Examen des tentatives de mise en concurrence des acteurs dans le système de santé portugais à la lumière des expériences étrangères

Analyzing the implementation of competition in Portuguese health-care system in comparison with foreign experiences

Catherine Dos Santos

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1695>

DOI : 10.4000/pmp.1695

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2008

Pagination : 111-131

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Catherine Dos Santos, « Examen des tentatives de mise en concurrence des acteurs dans le système de santé portugais à la lumière des expériences étrangères », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/4 | 2008, mis en ligne le 25 octobre 2011, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1695> ; DOI : 10.4000/pmp.1695

EXAMEN DES TENTATIVES DE MISE EN CONCURRENCE DES ACTEURS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ PORTUGAIS À LA LUMIÈRE DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Catherine DOS SANTOS¹

Résumé

Améliorer l'efficacité de son système de santé tout en garantissant son équité, voilà les défis d'ordres politique et économique auxquels doit aujourd'hui faire face le Portugal à l'instar de beaucoup des États membres de l'Union Européenne. Les théories de mise en concurrence, fondées sur la remise en cause de la gestion publique rencontrent un certain écho depuis les années 1980 et 1990. L'espérance suscitée par cette voie novatrice a ainsi conduit nombre de pays à instaurer des mécanismes de marché dans leur système de santé. Cet article analyse et compare précisément les tentatives d'introduction de mécanismes concurrentiels du système de santé portugais à l'aune des résultats produits par des expériences étrangères. Cet examen tente de confronter des résultats pratiques aux critères d'évaluation de la théorie économique de l'assurance afin de mieux appréhender les singularités de la situation portugaise.

Mots clés

Mise en concurrence, système de santé, Portugal, efficacité, équité.

Abstract

Ameliorating the efficiency of its health care system while guaranteeing equity is the major political and economic challenge with which Portugal is currently faced, following the example of many member states of the European Union. Since the 1980s and 1990s, the system of public management has been called into question, and the desire to set up a competitive system has emerged. The hope aroused by this new path has lead many countries to put new market mechanisms into place in their health care systems. This article seeks to analyse and compare the efforts made to introduce competitive mechanisms into the Portuguese health care system, in light of results obtained through experiences in foreign systems. This study endeavours to confront practical results with the evaluation criteria of the economic theory of insurance in order to better understand the singularities of the Portuguese system.

Key words

Competition, health care system, Portugal, efficiency, equity.

¹ Enseignant-chercheur, Groupe ESC Clermont.

Revue POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC, Volume 27, n° 4, décembre 2008.

© Institut de Management Public – 2008.

La création du Service National de Santé portugais, non suffisamment portée par les fonds publics et sujette à de nombreux obstacles, n'a pas été suivie du succès attendu par les responsables politiques, qui n'en sont pas à leur première tentative de réforme sous l'influence de l'Union Européenne. Aussi, des réformes radicales ont été expérimentées à la lumière des résultats produits par les expériences étrangères ou prescrits dans les travaux de certains économistes. Ces apports pratiques et théoriques suggèrent une transformation des organisations fondée sur leur mise en concurrence, c'est-à-dire sur une architecture plus souple et plus flexible favorisant le contrôle des dépenses et la responsabilisation des acteurs publics.

En effet, dans une approche fonctionnaliste, on distingue usuellement le financement de la production des soins. La fonction de financement est assumée par les assureurs, qu'ils soient publics, para publics ou privés dans un système dit de tarification au risque, c'est-à-dire qui suppose que les assureurs sont indépendants et le consommateur libre de choisir le type et le niveau de couverture. La fonction de production consiste, pour sa part, à organiser l'achat des soins, c'est-à-dire rationaliser la circulation des patients dans le système, sélectionner et évaluer les producteurs, contracter avec eux sur la base de référentiels de qualité, à les rémunérer de manière incitative, etc.

Or, une gestion étatique et centralisée de ces fonctions semble vouée à une inefficacité structurelle. D'une part, l'allocation des ressources ne permet pas d'atteindre l'optimum social, c'est-à-dire une situation où les acteurs, dans leur choix, effectuent des arbitrages rationnels leur assurant un niveau de couverture adapté à leurs besoins à un prix actuariellement juste (efficacité allocative). D'autre part, le système monopolistique se caractérise par l'insuffisance de producteurs rendant, de fait, trop coûteuse la prestation de service (allocation productive).

C'est à ce double titre que l'introduction de mécanismes concurrentiels s'est focalisée sur le principe d'efficacité en arguant de la nécessité d'optimiser aussi bien le financement que la production des soins. Aussi, de nombreuses politiques de mise en œuvre de ces mécanismes ont émergé avec, notamment, une orientation significative vers la fonction de production pour les Etats européens. L'Allemagne a ainsi choisi de placer sous la tutelle d'un régulateur une mise en concurrence organisée entre les assureurs sur la fonction de production pendant que les Pays-Bas optaient pour les prestataires de soins. Une concurrence non organisée entre les gestionnaires de soins qui sélectionnent eux-mêmes les prestations de soins pour leurs clients a été entreprise par la Grande-Bretagne. Les Etats-Unis, enfin, ont entrepris de mettre en concurrence des organisations qui intègrent la fonction d'assurance et la fonction de production de soins, dans un contexte de financement privé et d'assurance facultative (Cooper et al., 2006).

Cependant, ces différentes politiques ont souffert à leur tour de limites certaines - impacts mineurs sur le processus de production des soins, asymétrie de l'information, dégradation de la qualité des soins... - en particulier en matière d'équité. En effet, le pendant du principe

d'efficacité, apanage des grandes réformes citées, est le principe d'équité. Or, le fonctionnement spontané du marché de l'assurance conduit à exclure des populations de l'accès à l'assurance, qu'elles soient trop pauvres pour payer les primes, ou trop malades pour pouvoir s'assurer à un coût supportable, ou encore appartenant à des groupes à risques que les assureurs refusent de couvrir. En outre, la garantie d'une certaine équité dans l'accès aux soins conduit la plupart des systèmes de santé à ne pas introduire ou à limiter plus ou moins sévèrement la concurrence pleine et entière entre financeurs, c'est-à-dire à exclure un système d'assurances privées facultatives, sans « garde-fous ». C'est pour cette raison que le Portugal a oscillé entre deux attitudes : d'une part, réformer son système de santé à tout prix et, d'autre part, réguler ce dernier à un coût raisonnable, notamment en matière d'équité.

C'est pourquoi l'objet de ce papier sera de présenter la situation du Portugal à l'aune des expériences étrangères compte tenu de ses singularités. Aussi, nous verrons dans un premier temps les singularités et l'intérêt de l'expérience portugaise autour des principales réformes conduites en matière de santé. Dans un second temps, nous évaluerons cette expérience sur les plans de l'efficacité et de l'équité à l'aune des tentatives étrangères pour présenter les espoirs et les doutes qu'elle porte ainsi que sa faisabilité dans le contexte portugais.

Les singularités de l'expérience portugaise

Le système de santé portugais n'a cessé de se modifier depuis la révolution de 1974, qui a instauré un service national de santé universel et intégré par la Constitution. En dépit d'une activité législative intense, les lois édictées n'ont été que partiellement appliquées et le système actuel exige de nouveaux changements pour atteindre les objectifs fixés, à savoir devenir simultanément plus équitable et plus efficace. Aussi, ce développement verra exposé la nécessité de réforme du système de santé portugais (1.1), ainsi que les différentes tentatives avortées (1.2) qui ont conduit à la situation actuelle (1.3).

Le système de santé portugais : un besoin de réforme

Bien que le Portugal ait adopté une loi créant un système national de santé en 1979, les échecs de la mise en œuvre de cette législation ont eu pour conséquence de laisser en l'état plusieurs régimes d'assurance professionnels. Le principe de la gratuité des soins a fini par être dilué dans un concept de « quasi-gratuité », et la médecine privée a continué de se développer parallèlement au dispositif public. Le système de soins portugais comprend donc toujours trois volets susceptibles de se chevaucher : le système national de santé, les régimes d'assurance pour différentes catégories professionnelles (ces régimes couvrent près d'un quart de la population) et le secteur privé². À l'intérieur de ce cadre, deux aspects doivent être soulignés. D'une part, les régimes d'assurance sont financés en partie par l'impôt. D'autre part, depuis la réforme fiscale de

² Qui concerne 17% de la population, via l'assurance privée et les mutuelles.

1989, les dépenses de santé, y compris privées (sans plafonnement), sont déductibles de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, de même que les primes d'assurance maladie (jusqu'à un certain plafond).

Aujourd'hui, le système de santé portugais est caractérisé par la fragmentation et la duplication de la couverture, un mode de financement régressif, des distorsions dans l'affectation des ressources et des incitations ayant des effets pervers pour les prestataires de soins (Dixon et Mossialos, 2000). Malgré une volonté politique d'atteindre les objectifs d'efficacité et d'équité par les gouvernements successifs, l'Etat portugais n'a pas réussi à l'heure actuelle à tenir ses promesses. L'inefficacité des mécanismes d'allocation des ressources et les problèmes d'équité-égalité semblent être une caractéristique structurelle du système de santé portugais. Au total, si les résultats sanitaires du Portugal se sont globalement améliorés, de nombreux aspects du système de santé doivent encore progresser.

Il apparaît ainsi qu'une réforme est à la fois souhaitable pour des raisons d'efficacité et d'équité, et possible compte tenu des mécanismes alternatifs qui pourraient être instaurés et dont la théorie économique et les expériences étrangères ont mis en évidence les avantages. L'idée est d'instaurer de bonnes incitations économiques conduisant à une gestion plus efficace sans réduire la qualité des soins et sans accroître les inégalités. A cet égard, une réforme du système de santé pourrait conduire à la réduction de certaines dépenses et à l'accroissement d'autres dans le cadre d'une meilleure allocation des ressources. Si l'on admet ce diagnostic, la question suivante se pose, voire s'impose : l'introduction de mécanismes d'incitation et de concurrence pourrait-elle être la solution pour améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé portugais ?

Des différentes tentatives de réformes...

Lors des dernières décennies, les réformes ou les tentatives de réformes ayant conduit à la situation actuelle ont concerné successivement la concurrence sur la fonction de financement, puis sur la fonction de production.

La forme de concurrence envisagée dans un premier temps visait la fonction de financement. Le schéma prévu par la loi de 1993 prévoyait l'architecture suivante pour le système de financement. La fonction de financement ne devait plus être sous la responsabilité du régulateur, mais devait être confiée à des assureurs privés mis en concurrence. Les assureurs devaient intervenir en complément non plus du Système National de Santé (SNS) et devenir, ainsi, de véritables assureurs du risque maladie pendant que les assurés voyaient augmenter leur liberté de choix du niveau de couverture. Tout cela représentait pour le secteur de l'assurance une évolution profonde du métier : nouveaux services, nouveaux risques à maîtriser, ce qui explique la frilosité dont a pu faire preuve, en 1993, la profession.

Cette dernière disposition n'a d'ailleurs pas été appliquée, essentiellement parce que les assureurs privés n'ont guère manifesté d'intérêt à son égard (De Campos A. C., 1996 ; Pereira J. A. et al., 1999). Une commission de réflexion sur l'avenir du système de santé portugais a été mise en place en 1996. En mars 1997, elle n'avait toujours pas remis son rapport ni fait connaître ses pistes de travail. Le changement de gouvernement a donc largement contribué à l'abandon de cette stratégie d'instauration de mécanismes de marché.

En 1996, les partenaires sociaux ont approuvé le pacte social stratégique (Pacto de Concertação Social), formant le cadre d'une réforme progressive et évolutive portant sur la mise en concurrence des producteurs sous financement public. Un projet de loi présenté au parlement a défini plus clairement les activités du secteur public et du secteur privé dans le domaine de la santé (OCDE, 1998). Cependant, la transparence accrue dans cette définition, ainsi que le surcroît de concurrence entre les prestataires, ne sont pas dénués de risques pour les prestataires privés qui peuvent perdre les avantages procurés par les chevauchements existants entre ces deux types d'activités. Opérer simultanément des deux côtés public et privé s'apparente en fait à une stratégie de recherche de la rente³.

Cependant, au Portugal, l'organisation des soins est structurée aujourd'hui en fonction d'instances administratives situées au niveau régional ou local. Il s'agit donc plus, dans ce modèle, de favoriser l'émulation des offreurs de soins, que de les engager dans une véritable situation de concurrence : un acheteur en face d'une pluralité d'offeurs. L'intérêt d'une telle démarche réside dans l'adoption, par les offreurs, de comportements managériaux focalisés sur une optimisation des coûts.

... à l'émulation des établissements hospitaliers ou « hôpitaux-entreprise »

Certains éléments annexes contribuant à introduire des traces de concurrence organisée dans le système de santé portugais sont actuellement proposés ; ils sont encore de nature expérimentale et ne peuvent pas encore être évalués. Dans cet ordre d'idée, l'hôpital, compte tenu de sa nature et des problèmes qu'il traite, de la culture et des attentes des professionnels de santé et de ceux qui y recourent, de l'importance des ressources engagées et de la complexité de son organisation et de sa gestion, est devenu, particulièrement durant la dernière décennie, l'objet d'une grande préoccupation.

³ Dans le domaine des soins de santé primaires, une autre expérience intéressante renvoie au projet Alfa, lancé par l'administration régionale de Lisbonne pour compléter la rémunération des groupements de généralistes « [...] par la rémunération des heures supplémentaires et d'autres mesures consenties en échange de l'assurance que ces généralistes soigneront, suivront et adresseront aux spécialistes, de manière appropriée et permanente, les patients inscrits sur leur liste ». J. A. Pereira et al. (1997, p. 17) estiment probable que « [...] cette expérience évolue vers un système de généralistes gestionnaires de fonds, comme au Royaume-Uni ».

Les références aux règles de gestion de l'entreprise constituent un instrument de régulation des dépenses. Cette ligne politique est particulièrement marquée en Europe du Sud où redéfinition du secteur public et aspiration au libéralisme sont les orientations désormais essentielles (De Campos, 2003). Un tel choix peut surprendre dans un pays, comme le Portugal, qui a opté pour un service national de santé. Cette volonté de réforme n'est pas seulement liée aux difficultés économiques que connaît actuellement le pays. Elle répond également au souhait de se rapprocher des directives communautaires concernant la réduction des déficits publics.

Le 7 mars 2002 a également été publiée la décision du Conseil des Ministres n° 41/2002, visant à développer l'innovation dans la gestion des hôpitaux à travers les « expériences innovatrices de gestion », libérant ainsi les hôpitaux de lourdeurs bureaucratiques et administratives qui contraignaient leur activité (législation de 1988). L'objectif est d'inciter les hôpitaux à être plus indépendants et de leur offrir une plus grande liberté dans un contexte de gestion de type entreprise. Les hôpitaux passent ainsi du statut d'institutions publiques à celui d'entreprise d'Etat (Entité Publique d'Entreprise - EPE). Le gouvernement fait l'éloge d'un ensemble de principes visant à convertir les hôpitaux en sociétés. Sa principale motivation est de diminuer le déficit public, afin de répondre aux exigences du Programme de Stabilité et de Croissance présentée à l'Union européenne. La transformation juridique des hôpitaux est la solution envisagée, sachant que les déficits de chacune des institutions « converties » cesseraient d'être inclus dans le secteur public de l'Etat.

Le gouvernement décide alors d'introduire des mécanismes innovateurs, à travers de nouvelles formes de gestion, de manière à améliorer l'efficacité et la qualité du service rendu par le SNS. Trois « expériences » sont ainsi proposées : la première d'entre elles consiste à transformer 34 hôpitaux publics en 31 Hôpitaux - Sociétés Anonymes (SA) ; la seconde propose la création de partenariats public-privés (PPP) pour dix hôpitaux ; et enfin la troisième préconise la modernisation de la gestion du reste du secteur hospitalier public. Nous nous intéresserons ici aux deux premières expériences.

a. Les hôpitaux-SA

Ce projet hospitalier implique l'adoption d'un nouveau statut juridique, d'un nouveau modèle de gestion et d'un nouveau modèle de contrat et de financement des prestations de santé, qui eux-mêmes impliquent un ensemble cohérent et convergent de mesures et d'actions institutionnelles de réforme dans le but d'établir un encadrement juridico-économique et administratif approprié et favorable au fonctionnement du nouveau modèle d'entreprise de la gestion hospitalière (Pita Barros, 2004).

Le développement de ce projet débute par la sélection d'un ensemble d'unités hospitalières à transformer en sociétés anonymes de capitaux exclusivement publics. Le processus de sélection repose sur un ensemble de critères, notamment : la capacité moyenne des hôpitaux,

mesurée par le nombre de lits, oscillant, entre 150 et 600 lits ; l'ancienneté des locaux : ont d'abord été sélectionnés les hôpitaux les plus récents ; le critère d'ordre économique, c'est-à-dire les hôpitaux susceptibles d'avoir un solde positif s'ils étaient financés en fonction de leur production et non sur des coûts historiques. D'autres critères, précédemment définis, ont également été pris en compte : la distribution géographique dont le but est d'impliquer divers hôpitaux de tout le pays ; la manifestation de la volonté où des candidatures sont présentées par les Conseils d'Administration des Hôpitaux et dont les déficits ne doivent pas dépasser 30% du budget.

L'État est le seul actionnaire, maintenant ainsi les hôpitaux dans le domaine public. Il s'agit en fait de développer les incitations à l'efficacité de la gestion et à la recherche dans le domaine hospitalier. L'objectif est d'aboutir à une concurrence entre les hôpitaux où le SNS serait libre d'acheter des services, soit au secteur public, soit au secteur privé. Les principales raisons qui ont motivé ce projet sont le « décongestionnement » des hôpitaux et la diminution du déficit des finances publiques (Guichard, 2004).

b. Les partenariats public-privés

Le développement des partenariats public-privés (Parcerias Público-Privadas - PPP) est un phénomène mondial qui concerne tout particulièrement les pays européens. Le partenariat entre les secteurs public et privé constitue un important instrument stratégique de modernisation des services publics. Au niveau européen, pour la période 2000-2006, les orientations de la Commission Européenne sur les fonds structurels encouragent l'engagement du secteur privé dans la santé à travers l'accroissement des partenariats public-privé, notamment en ayant recours à des sources de financement privé et/ou à de nouvelles formes de gestion.

Le partenariat public-privé (PPP) vise à assurer la fourniture de biens ou services à caractère public par des infrastructures devant être conçues, financées, réalisées puis exploitées. Il peut concerner aussi l'externalisation de services gérés dans un cadre public dont, pour des questions d'efficacité, on souhaitera confier la gestion au secteur privé, pour autant que ces services ne concernent pas le cœur même de la mission de service public⁴.

Les biens et services publics sont toujours produits conjointement par le secteur public et le secteur privé. On n'imagine pas une entité publique totalement autosuffisante qui fabriquerait elle-même l'ensemble des inputs dont elle a besoin pour fonctionner. Le débat ne doit donc pas porter sur le principe de l'implication du privé mais sur son ampleur et ses modalités ; il y a, pour une situation donnée, à définir le champ du recours au privé pour chacune des composantes de la fourniture du service (décision, ingénierie, construction, gestion, entretien, etc.), et à négocier un contrat ou plusieurs contrats spécifiant prestations et

⁴ Il pourrait s'agir par exemple de la gestion de systèmes informatiques ou d'actions de formation, etc.

rémunérations, et prenant en compte la durée, le partage des risques, et l'engagement capitalistique des entreprises privées.

Au Portugal, il existe déjà d'importantes expériences de PPP, particulièrement dans des œuvres publiques de grandes dimensions. Dans le secteur de la santé, le contrat de gestion de l'hôpital Fernando da Fonseca (HFF), Amadora/Sintra, est une forme particulière de partenariat public-privé. « *En 1996, l'hôpital Fernando da Fonseca, établissement nouvellement construit à la périphérie de Lisbonne, est devenu le premier établissement hospitalier public à être géré par une entité privée. Cet établissement est contraint de soigner tous les résidents d'une zone donnée, en contrepartie d'une rémunération forfaitaire (c'est-à-dire indépendante du niveau de soins)* » (Pereira J. A. et al., 1997, p. 79). Cette expérience est aujourd'hui étendue à plusieurs hôpitaux⁵.

Nous avons donc présenté ici la situation portugaise au regard des différentes réformes éprouvées par les autorités publiques sur fond de constats, à la fois des singularités d'un système voué au changement, mais également des difficultés ayant conduit à la multiplication des tentatives souvent jugées insatisfaisantes. En outre, et bien que le projet d'émulation des établissements hospitaliers face encore l'actualité en matière de gestion des soins et d'introduction de mécanismes concurrentiels, il semble nécessaire d'étudier l'évolution du système portugais à l'aune des objectifs d'efficacité et d'équité posés par le rapport CREDES (Bocognano et al. 1998) comme les pôles d'évaluation idoines des réformes des fonctions de financement et de production des soins que nous illustrerons au travers des résultats contrastés de nombreux pays.

**Analyse et
comparaison
d'une mise
en
concurrence
selon une
perspective
fonctionnaliste
en termes
d'efficacité et**

Alors que les résultats portugais demeurent insatisfaisants, peut-on encore croire que les mécanismes d'incitation et de concurrence améliorent les choses ? Aussi, l'objectif de cette section sera de présenter les bienfaits ainsi que les difficultés inhérents à la mise en place de tels mécanismes selon deux angles d'approche. D'une part, l'évaluation des résultats produits dans les principaux systèmes de santé de l'Union Européenne et américain au regard des grands principes théoriques (2.1) et, d'autre part, l'examen de la situation portugaise à l'aune de ces expériences étrangères (2.2).

⁵ L'actuel gouvernement souhaite vraisemblablement poursuivre le projet des PPP. Dans un contexte de sévérité budgétaire et d'exigence croissante de transparence, l'actuel gouvernement considère que le transfert de la gestion des hôpitaux publics à des groupes économiques privés, pour des délais supérieurs à 20 ans, ne peut se faire simplement sur base des faits présentés par l'administration précédente. Il est indispensable, selon lui, de vérifier que les motivations de ce projet n'interfèrent pas avec les besoins et les intérêts des portugais (Observatorio português dos sistemas de saúde, 2007). Cependant, la position du Ministère de la Santé concernant la gestion privée des nouveaux hôpitaux publics n'a pas clairement été présentée.

d'équité : des expériences étrangères au cas portugais

Expériences étrangères : des principes théoriques aux résultats de terrain

Nous allons dresser ici, à grands traits, un tableau des concepts et des modalités théoriques de la mise en concurrence dans une perspective fonctionnaliste distinguant la concurrence sur la fonction de financement des soins de celle sur la fonction de production de soins avant de faire état des résultats contrastés obtenus dans différents cas de mise en œuvre.

a. De l'approche théorique de mise en perspective fonctionnaliste...

L'approche fonctionnaliste décline la mise en œuvre de mécanismes concurrentiels selon deux grandes fonctions : la fonction de financement des soins et la fonction de production des soins.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, la fonction de financement est assumée par les assureurs, qu'ils soient publics (dans le cadre d'un système national de santé), para publics (systèmes de sécurité sociale) ou privés (mutuelles et compagnies d'assurance) dans un système dit de tarification au risque, c'est-à-dire qui suppose que les assureurs sont indépendants et le consommateur libre de choisir le type et le niveau de couverture. L'assuré est mis au risque lorsque sa contribution au financement de ses dépenses de santé est fortement corrélée à son état de santé. Aussi, la mise au risque de l'assuré fonde la concurrence sur le marché de financement. En effet, la responsabilisation de l'individu quant au choix qu'il opère d'aller vers tel ou tel type de couverture renvoie *in fine* à ses préférences, autrement dit à son aversion personnelle pour le risque maladie qui justifie ainsi la mise en concurrence du marché de l'assurance.

Dans le cadre de la mise en concurrence sur la fonction de production de soins, les fonds collectés par le régulateur sont partagés entre des entrepreneurs de soins en situation de concurrence : ces nouveaux acteurs du système de soins ont pour fonction de gérer ces fonds et d'acheter des soins auprès des professionnels de santé. L'objectif est finalement de mettre en concurrence ces professionnels de santé (Choné et al., 2001). Le régulateur met en concurrence des acheteurs de soin qui mettent à leur tour en concurrence des fournisseurs de soins.

En effet, les acheteurs de soins se présentent en fait comme des intermédiaires entre les patients et les producteurs, assurant, de fait, un niveau de qualité supérieur à celle du panier de soins. L'objet de ce type de concurrence consiste à promouvoir une plus grande efficacité du processus d'agencement des soins, par des incitations de type concurrentiel, tout en assurant la pérennité d'un financement socialisé, seul garant d'une relative équité en matière d'accès aux soins. Toutefois, afin de mettre en œuvre cette activité de gestion, les opérateurs doivent

y être incités par le financeur public. C'est l'intervention du régulateur qui, en ce sens, permet théoriquement des gains substantiels en matière d'efficacité.

Ainsi, en théorie, l'efficacité allocative et productive n'est atteinte que si les acteurs du système de santé effectuent des arbitrages rationnels permettant un niveau de couverture adapté à un prix actuariellement juste ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins et de l'offre. En théorie seulement, car les nombreux dysfonctionnements du marché des soins conduisent les différents agents économiques à adopter des comportements stratégiques nuisibles à l'efficacité globale du système (en matière de maîtrise des dépenses et de qualité) et, surtout, à son équité.

b. ...aux résultats contrastés des expériences étrangères

La mise en concurrence sur la fonction de financement n'est pas une conception qui prévaut en Europe, sauf à la marge – notamment dans certains pays, pour la fraction la plus riche de la population qui s'assure à titre privé. L'idée qui inspire les réformes européennes est plutôt celle d'une concurrence limitée à la fonction de production des soins. Nous présenterons quelques exemples de concurrence organisée qui pourront apporter des éclairages pertinents pour une analyse du système de santé portugais. Les réussites et les limites des différentes modalités de mise en concurrence seront évaluées en référence à trois critères : la maîtrise des dépenses, la qualité et l'équité.

La maîtrise des dépenses est souvent assimilée à l'efficacité productive de façon totalement inappropriée tandis que la qualité est en général traitée séparément de l'efficacité productive alors qu'elle en fait partie en tant que caractéristique du résultat. Nous utiliserons cependant ces trois critères dans la mesure où l'information disponible s'y réfère très largement, sans perdre de vue que l'efficacité productive s'apprécie par le rapprochement des dépenses et des résultats, qualité incluse. Il apparaît que les problèmes théoriques sont effectivement rencontrés à divers degrés dans les systèmes concurrentiels présentés. L'expérience de différents pays montre que, pour améliorer l'efficacité productive des systèmes d'assurance santé, il faut mettre en place un système réglementaire complexe qui tempère la sélection. Celui-ci permet de maintenir voire d'augmenter l'équité du système.

L'objectif majeur de la concurrence organisée consiste à dégager des gains de productivité par l'instauration d'une véritable concurrence entre les fournisseurs de soins. Cet objectif peut être atteint de façon centralisée ou décentralisée. De façon centralisée, lorsque les fonctions de régulateur, de financement et de production des soins se recouvrent dans une perspective d'organisation monopolistique du système de santé. C'est alors le régulateur-financeur-gestionnaire de soins qui sera chargé de mettre les fournisseurs de soins en concurrence, en se conduisant ainsi en acheteur éclairé. De façon décentralisée, lorsque ce monopole est éclaté, selon les modalités diverses comme aux Pays-Bas, en Allemagne, en Grande-Bretagne. Le régulateur peut ne pas être le

financier, ni le gestionnaire de soins. Il n'assurera plus directement la mise en concurrence des fournisseurs de soins. Il déléguera cette mission à des gestionnaires de soins qui peuvent être des assureurs (Pays-Bas) mais aussi des professionnels de santé (Grande-Bretagne) (Cohu, 2005).

La garantie d'une certaine équité dans l'accès aux soins conduit la plupart des systèmes de santé à ne pas introduire ou à limiter plus ou moins sévèrement la concurrence pleine et entière entre financeurs, c'est-à-dire à exclure un système d'assurances privées facultatives, sans garde-fous. La tendance est forte, en revanche pour le régulateur qui reste le financier, à déléguer la fonction de production de soins en contrepartie d'un forfait actuariel censé éliminer la tentation de sélection des risques chez les gestionnaires de soins, tout en favorisant l'efficacité productive par un meilleur choix sélectif des fournisseurs de soins. Il semblerait que le bilan efficacité (maîtrise des coûts et garantie de la qualité) – équité (garantie de l'égalité dans l'accès aux soins) soit plus favorable lorsque le gestionnaire de soins, à qui le régulateur-financier a délégué la fonction de production, est un professionnel de santé (Grande-Bretagne) plutôt qu'une assurance (Pays-Bas, etc.).

On peut penser que cette meilleure performance tient à ce que le régulateur du système de santé, ainsi réalisé, bénéficiera non seulement des bienfaits d'une coordination marchande, mais aussi de ceux d'une coordination non marchande fondée sur les compétences spécifiques des opérateurs-professionnels de santé et leur comportement éthique. Il n'apparaît pas inéluctable que le recouvrement fonctionnel régulateur-financier-opérateur (gestionnaire de soins) doive être systématiquement et radicalement rompue. Cet agent (par exemple l'Assurance Maladie en France) peut être tenté de se comporter en acheteur avisé (le plan Johannet, en France).

Il faut bien reconnaître cependant que la centralisation excessive de la décision est source d'inefficacité, liée entre autres à la taille de l'« entreprise » à manager, à sa complexité, à l'éloignement de la périphérie (les usagers, les fournisseurs de soins...) par rapport au centre (le régulateur-opérateur). Une alternative à ne pas minimiser peut consister à décentraliser géographiquement la décision tout en conservant l'unité régulateur-opérateur. Cette unité serait peut être garante d'une égalité de traitement entre les usagers du système de santé, davantage que dans le cas d'une délégation de gestion à un opérateur-assurance, dont on a vu qu'on ne pouvait affirmer que tout risque de sélection de clientèle était éliminé,.... quels que soient les efforts du régulateur. Tandis que la décentralisation géographique de la décision maximiserait les gains d'efficacité productive que l'on peut attendre d'une gestion proche des prestataires de soins et des usagers.

En somme, la mise en concurrence ici citée renvoie à quatre cas de figure (tableau 1) : des systèmes de concurrence organisée entre des assureurs qui assument mal (Allemagne) la fonction de production de soins ; un système de concurrence organisée entre des assureurs qui par ailleurs, dans le cadre d'une fonction de gestion de soins contrôlée

par le régulateur, mettent en concurrence des prestataires de soins (Pays-Bas) ; un système sans concurrence organisée entre assureurs (le financement est socialisé par l'impôt) mais où le régulateur organise une concurrence entre des gestionnaires de soins qui sont des professionnels de santé et qui eux-mêmes sélectionnent les prestations de soins pour leurs clients (Grande-Bretagne) ; un système où la concurrence s'établit entre des organisations qui intègrent la fonction d'assurance et la fonction de production de soins, dans un contexte de financement privé et d'assurance facultative (Etats-Unis) (Cooper et al., 2006).

Tableau 1 - Bilan des différents systèmes de mise en concurrence organisée

Système de concurrence organisée	Pays	Avantages	Limites
Mise en concurrence des assureurs	Allemagne	Système équitable : peu de sélection des risques.	Pas d'impact sur le processus de production de soins et système neutre en termes de qualité et de maîtrise des coûts.
Mise en concurrence des assureurs et des acheteurs (fonction exercée par des assureurs)	Pays-Bas	Qualité non dégradée.	Inéquité dans l'accès aux soins. Pas d'incitations à gérer de manière coût-efficace.
Mise en concurrence des acheteurs (fonction exercée par des prestataires)	Royaume-Uni	Equité préservée dans l'accès aux soins. Amélioration de l'efficacité productive. Amélioration de la qualité des services.	Dégradation de la qualité des soins hospitaliers.
Mise en concurrence simultanée des assureurs et des acheteurs	Etats-Unis	Résultats probants en termes d'efficacité productive.	Fortement inéquitable par rapport à l'accès aux soins. Qualité affectée.

Sans entrer dans les détails, nous pouvons dire que l'avantage majeur de la concurrence organisée réside dans une certaine maîtrise des dépenses, à condition que l'offre d'assurance ou de soins ne soit pas dans une situation monopolistique où les stratégies de coalition annulent le bénéfice de la concurrence. Cette concurrence semble plus efficace, au regard de cette maîtrise des coûts, lorsqu'elle porte sur la fonction de production des soins (seule ou accompagnée d'une concurrence organisée sur la fonction d'assurance, distincte ou intégrée à la procédure) plutôt que sur la seule fonction d'assurance. Les résultats en termes de qualité sont les plus souvent ambigus en raison de la complexité intrinsèque de la notion de qualité et de la diversité des indicateurs de mesure susceptibles d'être utilisés.

Quant à l'équité, au sens d'égalité dans l'accès aux soins, il semble inévitable qu'elle soit plus ou moins compromise selon les modalités de la concurrence organisée et selon les mesures spécifiques qui sont prises, dans une perspective égalitariste ou rawlsienne, pour en atténuer l'impact défavorable.

Ceci étant, un cas reste à illustrer : lorsque le régulateur est simultanément le financeur et le gestionnaire de soins. Tel est le cas du Portugal. Il convient d'analyser, à partir de cet exemple, quel est le bilan coût-qualité-équité d'une intégration publique et quasi monopolistique des fonctions de financement et de production des soins et à quelles conditions il est possible d'améliorer les résultats.

Examen du cas portugais à la lumière des expériences étrangères

Nous présenterons ici, à partir des cas exposés précédemment, une analyse comparative de la réforme du système de santé portugais dans les termes d'une efficacité limitée et d'une équité menacée, que la mise en concurrence porte sur la fonction de financement ou de production des soins ou qu'elle prenne la forme d'une émulation entre établissements hospitaliers.

a. La concurrence sur la fonction de financement : une voie à retenir ?

Un des attraits majeurs de l'assurance maladie privée réside dans son potentiel d'amélioration de l'efficacité de la prestation des soins. Cependant, la concrétisation de ce potentiel dépend largement de son aptitude à se placer sur un marché où s'exerce une concurrence fondée sur le rapport coûts/résultats. Il existe de sérieux obstacles à la mise en place de cette forme de concurrence ; en outre, il n'est pas certain que la concurrence entre assureurs soit nécessaire ou suffisante pour améliorer l'efficacité. En théorie, les assureurs privés disposent d'un pouvoir de promotion du rapport coût-efficacité des soins au même titre que la puissance publique se sert de la réglementation ou de son monopsonne, ce qui n'est pas le cas au Portugal compte tenu, entre autres, du coût supporté, de la résistance du corps médical ou de la volonté de ne pas restreindre la liberté de choix des individus. Au demeurant, il est nécessaire que les assureurs expriment la volonté de gérer les soins, mais également qu'ils disposent de l'expertise nécessaire pour parvenir à cette fin lorsque, loin de la coupe aux lèvres, leur métier premier est l'évaluation et la tarification des risques.

L'échec de cette réforme s'explique également par le fait que les assureurs privés préféreraient, eux, le maintien du *statu quo*. En effet, « [...] si le prix de la plupart des soins est inférieur aux niveaux internationaux, les honoraires versés aux généralistes, aux spécialistes et aux dentistes du secteur privé sont, eux, extrêmement élevés », lorsqu'ils sont mesurés en parité de pouvoir d'achat par rapport à la moyenne européenne (OCDE, 1998). Ce cercle vicieux, qui caractérise la complexité des liens entre secteurs privé et public de la santé au

Portugal, laisse à penser que les dispositions liées à la législation de 1990 et 1993 ne peuvent pas être interprétées comme une introduction de la concurrence organisée dans le système de santé. Dans ce contexte, la gestion des services de santé publics par des entreprises privées ne modifie pas « les règles du jeu », les dépenses de santé ayant continué d'augmenter alors que les autres réformes n'influençaient pas le système. En outre, cette tentative de réforme du système portugais n'aura été qu'un processus de privatisation déguisé visant à renforcer le *statu quo*, finalité inavouée de cette dernière. Par ailleurs, au Portugal, les assurances santé et leur offre sont respectivement moins importantes et moins complètes qu'en Europe rendant ainsi peu souhaitable des modifications drastiques du système.

Par ailleurs, des impératifs d'équité pèsent également sur le système de santé portugais et, à ce titre, il faut rappeler qu'il s'agit là de l'esprit même de la réforme, autrement dit, de pérenniser la portée des contrats. Or, dans la mesure où le long terme réduit la mince barrière séparant l'assurance de la solidarité, l'assurance concurrentielle propose essentiellement des contrats à court terme où chaque individu devient un « mauvais risque » potentiel. De telles stratégies peuvent entraîner de réelles difficultés, pour une partie de la population, à s'assurer contre un risque parfois important. Rappelons que le financement de la santé portugais est régressif et que la fragmentation de ce système, divisé en plusieurs régimes, entraîne des disparités dans la couverture. Aussi, compte tenu de la distribution du revenu au Portugal et des risques de sélection financière particulièrement élevés, il semble que la mise en concurrence sur la fonction de financement soit à écarter au risque d'accroître les inégalités.

En outre, et compte tenu que les problèmes d'équité et d'efficacité semblent insolubles dès lors qu'il faut les traiter conjointement et qu'au Portugal les principaux assureurs ne soutiennent pas la réforme, le débat portant sur la mise en concurrence glisse donc vers la fonction d'acheteurs de soins.

b. La concurrence sur la fonction de production de soins : une voie à retenir ?

Les attendus théoriques d'une mise en concurrence sur la fonction de production de soins sont l'amélioration de l'efficacité productive, notamment par l'incitation qu'elle crée, pour les acheteurs, à encourager les producteurs de soins à rechercher des gains de productivité. Les principaux objectifs de la réforme de 1995 étaient d'améliorer le niveau de santé de la population, corriger les inégalités d'accès aux soins de santé, augmenter l'efficacité des services, promouvoir l'humanisation et garantir la qualité des soins. Le gouvernement souhaitait également réformer le SNS, en plaçant le citoyen au cœur du système et en lui garantissant une certaine qualité de prise en charge.

La tentative de mise en concurrence sur la fonction de production implique, pour les administrations de santé portugaises, d'assumer de nouveaux rôles et d'intégrer des stratégies nouvelles caractérisées par

des jeux relationnels entre une tutelle investie de pouvoirs réglementaires, des prestataires de soins et des usagers à qui l'on attribue des pouvoirs de décision, de choix. L'opérateur (dans le cas portugais, les administrations de santé) doit veiller à ce que le processus de production de soins soit efficace et non pas à restreindre la consommation de soins. Ainsi fait, il pourra proposer plus de services et d'une plus grande qualité rendant son offre attrayante tout en réduisant ses coûts. Cependant, force est de constater, au vu des expériences étrangères, que le risque financier découlant de la fonction d'intermédiaire entre l'assurance et les producteurs de soins est très souvent assumé par les professionnels de santé au point que la tendance actuelle est à la suppression de ces intermédiaires et au développement de réseaux de médecins qui exercent cette fonction (projet Alfa). Dans ce cadre, on peut se demander à quoi sert la fonction d'intermédiaire qu'occuperaient les administrations de santé entre le financeur (l'Etat) et les professionnels de santé.

L'avantage du projet Alfa, avec la possibilité d'évoluer vers un système de type *General Practitioner Fundholder (GPFH)*, est de promouvoir la gestion du risque par des médecins qui ont une plus grande légitimité que les assureurs à jouer ce rôle. Par construction, les *GPFH*, responsabilisés sur la prise en charge globale d'un patient, ne peuvent faire porter la concurrence sur les produits d'assurance complémentaire, qui sont des puissants vecteurs d'autosélection des assurés, limitant ainsi le danger d'éviction des mauvais risques. De plus, les médecins, ayant opté pour le *fudholding* traitent davantage les problèmes de qualité au regard la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. En outre, ce projet pourrait préserver l'équité dans l'accès aux soins tout en améliorant l'efficacité productive.

L'un des objectifs de ce projet est de dépolitiser le système, autrement dit, de réduire les effets de la pression supportée dans le SNS par le ministre directement responsable des décisions qui en émanent et souvent vouées aux gémonies. Cependant, l'organisation portugaise des soins est structurée autour d'instances administratives décentralisées dont les pouvoirs et la pression peuvent s'avérer très prononcés. Aussi, ce modèle vise davantage à favoriser l'émulation des offreurs de soins qu'à la mise en place d'une concurrence avec, en filigrane, le souhait de les voir se focaliser sur la réduction des coûts.

c. L'émulation entre les établissements hospitaliers est-elle la solution ?

Conformément aux orientations définies par le Ministère de la Santé, le principal objectif de la réforme du SNS est le passage d'un système public monolithique, de nature bureaucratique/administratif et de type monopoliste, à un système de prestation de services guidé par les nécessités de l'utilisateur, à travers le développement d'un système de réseau de prestations de soins de santé, impliquant une pluralité de prestataires. « Privatiser » la gestion hospitalière vise à contribuer à la concrétisation d'une stratégie qui permette une meilleure gestion des moyens et de se centrer sur le malade. Il est encore difficile, compte tenu du caractère récent de ces mesures, de pouvoir établir un bilan précis.

On peut néanmoins donner certaines indications quant aux deux principales tentatives: les hôpitaux SA et PPP.

1. Des hôpitaux SA...

Dans le cas des hôpitaux SA, le projet est particulièrement controversé et amène donc à des conclusions très diverses. En effet, le gouvernement, en proposant un tel programme, se centre sur l'autonomie en matière de gestion des unités hospitalières et cherche à établir une séparation entre le financeur/acheteur et le prestataire de soins de santé. En revanche, il certifie que l'unité et l'universalité du SNS seront maintenues, conformément à la Constitution. Cette réforme a trois objectifs principaux (De Campos, 2003). Le premier d'entre eux est un plus grand et meilleur accès des citoyens aux soins, c'est-à-dire l'amélioration de la santé des portugais en facilitant leur accès à des soins de qualité. Quant aux hôpitaux SA, ils devront garantir diligence et qualité des soins indépendamment de leur niveau. Le second objectif concerne les compétences des professionnels de santé.

Dans les hôpitaux SA, « l'excellence » dans la prestation des soins ne sera admise que s'ils pérennisent leurs équipes de travail et c'est à cette fin que le gouvernement souhaite instaurer des mécanismes de gestion des ressources humaines fondés sur les mérites individuels et de groupes. Enfin, le dernier objectif est d'ordre économique. En effet, la réalisation des deux premiers objectifs est assujettie à un développement à terme qu'il conviendra de financer à partir des résultats d'une plus grande efficacité économique corolaire d'une utilisation rationnelle des ressources ou de financements additionnels (hospitaissa.min-saude.pt)

L'ensemble des parties prenantes au débat (professionnels, académiques, grand public) sent que le précédent modèle de gestion est dépassé mais que celui de convertir les hôpitaux en sociétés anonymes mériterait une évaluation plus approfondie. Ils considèrent ainsi, d'une part, le nombre d'hôpitaux transformés trop élevé bien qu'un groupe de spécialistes ait été créé afin de soutenir ce modèle et, d'autre part, l'incompatibilité entre la formation première des acteurs chargés de sa mise en œuvre et le domaine de la santé.

En définitive, les principales critiques visant la mise en œuvre du nouveau modèle de gestion portugais touchent au nombre d'institutions engagées, l'absence d'instruments d'aide au changement ainsi que la fragmentation de l'information existante et l'absence d'une gestion adéquate du système d'information. Par ailleurs, l'intervention du pouvoir central dans le projet ainsi que le manque de transparence dans sa mise en œuvre font l'objet également de grosses interrogations. Aussi, une information claire doit être diffusée afin de répondre aux questions posées mais également afin d'auditer au mieux les zones d'amélioration. De plus, il faudra consentir des efforts à l'endroit de l'efficacité du système comme de la qualité des soins, points sur lesquels le Portugal accuse encore trop de retard dans l'Union Européenne eu égard à l'absence de priorisation en ce qui concerne la qualité des évaluations comparatives des établissements de santé.

2. ... aux partenariats public-privé

Dans un PPP, l'autorité publique et l'opérateur privé nouent un partenariat avec un objectif commun mais des motivations clairement distinctes : la puissance publique cherche à apporter à la collectivité une bonne qualité du service au meilleur coût ; de son côté, l'opérateur privé recherche un profit proportionnel à l'engagement des capitaux investis, à ses compétences, et à sa prise de risque. Cette différence d'objectifs n'exclut cependant pas une communauté d'intérêts dans la réussite du projet objet de leur partenariat, l'objectif premier étant la satisfaction des citoyens-usagers.

L'objectif est ainsi de promouvoir l'autonomie des hôpitaux concernés de manière à les responsabiliser et donc les rendre plus efficaces. En ce sens, ce projet est prometteur. Cependant, les premières constatations sont plutôt pessimistes : les hôpitaux ne sont pas réellement autonomes car l'Etat continue de les traiter comme des services publics. Les gestionnaires n'ont donc pas les pouvoirs que leur statut leur confère. Toutefois, ce n'est pas l'expérience qui est à revoir mais la façon dont elle a été engagée. Les partenariats public-privé sont donc des initiatives de coopération visant à offrir une infrastructure ou des services fondés sur l'expertise du partenaire le plus apte à répondre aux besoins clairement définis du public au moyen de l'affectation la plus appropriée des ressources, des risques et des récompenses. Il est en général admis que pour un coût économique donné, le secteur privé sous contrôle public produit généralement plus et mieux que la puissance publique et que sa gestion est plus efficace (Guichard, 2004). On peut y voir quatre raisons.

Tout d'abord, le secteur privé bénéficie d'un système d'incitations et de sanctions (pression de la concurrence, peur de la faillite) qui incitent fortement à la rigueur et peuvent être plus efficaces que les ressorts à l'œuvre dans le secteur public, tels que le sens de l'intérêt général ou les procédures d'évaluation. Une seconde justification de la meilleure efficacité du privé est à chercher dans sa plus grande flexibilité. Pour des raisons souvent légitimes la puissance publique est régie par un ensemble de règles et de procédures nécessairement rigides. Ces règles empêchent ou freinent l'adaptation et la mobilité, et entraînent parfois un défaut d'ajustement des moyens aux sources d'inefficacité. Une troisième raison de faire appel au privé est son dynamisme en matière de technologie et sa créativité. La recherche appliquée, la découverte technologique, l'innovation, sont de plus en plus l'apanage des entreprises privées. Enfin, par le biais de montage en PPP, l'autorité publique peut se décharger du fardeau de l'investissement, pour se concentrer sur le contrôle de la qualité du service, alors que l'opérateur privé dont c'est le métier cherchera à optimiser son investissement pour fournir la qualité de service requise.

Ceci étant dit, la fourniture de biens et services publics comporte en général des risques qui peuvent être d'ordre technique, c'est-à-dire liés à l'incertitude quant aux ressources à engager, et/ou commercial, c'est-à-

dire inhérents au taux d'utilisation des infrastructures difficilement prévisible. Les variables explicatives de la fréquentation sont si nombreuses (revenus, prix, coûts, autres infrastructures, technologies...) et si incertaines que les modèles produisent souvent des résultats biaisés d'autant que sa relation au risque est peu claire. Cette dimension de risque est un élément constitutif important du PPP qui offre la possibilité de mettre en œuvre des formules intermédiaires entre le tout public ou le tout privé, qui minimisent et partagent efficacement le risque résiduel entre les partenaires. Ainsi, les formules dans lesquelles la totalité du risque résiduel est prise en charge par l'entité publique sont à écarter : elles ne conduisent pas l'entreprise privée partenaire à la minimisation des coûts et à la maximisation de la fréquentation. Par ailleurs lorsque le secteur privé investit au départ dans l'infrastructure, il a intérêt à ce que la mise en exploitation intervienne le plus rapidement possible, une fois les travaux démarrés. L'intervenant le mieux placé pour maîtriser les risques de construction est le constructeur (membre du consortium concessionnaire) qui assure la réalisation de l'ouvrage dans les délais et les lignes budgétaires impartis.

En outre, les risques en phase d'exploitation doivent être répartis entre les actionnaires, l'opérateur et l'autorité publique. Inclure dans un même PPP à la fois les phases de construction et de gestion de l'infrastructure permet de réduire les risques d'interface entre le constructeur et l'exploitant et de garantir la qualité de la réalisation.

Quoi qu'il en soit, la mise en œuvre de cette réforme portée sur un partenariat effectif entre le public et le privé laisse planer quelques doutes sur les résultats escomptés. En effet, les arguments mis en avant par les défenseurs des PPP sont souvent centrés sur les thèmes du traitement comptable (sortir les dettes du bilan des administrations publiques), de la débudgétisation ou de l'appel aux fonds privés pour pallier une insuffisance de financements publics, ou même du recours au privé alors même que la rentabilité est jugée trop faible par le secteur public. Ces arguments sont facilement repris et retournés par les détracteurs du concept, le plus souvent à juste titre dans la mesure où le PPP n'a pas vocation à gérer les dettes publiques.

Par ailleurs, les consortiums privés impliqués dans les projets de PPP obtiennent des prêts à taux bas ce qui implique qu'aucun risque réel ne soit transféré du public au privé. Les partenariats public-privés sont également beaucoup critiqués au sujet de la confidentialité commerciale, qui peut altérer la responsabilité des consortiums privés et qui rend difficile la comparaison entre des projets de financement public et privé. Les contrats à long terme signés lors des PPP peuvent aussi être défavorables au secteur de la santé compte tenu du nombre d'impondérables introduisant des restrictions budgétaires. Enfin, dans le cas particulier du Portugal, le manque de transparence dans le discours public au sujet de ce projet et les sérieuses imperfections relevées dans les cahiers des charges des hôpitaux concernés, amènent à penser qu'une révision profonde et la transformation de ce processus seraient peut-être nécessaires.

En conclusion, dans l'actuel état des connaissances sur les PPP, concernant le développement des infrastructures et la gestion d'unités hospitalières et considérant les fragilités des dispositifs de régulation et de gouvernance, les détracteurs du concept considèrent qu'il n'est pas techniquement nécessaire de mettre en place les dix PPP annoncés pour le secteur hospitalier. Selon les partisans des « hôpitaux SA » et des partenariats public-privé, il paraît fondamental que ces expériences soient des succès si le Portugal veut éviter de discréditer de nouveaux concepts encore objets de nombreuses suspicions. Le Portugal aurait tout à gagner à adopter ces modes de relation contractuelle basés sur le partenariat, la communauté d'intérêt et la confiance compte tenu des résultats étrangers qui prouvent leurs effets dynamisant. Il reste aussi à mettre en œuvre à présent une réforme déjà appuyée par la législation mais dont les résultats devront être obtenus à court comme à long terme.

Conclusion

Comme dans les autres pays européens, la tendance observée au Portugal, semble être une réorientation vers un modèle où l'intervention de l'Etat se réduirait au profit de certaines formes de concurrence. Néanmoins, davantage qu'une véritable introduction de la concurrence organisée, la situation au Portugal ressort tout au plus d'une expérimentation reprenant plusieurs caractéristiques de la concurrence, appliqués à seulement certains secteurs du système de santé. Le transfert d'un modèle social en général, et plus particulièrement des modalités de concurrence dans les systèmes de santé, ne sont pas automatiques : pourtant, tant la mondialisation que l'intégration européenne devraient favoriser une telle convergence. Il semble donc toujours que les orientations de la politique intérieure façonnent d'une manière relativement autonome les politiques de santé et les réformes des systèmes de santé. Aussi les paradigmes de la politique sont-ils reformulés à l'occasion de chaque vague de réformes dans chaque pays et de chaque changement d'orientation politique des Etats membres.

Une gestion du système de santé, organisée au niveau régional, sous la tutelle et avec la participation de l'Etat, pourrait être conçue comme un moyen de se positionner entre, d'une part, la gestion centralisée d'un système national de santé soucieux de l'équité mais gagné par l'inefficacité, et d'autre part une libéralisation excessive du système de santé qui, sous couvert d'efficacité, réduirait le rôle de l'Etat à la portion congrue, au risque d'une inégalité croissante dans l'accès aux soins. En ce sens, la régionalisation du système de santé n'implique pas forcément une décentralisation politique qui est d'ailleurs l'exception en Europe. Une décentralisation administrative cohérente peut permettre de réconcilier efficacité et équité en confiant la décision de gestion aux acteurs locaux du système, dans le respect tout à la fois des spécificités de chacun et de l'universalité du principe démocratique d'égalité.

BIBLIOGRAPHIE

- Bardey D., Rochet J-C**, 2006, *Competition among health plans : a two-sided market approach*, working paper.
- Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R. et Polton D.**, 1998, *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théories et bilan des expériences étrangères*, Paris, CreDES-INSEE 1998/11, n° 1243.
- Choné M., Grignon M. et Mahieu R.**, 2000, *Un modèle de régulation du système de santé : la concurrence entre opérateurs de soins*, INSEE, Série des Documents de Travail du CREST (Centre de Recherche en Economie et Statistique).
- Choné P., Grignon M., et Mahieu R.**, 2001, *Quelles fonctions économiques pour les opérateurs de soins dans le système de santé français ?*, Revue Française d'Economie, XVI, pp. 169-214.
- Cohu S., Lequet-Slama D. et Volovitch P.**, 2005, *La réforme des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence*, DRESS, Etudes et résultats, n°445, novembre.
- Cooper D.J., Rebitzer J.B.**, 2006, *Managed care and physician incentives: the effects of competition on the cost and quality of care*, Contributions to Economic Analysis & Policy, vol. 5, n° 1.
- Couffinhal A.**, 1999, *Concurrence et assurance santé : entre efficacité et sélection*, Thèse de doctorat, Université de Paris-IX Dauphine, Sept. 1999, 366 p.
- De Campos A. C.**, 1995, *Concorrência e saúde*, Expresso.
- De Campos A.C.**, 1996, *Yellow light at the crossroads : wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the Portuguese NHS*, Documento de trabalho 3/96, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- De Campos A. C.**, 2003, *Hospital-empresa : crónica de um nascimento retardado*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21 : 1 (2003) 23--33.
- Dixon A. and Mossialos E.**, 2000, *A historical account of health care policy developments in Portugal*, Londres, LSE Health.
- Dixon A. and Mossialos E.**, 2000, *Service national de santé portugais: entre éthique et rationalité*, Revue internationale de sécurité sociale, vol. 53, n°4 oct-déc. 2000, Association Internationale de la Sécurité Sociale.
- Dos Santos C.**, 2005, *Contribution à la régulation d'un système de santé portugais efficace et équitable*, thèse de doctorat, Université de Bourgogne.
- Enthoven A.C.**, 1993, *The history and principles of managed competition*, Health Affairs, supplément.
- Gadreau M. et Schneider-Bunner**, 1997, *L'équité dans le modèle de « concurrence organisée » pour la régulation d'un système de santé*, Economie et Prévision, n° 129-130, juillet-septembre.
- Guichard S.**, 2004, *The reform of the health care system in Portugal*, Economics department working papers n° 405.

Mougeot M., 1994, *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris.

Newhouse J.P., 1996, *Reimbursing health plans and health providers : efficiency in production versus selection*, Journal of Economic Literature, XXXIV (September).

Observatorio Português dos Sistemas de Saude, 2007, *Luzes e sombras : a governação da saude*, Relatório de Primavera, ENSP.

OCDE, 1998, *Portugal. OECD Economic Surveys 1998. Special Features. Health Reform. Creating employment*, Paris: OCDE 1998.

Oliveira M. D., Magone J. M., Pereira J. A., 2005, *Nondecision Making and Inertia in Portuguese Health Policy*, Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 30, n° 1-2, February-April.

Pinto C.G., 1997, *Health care systems : equity and social welfare*, in Comparing Social Welfare Systems in Southern Europe, vol. 3, Paris : MIRE.

Pita Barros P., 2004b, *Hospitais SA: o debate continua*, Abril 2004. <http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-html/dminho-7.htm>

Pereira J. A. et al., 1999, *Health care reform and cost containment in Portugal*, dans E. Mossialos ; J. Le Grand, Health care and cost containment in the European Union, Aldershot, Ashgate.