistent sur l'importance du niveau national de ce réseau, sur son caractère volontaire et l'exclusion des comparaisons entre pays (CUE 2014b), le président de la Commission Jean-Claude Juncker a souligné l'importance de la HSPA « pour éclairer les politiques au niveau national et européen et informer le travail du Semestre européen » (Juncker 2014).

Ensuite, le CPS a développé un outil pour appliquer aux systèmes de soins de santé la méthodologie du cadre d'évaluation conjointe (JAF – *Joint assessment framework*). Celui-ci fournit des profils de pays qui donnent une image détaillée des principaux défis particuliers ainsi que des bons résultats obtenus dans chaque État membre, en mettant un accent spécifique sur les résultats en matière de santé, ainsi que d'accès et d'équité des soins de santé.

Les autorités sanitaires semblent cependant n'accepter ces outils qu'à contrecœur lorsqu'ils sont destinés à être utilisés dans le cadre du mécanisme de surveillance du Semestre européen.

2. Les programmes nationaux de réforme des soins de santé

Selon la Commission européenne (2014a), les systèmes de santé européens partagent un noyau riche d'objectifs et de valeurs liés au « modèle social européen », et ont eu à affronter des défis transnationaux similaires en raison de la Grande récession. En conséquence, leurs programmes de réforme devraient être globalement semblables ou du moins témoigner d'un certain degré de convergence. La question

devient alors : assiste-t-on vraiment à un ralliement des États membres ? Et que peut-on en déduire quant aux facteurs qui déterminent leurs programmes de réforme ?

Les systèmes de santé européens sont incontestablement confrontés à des défis structurels communs. Au cours des dernières décennies, ils ont eu du mal à suivre l'évolution constante des besoins et des demandes, tandis que leurs principes de base ont été mis à l'épreuve par des transformations technologiques et socio-politiques. La Grande récession et les politiques d'austérité qui s'en sont suivies ont encore restreint la marge disponible pour répondre à leurs objectifs multiples et contradictoires. Les tendances nationales ont en quelque sorte partagé une orientation néolibérale sur la prise de décision décentralisée, la prestation privée et le libre choix du patient. Mais les systèmes plus complexes qui ont résulté de cette focalisation montrent peu de signes de convergence.

2.1 Débats académiques et plaidoyer international

Les politiques de santé sont complexes et multiples, et comprennent différents sous-domaines, abordés par divers courants de recherche. Les études récentes ne peuvent pas prédire dans quelle direction vont les soins de santé, mais elles offrent des instantanés révélateurs du débat international. La recherche pertinente pour notre sujet se décline en deux volets : des études de classification des modèles de systèmes de santé et des analyses de santé publique qui s'intéressent à la régulation et la gestion de la santé. Au cours des cinq dernières années, les contributions ont afflué dans ces deux domaines, offrant parfois une approche plus globale (Pavolini et Guillén 2013).

Les études de classification (voir les réflexions à ce sujet dans Stamati et Baeten 2015) ont longtemps témoigné de l'existence de régimes profondément différents et ont rejeté l'existence, même latente, d'un modèle de soins de santé « unique » en Europe. Le début des années 2010 a vu une explosion de la littérature consacrée aux « régimes de santé ». À partir d'études taxonomiques innovantes telles que Field (1973), Rothgang, Wendt et leurs co-auteurs ont proposé la « typologie R-W » pour les systèmes de santé et leurs évolutions (Rothgang *et al.* 2010). L'OCDE a tenté de combiner cette typologie

avec l'approche par « régime », et produit une taxonomie beaucoup plus complexe, qui a donné des résultats ambigus et contre-intuitifs (Paris *et al.* 2010).

Les efforts soutenus en matière de typologie n'ont que modérément influencé le débat international sur les politiques publiques. Les publications récentes de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2010a) et de la Commission européenne (Commission européenne 2014a) reconnaissent explicitement l'importance des variations entre systèmes de santé, mais uniquement sous la forme d'une nuance à apporter dans la formulation et la mise en œuvre des bonnes pratiques généralement applicables. Depuis son *Rapport sur la santé dans le monde* (2000), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est beaucoup plus encline à prendre au sérieux la diversité nationale. Ce changement n'a pourtant pas suscité de recommandations politiques qui soient spécifiques aux différents régimes.

Les études de santé publique ont eu un impact plus important. Nous nous concentrons ici sur des documents de plaidoyer politique émanant des organisations internationales. Au cours de la dernière décennie, les recherches de l'OCDE ont identifié des problèmes en termes de performance des systèmes de santé, et se sont mis en quête des bonnes pratiques susceptibles d'éviter le surgissement de défis structurels. Le point d'attention initial concernait la surconsommation de soins (recours à l'hospitalisation), les systèmes de paiement et de recrutement, la satisfaction des patients, et le rôle des assurances privées. La littérature de l'UE a traité deux sujets. Le premier portait sur la manière de renforcer les soins primaires et ambulatoires et d'augmenter la productivité et la coordination (Commission européenne 2007). Le second repensait les services sociaux et de santé dans le cadre juridique de l'UE en matière de services d'intérêt général, tout en reconnaissant leurs objectifs et besoins réglementaires spécifiques (Commission européenne 2003 ; Huber *et al.* 2006).

La crise mondiale a stimulé la production de prescriptions politiques plus précises, avec une connotation économique forte (selon Walshe *et al.* 2013, seulement 4% des fonds de la Commission alloués à la recherche en santé en 2011 ont été consacrés à l'étude des politiques). L'OCDE et l'UE ont conjointement reconnu la « nécessité d'un meilleur rapport qualité-prix dans les systèmes de santé » (OCDE 2009).

L'OCDE (2009 ; 2010a ; 2010b) a suggéré de mettre l'accent sur les dynamiques de l'offre et de la demande sur le marché de la santé, en veillant à la soutenabilité de long terme et à la nécessité d'investissements initiaux. La coordination des soins, le prix des médicaments, et les TIC pourraient accroître l'efficacité de l'offre, tandis que les frais à charge des patients pourraient freiner la demande de soins. « La médecine fondée sur les preuves » et « l'évaluation des technologies de santé » permettraient d'assurer la mise à jour constante des politiques. Les estimations globales de gains d'efficacité seraient de près de 2% du PIB de la zone OCDE pour 2017.

Le Rapport conjoint de l'UE sur les systèmes de santé (CPE et Commission européenne 2010) visait à expliquer les différences entre pays en observant les déterminants des dépenses nationales. Afin d'améliorer le rapport coût-efficacité, le rapport recommandait de s'assurer de l'adéquation du financement, des compétences du personnel et des incitants, ainsi que de promouvoir les soins primaires plutôt que spécialisés et l'utilisation adéquate des médicaments, d'améliorer la gouvernance et les flux d'information, et de renforcer l'évaluation des technologies de santé et la prévention.

L'OMS a développé un véritable scepticisme à l'égard des recommandations basées sur de grandes comparaisons internationales. Elle a préféré effectuer des analyses plus détaillées des contextes politiques nationaux, et accompagner celles-ci de recommandations politiques générales (OMS 2013a). Ses rapports ont porté sur les limites méthodologiques et techniques en termes de collecte de données et de conception des indicateurs de santé (OMS 2012). Dans son analyse récente de l'impact de la crise et de l'austérité sur les systèmes de santé, l'OMS (2013b ; 2014) s'est montrée beaucoup plus critique à l'égard de l'austérité que l'OCDE ou l'UE. D'un point de vue analytique, elle est beaucoup plus attentive à l'impact de la crise dans les différents pays et aux mesures prises pour y remédier. Elle déplore les désinvestissements dans le secteur de la santé et le caractère limité des progrès en matière de réformes susceptibles d'améliorer vraiment l'efficacité. Sur le plan normatif, l'OMS a présenté sa stratégie « Santé 2020 », qui est beaucoup plus sensible à la dimension de solidarité des soins de santé.

Le rapport 2014 de l'OMS a mis en évidence des variations entre pays quant aux tendances à l'œuvre dans les réformes de santé, qui

remontent à des différences à la fois de contextes et de choix politiques (même dans le cadre commun de l'austérité). À cet égard, le rapport regrette les coûts potentiels à long terme des coupes arbitraires et des mises en œuvre précipitées. Les coûts cachés ne constituent pas seulement une menace en terme d'accès et de qualité, mais sont aussi susceptibles de mettre en péril la cohérence politique de certains systèmes nationaux. L'étude insiste sur le concept de résilience des systèmes de santé face à différents chocs, ce qui comprend des considérations à la fois économiques et d'adéquation. Les recommandations émises soutiennent le passage à un système de droits universels sur la base de la résidence.

Une part du scepticisme de l'OMS a filtré dans les publications les plus récentes de l'OCDE et de la Commission. L'OCDE (2014) établit désormais un lien explicite entre les différences géographiques et les performances en matière de santé, et met l'accent sur « les variations injustifiées », qui ne peuvent s'expliquer par des facteurs démographiques et les préférences des patients. Les documents de la Commission *Investir dans le secteur de la santé* (Commission européenne 2013) et la *Communication relative à des systèmes de santé efficaces, accessibles et capables de s'adapter* (Commission européenne 2014a) évoquent ouvertement la « résilience systémique ». Il en va de même de la nécessité d'assurer l'égalité d'accès, la responsabilité des entreprises pharmaceutiques, et l'adéquation du financement des investissements technologiques et en capital. Des mises en garde sont également formulées à propos des comparaisons directes entre les différents systèmes et de la fiabilité des données (CPS 2015). Ces analyses illustrent une approche plus fine de l'évaluation des systèmes de santé et des recommandations politiques.

2.2 Trois programmes de réforme au sein de l'Union européenne ?

L'analyse présentée dans ce chapitre se concentre sur dix États membres représentatifs au sein de la zone euro et en-dehors : cinq présentent des services de santé nationaux (SNS : Grèce, Irlande, Italie, Suède et Royaume-Uni-Angleterre) et cinq, des systèmes d'assurance maladie (SAM : France, Allemagne, Lituanie, Pays-Bas et Roumanie). Fondées sur les statistiques et les comptes rendus les plus récents

(rapports ASISP, éditions : 2009-2013⁷ et les derniers rapports d'examen des systèmes de santé, HiT⁸), les reconstitutions historiques couvrent la période allant jusqu'à la fin de 2012, moment où les recommandations de l'OCDE et de l'UE ont été principalement orientées vers la maîtrise des coûts, l'efficacité du marché, et l'application transnationale des bonnes pratiques. Notre approche combine les apports de la littérature en matière de régime de santé et celle de la typologie R-W. En ce qui concerne le premier point, nous reconnaissons l'importance des institutions et des traditions politiques. Quant au second, nous évaluons les changements de politique dans trois dimensions de la santé (régulation, financement et prestation) et trois modes de gouvernance (contrôle étatique, auto-administration sociale, et mécanismes de marché).

En nous appuyant sur l'analyse proposée dans Stamati et Baeten (2015), nous décelons l'émergence dans ces pays de trois vastes programmes de réforme des soins de santé au cours de la Grande récession. Le premier, « *maîtrise des coûts et privatisation des services* », est visible dans les trois pays faisant l'objet d'une assistance financière de l'UE et du FMI : la Grèce, l'Irlande et la Roumanie. Ces pays ont réalisé d'importantes économies budgétaires en matière de santé, en déplaçant une part importante des coûts des soins sur les patients.

Le deuxième, « *changements institutionnels public-privé en matière de soins de santé* », a été identifié dans les quatre pays continentaux de la zone euro qui figurent dans notre échantillon : France, Allemagne, Italie et Pays-Bas. Dans l'ensemble, ces systèmes ont tenté de poursuivre leur programme de réforme d'avant la crise, conformément à leurs méthodologies nationales de résolution des problèmes et aux recommandations internationales.

Le troisième, « *réorganisation systémique* », est observé en Lituanie, en Suède et au Royaume-Uni : trois pays qui ne font pas partie de la zone euro et ne sont pas impliqués dans les programmes d'aide financière. Ces pays se concentrent sur leurs propres problèmes structurels,

7. Disponible sur : <http://socialprotection.eu/> (accédé le 3/9/2015).

8. Country HiTs disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits> (accédé le 3/9/2015).

éprouvés de longue date, et ne présentent que peu de points communs en termes de timing et de contenu.

2.3 Questions et hypothèses de recherche

Initialement, nous nous attendions à ce que le niveau global de changement soit limité et que les différents régimes des systèmes de santé (SNS, SAM et leurs variantes) produisent des programmes de réforme largement similaires. À l'exception partielle de la Grèce, le changement connu par ces pays était loin d'être révolutionnaire. Les programmes de réforme ne correspondent cependant pas aux différences de régime. Nous nous sommes dès lors posé les questions de recherche suivantes :

- Tout d'abord, pourquoi cette variation entre les programmes de réforme existe-t-elle ? Et pourquoi ne suit-elle pas les catégories traditionnelles des régimes de santé ?
- Quels sont les facteurs, au niveau national et au niveau supranational, qui aident à expliquer ces différences entre programmes de réforme ?

Nous formulons quatre hypothèses de travail, qui ne sont pas mutuellement exclusives. Les deux premières portent sur la première question :

H1 : Les variations entre pays en matière de programmes de réforme ont été rendues possibles par le choc externe que constitue la crise – choc externe qui a affaibli le pouvoir de contrainte des traditions politiques (hypothèse « *contrecoup* ») ;

H2 : Les variations entre pays en matière de programmes de réforme sont le résultat de pressions supranationales à la maîtrise des coûts, en provenance de l'UE en particulier (hypothèse de l'« *effet de levier de l'UE* ») ;

Les deux dernières hypothèses portent sur la seconde question :

H3 : Le calendrier et le contenu des programmes nationaux de réforme ont été déterminés par des facteurs politiques intérieurs, tels que des changements de majorité gouvernementale (hypothèse « *politique intérieure* ») ;

H4 : Le calendrier et le contenu des programmes nationaux de réforme ont été déterminés par la mise en œuvre de réformes visant l'amélioration de l'efficacité au cours des années précédant la crise (hypothèse « *vulnérabilité nationale* ») ;

Dans la section suivante, nous proposons des éléments de preuve à l'appui de l'idée d'émergence de trois programmes.

3. Comparaison des trajectoires en matière de réforme de santé

Cette section étudie les tendances récentes en termes de réforme dans les dix cas étudiés, regroupés en fonction de leur type de système de santé (SNS ou SAM).

3.1 Typologie des réformes dans les services nationaux de la santé

L'ensemble des cinq pays dotés d'un système SNS – Grèce, Irlande, Italie, Suède et Royaume-Uni-Angleterre – connaissaient des problèmes préalablement à la crise et certains des systèmes étaient loin d'être des réussites. Nous les évoquerons un à un.

3.1.1 Traditions politiques et impact de la crise

La fragmentation de la couverture et des prestations a suscité des doutes quant à l'existence même d'un SNS en Irlande et en Grèce. Les inégalités régionales étaient traditionnellement fortes au sein des trois autres pays, y compris en Suède, où le système est géré localement. Le niveau élevé (de manière parfois informelle) des frais à charge des patients, l'inefficacité et les malversations avaient délégitimé les systèmes grec, irlandais, italien et anglais. Les dépenses de santé montèrent en

flèche en Irlande et ont augmenté partout sauf en Suède, où la maîtrise des coûts a été menée à bien au cours des années 1990.

Avant la crise, tous les pays avaient tenté des réformes en termes de répartition des rôles des secteurs public et privé en matière de soins de santé, ainsi que pour certains de leurs mécanismes de régulation, notamment l'agencement des compétences entre les différents niveaux de gouvernements. Des mises en œuvre défectueuses (Grèce, Italie), des choix incohérents, des retours en arrière sur les réformes (Irlande, Italie et Suède), et la lassitude à réformer (Italie) ont dans la plupart des cas empêché l'obtention de bons résultats au cours des années 2000. Les décideurs italiens et grecs cherchaient à rationaliser le filtrage d'accès aux soins (*gatekeeping*) ; les Anglais et Suédois, à augmenter le choix des patients.

L'impact budgétaire de la crise a été très diversifié. La Grèce et l'Irlande ont dû demander de l'aide financière internationale et s'engager dans des programmes de réforme détaillés. Il a été demandé à la Grèce de rationaliser les services hospitaliers et la gouvernance (passation des marchés et règles comptables), d'adopter de nouvelles normes pour les professionnels de la santé et les pharmaciens, et de promouvoir l'utilisation des outils d'e-santé et des médicaments génériques. Les frais à charge des patients ont été majorés et les dépenses de santé publique plafonnées. Le plan global représente 2,7 milliards d'euros d'économies. Il a d'abord été demandé à l'Irlande de lever les restrictions sur les médecins et les pharmaciens. Les réformes des soins de santé ont été expressément exigées à partir de 2013. L'Italie et le Royaume-Uni ont également été fortement touchés. L'Italie est entrée dans une récession qui l'a menée à la limite d'une crise de dette souveraine. Les évolutions budgétaires dans le secteur de la santé sont devenues négatives en termes réels sur la moyenne de 2009 à 2012. Le Royaume-Uni a connu une crise bancaire profonde et coûteuse. Aucune mesure affectant substantiellement le SNS n'a été prise avant que les conservateurs ne remportent les élections de 2010 et ne relancent des plans de réforme annoncés de longue date. La Suède a été à peine touchée par la crise. Son SNS n'a pas connu de grandes pressions à la réforme, à part un débat ravivé sur les inégalités régionales en matière de santé.

3.1.2 Réformes de la régulation en matière de santé

Les récentes réformes réglementaires dans les pays à SNS ont consisté en des transferts institutionnels de pouvoirs à d'autres sphères ou niveaux de gouvernement, l'adoption de contrôles budgétaires renforcés, l'introduction de mécanismes de marché ou quasi-marché, et des investissements dans l'accès et la qualité des soins ou des outils d'e-santé.

Les programmes des réformes institutionnelles ont été divers, conduisant à des mélanges spécifiques de décentralisation et de recentralisation dans chaque pays. La Grèce et l'Irlande ont introduit de nouvelles unités de soins intégrées dotées de fonctions renforcées de filtrage d'accès aux soins au niveau local. Le gouvernement irlandais a mis en œuvre un mélange de coordination des soins au niveau local, mais de recentralisation des services administratifs et de support. En Italie s'est produit un double mouvement de centralisation et de décentralisation dans la mesure où les régions ont accepté des règles budgétaires plus strictes en échange d'un pouvoir de surveillance renforcé. « Les plans de redressement » pour les régions insolvables ont entraîné des augmentations automatiques d'impôt et de charges, ce qui a étendu les pouvoirs centraux de sanction et de définition des programmes. L'idée de « maisons médicales » accueillant plusieurs médecins généralistes a été envisagée, mais jamais financée. La Suède est passée d'un système national à un système régionalisé en terme d'administration de la santé (avec des résultats mitigés) et de gestion hospitalière (avec plus de succès). Le SNS anglais a été réformé en 2012. Les consortiums de généralistes soumis à une surveillance centrale forte, ont remplacé les organismes et autorités locaux de santé.

*Des réformes transformant (potentiellement) le système n'ont été prises qu'en Grèce, en Irlande et dans une moindre mesure en Italie. La Grèce a connu des fusions et consolidations généralisées des fonds d'assurances, des autorités de santé et de protection sociale, et même des municipalités. Les associations médicales ont été autorisées à délivrer des licences, tandis que les organisations non gouvernementales (ONG) actives dans la santé mentale, cofinancées par l'UE, ont élargi leur offre de services. L'Irlande a annoncé un glissement progressif vers l'universalité, financé par un mélange de taxes et contributions et par l'application d'une séparation stricte entre acheteur et fournisseur. Les hôpitaux s'y verraient transformés en *trusts* à but non lucratif, agréés par une nouvelle autorité de sécurité. Les*

augmentations des primes des plans d'assurance privés seraient soumises à un « régime de péréquation des risques ». L'Italie a élargi le rôle des fonds d'assurance-maladie complémentaires, qui couvrent désormais les soins dentaires, la réhabilitation, et les soins de longue durée (SLD). Le nombre de membres de ces fonds a augmenté dans les années 2010, grâce aux efforts soutenus du gouvernement.

Divers mécanismes fondés sur le marché ou de quasi-marché ont été adoptés dans tous les pays. La Grèce, l'Irlande et la Suède ont levé les restrictions sur les pharmacies. L'Irlande a également libéralisé les règles concernant les médecins généralistes et la publicité médicale, et créé des « pôles » reliant les hôpitaux et entreprises pharmaceutiques. L'Italie a reréglementé la pratique privée dans les établissements publics. L'Angleterre a transformé tous les hôpitaux en fondations dotées de règles plus souples en matière de financement privé, mais d'exigences accrues en termes de transparence. Le choix du médecin de famille a été partiellement libéralisé. L'approche « tout prestataire qualifié » (« *Any Qualified Provider* ») a été progressivement adoptée pour les contrats et la passation des marchés médicaux. La Grèce a commencé à introduire la rémunération en fonction de critères de performance pour les professionnels de la santé. Des initiatives similaires ont également été évoquées au Royaume-Uni.

Le renforcement des contrôles des coûts et des prix des médicaments a joué un rôle important dans le programme de réforme grec. La Grèce a centralisé la passation des marchés pour les hôpitaux, commandité des rapports périodiques sur les dépenses et la passation de marchés pour les médicaments, fixé de nouveaux montants pour les honoraires et les remboursements. Les mesures adoptées comprennent également des listes positives de médicaments, des objectifs en matière de prescription de génériques, une comptabilité basée sur des forfaits par cas en fonction du diagnostic (*diagnosis-related-groups*, DRGs), ainsi que des mécanismes de récupération et de « tarification qui font référence aux prix internationaux » (*international reference pricing*) pour les produits pharmaceutiques. L'Irlande a également promu la substitution des médicaments génériques aux non génériques, ainsi que des mécanismes de « tarification qui font référence aux prix internationaux » pour les médicaments. L'Italie a introduit de nouveaux outils de surveillance pour les soins de longue durée ainsi que de nouvelles lignes directrices destinées à accroître la concurrence en

matière d'achat et de prescription de médicaments. Elle a également entrepris une réorganisation des soins hospitaliers et des dépenses pharmaceutiques. De nouvelles normes nationales en matière de coûts ont été imposées par le biais d'un « mécanisme de *benchmark* », soutenu par un « fonds de redistribution ». Enfin, certains comtés suédois ont remis en question et parfois re-réglementé leurs systèmes de séparation entre acheteur et fournisseur.

Les nouveaux investissements dans les soins de santé ont principalement concerné le développement de l'e-santé. La Grèce et l'Irlande ont étendu leurs installations e-santé comme un moyen de contrôler les coûts. Des e-enchères internationales, la prescription électronique (destinée à supprimer la non-conformité avec les nouvelles règles de prescription) et les e-références sont devenues obligatoires en Grèce. Comme demandé par ses créanciers, l'Irlande a développé une nouvelle stratégie d'e-santé en 2013. Les identificateurs de santé pour les patients et les professionnels devraient susciter un système de prescription électronique basée sur un modèle de financement de type « l'argent suit le patient » (« *Money Follows the Patient* »).

L'amélioration de l'accès et de la qualité des soins figurait en bonne place dans le programme irlandais, et surtout du Royaume-Uni (anglais). L'Irlande a redirigé certaines de ses économies en matière de santé vers la mise en place de services de soins infirmiers à domicile. En 2012, les temps d'attente devaient être réduits à l'exception des visites chez les spécialistes, où se trouvent les plus longues files d'attente. En Angleterre, les frais par ordonnance du NHS ont été gelés pour 2010-2011. Après un certain nombre de scandales liés à des mauvaises pratiques, le gouvernement du Royaume-Uni a promis de réduire les inégalités et améliorer les normes de SLD en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord. Des réformes s'en sont suivies entre 2012 et 2014. Les autorités de régulation et de surveillance ont été renforcées, non sans difficultés majeures de mise en œuvre. Les initiatives en matière de prévention ont également été réorganisées partout au Royaume-Uni.

3.1.3 Réformes du financement et des prestations

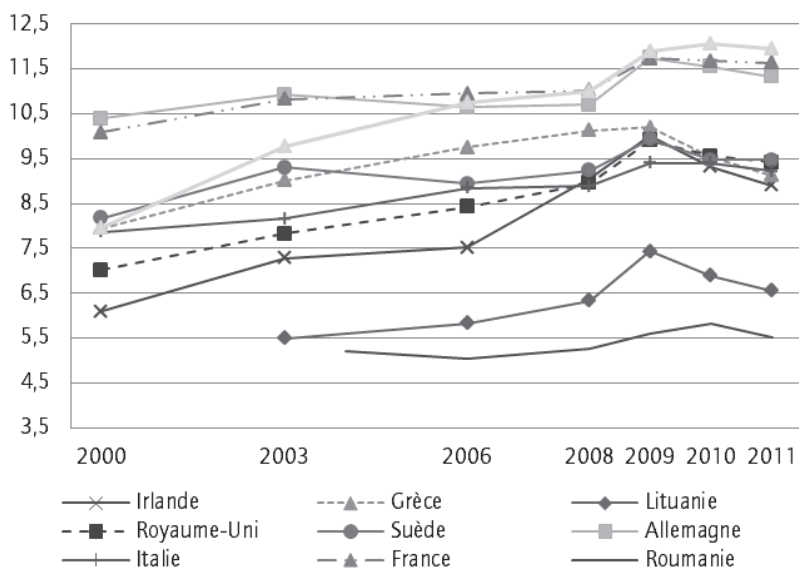
Les réformes en matière de financement ont principalement porté sur des coupes dans les dépenses générales et les budgets hospitaliers, et des augmentations des taxes et des frais à charge des patients. Les

changements en termes de prestation de services résultent de mesures prises quant au financement et à la réglementation.

Les réductions de dépenses ont été particulièrement sévères en Grèce, en Irlande et en Italie. Les dépenses de santé publique en Grèce (environ 10% du PIB en 2009) ont diminué de 5 milliards d'euros depuis 2009. Le gouvernement a exigé une « décote de la dette des fonds sociaux » de 20% auprès des prestataires de soins médicaux. En matière de médicaments, la décote était de 8%, en sus de la taxe de récupération. Le coût par patient dans les hôpitaux publics est passé de 3500 euros en 2009 à 2500 en 2011. Les dépenses en médicaments ont été réduites d'environ 2 milliards d'euros en 2011-2012. Le budget irlandais de la santé a diminué d'environ 20% (3 milliards d'euros) entre 2010 et 2012, grâce à d'importantes réductions de salaires et d'emplois dans le secteur de la santé. Le budget irlandais pour 2012 planifiait une réduction de lits et de services hospitaliers et une baisse de 4-5% des services aux patients hospitalisés. L'Italie a réduit d'environ 8 milliards les subventions de l'État au SNS entre 2012 et 2014 et prévu une réduction supplémentaire de 0,4% par rapport au PIB d'ici 2017. Près de 10 000 lits d'hôpitaux ont été perdus depuis 2009. Les petits hôpitaux et cliniques ont été fermés ou regroupés. Le financement de l'aide au handicap a été interrompu entre 2009 et 2013. Des réductions en matière de salaires et d'embauches dans le secteur médical ont été programmées de 2011 à 2018. Le Graphique 1 fournit une illustration des principales tendances des dépenses publiques jusqu'en 2011.

Le financement des soins de santé par l'impôt a augmenté en Irlande et en Suède. L'Irlande a prélevé une taxe spéciale de santé en 2008 (2% sur les revenus jusqu'à 100 000 euros par an, 2,5% au-dessus de cette somme, avec des exemptions pour les revenus les plus faibles). En 2012, elle a été portée à 4%, c-à-d jusqu'à 75 000 euros par an, et 5% au-delà. En réponse à la hausse des coûts de santé, les conseils de comté et de municipalité suédois ont augmenté les impôts en 2012-2013. La reprise, plus forte que prévue, a doté les budgets locaux en matière de santé de ressources fiscales supplémentaires.

Graphique 1 Tendances en matière de dépenses de santé dans les pays de l'UE (dépenses totales en % du PIB)



Source : données extraites de l'OCDE (stats.oecd.org) et Eurostat (epp.eurostat.ec.europa.eu).
Les données pour la Grèce ne remontent qu'à 2009.

La Grèce, l'Irlande et l'Italie ont augmenté les frais à charge des patients. La Grèce a augmenté les frais à charge des patients et réduit les exceptions pour les médicaments et les soins cliniques. Les hôpitaux ont émis un « ticket d'entrée » de 5 euros pour les soins ambulatoires ainsi qu'un supplément partiellement non remboursable pour les visites après midi. En 2014, ont été imposés des frais d'admission de 25 euros, et un euro supplémentaire sur les prescriptions (en sus d'un co-paiement de 25%). Les remboursements pour les médecins généralistes ont été limités à 150-200 visites par mois et par médecin, ce qui implique des coûts supplémentaires pour les patients qui dépassent ce chiffre. Des co-paiements supplémentaires et un plafonnement des consommables ont été introduits en 2012. Le budget irlandais pour 2010 a imposé une prise en charge par les patients de 50% sur les prix des médicaments (jusqu'à un maximum de 10 euros par famille par mois), et a augmenté de 100 à 120 euros le seuil mensuel de remboursements des médicaments et de 21% le prix des lits privés dans les

hôpitaux publics. Les co-paiements sont passés de 120 à 132 euros pour 60% de la population en 2012. L'État italien et ses régions ont convenu d'augmenter les frais à charge des patients de plus de 2,5 milliards d'euros au total. D'autres augmentations ont été annoncées mais pas encore légiférées.

Le périmètre de la prestation privée de services s'est élargi en Grèce, en Irlande et en Suède. Les réorganisations hospitalières ont mené à une réduction de plus de 10% du nombre de lits publics en Grèce. Environ 25% des lits en soins intensifs ont en outre souffert de pénuries de personnel. Le régime grec de partenariat réformé a étendu le financement à but lucratif des infrastructures hospitalières. En Irlande, les contrats de soins à l'extérieur du domicile se sont développés au cours des années 2000, du fait d'un meilleur financement de l'État et de la baisse des soins informels. Les avantages et prestations liés à l'emploi sont toutefois passés de 12,6 millions d'heures en 2008 à 9,8 en 2012. En Suède, les libéralisations récentes ont conduit à l'augmentation du volume de l'offre privée. Environ 4 millions d'euros ont été dépensés en 2012-2014 pour des initiatives visant à accroître le choix des patients, avec des effets mitigés en terme d'accès aux soins.

Les responsables politiques de tous les pays se sont efforcés de préserver les niveaux d'accès actuels, mais ont connu des réussites variables. La réforme des fonds d'assurance-maladie grecs a laissé les chômeurs et certains indépendants sans couverture ou avec une couverture réduite. En réponse, des chèques d'une valeur de 46 milliards d'euros ont été introduits en 2013-2014 pour rétablir l'accès de base aux soins primaires pour certains de ces groupes. Les litiges entre prestataires et caisses d'assurance au sujet du remboursement des arriérés ont parfois perturbé les services hospitaliers. Les listes d'attente ont recommencé à augmenter en 2012, en raison de la diminution de la capacité hospitalière. En avril 2009, la Grèce a accepté une désinstitutionalisation progressive des malades mentaux. Face à des problèmes similaires, l'Irlande a accordé aux malades de longue durée le libre accès aux médecins généralistes. En 2009, l'Italie a affecté 1,4 milliard d'euros, provenant en partie de fonds de l'UE, à une nouvelle série de projets régionaux consacrés aux soins primaires et de longue durée. En Suède, environ 110 millions d'euros ont été versés depuis 2009 pour récompenser les conseils de comté répondant aux normes nationales de temps d'attente. Au Royaume-Uni, les temps d'attente – réduits suite

aux investissements importants des années 2000 – ont recommencé à augmenter depuis 2010. Des renvois différés en chirurgie de routine ont été signalés en Angleterre.

3.2 Typologie des réformes dans les systèmes d'assurance maladie sociale

Cinq pays de notre échantillon disposent d'un système d'assurance maladie sociale : la France, l'Allemagne, la Lituanie, les Pays-Bas et la Roumanie.

3.2.1 Traditions politiques et impact de la crise

La France, l'Allemagne et les Pays-Bas combinent chacun une assurance publique et des régimes complémentaires facultatifs. Leurs systèmes de soins de santé et de soins de longue durée sont efficaces et comparativement généreux, et imposent peu de frais à la charge des patients. Mais ils sont confrontés à des risques d'insuffisance de la coordination des soins et de polarisation entre les acteurs sociaux et privés. Les Pays-Bas, et plus récemment la France, ont en outre vu monter en flèche les dépenses de santé au cours des années 2000. La Lituanie et la Roumanie ont connu une transition difficile pour sortir du système soviétique « *Semashko* ». La Lituanie a adopté une nouvelle loi-cadre au milieu des années 1990, mais n'a pas réussi à développer pleinement un système de santé moderne. La Roumanie n'a jamais réussi à parachever correctement la transition et a dû faire face à des problèmes sans fin sur le plan des finances, de la santé publique et de la corruption. Un niveau élevé de financement par l'impôt est donc demeuré inévitable.

Depuis les années 1980 et jusqu'à la crise, la France a poursuivi la décentralisation et la managérialisation de son système de santé. En 2004, une réforme majeure a conduit à l'adoption de la *tarification à l'activité* (un mécanisme du type DRG), a accru le choix du patient en matière de soins primaires, introduit des incitants à la performance des hôpitaux, et permis l'augmentation des frais à charge des patients qui n'étaient pas envoyés par des généralistes. En 2006 et 2007, les Pays-Bas et l'Allemagne ont adopté deux réformes similaires et cherché à faire converger les assurances de santé sociale et privée. Ces deux réformes ont augmenté la couverture et réduit les coûts, mais ont

nécessité une consolidation supplémentaire au cours des années de crise. La Lituanie a harmonisé les normes et recentralisé les compétences réglementaires au cours des années 2000, mais est demeurée dépendante de l'hospitalisation et d'une combinaison de subventions et de frais élevés à charge des patients. En Roumanie, les réformes ont envisagé d'assurer un financement fiable et de renforcer la coordination entre les niveaux de gouvernement, mais elles sont restées peu concluantes. Le système a de plus en plus privatisé les risques et la prestation des soins.

L'Allemagne et, dans une moindre mesure, la France ont relativement bien traversé la crise, tandis qu'aux Pays-Bas, les tendances en matière de croissance et d'emploi ont beaucoup souffert. Les budgets de santé n'ont pas été touchés et les débats en matière de réformes sont restés focalisés sur les priorités d'avant crise. Après des années de croissance soutenue, la Lituanie a été happée dans une profonde récession du fait de la crise. Les réserves budgétaires existantes en matière de santé ont pu absorber la pénurie financière. Pour la santé, l'ordre du jour est resté conforme aux priorités d'avant la crise : la promotion de l'égalité d'accès et du choix des patients en parallèle à la lutte contre la corruption. La Roumanie est entrée dans une profonde récession en 2009-2010 et a dû demander un programme d'assistance à la balance des paiements. La baisse des contributions a provoqué le passage d'un surplus en 2006 à un cercle vicieux de déficits. D'énormes arriérés de paiement (1,3 milliard d'euros en mars 2013) ont causé de fréquentes interruptions de service.

3.2.2 Réformes en matière de régulation de la santé

Comme dans les pays SNS, les réformes dans les pays SAM ont porté sur les institutions, le contrôle des coûts, la marchandisation et les investissements.

Les trajectoires nationales de réforme institutionnelle ont varié au sein de notre échantillon de pays SAM. La France a réorganisé la planification de la santé en donnant plus de pouvoir au niveau régional. L'Allemagne et les Pays-Bas ont adopté un mélange de centralisation et de décentralisation. À partir de 2009, le niveau fédéral allemand a acquis le pouvoir de fixer les taux de cotisation de santé (15,5% en 2013). En 2012, une réforme a ensuite décentralisé des compétences ou renforcé celles qui étaient aux mains des entités fédérées. Aux Pays-Bas, les

tarifs des SLD sont déterminés au niveau central depuis 2010. La Lituanie a choisi la recentralisation. Les conseils de comté ont été abolis et l'autorité sur les hôpitaux régionaux est passée à d'autres niveaux de gouvernement. Trois objectifs stratégiques ont été définis en 2010 : réorganisation des fonds de santé et du réseau hospitalier, réforme du marché pharmaceutique, et maintien des niveaux d'accès d'avant la crise. Inversement, la Roumanie a décentralisé l'administration des hôpitaux, à l'exclusion de l'agrément. Ce sont les autorités locales qui nomment désormais les gestionnaires et financent l'administration dans un contexte assez peu réglementé. La reclassification des hôpitaux a toutefois été difficile à mettre en œuvre et a produit moins d'économies que prévu. En 2013, a été promulguée une loi qui propose une nouvelle répartition des compétences administratives vers des entreprises et structures régionales – mais centralement supervisées.

Tous les pays, et en particulier la Roumanie, ont adopté de nouvelles mesures de contrôle des coûts. En France, la portée de la tarification à l'activité dans les hôpitaux publics a été étendue à un plus grand nombre de frais médicaux. Des normes de croissance annuelle plus strictes ont été prévues pour les budgets néerlandais de santé, sur la période 2012-2017. La Lituanie a mis en œuvre le financement sur la base des groupes homogènes de malades depuis 2012. En Roumanie, le paquet de prestations et de services médicaux de base a été redessiné, pour le rendre compatible avec les demandes de règles plus transparentes en matière de remboursement figurant dans le MoU. Ce dernier a également soumis les budgets hospitaliers à la surveillance du ministère des Finances. Depuis 2012, les hauts revenus doivent verser des contributions supplémentaires pour les personnes qui sont à leur charge. Les services médicaux sont proposés dans des paquets différents : minimum, de base, ou avec des suppléments privés. La Roumanie a également introduit un système de passation centralisée des marchés en produits pharmaceutiques et matériel médical à destination des hôpitaux. En 2010, un décret s'est attaqué à la fraude au certificat médical : le caractère plus strict des règles et des sanctions a abouti à économiser 34 millions d'euros et imposer 400 000 euros d'amendes.

L'Allemagne, la Lituanie et la Roumanie ont re-réglementé, leurs marchés pharmaceutiques. Le marché allemand a été réformé en 2010, accroissant le nombre de réductions obligatoires sur certains médicaments et introduisant une formule plus stricte pour les mises à jour de prix. En

2009, la Lituanie a agi de manière résolue pour arrêter l'inflation des prix médicaux en décidant un gel des prix et une hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les médicaments. Le secteur pharmaceutique a été entièrement re-réglementé en 2010, ce qui a mené à une extension de l'utilisation des génériques et à une baisse de leurs prix. La Roumanie a introduit une taxe de récupération sur les produits pharmaceutiques en 2009, mais des défauts de conception ont rapidement gonflé le taux d'imposition, de sorte qu'une nouvelle formule a été nécessaire dès 2013.

Des libéralisations ont été visibles dans tous les pays sauf la France. Les fonds sociaux allemands ont été autorisés à fusionner et à conclure des « contrats sélectifs » avec les prestataires de santé, ce qui confirme une tendance à la libéralisation croissante. Les Pays-Bas ont étendu la liberté des prix dans le secteur hospitalier, réduit la mutualisation des risques entre les caisses d'assurance maladie, annoncé une levée partielle de l'interdiction ancienne sur les soins hospitaliers à but lucratif, et réduit les limites posées aux renvois à des spécialistes médicaux. Les centres de santé lituaniens ont été dotés de plus d'autonomie en termes de planification et d'utilisation, même si c'est dans un environnement qui demeure fortement régulé par l'État. En Roumanie, la réforme de 2012 a également envisagé de transformer les hôpitaux en institutions autonomes non budgétaires et d'assurer la liberté de choix du patient entre les assureurs publics et privés.

La France et l'Allemagne ont réformé les règles de rémunération des médecins. L'Allemagne a adopté un régime forfaitaire quotidien, obligatoire avec effet à partir de 2015, dans la rémunération des traitements psychiatriques. En 2009, la France a introduit plus de flexibilité dans la rémunération médicale, ainsi que des incitants à offrir des services dans les zones défavorisées. La caisse de maladie des travailleurs a également créé avec succès un régime de « rémunération à la performance » : les médecins généralistes peuvent recevoir jusqu'à 7 euros supplémentaires par patient s'ils se conforment aux objectifs et exigences nationaux. En 2012, une réforme a confirmé certains des droits et prérogatives des professionnels des centres de santé. En octobre 2012, les partenaires sociaux ont convenu d'un nouveau contrat volontaire qui contient des incitants à limiter le niveau de surfacturation des consultations de spécialistes.

Dans les pays SAM aussi, de nouveaux investissements ont été consacrés à l'accès aux soins et à des outils e-santé. L'utilisation assistée des médias sociaux pour les thérapies de SLD a été adoptée en Allemagne (2013) et aux Pays-Bas (2012). Les efforts de la Lituanie pour améliorer l'enregistrement des données nationales de santé publique ont été poursuivis avec succès après la crise. Des programmes spécifiques à certaines maladies et des dossiers d'e-santé ont été activés pour améliorer l'efficacité et la coordination générale des services de santé et de SLD. La Roumanie a mis en œuvre l'enregistrement informatique des patients en 2010. Des millions d'enregistrements erronés auprès des médecins de famille ont été effacés, entraînant 39 millions d'euros d'économie. Le pays a également adopté des normes plus élevées dans les établissements de soins pour handicapés. Les pénuries de personnel ont empêché des améliorations similaires dans les centres de santé mentale.

3.2.3 Réformes du financement et des prestations

Les réformes ont combiné coupes budgétaires et refinancement via une augmentation des frais à charge du patient. La Roumanie a connu une extension de la prestation privée de soins spécialisés

Certains pays, notamment l'Allemagne, ont bénéficié d'une marge de manœuvre budgétaire pour refinancer les déficits à court terme par un surcroît de subventions. Les fonds sociaux allemands sont restés solvables, avec des réserves d'une valeur d'environ 28 milliards d'euros. Les taux de cotisation aux soins de santé ont été réduits à 7,0% (employeurs) et 7,9% (employés) en 2009, avant de remonter à 7,3% (en 2010) et 8,2% (en 2011). Les cotisations aux SLD sont montées à 1,95% en 2008 et 2,05% en 2013. La subvention fédérale au budget de la santé a été augmentée de 7,2 milliards d'euros pour 2009 et de 15,7 milliards pour 2010. En 2009, un prêt sans intérêt équivalent à 50% des coûts de la récession a été mis à disposition pour renforcer le nouveau fonds national de santé, qui a finalement connu un excédent de 4,4 milliards d'euros au moment du remboursement (2011). L'excédent a été utilisé pour corriger des défauts de conception de la réforme des fonds de santé (2007), réduire la pénurie de médecins dans les zones rurales et ramener la subvention fédérale en matière de santé en dessous de 20%. En 2011, la France a alloué un montant supplémentaire de 1,9 milliard d'euros à son budget de santé. La Lituanie a adopté une réforme majeure du financement de la santé en

2009, sur base de laquelle 75% du système d'assurance doit être financé par des contributions sociales obligatoires, offrant une couverture plus large, avec des contrôles et des amendes plus stricts et des primes plus élevées financées par l'État. Le budget roumain de la santé a été épargné par les coupes et a même reçu en 2009 un financement anticipé du budget 2010. Il a néanmoins chuté de 12% entre 2008 et 2011. En 2011, les retraités roumains ont dû payer des cotisations de santé (5,5%) à partir d'un plancher de revenu minimum, afin d'augmenter le financement provenant des cotisations.

Les réductions de dépenses ont figuré en bonne place aux Pays-Bas et en Lituanie. Aux Pays-Bas, il est prévu que les dépenses de santé augmentent de 6 milliards d'euros en 2016, bien que la stagnation économique perdure. Ce sont 5,4 milliards de coupes qui ont été prévus pour la période 2013-2017 : 1,4 milliard en soins de santé et 4 milliards dans les SLD, ce qui entraîne la réduction des soins en établissement et en milieu hospitalier, ainsi que celle des avantages sociaux liés aux offres d'assurance maladie. En 2009, la Lituanie a gelé le budget de la santé à son niveau nominal de 2008, et abandonné les augmentations prévues de 6,7% et de 6,2% du « coût unitaire » de la plupart des traitements. Un large éventail de mesures mineures ont assuré un supplément de 8,7% d'économies en 2010. En Allemagne, les coûts administratifs des assurances sociales ont été temporairement gelés à leur niveau de 2010. Des contraintes de liquidité ont provoqué d'importantes perturbations dans l'activité des hôpitaux et des pharmacies roumaines. En avril 2013, la totalité du coût des services de soins de stomatologie a été mise à charge des patients. Les remboursements publics à des prestataires privés ont été plafonnés à 5% du total des dotations versées aux comtés en 2013 et 2014.

L'Allemagne et la Lituanie ont investi dans l'équipement et le personnel hospitaliers. La Roumanie a investi dans une structure hospitalière plus décentralisée avant l'arrivée de l'austérité. Les hôpitaux allemands ont bénéficié de 1,3 milliard d'euros d'investissements sur la période 2009-11. En 2009, les représentants des hôpitaux et les assureurs ont signé un accord portant sur les augmentations de salaire. En conséquence, les hôpitaux ont reçu une enveloppe de 1,1 milliard d'euros et un montant supplémentaire de 1,1 milliard d'euros également en 2013-2014. En Lituanie, les réductions ont épargné la plupart des services ambulatoires et hospitaliers de courte durée. Les dépenses ont augmenté en

matière de soins infirmiers municipaux et de soins de longue durée. Les services gériatriques ont été étendus et plus efficacement coordonnés à partir de 2010. Les horaires de travail ont été révisés de manière à maintenir sous contrôle les temps d'attente pour les consultations, tandis que les niveaux d'accès à la plupart des services de soins ambulatoires se sont améliorés. Les services hospitaliers ont été réorganisés et libéralisés. Les économies ont été utilisées, avec les fonds de l'UE, pour renforcer les unités locales de soins ambulatoires, tant pour les soins primaires que secondaires (+30% depuis 2005). Les Fonds de l'UE ont été largement – et de plus en plus – utilisés pour décentraliser les services résidentiels, ce qui a conduit à l'élimination de 9 200 lits et à la réduction des coûts d'hospitalisation.

Les frais à charge des patients ont augmenté en France, en Roumanie et aux Pays-Bas. La France a augmenté les frais d'hospitalisation et de consultation et diminué les remboursements des médicaments pour les maladies moins graves et pour le matériel médical. Aux Pays-Bas, les frais à charge des patients sont passés de 4 à 8% pour les patients plus riches que la moyenne. L'Allemagne a réussi à réduire les co-paiements sur les services de soins ambulatoires. En 2009, la Roumanie a introduit un nouveau « ticket de santé », comme le prescrivait le MoU. Celui-ci a augmenté les frais à charge des patients, en fonction des revenus et du type de service. D'autres co-paiements pour les services médicaux sont entrés en vigueur en 2012. Au lieu d'être conditionné aux ressources comme convenu dans le MoU, les nouveaux frais sont de nature progressive et ne s'appliquent pas aux soins d'urgence et aux visites du médecin de famille. Cela a abouti à des économies plus faibles que prévu. Des suppléments de frais ont compensé les révisions appliquées à la taxe de récupération, avec un gain estimé de plus de 80 millions d'euros.

L'offre privée a sensiblement augmenté en Roumanie. Le pays a accepté de laisser une part de la prestation de services au secteur privé. Les cliniques privées, qui appliquent les normes cliniques et de salaire de l'UE15, ont connu une expansion rapide dans le secteur dentaire et des soins maternels, stimulée par l'accès que leur accordaient les régimes d'assurance privés. La préférence pour les cliniques privées s'est rapidement développée, en particulier chez les jeunes, les diplômés et les personnes aisées, ainsi que dans les grandes villes.

4. Expliquer les différences dans les programmes nationaux de réforme

4.1 Les réformes en bref : changement de trajet ou changement de régime ?

L'examen des trajectoires nationales a révélé une grande variation intra-régime dans les programmes de réforme. La différence la plus évidente qui concorde avec les frontières de régime réside dans la plus grande marge de refinancement externe qui est disponible dans les systèmes de SAM, basés sur les cotisations. Les réformes potentiellement novatrices ont été limitées, dans la période consécutive à la crise, aux pays sous memorandum, qui ont également connu une plus grande expansion de l'offre privée. Les tendances à la (dé)centralisation ont révélé une volonté d'expérimenter et de « rafraîchir » les réseaux de politiques plutôt que de converger vers un nouveau modèle de gouvernance. D'autres interventions sont globalement conformes aux recommandations issues des discussions internationales (examinées à la section 2.1). Les mesures en faveur de la libéralisation et de la marchandisation se sont montrées très dépendantes du contexte. Les réformes du marché pharmaceutique ont été adoptées partout, mais avec des variations comparables dans les détails techniques. Les outils d'e-santé ont été la plupart du temps adoptés comme un moyen de renforcement de la surveillance et de la mise en conformité.

On peut en conclure que si les réformes n'ont pas été novatrices, elles résultent d'un processus adaptatif complexe. Et si elles n'ont pas été révolutionnaires, elles ont montré comment des traditions semblables peuvent être poussées dans des directions différentes. La crise a en effet affaibli le pouvoir contraignant de ces traditions. Le rôle joué par l'austérité est cependant difficile à isoler. Dans certains pays, les réformes se sont effectivement accélérées après un changement de gouvernement (Roumanie, Pays-Bas et plus notablement Lituanie, Suède et Royaume-Uni), en particulier lorsque la droite est arrivée au pouvoir. Dans d'autres, surtout en France et en Italie, les changements de gouvernement n'ont pas impliqué de modifications importantes dans la direction des politiques. Notre dernière hypothèse – la vulnérabilité nationale – peut aider à expliquer le contenu des réformes dans les pays qui ne souffrent pas de pressions structurelles ou externes fortes (Allemagne, Suède, et Royaume-Uni-Angleterre).

4.2 Le rôle « levier de l'UE »

Ce qui manque encore dans ce tableau, c'est une meilleure compréhension de la façon dont l'UE a influencé les trajectoires nationales, au-delà des protocoles d'accord (MoU) et de l'utilisation des fonds de l'UE pour des initiatives au niveau local. Dans ce qui constitue une première étape, nous avons développé un indicateur simple de « l'effet de levier de l'UE » (voir Stamati et Baeten 2015 pour la méthodologie), qui est destiné à indiquer la mesure dans laquelle les processus décisionnels national et supranational ont été combinés dans la période de 2008 à 2013. Nous avons défini, cet effet de levier comme puissant dans les pays sous MoU (Grèce, Irlande et Roumanie), modéré en France, en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas, et faible en Lituanie, en Suède et au Royaume-Uni (Angleterre).

La Grèce, l'Irlande et la Roumanie ont suivi un programme de « *maîtrise des coûts et privatisation des services* », ce qui implique d'importantes économies budgétaires en matière de santé et un déplacement du risque vers les patients. La régulation a été revue, via un renforcement du rôle de l'État en Roumanie et des fonds d'assurance sociale en Grèce. Le financement a été rationalisé en Grèce, une plus grande place étant réservée aux cotisations d'assurance à côté des acteurs étatiques et de marché, et privatisé en Irlande. Des éléments de privatisation de la prestation de services aux patients hospitalisés ont commencé à apparaître en Irlande et en Roumanie. Dans ce cas, les systèmes nationaux, qui avaient perdu leur crédibilité, se sont montrés particulièrement vulnérables aux fortes pressions supranationales imposées simultanément par l'UE-FMI.

La France, l'Allemagne, l'Italie et les Pays-Bas ont suivi un programme de « *changement institutionnel public-privé en matière de soins* », combinant des modes nationaux de résolution des problèmes et des recommandations supranationales. Engagés dans des libéralisations ambitieuses de leur *mix* public/privé depuis au moins le milieu des années 2000, ces systèmes ont pu être critiqués pour leur lenteur à se réformer. C'est clairement le cas pour l'Italie et, dans une moindre mesure, la France. Les réformes réglementaires ont principalement consisté à déplacer les pouvoirs de contrôle depuis les fonds d'assurance vers l'État (France, Allemagne) ou le marché (Italie, Pays-Bas). Certains signes de privatisation étaient évidents dans les prestations de service,

une petite part des lits d'hôpitaux publics étant repris par des acteurs privés (France et Allemagne) ou à but non lucratif (Italie). Leur stratégie globale est cohérente avec le niveau intermédiaire d'effet de levier de l'UE auquel ils ont été soumis.

La Lituanie, la Suède et le Royaume-Uni ont suivi un programme de « *réorganisation systémique* ». La Suède et l'Angleterre ont toutes les deux transféré à des mécanismes de marché une grande partie de l'autorité de l'État en matière de concurrence, de contrôle de l'accès, de rémunération des prestataires, et des règles de sous-traitance. La Lituanie avait déjà pris une orientation politique similaire à la fin des années 1990, puis s'est concentrée sur l'amélioration de ses normes. Les prérogatives de l'État ont augmenté dans le financement des soins de santé, tandis que la prestation est demeurée largement inchangée. Ces pays ont connu des pressions nationales et supranationales moindres en ce qui concerne la maîtrise des coûts, ce que traduit leur non-appartenance à la zone euro. La politique intérieure et les programmes politiques des partis détenaient donc une plus grande influence sur les résultats de la réforme.

Conclusions

Dans ce chapitre, nous avons proposé des éléments montrant l'émergence de trois programmes européens de réforme en matière de santé, qui ne suivent pas les lignes traditionnelles de démarcation entre régimes de santé. Nous avons également montré que, dans un groupe représentatif d'États membres de l'UE, les récentes réformes ont été influencées par la recherche internationale en matière de santé et le plaidoyer supranational, laissant un certain degré d'autonomie dans l'élaboration des politiques. Afin d'interpréter ce degré variable d'autonomie, nous avons conçu un indicateur simple de l'effet de levier de l'UE sur les processus de réforme interne. L'indicateur n'est pas en mesure d'expliquer toutes les variations ni entre les groupes de pays ni en leur sein, mais cadre bien avec de larges distinctions dans leur agenda en matière de santé.

En prenant du recul et en ignorant la persistance de spécificités nationales, la tendance la plus claire est que les réformes reflétant largement le paradigme néolibéral ont été adoptées selon des scénarios assez

différents. Il n'y a toutefois aucun pays dans lequel le gouvernement s'est trouvé assez peu soumis aux pressions externes et suffisamment résistant aux recettes néolibérales pour contrer la tendance générale à la marchandisation et à l'austérité.

Pour en revenir à nos hypothèses de la section 2, nous pouvons conclure que « l'hypothèse de *l'effet de levier* de l'UE » est celle qui correspond le mieux à nos observations empiriques, bien plus que « l'hypothèse rivale de *contrecoup* ». L'utilité des hypothèses de « politique intérieure » et de « vulnérabilité intérieure » est douteuse, car la causalité de leur effet de levier est mixte. Une façon de concilier ces résultats consiste à supposer que l'effet de levier de l'UE tend, en effet, à être plus important dans les pays se réformant faiblement, et agit en réaction à la pression accumulée des problèmes (budgétaires) internes. Lorsque les niveaux d'effet de levier de l'UE sont élevés, le rôle de la politique intérieure est cependant beaucoup plus restreint. Inversement, les dynamiques politiques nationales jouissent d'une plus grande latitude – et d'une plus grande capacité à relever les défis à court terme – quand l'effet de levier de l'UE est faible, même dans les pays n'ayant pas un historique récent de réformes.

Ni l'impact de la crise (qui varie selon les traditions nationales), ni les pressions supranationales (qui varient en fonction du degré de vulnérabilité de l'économie du pays) ne peuvent rendre compte à elles seules de cette tendance néolibérale généralisée. Et pourtant, notre analyse des évolutions récentes dans les débats et plaidoyers internationaux a montré que si les idées néolibérales sont effectivement prédominantes, elles sont également loin d'être universellement acceptées ou installées une fois pour toutes. Enfin, l'importance de la politique intérieure ne suffit pas à expliquer le timing des réformes, ce qui suggère que des facteurs de court terme ont joué au moins un certain rôle. Les réussites contingentes mais variables des solutions néolibérales sont davantage le résultat de la configuration globale dans laquelle agissent ces facteurs que de leur effet isolé.

Les liens de causalité que nous avons suggérés peuvent et doivent être énoncés plus clairement. Renforcer le cadre quantitatif de notre analyse nous aiderait également à être plus précis dans la comparaison des hypothèses d'effet de levier de l'UE avec ses alternatives. Les dynamiques internes et les préférences (changeantes) des gouvernements doivent

être observées de beaucoup plus près, avant qu'un argument général ne puisse être avancé quant à l'impact de la politique partisane et de l'idéologie sur les réformes des soins de santé. Une étude plus approfondie de la reconstruction qualitative des cas très intéressants tels que la Grèce, l'Allemagne et le Royaume-Uni (Angleterre) serait sûrement à même de rendre plus robuste notre schéma de causalité.

Nos résultats nous permettent cependant déjà de faire un point sur l'évolution de l'agenda de l'UE en matière de santé. L'orientation économique et budgétaire de l'effet de levier de l'UE signifie que les pays incapables d'entreprendre les réformes des soins de santé nécessaires ne subissent des pressions supranationales pour le faire que s'ils sont faibles sur le plan économique, plutôt que sur celui des objectifs et indicateurs sociaux. Cette tendance introduit un biais important dans l'élaboration des politiques, qui ne sert pas les ambitions du modèle social européen en termes de santé publique. Il existe une contradiction apparente dans l'agenda actuel de l'UE : si les politiques de consolidation budgétaire se concentrent sur le renforcement des contrôles publics, les règles de l'UE en matière de marché intérieur ont, elles, un effet rampant de déréglementation sur les systèmes de santé. Plus de cohérence et de transparence sont donc nécessaires dans la manière dont l'élaboration des politiques de santé et la gouvernance européenne sont imbriquées, afin, par exemple, de mieux tenir compte des critiques et des observations de l'OMS.

Références

- Comité de la protection sociale (CPS) (2015) Progress Report on the review of the Joint Assessment Framework in the area of health, SPC/2015.2.2/4.1, Bruxelles, 17 février 2015.
- Comité de politique économique et Commission européenne (2010) Joint Report on Health Systems, European Economy, Occasional Papers, 74, CE et CPE (AWG), octobre 2010.
- Commission européenne (2003) Livre vert de la Commission, du 21 mai 2003, sur les services d'intérêt général, COM (2003) 270 final, 25 mars 2004.
- Commission européenne (2007) Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2007, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Commission européenne (2012) Fiscal Sustainability Report 2012, European Economy, 8/2012, Bruxelles.

- Commission européenne (2013) Social Investment Package, Commission Staff Working Document, Investing in Health, SWD(2013) 43 final.
- Commission européenne (2014a) Communication de la Commission relative à des systèmes de santé efficaces, accessibles et capables de s'adapter, COM (2014) 215 final, 4 avril 2014.
- Commission européenne (2014b) Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pensions, health care and long-term care policies, European Economy, Occasional Papers 201, octobre 2014.
- Commission européenne et Comité de politique économique (AWG) (2012) 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States, European Economy, 2/2012, Bruxelles, CE.
- Conseil de l'Union européenne (2013) Le Conseil adopte l'ensemble de mesures relatives à la politique de cohésion pour la période 2014-2020, Bruxelles, 16 décembre 2013, 17826/13.
- Conseil de l'Union européenne (2014a) Council conclusions on the economic crisis and healthcare, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Bruxelles, 20 juin 2014.
- Conseil de l'Union européenne (2014b) Outcome of proceedings, Terms of reference for an expert group on health systems performance assessment, Bruxelles, 9 septembre 2014, 12945/14.
- Conseil de l'Union européenne (2014c) Résultats de la session du conseil, 3351e session du Conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs, Bruxelles, 1 décembre 2014, 16269/14.
- Field M.G. (1973) The Concept of the 'Health System' at the Macrosociological Level, *Social Science & Medicine* 7,763-785.
- Huber M., Maucher M. et Sak B. (2006) Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union, Final Synthesis Report, DGEMPL/E/4 VC/2006/0131.
- Juncker J.CL. (2014) Mission Letter to Vytenis P. Andriukaitis, Commissioner for Health and Food Safety, Bruxelles, 1 novembre 2014.
- OCDE (2009) Achieving Better Value for Money in Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE (2010a) Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE (2010b) Value for Money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE (2014) Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Health Policy Studies, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OMS (2012) Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

- OMS (2013a) Gouvernance pour l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2013b) Health, health systems and economic crisis in Europe: Impact and policy implications, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2014) Crise économique, systèmes de santé et santé en Europe : impact et incidences politiques, Policy Summary 12, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Paris V., Devaux M. et Wei L. (2010) Health System Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries, OCDE Health Working Paper, 50, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- Pavolini E. et Guillén A. (dir.) (2013) Health Care Systems in Europe under Austerity. Institutional Reforms and Performance, Basingstoke, Palgrave.
- Petmesidou M., Pavolini E. et Guillén A.M. (2014) South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix?, South European Society and Politics, 19 (3), 331-352.
- Rothgang H., Cacace M., Frisina L., Grimmeisen S., Schmid A. et Wendt C. (2010) The State and Healthcare. Comparing OECD Countries, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Stamati F. et Baeten R. (2015) Health care reforms and the crisis, Report 134, Bruxelles, ETUI.
- Walshe K., McKee M., McCarthy M., Groenewegen P., Hansen J., Figueras J. et Ricciardi W. (2013) Health systems and policy research in Europe: Horizon 2020, Lancet, 382, 668-669.
- Zeitlin J. et Vanhercke B. (2014) Socializing the European Semester? Economic Governance and Social Policy Coordination in Europe 2020, Report 7, Stockholm, SIEPS.