



EUROPE

Comité régional de l'Europe Cinquante-deuxième session

Copenhague, 16–19 septembre 2002

Point 7 e) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC52/10
8 juillet 2002
22524
ORIGINAL : ANGLAIS

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ ET DE LA PRIVATISATION DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS

De nombreux États membres de la Région examinent le rôle du secteur privé et de la privatisation dans le contexte de la réforme de leur système de santé. Le présent document passe en revue les faits nouveaux dans ce domaine, aborde deux éléments essentiels du débat (la définition de termes et le rôle des valeurs et de l'idéologie), rend compte de l'information disponible et met l'accent sur l'importance du rôle de direction des pouvoirs publics. Le but final de ce document est d'examiner la façon dont l'OMS peut aider les États membres en leur donnant des informations et en fournissant une assistance directe aux pays.

Sommaire

	<i>Page</i>
Généralités.....	1
Le sens du mot « privé »	2
Valeurs et idéologie.....	3
Expérience et informations disponibles	4
Financement privé.....	4
Assurance maladie privée	5
Paiements effectués par les patients.....	5
Prestation privée.....	7
Hôpitaux	7
Soins primaires	8
Services sociaux et soins à domicile.....	9
Modèles hybrides.....	9
Exercice du rôle de direction de l'État	9
L'avenir	10
Références	12

Généralités

1. De nombreux pays de la Région européenne examinent le rôle du secteur privé et de la privatisation dans le contexte de la réforme de leur système de soins de santé. Les progrès techniques, le vieillissement des populations et l'accroissement des attentes du public accroissent la demande de dépenses de santé, tandis que le contexte macroéconomique incite à réduire les déficits du secteur public. Face à cela, les États membres ont élaboré des stratégies de réforme dont l'objet est d'affecter les ressources de façon plus rationnelle sur le plan économique et d'accroître l'efficacité, tout en maintenant la solidarité dans le financement des services (1,2). L'intérêt accru pour le rôle du secteur privé doit être compris aussi bien dans ce contexte large de réforme que dans le cadre du débat sur la façon de restreindre les dépenses et d'accroître l'efficacité sans porter atteinte à la qualité des services, de façon à ce que le système de soins de santé soit de qualité élevée et financièrement viable.
2. La privatisation du financement des soins de santé et des services sociaux est considérée comme un moyen de réduire les dépenses publiques, en transférant des dépenses du budget de l'État aux consommateurs. Des mesures telles que l'instauration ou le développement de l'assurance privée (facultative), des paiements effectués par les patients et du partage des dépenses, et la réduction de l'ensemble des services fournis par l'État visent à modérer la demande et à fournir des ressources pour le financement des soins de santé que les pouvoirs publics ne doivent pas obtenir par le biais de la fiscalité ou de l'assurance. La privatisation de la prestation de services est liée en partie à une opinion plus largement répandue selon laquelle les bureaucraties du secteur public sont inefficaces et peu réactives, et leurs objectifs sont détournés par ceux qui travaillent pour elles. On s'attend par conséquent à ce que les mécanismes du marché accroissent l'efficacité et garantissent des services économiquement rationnels, de bonne qualité et conformes aux besoins.
3. Les responsables politiques se trouvent devant une série de dilemmes lorsqu'ils doivent décider du rôle respectif que les secteurs public et privé doivent jouer dans le domaine des soins de santé. Il existe une confusion conceptuelle très réelle et une absence de définitions claires concernant les termes « privatisation », « secteur privé » ou du reste « secteur public ». Par exemple, on utilise souvent le mot « privatisation » lorsqu'il devrait plutôt être question d'un comportement d'entrepreneur ou de l'application des mécanismes du marché au secteur public. En outre, la distinction entre les notions d'activités privées à but lucratif, d'activités privées à but non lucratif et d'emploi indépendant est souvent floue. On englobe toute une série de mécanismes divers sous l'étiquette « secteur privé », alors qu'ils ont en fait des incidences très différentes.
4. En outre, on dispose de peu d'indications concernant les effets réels de ces mécanismes sur les buts de la société. En particulier, nous savons relativement peu de choses sur le mode de fonctionnement de nouveaux modèles de fourniture de services combinant les secteurs public et privé. Peut-être à la suite de ce manque de données, le débat sur les rôles respectifs des secteurs public et privé dans le domaine des soins de santé repose principalement sur des fondements idéologiques, de sorte que le mot « privatisation » est devenu l'un des mots les plus controversés et le plus chargés de valeurs du lexique de la réforme des systèmes de santé en Europe. Les partisans de la privatisation vantent les vertus de celle-ci et la présentent comme un « remède miracle » qui fera disparaître tous les « maux » du système de soins de santé. Ceux qui s'opposent à la privatisation l'associent à l'avidité personnelle et à la fin de la solidarité sociale. Le débat est souvent extrêmement animé mais manque considérablement de clarté, et les informations sur les incidences de la participation du secteur privé aux activités sanitaires ne sont pas univoques. Paradoxalement, alors qu'une grande partie du débat concernant la supériorité des modèles principalement publics ou principalement privés est très fortement chargée sur le plan idéologique, on reconnaît peu cette réalité ou les valeurs qui sont à la base de l'organisation des services de santé.
5. La situation est rendue plus complexe encore par la grande diversité des façons dont les différents pays de la Région européenne abordent la participation du secteur privé à la santé. Dans les pays d'Europe occidentale dotés de systèmes d'assurance maladie reposant sur la sécurité sociale, le secteur privé joue traditionnellement dans la prestation des services de santé un rôle essentiel qui dans l'ensemble

n'est pas remis en question. Dans les pays d'Europe septentrionale et méridionale dotés de services nationaux de santé, des réformes ont été provoquées par l'échec du système hiérarchique qui caractérise traditionnellement la gestion par l'État d'organismes publics. Dans ces pays, les réformes visent donc à développer l'esprit d'entreprise au sein du secteur public. Elles permettent l'achat de services au secteur privé au moyen de fonds publics et, d'une manière générale, confèrent un rôle plus important au secteur privé (activités à but non lucratif et à but lucratif) dans la prestation des services.

6. Dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants, la chute des anciens systèmes communistes et la déception de la population à l'égard des bureaucraties très centralisées, incompétentes et peu réactives, conjuguées dans certains cas avec la difficulté de percevoir les impôts, ont entraîné le lancement de vastes programmes de privatisation dans l'ensemble de l'économie. Dans les systèmes de soins de santé, on évolue de façon nette vers des systèmes d'assurance maladie reposant sur la sécurité sociale, qui réservent un rôle plus important aux prestataires privés, en particulier en ce qui concerne les produits pharmaceutiques et les soins primaires. En outre, dans certains pays, il se produit implicitement une privatisation du financement, en raison d'un manque de fonds publics et d'un recours important aux paiements (officieux) effectués par les patients.

7. Ces incertitudes conceptuelles, l'existence d'un débat très chargé sur le plan idéologique, l'absence de données sur les effets et d'importantes différences régionales représentent un défi pour les décideurs.

8. Le présent document vise à donner une certaine précision conceptuelle et à rassembler un ensemble d'informations, en examinant brièvement les faits récents relatifs au rôle des secteurs public et privé dans les systèmes de santé européens. Son but principal est de définir les questions essentielles et de déterminer comment l'OMS peut aider les États membres en mettant des informations à leur disposition et en fournissant une assistance directe aux pays. Les deux premières sections portent sur deux éléments centraux dans ce débat, à savoir les définitions et le rôle des valeurs. Ensuite, on aborde les informations disponibles sur les tendances et les effets, avant de mettre l'accent sur l'importance du rôle de direction des gouvernements. Enfin, le document examine le rôle que peut jouer l'OMS en fournissant une assistance aux États membres.

9. Ce document utilise les informations disponibles au sein de l'Observatoire européen des systèmes de santé, en particulier les profils de pays (Systèmes de santé en transition) et certaines études de l'Observatoire concernant des domaines essentiels tels que le financement, l'achat ou la réglementation, ainsi que des informations provenant d'autres programmes de l'OMS, des activités dans les pays et de sources externes.

Le sens du mot « privé »

10. Le mot « privé » tel qu'il est utilisé dans le domaine de la santé est difficile à définir, et les aspects privés prennent des formes nombreuses et complexes. De plus en plus, des initiatives nouvelles mettent en place des dispositifs complexes et hybrides qui ne peuvent aisément être classés sous l'étiquette « public » ou « privé ». En conséquence, il faut que les acteurs sociaux aient une compréhension commune de ce que l'on entend par les secteurs public et privé et établissent des définitions qui puissent servir de guides dans l'écheveau conceptuel de la privatisation.

11. La notion centrale sur laquelle repose le concept de secteur privé dans le domaine des soins de santé est en fait d'une grande simplicité : il s'agit de la *propriété privée des biens de soins de santé*. En conséquence, la privatisation est le *transfert de biens publics vers le secteur privé*, ces biens étant l'infrastructure du système de soins de santé, ses bâtiments, son matériel et le contrôle de ses ressources et de ses fonctions. Cette définition, ou plutôt sa simplicité, peut contribuer à clarifier la confusion terminologique qui caractérise les débats sur la politique nationale de santé car elle permet aux responsables politiques de séparer la propriété privée des éléments organisationnels et de gestion qui sont souvent associés avec elle mais n'en constituent pas une partie intégrante.

12. Le fait de porter son attention sur la propriété permet d'établir une distinction entre le rôle du secteur privé et les programmes de privatisation et les questions plus générales de comportement d'entrepreneur au sein du secteur de santé. La privatisation représenterait manifestement une stratégie permettant d'encourager le comportement d'entrepreneur mais elle ne doit pas être confondue avec ce dernier. Le comportement d'entrepreneur englobe une gamme plus large d'efforts inspirés du marché visant à stimuler l'innovation dans les services et à améliorer la qualité et l'efficacité, que cela se produise dans le secteur public ou privé. Il inclut l'adoption de stratégies tels que les systèmes de paiement fondés sur la performance, les marchés intérieurs, la constitution de prestataires publics en sociétés de capitaux, le choix du prestataire, et la sous-traitance et le transfert de services et de fonctions au secteur privé (3). La privatisation ne constitue qu'une approche du comportement d'entrepreneur parmi de nombreuses autres.

13. Ainsi, si la privatisation est considérée comme une stratégie visant à susciter la concurrence souvent associée avec le marché, le résultat escompté ne sera pas nécessairement obtenu. La propriété privée ne va pas nécessairement de pair avec l'existence de forces concurrentes, et la privatisation n'est donc pas une mesure qui permet automatiquement de retirer les avantages de la concurrence. Il existe de nombreux exemples de grandes entreprises privées qui ont un caractère monopolistique et ne jouent pas le jeu de la concurrence. Inversement, des organismes publics peuvent se faire concurrence entre eux ou sur un marché libre, comme ils le font pour obtenir des contrats hospitaliers en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède.

14. D'autre part, la propriété privée et la privatisation sont structurellement distinctes d'initiatives visant à encourager une gestion plus indépendante d'hôpitaux et d'établissements de soins primaires, et n'en sont pas nécessairement des précurseurs. De telles initiatives sont axées sur des modèles organisationnels tels que l'« autonomisation » ou la constitution en société, et représentent un passage d'une démarche dirigiste à une démarche d'orientation. Elles prennent souvent la forme d'hôpitaux autonomes ou d'entreprises privées. Il importe de souligner que ces modèles ne se rapportent qu'aux modalités de gestion. Les prestataires concernés continuent de relever de la propriété publique et il n'y a pas de transfert de biens, et donc pas de privatisation. Bien entendu, cela ne résout pas les questions de gestion, d'efficacité et de réactivité qu'il faut aborder.

Valeurs et idéologie

15. Une grande partie du conflit qui caractérise le débat sur les rôles des secteurs public et privé est ancrée dans les valeurs politiques et l'idéologie des protagonistes. La clarté de la terminologie et de la détermination de ce qui est ou non privé peut aider les responsables politiques à porter leur attention sur les questions de fond. Les informations disponibles peuvent illustrer les conséquences d'un modèle donné. Cependant, il n'existe pas de solution « scientifique » et « rationnelle » unique à tous les dilemmes relatifs aux choix de politiques. Il y aura un moment où les pays choisiront simplement l'approche de la privatisation qu'ils préféreront.

16. Il est inévitable que ce choix aura un caractère politique et que certains groupes s'efforceront de réaliser une privatisation pour des raisons purement idéologiques. Cependant, la privatisation dans le domaine de la santé ne doit pas être une fin en soi, mais doit être considérée comme un moyen d'atteindre un but conforme aux valeurs de chaque société. Pour cela, il faut que les objectifs de chaque société soient déterminés et que les rôles de l'idéologie, de la culture et des valeurs soient rendus explicites.

17. Les pays ont des objectifs sanitaires différents et accordent des degrés de priorité différents à ces objectifs. Ils ont besoin de stratégies relatives aux systèmes de santé qui soient adaptées à leur propre contexte culturel et historique et soient conçues de façon à atteindre les buts sociétaux qu'ils se sont fixés. La nature des soins de santé privés et le domaine couvert par ces derniers dans un pays doivent par conséquent être évalués en fonction des objectifs de ce pays et sa stratégie pour l'ensemble du secteur des soins de santé. L'adéquation du secteur privé peut alors être évaluée compte tenu de la mesure dans laquelle il peut contribuer efficacement à atteindre l'objectif convenu (4).

18. Inévitablement, les responsables politiques devront entreprendre une tentative permanente d'équilibrer des exigences concurrentes. Ils devront faire des compromis entre divers buts de la société tels que le libre choix du prestataire ou l'équité d'accès et la limitation des dépenses. Cela n'est pas facile à réaliser. Nous devons reconnaître que les responsables politiques auront du mal à faire ce type de choix très explicite. Néanmoins, le débat sur le rôle du secteur privé et de la privatisation et sur son équilibre avec le secteur public ne pourra avancer que lorsque les idéologies et les valeurs pourront être orientées vers des priorités et les compromis entre les objectifs plutôt que vers les instruments à utiliser pour les atteindre.

19. Il est nécessaire de disposer d'un cadre de prise de décisions dans lequel la définition des objectifs de la société est rendue d'emblée plus explicite. Ce n'est qu'alors qu'il est possible de procéder à une évaluation de l'efficacité du secteur privé et des stratégies de privatisation (parmi d'autres actions possibles) pour la réalisation de ces objectifs. Pour procéder à cette évaluation, il faut incorporer dans la notion d'efficacité les effets sur l'amélioration de la santé, l'équité, la limitation des dépenses, l'efficacité technique et de répartition des ressources, et l'aptitude à répondre aux besoins des consommateurs. Ce cadre devrait aider les États membres à évaluer les informations disponibles sans exclure le rôle de l'idéologie et du jugement relatif aux politiques, et leur permettre de prendre des décisions qui tiennent compte des valeurs de leur société.

20. Les responsables politiques des États membres prendront des décisions conformes aux valeurs de leur société, mais les valeurs et les principes mis en avant par l'OMS sont clairs. L'OMS préconise une série de principes fondamentaux, dont la solidarité, une bonne situation sanitaire, l'équité et la satisfaction des besoins des consommateurs (5,6).

Expérience et informations disponibles

21. Il n'est pas possible, dans un document aussi court, de passer en revue de façon exhaustive les informations disponibles dans ce domaine, et, du reste, la somme d'informations est quelque peu lacunaire. La présente section se bornera en fait à présenter une vue d'ensemble des diverses expériences acquises dans la Région européenne et mettra l'accent sur les principaux enseignements qu'il est possible de tirer des informations disponibles au sujet des tendances dans le secteur privé et de l'impact de ce dernier dans les systèmes de santé européens. Dans cette section, on a recours à la distinction largement utilisée entre le rôle du secteur privé respectivement dans le financement et dans la prestation des services de santé.

Financement privé

22. La plupart des systèmes de santé d'Europe reposent sur une combinaison de financement public et privé mais, malgré l'accroissement récent de la part des sources privées, l'essentiel du financement provient encore de la fiscalité et de l'assurance maladie relevant de la sécurité sociale, sauf dans certains des nouveaux États indépendants. Les principales sources de financement privé sont les primes d'assurance maladie privée (ou facultative) et les paiements effectués par les patients, qui comprennent des paiements directs, le partage des dépenses officiel et les versements officiels. Dans les nouveaux États indépendants qui utilisent dans une large mesure le financement privé, l'insuffisance des recettes provenant des prépaiements est comblée par des paiements (principalement officiels) effectués par les patients. En Europe occidentale, seuls la Grèce, l'Italie, le Portugal et la Suisse financent 30% ou plus du total des dépenses de santé par le biais de sources privées (essentiellement par des paiements effectués par les patients). Dans tous les pays européens autres que la France et les Pays-Bas, les paiements effectués par les patients représentent une part plus importante des dépenses de santé privées que l'assurance maladie privée (ou facultative) (7).

Assurance maladie privée

23. Comme cela a été indiqué plus haut, l'assurance privée n'est pas la principale source de financement des soins de santé dans la Région européenne. Les États membres européens essaient traditionnellement de préserver le principe du financement des soins de santé par l'État ou par l'assurance maladie relevant de la sécurité sociale (obligatoire) pour chaque citoyen, indépendamment de sa capacité de paiement. Les informations disponibles sur des pays extérieurs à la Région, tels que les États-Unis, sont dépourvues d'ambiguïté : là où l'assurance maladie privée est facultative, en l'absence de réglementation appropriée, elle ne peut atteindre les objectifs de la société, non seulement du point de vue de valeurs telles que l'équité et l'accès aux soins mais également en ce qui concerne la limitation des dépenses et l'efficacité. Même s'il existe une réglementation, des données convaincantes montrent qu'il ne s'agit pas d'une façon efficace ou équitable de financer les soins de santé (8).

24. Cependant, l'assurance maladie privée peut jouer un rôle dans des pays tels que la Suisse, où l'assurance est obligatoire et relève d'assureurs publics et privés. Depuis 1996, tous les résidents permanents de Suisse sont légalement tenus de souscrire une assurance maladie auprès d'un nombre limité d'assureurs (qu'ils soient publics ou privés). Les assureurs doivent se faire immatriculer à l'Office fédéral d'assurance sociale, qui surveille leurs activités et leurs comptes. Les compagnies d'assurance ne sont pas autorisées à réaliser des bénéfices grâce à leurs activités relatives à l'assurance obligatoire et les cotisations dépendent de la zone géographique.

25. L'assurance maladie privée peut avoir un caractère substitutif, supplémentaire ou complémentaire. L'*assurance substitutive* est une alternative à l'assurance légale (ou publique) et est destinée à des couches de la population qui sont exclues de la couverture publique ou qui sont autorisées à s'assurer en dehors du système public. Ce type d'assurance a un rôle relativement limité en Allemagne et aux Pays-Bas, pays dans lesquels les personnes ayant des revenus élevés peuvent souscrire une police d'assurance maladie substitutive. Comme il existe un lien entre le revenu et le risque de mauvaise santé, la séparation entre l'assurance publique et l'assurance privée en fonction du revenu a pour effet que la plupart des personnes qui représentent un risque élevé se trouvent dans le système public. En conséquence, la combinaison de ces mécanismes de financement a un caractère régressif.

26. En Europe, l'assurance maladie privée prend principalement la forme d'une *assurance complémentaire* et couvre des services qui sont exclus (ou ne sont pas pleinement couverts) par le régime légal, ou d'une *assurance supplémentaire*, qui permet un accès plus rapide aux soins et offre un plus large choix au consommateur. Bien qu'il existe des différences importantes d'un endroit à l'autre de la Région, on ne dispose pas d'information claire indiquant que des États membres sont en faveur d'un élargissement de l'assurance maladie facultative. La couverture reste faible dans de nombreux pays, même là où les patients effectuent des paiements importants aux prestataires de soins de santé. Il y a quelques exceptions, telle que la France, où l'assurance maladie supplémentaire est soutenue par les pouvoirs publics et où la couverture est très élevée. Les informations disponibles dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants sont peu abondantes, mais le rôle de l'assurance facultative dans ces pays est encore plus limité qu'en Europe occidentale. Dans l'ensemble, là où les frontières entre les soins de santé publics et privés ne sont pas tracées de façon claire, l'assurance maladie privée (complémentaire ou supplémentaire) peut avoir des effets négatifs sur le système de soins de santé dans son ensemble. Elle peut être en contradiction avec les objectifs de la société, dans la mesure où elle augmente les inégalités en matière d'accès et porte même atteinte aux efforts accomplis pour améliorer l'efficacité (9).

Paiements effectués par les patients

27. Les paiements effectués par les patients comprennent tous les versements pris en charge par le consommateur, à savoir les paiements directs, la participation officielle aux dépenses et les paiements officieux.

28. Les *paiements directs* sont effectués pour des services qui ne sont pas couverts par le système public ou auquel l'accès est limité. Ils le sont généralement dans le secteur privé, souvent aux dentistes, aux pharmaciens (pour des médicaments en vente libre), à des laboratoires ou à des médecins et à des

hôpitaux pour des traitements privés. Les dépenses de santé privées sont déductibles fiscalement dans certains pays de la Région, ce qui incite des particuliers à se faire soigner dans le secteur privé et de facto représente d'importantes subventions au secteur privé.

29. Les partisans de la *participation aux dépenses* ou de la *prise en charge des dépenses de soins par les patients* soutiennent qu'en faisant payer les patients on réduit une demande inutile de service globalement et on augmente les recettes, ce qui permet d'accroître les prestations. Il existe des variations considérables entre les pays mais, dans la Région dans son ensemble, les frais officiels mis à la charge des patients représentent un pourcentage relativement faible (mais en augmentation) des dépenses totales. En Europe occidentale, environ la moitié des pays ont recours à l'une ou l'autre forme de participation aux dépenses pour les soins de premier contact et environ la moitié des pays font payer une participation aux dépenses pour les soins ambulatoires. Cependant, les frais perçus sont généralement peu élevés et les groupes vulnérables peuvent souvent en être exonérés. Seuls quelques pays utilisent la participation aux dépenses comme importante source de recettes pour le secteur de la santé et, dans la plupart de ces derniers (par exemple, la France et la Slovaquie), les patients souscrivent une assurance supplémentaire qui finance les dépenses mises à leur charge. La seule exception à cette situation générale est le recours très répandu à la participation aux dépenses dans le cas des médicaments, bien qu'ici également les populations vulnérables sont mises à l'abri de dépenses excessives. Plusieurs pays d'Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants ont mis en place des systèmes officiels de participation aux dépenses au cours des années 90 dans le cadre de leur nouveau système d'assurance maladie relevant de la sécurité sociale. Comme en Europe occidentale, les frais sont relativement bas pour les soins ambulatoires, spécialisés et hospitaliers et il existe des exonérations pour les groupes vulnérables. En ce qui concerne les médicaments, une partie des dépenses est fréquemment mise à la charge des patients et représente une proportion importante des dépenses pharmaceutiques.

30. Selon les données disponibles, la participation aux dépenses est un instrument inapproprié pour l'amélioration de l'efficacité et la limitation des dépenses de soins de santé. Les prestataires déterminent dans une large mesure la demande de services de santé, et l'intensité des services (qui est également déterminée par les prestataires) joue un rôle essentiel dans les dépenses de soins de santé. La participation aux dépenses, qui ne peut que réduire l'utilisation des services à l'initiative des consommateurs, n'est donc pas l'outil le plus efficace de limitation des dépenses. En l'absence de procédures administratives et d'exonérations compensatoires, la participation aux dépenses a également des effets négatifs sur les plans de l'équité et du financement des services de santé. Malgré ces objections, les responsables politiques continuent à utiliser largement la participation aux dépenses, en grande partie pour des raisons politiques et idéologiques. La difficulté qu'il y a à augmenter ou à collecter les impôts et les cotisations d'assurance sociale a contribué à l'attrait de la participation aux dépenses comme moyen de percevoir les recettes dont le secteur de la santé a grand besoin. En résumé, la participation aux dépenses est généralement utilisée pour obtenir des recettes supplémentaires ou pour décourager le recours à des prestations marginales, mais elle a peu de chances de devenir en elle-même un important instrument de mise en œuvre des politiques (10,11).

31. Les *paiements officieux* prennent un certain nombre de formes et peuvent exister pour diverses raisons. Ces paiements ou dons peuvent faire partie de la culture nationale, être dus à l'insuffisance de fonds pour payer les soignants, acheter les médicaments ou le matériel de base pour traiter les patients, ou résulter de l'absence d'un secteur privé officiel. Ils peuvent résulter de la faiblesse des institutions gouvernementales ou, dans le pire des cas, constituer une forme de corruption, qui sape les systèmes officiels de paiement et réduit l'accès aux services de santé (12). Selon les données disponibles concernant l'ampleur des paiements officieux dans un certain nombre de pays d'Europe orientale, ils sont fréquents dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers, et constituent la principale source de financement dans un petit nombre de nouveaux États indépendants. Les données disponibles indiquent que l'officialisation des paiements et la mise en place de systèmes de prépaiement (ou d'assurance) est extrêmement difficile et nécessite des capacités gouvernementales et techniques et la prise en compte de contraintes externes (13).

32. Dans l'ensemble, les informations disponibles indiquent que, lorsqu'un paiement relatif à des services de santé est lié aux besoins et à l'utilisation des services par le biais de paiements effectués par le patient, cela a des conséquences négatives sur les résultats obtenus au niveau de l'état de santé et de l'équité si cela ne va pas de pair avec de larges mesures d'exonération pour les populations vulnérables. Le récent *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, consacré à la performance des systèmes de santé, présente des arguments convaincants en faveur d'un transfert du financement de la santé des paiements effectués par les patients à divers types de prépaiements (reposant sur l'impôt ou l'assurance) liés au revenu plutôt qu'au risque sur le plan de la santé (4). L'assurance maladie privée a des effets négatifs sur l'accès lorsqu'elle constitue la principale source de couverture dans un cadre d'assurance maladie facultative. Cependant, lorsque l'assurance est obligatoire et bien réglementée, elle peut jouer le rôle de régime d'assurance légale, ainsi que celui d'assurance de remplacement, supplémentaire ou complémentaire.

Prestation privée

33. La prestation privée inclut un certain nombre de notions : la propriété privée des installations dans lesquelles les services sont fournis ; la prestation privée des services ; la privatisation de l'emploi, avec transfert des emplois au secteur privé ; et la sous-traitance des services hôteliers et d'autres services. Ici encore, un grand nombre des concepts sont mal définis et se recouvrent partiellement. Il existe également une dimension idéologique dans la façon de concevoir les soignants : un médecin de famille indépendant travaillant sous contrat et rémunéré à l'aide de fonds publics doit-il être considéré comme une entité privée ou comme un fonctionnaire ? Selon les informations disponibles, ces distinctions peuvent obscurcir mais non occulter les débats fondamentaux concernant la propriété, la privatisation comme moyen d'être efficace et les compromis à trouver entre les différents objectifs de la société.

34. Lorsqu'on examine le rôle du secteur privé dans les prestations, il faut établir une distinction entre d'une part le secteur privé à but non lucratif, qui englobe des organisations non gouvernementales et des associations religieuses et philanthropiques ayant une assise locale, dont l'action est déterminée par une mission, et d'autre part, le secteur privé à but lucratif, qui comprend aussi bien de petites entreprises, telles que des pharmacies ou des cabinets dentaires, que de grandes sociétés par action.

35. Il est certain que, dans l'ensemble de la Région, la prestation privée se manifeste surtout dans les domaines des soins dentaires et des médicaments. Les avantages du secteur privé sur le secteur public, en particulier dans le domaine des produits pharmaceutiques, sont relativement peu contestés et sont reconnus par de nombreux États membres. Au cours des années 90, le rôle du secteur privé s'est également développé dans les domaines les plus importants et les plus chers que sont les hôpitaux, les soins de santé primaires et les services sociaux et à domicile.

Hôpitaux

36. Dans les systèmes d'Europe septentrionale reposant sur un service national de santé (c'est-à-dire les pays scandinaves et le Royaume-Uni), les hôpitaux ont un caractère presque exclusivement public, puisque seuls 10% des lits sont privés. Le pourcentage de lits d'hôpitaux privés est plus élevé dans les pays d'Europe méridionale dotés de systèmes reposant sur un service national de santé, et en Espagne, en Italie et au Portugal, la part des lits privés est comprise entre 20 et 30%, dont la moitié sont des lits privés exploités dans un but lucratif. Dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants, la plupart des hôpitaux sont publics et ils sont généralement la propriété des administrations locales ou, moins fréquemment, du gouvernement central.

37. Un certain nombre de changements dans l'organisation hospitalière se sont produits à la suite de l'instauration de la séparation entre l'acheteur et le prestataire des services (14), tant dans un certain nombre de services nationaux de santé que dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants qui ont récemment adopté des modèles d'assurance maladie relevant d'un régime de sécurité sociale. La plupart des changements ont consisté à améliorer les modes de direction des hôpitaux et à accroître l'autonomie de ceux-ci, et à passer d'un système dirigiste (fondé sur des unités budgétaires) à des modes d'organisation plus indépendants. À cet égard, il existe divers modèles, qui se présentent

sous la forme d'établissements autonomes, constitués en sociétés et privatisés. Le but fondamental de ces changements est d'offrir un contexte dans le cadre duquel ces divers types d'hôpitaux autonomes peuvent se faire mutuellement concurrence et entrer en compétition avec le secteur privé pour conclure des contrats avec des acheteurs, par exemple des assureurs ou des autorités sanitaires. Il convient de noter qu'il est arrivé plus rarement que ces changements d'organisation débouchent sur des changements de propriété et des privatisations.

38. On dispose d'informations qui indiquent que ces types plus indépendants d'organisation hospitalière (établissements autonomes ou constitués en sociétés) utilisent les ressources de façon plus rationnelle que les établissements organisés de façon plus hiérarchique. Il existe cependant peu d'indications sur les avantages ou inconvénients supplémentaires que représente le passage à une propriété privée d'établissements hospitaliers.

39. Une forme connexe de participation du secteur privé, qui a joué un rôle particulièrement important dans le secteur hospitalier, consiste à sous-traiter des services d'appui, tels que les services hôteliers ou de diagnostic. Dans de nombreux cas, de tels services externalisés entraînent moins de dépenses directes que lorsqu'ils sont assurés par un organisme public, bien que les incidences d'un tel système sur la main-d'œuvre du secteur de santé doivent également être prises en compte.

40. Dans les pays d'Europe occidentale ayant des systèmes d'assurance maladie relevant de la sécurité sociale, les hôpitaux sont principalement publics, mais la part des lits privés (exploités dans la plupart des cas dans un but non lucratif) est plus importante que dans les pays ayant des systèmes reposant sur un service national de santé, puisqu'elle représente environ un tiers du nombre total de lits. Ce chiffre donne une bonne idée de la proportion de lits, mais il existe des variations considérables d'un pays à l'autre. En France, par exemple, la part des lits privés à but lucratif est d'environ 20% et elle est inférieure à la part des lits publics (65%). Ce n'est qu'aux Pays-Bas que la plupart des hôpitaux sont juridiquement constitués en entités privées à but non lucratif. En raison de la séparation naturelle entre les acheteurs et les prestataires de service, tous les hôpitaux publics ont un certain degré d'indépendance de gestion et ont un statut autonome et bon nombre d'entre eux sont constitués en sociétés (15-17).

41. Le rôle du secteur privé dans la prestation de services hospitaliers est accepté et il est souvent à peine possible de le distinguer des types très décentralisés d'établissements hospitaliers du secteur public. Cependant, il existe un débat sur la question de savoir si les établissements privés à but lucratif utilisent les ressources de façon plus ou moins rationnelle que les établissements à but non lucratif. Les actionnaires s'attendent à obtenir un rendement sur leur investissement dans les établissements à but lucratif et il se peut que cela compense les gains résultant de l'amélioration de l'utilisation des ressources. En outre, cela peut avoir des effets négatifs sur la qualité, en obligeant les hôpitaux à se contenter de qualifications moindres lors du recrutement de membres du personnel.

Soins primaires

42. Les soins ambulatoires et soins primaires ont souvent un caractère pluridimensionnel et sont fournis par des médecins libéraux ou travaillant en association avec d'autres médecins ou avec d'autres soignants dans leurs propres locaux ou dans des locaux et des centres de soins de l'État. En conséquence, dans le domaine des soins primaires, la différenciation entre le secteur public et le secteur privé est moins nette et nous établissons une distinction entre les fonctionnaires, les indépendants ayant passé un contrat avec le secteur public et les entrepreneurs privés qui ont des activités indépendantes du secteur public.

43. D'une manière générale, dans les pays dotés d'un régime d'assurance sociale, les généralistes sont des indépendants qui travaillent sous contrat et sont rémunérés à l'acte, tandis que dans les systèmes reposant sur un service national de santé, ils peuvent être soit indépendants (Royaume-Uni) soit fonctionnaires (Finlande et Portugal). Au cours de la décennie écoulée, les soins primaires du secteur public ont de plus en plus souvent été transférés à des entrepreneurs. Dans de nombreux pays, les généralistes ont une autonomie croissante, tout en restant dans le système public. On a également observé un certain nombre d'innovations dans le domaine des soins primaires privés, qui ont de plus en plus recours à divers modèles : professionnels travaillant dans leur propre cabinet, sociétés de personnes, coopératives,

réseaux, associations, groupes d'entraide et entreprises commerciales. En les rassemblant tous sous l'étiquette « secteur privé », on gomme d'importantes différences. Ces différents acteurs cherchent à atteindre des buts différents et réagissent à des incitations différentes. Ici encore, les incidences de ces modèles sont variables dans la pratique et il n'est pas possible de porter un diagnostic unique concernant la supériorité de tel ou tel modèle sur tel ou tel autre. Il est nécessaire de procéder à une reconceptualisation, en remplaçant la notion de prestataire indifférencié par des catégories plus fines, en vue d'une étude et d'une évaluation plus approfondies (18).

44. Dans les pays d'Europe centrale et les nouveaux États indépendants, les généralistes étaient des fonctionnaires mais, actuellement, ils sont de plus en plus souvent des indépendants travaillant sous contrat passé avec les nouvelles caisses d'assurance maladie et employant leur propre infirmière de cabinet. Le nombre de ceux qui sont effectivement passés du statut de fonctionnaire à celui de praticien libéral varie considérablement d'un pays à l'autre et on ne dispose que de données préliminaires concernant les effets de ces changements. Dans un certain nombre de cas, une analyse préliminaire a mis en évidence des améliorations de l'efficacité, de la qualité ou de la réactivité. L'expérience montre cependant que la privatisation a des incidences importantes, qui doivent être prises en compte préalablement. Par exemple, il est avéré que la privatisation des soins primaires a instauré une concurrence entre les généralistes avant l'apparition de valeurs professionnelles susceptibles de contrebalancer l'intérêt personnel (19). En conséquence, une transition progressive peut être préférable à des changements rapides et radicaux.

Services sociaux et soins à domicile

45. Dans le domaine des services sociaux et des soins à domicile, il existe un certain nombre d'expériences reposant sur l'esprit d'entreprise, dans le cadre desquelles l'État ou l'assureur verse des montants aux individus, qui peuvent ensuite les dépenser pour obtenir divers services fournis par des entités publiques ou privées à but lucratif ou à but non lucratif (Allemagne, Danemark et Pays-Bas). De ce fait, le rôle du secteur privé a considérablement augmenté dans ce secteur. L'expérience acquise jusqu'à présent a des aspects tant positifs que négatifs et a mis en évidence des incidences considérables pour la structure et la réglementation des services sociaux.

Modèles hybrides

46. Cet examen préliminaire de la prestation privée met en évidence une augmentation de ce qui a été appelé le « gommage de la frontière entre le secteur public et le secteur privé » (20), dans la mesure où une série de nouveaux programmes combinent des éléments publics et privés et où les frontières entre les entités publiques et privées sont inextricables. Par exemple, un certain intérêt a été suscité par la concession d'hôpitaux publics à des entreprises privées. Pour citer un autre exemple, au Royaume-Uni, dans le cadre de l'initiative de financement privé, des hôpitaux du secteur public empruntent des fonds au secteur privé pour le développement des infrastructures.

47. L'ampleur et le domaine d'expérimentation en matière de participation du secteur privé et de privatisation sont considérables, mais on dispose encore de trop peu d'indications concernant leurs incidences sur les prestations de soins de santé et encore moins au sujet des conséquences sur les nouveaux types de partenariat public-privé. Globalement, il reste encore à prouver que les prestataires privés sont plus efficaces que les prestataires du secteur public, en particulier lorsque les deux secteurs se font concurrence à armes égales. Il existe cependant de nombreux cas dans lesquels la propriété privée a accru l'efficacité. On a également constaté que des problèmes surgissent lorsque la réglementation relative aux prestataires privés laisse à désirer.

Exercice du rôle de direction de l'État

48. L'attitude des responsables politiques face aux éléments de financement privé et de prestation privée est tempérée par l'idéologie et les valeurs, mais doit également tenir compte des données objectives disponibles. Des expériences axées sur la participation du secteur privé aux prestations de santé

se déroulent déjà et l'OMS doit donc mettre les gouvernements en mesure de réagir. La notion de rôle de direction de l'État telle qu'elle est définie dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 (5)* a trait directement à la responsabilité des États membres concernant la direction de leur système de santé. Ce rôle comprend trois aspects principaux : a) l'élaboration de la politique de santé, c'est-à-dire la définition de la fonction et de l'orientation du système de santé ; b) la réglementation, c'est-à-dire la définition de règles équitables dans le cadre de conditions égales pour tous les participants ; et c) le savoir, c'est-à-dire l'évaluation des performances et le partage de l'information. Le rôle de direction de l'État doit également être imprégné de valeurs éthiques élevées et utiliser les ressources de façon très rationnelle.

49. L'expérience acquise récemment en matière de privatisation et les données examinées montrent clairement que, pour que les modèles reposant sur le secteur privé puissent être efficaces, il est nécessaire de disposer de solides capacités de réglementation, de gestion et d'information qu'un grand nombre d'États membres ne possèdent pas actuellement. Si l'action de direction de l'État est faible, indépendamment de l'intérêt éventuel de tel ou tel modèle, la privatisation ne peut que créer de graves nouveaux problèmes dans la société.

50. Une direction de bonne qualité nécessite la mise en place d'un cadre réglementaire solide. Pour que l'État s'acquitte de son rôle de direction tout en respectant les règles éthiques et relatives à l'efficacité, il faut que ce cadre réglementaire restreigne les activités du secteur privé lorsque celles-ci risquent de faire obstacle à la réalisation d'objectifs essentiels dans le domaine de la santé (21). Il faut donc mettre en place des dispositions réglementaires qui limitent l'action des entrepreneurs de façon à faciliter le maintien de marchés durables. En Allemagne, par exemple, depuis 1989, les caisses d'assurance maladie peuvent davantage se faire concurrence pour obtenir l'affiliation d'assurés, mais cette évolution s'est accompagnée de la mise en place d'un ensemble de plus en plus strict de mécanismes d'ajustement de risques rétrospectifs et collectifs, dont l'objet est de faire en sorte qu'une antisélection n'ébranle pas la stabilité financière à long terme de caisses ayant un pourcentage élevé d'assurés âgés, chômeurs ou chroniquement malades (22).

51. Deuxièmement, il faut que soient en place des dispositions réglementaires qui restreignent le comportement des entrepreneurs de façon à protéger des objectifs essentiels de la société dans des domaines tels que la santé publique et la sécurité, l'accès, la cohésion sociale et la qualité des soins. Cela est illustré notamment par les mécanismes réglementaires très divers que les États membres ont mis en place par exemple pour imposer une tarification reposant sur la localité de résidence plutôt que sur les demandes de remboursement passées dans le cas des compagnies d'assurance ou qui font obligation de fournir des services appropriés à tous les patients ou exigent l'homologation des hôpitaux et des prestataires.

52. Pour mettre en place et traduire dans les faits ce cadre réglementaire, il faut qu'un certain nombre de conditions organisationnelles soient remplies. Il s'agit notamment d'une information suffisante sur les activités de tous les prestataires de soins de santé et une surveillance appropriée du comportement des prestataires. Pour bien s'acquitter de son rôle de direction, l'État doit veiller à ce que les prestataires tant privatisés que publics soient tenus de se conformer aux mêmes normes élevées.

L'avenir

53. Le secteur privé prend une importance croissante dans les systèmes de santé de nombreux États membres et engendre des dilemmes considérables en matière de politique sanitaire. L'OMS est bien placée pour focaliser l'attention des responsables politiques sur les éléments essentiels qu'il convient d'examiner pour déterminer le dosage public/privé de services le plus approprié. On résume ci-après quatre points fondamentaux qui découlent du présent document.

54. En premier lieu, les décideurs ne devraient pas examiner le rôle du secteur privé et de la privatisation en dehors de son contexte, mais plutôt le dosage le plus approprié de participation des secteurs public et privé aux différents domaines du système de santé eu égard à ses incidences sur la

réalisation des buts de la société. En conséquence, il ne s'agit pas seulement de déterminer quels éléments des services de santé sont le mieux servis par une privatisation de la propriété, mais également de déterminer les cas dans lesquels des services privés devraient être transférés vers le secteur public.

55. Deuxièmement, les responsables politiques doivent bien comprendre ce que représente le secteur privé, c'est-à-dire la propriété privée des biens de soins de santé, et être conscients que cela ne va pas nécessairement de pair avec un comportement concurrentiel ou fondé sur l'esprit d'entreprise et que cela n'accroît pas toujours l'efficacité.

56. Troisièmement, le débat sur le rôle des secteurs privé et public ne peut avancer que si les délibérations politiques (nécessaires) concernant les valeurs de la société, l'idéologie et certains compromis sont bien dissociés les uns des autres et si l'on procède à une évaluation rigoureuse des données disponibles concernant les incidences effectives de modèles reposant sur le secteur privé sur ces valeurs de la société. On a besoin d'un cadre de prise de décision qui permette d'évaluer les informations disponibles, sans exclure qu'un rôle essentiel puisse être joué par l'idéologie et des jugements en matière de politique de santé.

57. Quatrièmement, bien que les résultats de l'examen des données disponibles ne concordent pas dans tous les États membres – ce qui met en évidence l'importance des contextes propres aux systèmes de santé et aux pays – un point essentiel se dégage de cet examen. La privatisation du financement, par l'instauration de l'assurance facultative privée ou par l'augmentation des paiements effectués par les patients, y compris la participation aux dépenses et les paiements occultes, a un effet négatif sur la solidarité, réduit l'accès des groupes défavorisés aux soins et provoque une dégradation des résultats obtenus sur le plan de l'état de santé. En ce qui concerne les prestataires, s'il est vrai que le secteur privé joue traditionnellement un rôle important dans les domaines des produits pharmaceutiques et des soins dentaires, des innovations considérables se sont produites. Cela a été en particulier le cas dans les domaines des soins primaires, des services sociaux et des soins à domicile, ainsi que dans la sous-traitance des services hôteliers et diagnostiques, et ce avec des résultats variables. Il semble également que les frontières deviennent floues, étant donné que les prestataires de soins cumulent des caractéristiques du secteur public et du secteur privé. Globalement, cependant, les informations disponibles concernant le fonctionnement et les incidences de ces modèles sont peu abondantes. Il est néanmoins clair que la privatisation ne peut atteindre les objectifs de la société que si l'État exerce un rôle fort de direction.

58. Le secrétariat de l'OMS demande qu'on lui indique la meilleure façon dont il peut aider les États membres dans ce domaine de la politique de santé. Compte tenu de ce qui précède, trois domaines d'action possibles sont proposés pour examen par le Comité régional.

- Tout en respectant les diverses valeurs de la société dans les États membres, l'OMS devrait préconiser énergiquement les buts de solidarité, d'équité et d'efficacité dans les systèmes de santé. Il devrait préconiser une prise de décision fondée sur des données probantes en ce qui concerne le transfert de services entre les secteurs public et privé, et aider les États membres à faire en sorte que tout changement soit soutenu par des impulsions et un rôle de direction approprié de l'État.
- L'OMS devrait continuer à renforcer sa capacité à évaluer les systèmes de santé en général et le secteur privé en particulier, et continuer à diffuser les résultats d'une façon qui aide à l'élaboration des politiques. Dans ce contexte et compte tenu du manque d'informations sur les modèles de prestation privée, il est proposé que l'OMS consacre à cette question une étude approfondie qui utilise dans toute la mesure du possible les données disponibles, et consulte activement des réseaux de prestataires publics et privés ainsi que des experts et des universitaires en vue d'obtenir de telles informations.
- L'OMS devrait continuer à renforcer sa capacité de direction efficace et vigoureuse des secteurs public et privé et à mettre en œuvre une conception selon laquelle il incombe avant tout à l'État de protéger l'intérêt général.

Références

1. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 72).
2. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
3. SALTMAN, R.B. ET AL. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé). (Voir également l’exposé de politique portant sur le même sujet.)
4. CULYER, A.J. & SALTMAN, R.B. *Assessing privatization for the health sector in Kazakhstan. Health economic modules*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (en préparation).
5. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
6. *La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).
7. MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé). (Voir également l’exposé de politique portant sur le même sujet.)
8. MAYNARD, A. & DIXON, A. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
9. MOSSIALOS, E. & THOMPSON, S.M.S. *Voluntary health insurance in the European Union* (en préparation) (Voir également l’exposé de politique sur le même sujet).
10. ROBINSON, R. User charges for health care. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
11. KUTZIN, J. The appropriate role for cost sharing. *In: Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
12. ENSOR, T. & DURAN, A. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
13. LEWIS, M. Informal health payments in CEE and the FSU: issues, trends and policy implications. *In: Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
14. FIGUERAS, J. ET AL. *Purchasing for health gain*. Buckingham, Open University Press (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé) (en préparation).
15. MCKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
16. BUSSE, R. ET AL. Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
17. JAKAB, M. ET AL. Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies. *In: Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l’Observatoire européen des systèmes de santé).
18. GROENEWEGEN, P.P. ET AL. The regulatory environment of general practice: an international perspective. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*.

- Buckingham, Open University Press, 2002 (Collection de l'Observatoire européen des systèmes de santé).
19. SALTMAN, R.B. ET AL. *Primary care in the driving seat*. Buckingham, Open University Press (Collection de l'Observatoire européen des systèmes de santé) (en préparation).
 20. SALTMAN, R.B. Melting public-private boundaries in European health systems. *European journal of public health* (en préparation).
 21. SALTMAN, R.B. *Regulating the private sector*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems (Exposé de politique de l'Observatoire européen des systèmes de santé) (en préparation).
 22. *Health care systems in transition – Germany*. Copenhagen, Observatoire européen des systèmes de santé. 2000.