

Les processus de privatisation du soin en Europe : justifications théoriques et classement empirique

Christine ANDRÉ¹, Philippe BATIFOULIER², Mariana JANSEN-FERREIRA³

RÉSUMÉ

Ce texte analyse les processus de réforme des systèmes de santé en Europe à partir de la notion de privatisation. On décline ce concept selon deux axes. Sur le premier axe, la privatisation peut porter sur le financement des soins ou bien sur la délivrance des soins. Sur le second axe, la privatisation peut être « imposée » aux individus ou bien être « intégrée » et être portée par les individus (patients ou médecins). On met ainsi en évidence une diversité de privatisations. On classe ensuite les dispositifs mobilisés par les différents pays dans cette typologie des privatisations et on identifie les types de privatisation privilégiés par 14 pays de l'Union Européenne depuis 1980. On montre que si ces processus de privatisation sont généralisés, ils sont hiérarchisés différemment selon les pays.

ABSTRACT

This paper analyzes the health care system reform process in Europe based on the concept of privatization. This notion is understood from two perspectives. At first, privatization may concern the health care financing or the provision of health services. Secondly, privatization can be "imposed" to individuals or be "internalized" and then introduced by individuals (patients and doctors). So we emphasize the diversity that privatization can assume. We classify privatization mechanisms used by different countries and we identify which of perspectives presented above are more common in 14 European Union countries since the 1980's. We show that even if privatization processes are widespread, they assume different patterns in each country.

Mots-clés : systèmes de santé, privatisations, réformes, Europe

Keywords : health care systems, privatization, reforms, Europe

¹ Directrice honoraire de Recherche au CNRS ; christineandre@wanadoo.fr

² Université Paris Ouest, EconomiX UMR CNRS 7235 ; Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

³ Université de Sao Paulo (USP) et PUC-SP ; mrferreira@pucsp.br

Les systèmes de santé en Europe sont infiltrés par un ensemble foisonnant et complexe de dispositifs qui cherchent à répondre à différentes problématiques. Il est malaisé de réduire ces dispositifs à l'expression d'un objectif commun. Si la maîtrise des budgets publics accordés à la santé est une motivation centrale des politiques de santé, elle s'accompagne aussi de la volonté de réduire les inégalités en santé ou d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé. Les moyens mis en œuvre peuvent aussi être différents selon les composantes des systèmes de santé. La promotion de l'assurance privée que l'on observe partout n'est pas de même nature que les réformes hospitalières qui ont été aussi mises en œuvre largement. S'il est commun de souligner l'ancrage national des réformes de la santé et le rôle de la « dépendance au chemin », on peut néanmoins observer une tendance semblable à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité par la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande (Saltman, 2002). Les trajectoires tracées par le retrait des assurances publiques obligatoires, le développement des mécanismes incitatifs du côté du patient comme du médecin, la forte présence du nouveau management public sont souvent synthétisés par des notions de « marchandisation », de « marketization » ou de « néolibéralisme ». Si ces termes ont une portée politique importante, ils sont souvent polysémiques et parfois mal définis (la marchandisation au sens marxiste n'est pas du tout de même nature que celle mobilisée par les travaux d'Esping-Andersen par exemple).

On propose dans ce texte de développer le concept de privatisation pour caractériser la nouvelle donne. Ce concept, dont on précisera le sens retenu ici, nous semble en effet opérationnel pour analyser le changement dans deux directions différentes :

1. La comparaison intra pays. Si comme nous l'avons souligné, la réforme de l'assurance maladie dans différents pays est de nature différente de celle de l'hôpital, on doit pouvoir identifier un cadre cognitif commun pour analyser ces différents processus. La notion de privatisation, telle que nous la définissons, cherche à répondre à cet objectif.

2. La comparaison inter pays. Les logiques nationales et l'identité des systèmes de santé induisent un changement spécifique et situé. Néanmoins, ce changement doit pouvoir s'analyser avec des éléments moteurs communs dans les différents pays européens. On cherche alors à définir la diversité des privatisations comme des déclinaisons locales d'une forme générique de privatisation. La privatisation de la santé à la française est différente de celle observée en Allemagne ou au Royaume-Uni mais ces privatisations ont des traits communs que l'on cherche à faire ressortir.

La première partie présente notre concept de privatisation qui désigne la dynamique d'une réforme où ce qui était public hier devient privé aujourd'hui. On met en avant une diversité de privatisations qui répondent à cette définition générique, concernant aussi bien le financement du soin que la délivrance du soin. Notre cartographie des privatisations de la santé est étayée par une analyse de dispositifs, essentiellement français dans un premier temps. La seconde partie mobilise cette cartographie pour positionner les réformes de la santé dans 14 pays de l'Union Européenne. On classe ces pays selon leur recours aux différents processus de privatisation. Le matériel utilisé pour ce classement est constitué du suivi historique de l'évolution des systèmes de santé et de la mobilisation des textes de loi ainsi que des séries de données sur 30 ans de l'OCDE, de l'OMS et d'Eurostat.

A. LA DIVERSITÉ DES PRIVATISATIONS

A.1. UNE CARTOGRAPHIE DES PRIVATISATIONS

Dans son sens le plus commun, la notion de privatisation a une enveloppe juridique en désignant un type de propriété, souvent associé à la poursuite du profit. Une privatisation désigne alors le transfert de propriété juridique du public au privé comme on a pu l'observer pour certaines entreprises publiques. Cette définition stricte ne convient pas au domaine de la santé. D'abord parce que ces privatisations sont rares (on les voit en Allemagne et dans un moindre degré, en Suède et en Autriche). Ensuite parce que la notion de secteur privé en santé est ambiguë car il existe des organisations privées à but lucratif et à but non lucratif. Le plus souvent les organisations privées à but non-lucratif sont soumises à la même législation ou réglementation que le secteur public. Dans le domaine de la santé, les différences entre ce qui relève du public et du privé ne peuvent ainsi se réduire à des entités de propriété juridique ou immobilière des équipements. La privatisation concerne aussi des modes de gouvernance et des modes de financement.

Aussi on propose de désigner par le terme « privatisation » l'organisation de tout transfert du public vers le privé sous les diverses formes envisagées ci-dessus.

En France comme en Europe, la santé est un secteur de plus en plus privatisé (Maarse, 2006 ; André and Hermann, 2009 ; André, 2015). Cette évolution n'est pas contradictoire avec le rôle historique de l'Etat dans les systèmes de santé et le renforcement de ce rôle dans de nombreux pays, en France particulièrement. Au contraire, ce sont les autorités publiques qui portent les processus de privatisation.

De plus, ce privé n'est pas uniquement celui des institutions privées qui animent le secteur de la santé comme les assurances privées ou les cliniques privées qui ont gagné de nouvelles prérogatives dans le financement et la délivrance des soins. La privatisation se définit aussi par une certaine façon de concevoir les comportements des acteurs. Quand les médecins et les patients sont invités à penser la santé dans les termes d'un bien privé, la privatisation est aussi celle des esprits. La « nouvelle gestion publique » va par exemple dans ce sens.

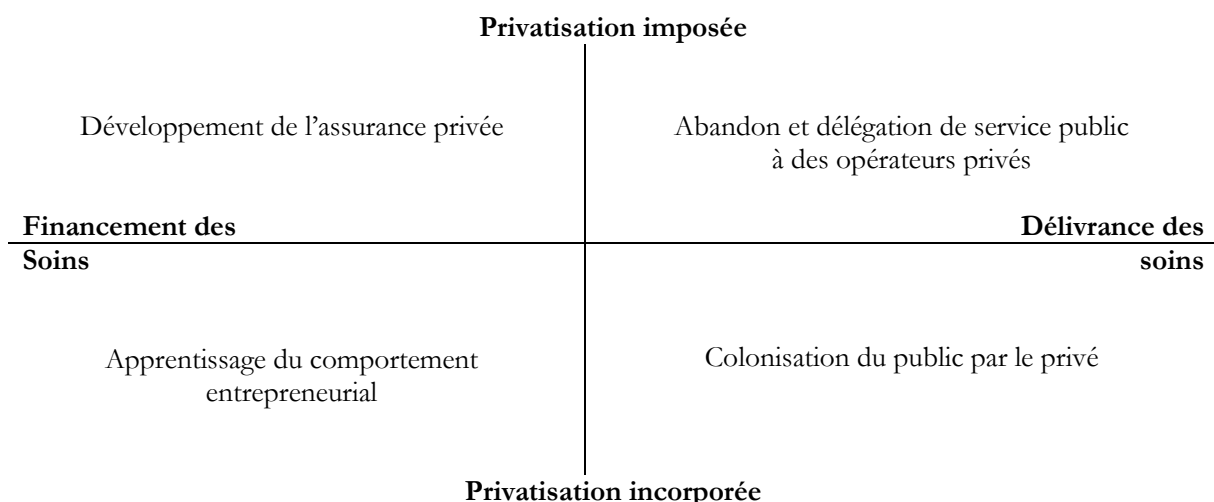
On propose de dresser un panorama de cette diversité des privatisations à partir de deux dimensions :

- La cible de la privatisation qui peut concerner le financement du soin ou la délivrance du soin.
- Le processus de privatisation qui peut être imposé aux individus qui le subissent ou la privatisation qui peut être portée par les individus eux-mêmes et se présenter comme un moyen de gouvernementalité. On désignera le premier type de privatisation par l'expression « privatisation imposée ». Les individus doivent alors se soumettre à de nouvelles règles du jeu qui privatisent le soin. Le second type de privatisation agit comme une rationalité induite, considérée comme une norme de vie ou une façon de penser⁴. On parlera alors de « privatisation incorporée ».

Le graphique 1 synthétise cette pluralité des privatisations et les sections suivantes les étayent dans le cas français (Batifoulier, 2014).

⁴ Elle vise à « jouer activement sur l'espace de liberté laissé aux individus pour qu'ils en viennent à se conformer d'eux-mêmes à certaines normes » (Dardot et Laval, 2009, p 15).

Graphique 1 : Une pluralité de privatisations



A.2. LE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE SANTE PRIVEE ET L'AUGMENTATION DES PAIEMENTS DIRECTS DES MENAGES

Le développement de l'assurance santé privée (quadrant nord-ouest) est un phénomène général en Europe. Cette évolution s'inscrit dans la vision de la protection sociale comme un coût pour les finances publiques et vise à réduire les dépenses publiques de santé mais pas les dépenses totales de santé si elles trouvent un financement auprès d'un opérateur privé ou directement par les ménages eux-mêmes. Il s'agit de transformer des prélèvements obligatoires publics en prélèvements obligatoires privés dans la mesure où les frais de santé sont des dépenses contraintes pour les ménages. La disposition d'une « mutuelle » n'est pas vécue comme un luxe mais comme une nécessité quand on a les moyens d'y souscrire.

Cette privatisation repose aussi sur l'accroissement de la mise à contribution financière directe du patient. Celui-ci doit acquitter une part grandissante des frais de santé sous forme de ticket modérateur, forfait ou franchise⁵. Ces mécanismes dits de « partage des coûts », qui sont imposés au patient, ne sont pas propres à un modèle spécifique de protection sociale et touchent toutes les configurations socio-historiques. Faire payer le patient est devenu un modèle de régulation pour tous les pays même s'il est plus accentué dans certains pays comme la France⁶.

En France précisément, le modèle de régulation est celui d'un transfert de charge de l'assurance publique (la Sécurité sociale) vers les opérateurs d'assurance santé complémentaire (mutuelles, société d'assurance et instituts de prévoyance) plutôt que vers des versements directs des ménages, qui ne sont pris en charge ni par l'assurance maladie, ni par une assurance

⁵ Le ticket modérateur (ou coassurance) est un pourcentage du coût des soins, très développé pour les consultations de médecins généralistes ou spécialistes ainsi que pour les médicaments en France, Belgique ou Suisse. L'Allemagne les pratique pour les médicaments (il y a aussi coassurance pour le séjour hospitalier, le transport en ambulance et la première consultation dans le quartier (Busse and Blümel, 2014, p. 134)). Le forfait correspond à un coût fixe d'entrée, fréquent pour le séjour hospitalier. La franchise est un seuil annuel de déclenchement de la prise en charge qui est particulièrement développée en Suisse et aux Pays Bas ou encore en Suède sur les médicaments remboursables. Elle a fait récemment son apparition en France en étant articulée à un mécanisme de forfait pour les médicaments et les transports sanitaires. Le remboursement intégral se déclenche au-delà d'un seuil de 50 euros annuel. Les franchises sont très étendues aux Etats-Unis pour l'assurance privée comme pour le programme public Medicare.

⁶ Sur les comparaisons internationales : (Reibling, 2010), (Montarani and Nelson, 2013), (Quesnel-Vallée et al., 2012).

complémentaire. Ces frais directs ou Reste à payer⁷ sont de 9 % en France contre 11 % au Royaume-Uni, 13 % en Allemagne, de l'ordre de 20 % en Belgique, Italie et Espagne voire plus de 30 % en Suisse selon les chiffres de la base « Eco Santé OCDE, 2010 ». Cependant ces chiffres masquent une réalité plus négative pour le patient français. Si, en moyenne, les versements directs du patient sont faibles, ils augmentent depuis 2004 et sont particulièrement élevés en médecine de ville. La moyenne camoufle également un fort mouvement de balancier où la prise en charge publique augmente pour le patient le plus malade (en Affection de Longue Durée ou ALD) mais diminue pour le « patient moyen ». Le remboursement pour les soins courants (hors hôpital et hors ALD) n'est plus en France que de l'ordre de 55 %. Pour ce type de soins, l'assurance complémentaire ne l'est plus vraiment et elle est largement dominante sur des domaines comme l'optique où la part publique est de 4 %. Si la part de la Sécurité sociale diminue globalement, c'est à une débâcle de l'assurance maladie à laquelle on assiste actuellement pour les soins courants. Comme ces derniers sont ceux auxquels est confrontée la majorité de la population, la privatisation est de fait extrêmement forte. De plus les soins courants sont précisément les soins que renoncent à acquérir les plus pauvres du fait des obstacles financiers (Batifoulier, 2013)

A.3. L'ABANDON DE SERVICE PUBLIC

La privatisation concerne également la délivrance des soins. Dans ce domaine, les pouvoirs publics ont délégué à des acteurs privés un certain nombre de tâches qui leur incombent. Cette privatisation par transfert de compétences (quadrant nord-est) est imposée au patient et fait rarement l'objet d'un débat démocratique. Un exemple emblématique de ce type de stratégie est le transfert de mission de service public aux hôpitaux privés. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) en 2009 a supprimé le service public hospitalier pour lui substituer la notion de missions de service public, qui peuvent être attribuées indistinctement aux hôpitaux publics, aux établissements privés à but non-lucratif et aux cliniques à but lucratif qui vont passer des contrats avec les Agences Régionales de la Santé. La notion même de service public devient un moyen de développer la concurrence car l'hôpital public n'en a plus le monopole et les opérateurs sont en compétition pour se voir octroyer les missions de service public. Si la notion de service public a été rétablie en 2012, pour les hôpitaux, la loi HPST de 2009 a ouvert la gestion des centres de santé aux opérateurs privés. Le modèle historique du centre de santé municipal laisse ainsi progressivement la place au centre de santé « low cost », à la recherche de rentabilité⁸, dans un contexte où les difficultés budgétaires des collectivités locales les contraignent à déléguer au privé.

La prise de pouvoir du secteur privé sur des activités dévolues au secteur public transite en effet par les politiques de restriction budgétaire, voulues par l'opérateur public. La pénurie organisée de moyens oblige à recourir aux opérateurs privés dans le cadre d'externalisation de tâches ou d'incitations à la contractualisation. Ces privatisations peuvent être qualifiées d'implicites quand elles sont induites par la réduction de recettes publiques.

Une autre stratégie consiste à laisser la médecine libérale organiser l'accès aux soins qui relève d'une prérogative des pouvoirs publics. En France, l'accès territorial aux soins de premier recours a été totalement abandonné à la médecine libérale. Les jeunes médecins s'installent où sont installés les plus anciens et viennent ainsi gonfler la forte densité médicale de certains

⁷ On appellera Reste à charge, ce qui n'est pas pris en charge par l'assurance publique et Reste à payer, ce qui n'est pris en charge ni par l'assurance publique, ni par l'assurance privée.

⁸ Les premiers ont des médecins salariés, les seconds y ont rétabli le paiement à l'acte, ce qui est plus en phase avec les principes de la médecine libérale pour laquelle le salariat est un outrage.

territoires. Ailleurs, la pénurie de médecins va s'accroître car les médecins partant en retraite ne trouvent pas de remplaçants pour reprendre une patientèle très nombreuse du fait même de la pénurie. Le processus va se poursuivre du fait notamment de l'aspiration des jeunes médecins à un nouveau modèle médical fondé sur la qualité de vie et non sur la multiplication des heures de travail, sur la volonté de ne pas s'installer seul mais d'exercer en groupe, ou encore sur une défiance progressive envers l'installation en cabinet libéral qui nécessite négociation avec les banques pour ceux qui n'ont pas de fortune personnelle. Si ces revendications paraissent légitimes, elles contribuent à accroître la désertification médicale.

Les inégalités d'accès aux soins se cumulent avec de nombreuses autres inégalités. Les territoires les plus désavantagés socio-économiquement le sont aussi au regard de l'accès aux médecins. Le chômage et la pauvreté, l'insuffisance des transports, la perte de l'école ou de la Poste vont de pair avec l'absence de médecin. La fracture sanitaire accroît la fracture sociale. Lutter contre les déserts médicaux est alors une urgence qui va bien au-delà de la santé.

A.4. L'APPRENTISSAGE D'UN COMPORTEMENT ENTREPRENEURIAL PAR LE PATIENT

La privatisation peut aussi agir de manière plus diffuse en modifiant de l'intérieur l'interaction médecin-patient qui constitue le noyau dur de la relation médicale. Ainsi, pour financer leurs soins, les patients peuvent développer des stratégies qui les conduisent à modifier le regard qu'ils avaient sur le système de santé. Sans que ce soit imposé, ils peuvent se conduire en agent privé pour devenir entrepreneurs d'eux-mêmes et laisser parler leur intérêt personnel (quadrant sud-ouest). C'est en tant que consommateur éclairé (et non plus en tant que malade angoissé) que le patient est sollicité pour faire jouer la concurrence.

Ainsi le développement des dépassements d'honoraires a activé chez les patients la recherche d'information sur les prix. Téléphoner au cabinet médical pour connaître les honoraires ou chercher l'information sur le site de l'assurance maladie est un comportement nouveau qui relève d'une logique de consommateur. Partout où les prix sont élevés du fait du désengagement de l'assurance publique (optique, dentaire, auditif), le patient est incité à comparer les prix ou encore à aller faire ses achats sur internet (comme pour les lunettes). Le développement des dépassements d'honoraires à l'hôpital conduit aussi le patient à arbitrer entre une consultation médicale peu coûteuse (au tarif de la Sécurité sociale) mais dans six mois ou une consultation rapide avec le même médecin mais au prix fort. Les stratégies mises en œuvre dans les établissements hospitaliers pour faire payer certains services (chambre seule, télévision, etc.) sont à la libre initiative de l'hospitalisé. Dans un autre registre, la presse grand-public diffuse très régulièrement des palmarès des hôpitaux qui trouvent un large lectorat (et assurent ainsi des recettes publicitaires aux groupes de presse). Comparer les hôpitaux invite à la mise en concurrence des établissements.

A.5. LA PRIVATISATION PAR COLONISATION DU PUBLIC PAR LE PRIVE

La privatisation intégrée dans la fourniture des soins (quadrant sud-est) concerne les soignants qui délivrent les soins, en particulier à l'hôpital public. L'hôpital connaît une privatisation modérée du financement du soin car les taux de prise en charge publics y restent élevés. L'hôpital public n'a pas changé de statut juridique en France alors qu'en Allemagne des hôpitaux publics ont été rachetés par des chaînes de cliniques privées. La privatisation est autre. Elle repose sur la capacité du secteur public à intégrer les règles du secteur privé.

Ce type de privatisation est porté par un projet constructiviste qui sollicite une façon de penser particulière. Il s'appuie sur les outils du Nouveau Management Public (NMP). Le NMP se présente comme une sorte de néo-taylorisme général transposable universellement. C'est pourquoi il y a peu de différence entre son application aux universités ou aux hôpitaux. Il cherche à reformuler tous les problèmes en problèmes d'organisation. La réorganisation du travail médical se fait au nom de la réalisation de gains de productivité. L'hypothèse fondamentale est qu'il existe des marges d'amélioration au niveau des acteurs pour atteindre les meilleurs résultats possibles à ressources budgétaires identiques.

Les argumentations politiques s'effacent au profit de présentations techniques qui ont pour ambition d'automatiser la décision publique. La notion de performance est très importante dans ce registre dans la mesure où elle est associée à la production d'un jugement sur l'efficacité à partir d'indicateurs chiffrés. Il s'agit dès lors de transformer les qualités en quantités pour pouvoir compter et mettre en indicateurs le travail du soignant. Dans cette perspective l'hôpital est désormais la proie des cabinets de conseil en organisation et des agences publiques qui vont mettre en œuvre la performance à partir de techniques venant de l'industrie (Mas et al., 2011). Le « lean management » venant de l'industrie japonaise, qui organise la chasse aux gaspillages, a ainsi beaucoup de succès auprès des gestionnaires prescripteurs qui sont fiers de ne rien connaître à l'hôpital puisque la « bonne gestion » n'a pas de lieu ni de frontière : elle est universelle. La course à la productivité se traduit par l'optimisation des places (c'est-à-dire des lits) ou des périodes et des durées d'utilisation des blocs opératoires⁹. Les personnels sont invités à se former à ce management à la performance, au besoin en se saisissant des primes au résultat qui sont offertes (c'est le cas notamment pour les directeurs d'hôpitaux).

La culture du résultat s'oppose à la culture de service public où l'obligation d'engagement et de moyens prime l'obligation de résultat. C'est le but recherché puisqu'il s'agit de piloter un hôpital avec les mêmes références qu'une entreprise privée. Cette privatisation rampante heurte les personnels qui y résistent souvent. Mais, s'il existe une forte déviance face à cette injonction réformatrice, cette dernière est aussi accompagnée par des personnels qui se font les acteurs du changement. Certains soignants peuvent y trouver leur compte au sens littéral (la création d'un espace de lucrativité à l'hôpital public n'est pas pour déplaire à tous) ou figuré (en opposant entre eux les catégories de personnels comme les médecins et infirmières ou les différentes spécialités médicales).

B. LES DYNAMIQUES EUROPÉENNES DES PRIVATISATIONS

B.1. DES PROCESSUS DE PRIVATISATION GÉNÉRALISÉS EN EUROPE

Dans cette partie, on classe différents pays européens selon les différents processus de privatisation. Nous comparons ici des changements dans la privatisation et non des niveaux de privatisation, dans 14 pays de l'ancienne UE-15¹⁰. Ces pays ont des niveaux de développement économique et des caractéristiques politiques, sociales/sociétales, et culturelles relativement proches du fait de leur appartenance à l'ancienne UE. L'étude est menée pour la période allant de 1980 jusqu'aux années récentes.

⁹ Certaines de ces procédures sont pilotées par l'Agence publique d'appui à l'amélioration de la performance (ANAP)

¹⁰ On a exclu le Luxembourg qui, du fait de l'importance de ses revenus, a établi des services sociaux et de santé qui bénéficient d'un financement nettement plus élevé que dans les autres pays européens. Le Luxembourg se situe dans une position éloignée de ces derniers.

Les principales mesures associées aux différentes formes de privatisation pour chacune des deux dimensions, financement et délivrance des soins, sont présentées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Pour le financement des soins, le classement des pays est essentiellement fondé sur l'évolution des paiements directs des ménages et des versements des assurances privées ainsi que sur les mesures correspondant aux quadrants 1 et 3. Pour la délivrance des soins, on mobilise l'évolution de la part des dépenses publiques dans l'ensemble et les mesures des quadrants 2 et 4. Il est important de préciser que l'on ne prend en compte que les changements jugés les plus importants du fait de leur caractère de nouveauté, de l'effectivité de leur application et de l'ampleur de leurs effets.

En outre, si la privatisation est une première tendance majeure des réformes dans les pays étudiés, le renforcement de la décentralisation en est une seconde et il existe une articulation entre privatisation et décentralisation (André, 2015), la seconde pouvant renforcer ou non la première. Une des difficultés du classement des pays tient ainsi à la large autonomie des régions et autorités locales en matière de santé dans certains pays (surtout : Allemagne, Autriche, Royaume-Uni depuis 1999, Danemark Suède, Finlande, Italie, Espagne), autonomie allant parfois jusqu'à la possibilité de lever des ressources. Dans ce cas, les régions peuvent mener leur propre politique de santé et, notamment, développer leur propre politique de privatisation ou bien s'opposer à cette tendance. Il est alors particulièrement délicat d'avoir une évaluation solide du pays considéré dans son ensemble, la difficulté étant accrue par les changements intervenus dans le degré de décentralisation.

Le Tableau 2 présente un résumé des grandes caractéristiques des privatisations depuis 1980¹¹. Il s'agit seulement des mesures les plus importantes dans chaque pays, chaque pays ayant souvent mis en œuvre une grande partie de formes de privatisation présentées dans le Tableau 1.

¹¹ Ce tableau s'appuie sur les résultats d'un Document de travail, "Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes", C. André, P. Batifoulier, et M. Jansen-Ferreira (2015).

Tableau 1 : Les différentes formes de privatisation

Financement des soins	Délivrance des soins
<p align="center"><i>Privatisation imposée</i></p>	
<p>Quadrant 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transferts de l'assurance publique à l'assurance privée, augmentation des paiements directs des patients. -Croissance de l'assurance privée entraînée par celle des services de soins privés résultant des insuffisances des services publics ("privatisation" par insuffisance [volontaire] de l'Etat). -Partenariat public-privé (PPP) pour le financement d'hôpitaux publics par des fonds privés. 	<p>Quadrant 2</p> <ul style="list-style-type: none"> -Création de nouveaux services privés. -Transformation de services "à but non lucratif" en "à but lucratif" (commercialisation). -Achats d'hôpitaux publics par des fonds privés. -Modification de la forme légale de services publics. -Transferts des missions de service public aux hôpitaux privés (France: HPST, annulée ensuite). -Exercice privé dans hôpitaux publics (soins, lits privés). -Externalisation de services accomplis dans les hôpitaux (depuis nettoyage à examens de laboratoires et actes médicaux). -Contrats hôpitaux publics/cliniques privées. -Contrats régions ou collectivités locales/services privés. -Coordination des soins transférée à des réseaux de généralistes. -Couverture des soins dans le secteur privé par les assurances publiques quand insuffisances du secteur public de soins. -(Partenariat public-privé: voir "financement").
<p align="center"><i>Privatisation incorporée</i></p>	
<p>Quadrant 3</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autonomisation des caisses d'assurance publiques (d'où: passation de contrats avec des fournisseurs de soins, création de réseaux de soins relevant des mutuelles). -Séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre acheteurs de soins. -Développement du libre-choix du patient-consommateur entre les caisses (A1, P-B), d'où concurrence entre caisses. --Alignement du traitement des mutuelles sur celui des compagnies d'assurance (Directives européennes). 	<p>Quadrant 4</p> <ul style="list-style-type: none"> -"New Public Management". Autonomie de gestion des hôpitaux. -Nouvelles formes de financement des hôpitaux (enveloppe globale, groupes homogènes de malades (GHM), tarification à l'activité (T2A)). -Place croissante de la recherche de contrats (d'où concurrence). -Evaluation des résultats, de la qualité. -Paiements à la performance des généralistes (privés) par l'assurance publique. -Accent sur la concurrence: <ul style="list-style-type: none"> -marché interne; -séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins: concurrence entre fournisseurs de soins. Contrats régions-collectivités locales ou caisses d'assurance avec services de soins publics. Achats de soins par les réseaux de soins primaires pour leurs patients. -développement du libre-choix du patient-consommateur entre les services publics.

Tableau 2: Les grandes caractéristiques des privatisations depuis 1980 (début)

	Financement: <i>Privatisation imposée</i>	Financement: <i>Privatisation incorporée*</i>	Fourniture des soins: <i>Privatisation imposée</i>	Fourniture des soins: <i>Privatisation incorporée</i>
Belgique	Report sur les paiements directs des ménages et importance du secteur privé à but non-lucratif.	*	Un secteur privé dominant depuis longtemps.	Contrainte imposée sur la croissance des dépenses et nouveaux modes de paiement des hôpitaux.
France	Croissance de l'assurance privée complémentaire.	*Adaptation du Code de la Mutualité nécessitée par les Directives européennes.	Des changements relativement limités.	Modernisation du système et privatisation interne.
Autriche	Hausse limitée des paiements des ménages.	*	Peu de modifications.	Recherche d'une meilleure organisation du système, privatisation interne limitée.
Allemagne	Progression de l'assurance privée avec l'unification, tendance à la hausse des paiements des ménages.	*Des incitations à la concurrence variables dans le temps.	Privatisation accélérée par l'unification; création d'hôpitaux privés et transformation d'hôpitaux publics.	Privatisation interne et une certaine réorganisation du système.
Pays-Bas	Large privatisation mais très encadrée.	*Encouragements de la concurrence.	Développement des organisations privées à but non-lucratif.	Introduction limitée de mécanismes de marché et Etat régulateur.
Danemark	Montée des copaiements et développement de l'assurance privée.	*	Expériences locales de privatisation et, dans les années 2000, des paiements publics pour les hôpitaux privés.	Rôle des régions, nouveaux modes de gestion des hôpitaux et du secteur ambulatoire.
Suède	Hausse des copaiements et développement récent de l'assurance complémentaire.	*	Rôle des comtés dans les privatisations.	Des différences entre comtés, une certaine réorganisation du système.
Finlande	Des copaiements encadrés.	*	Des associations entre secteurs public et privé.	Des difficultés liées à une grande décentralisation vers les municipalités, introduction d'une certaine concurrence.

Tableau 2 : Les grandes caractéristiques des privatisations depuis 1980 (suite et fin)

	Financement: <i>Privatisation imposée</i>	Financement: <i>Privatisation incorporée*</i>	Fourniture des soins: <i>Privatisation imposée</i>	Fourniture des soins: <i>Privatisation incorporée</i>
Royaume-Uni	Un certain partage des coûts.	*	Une privatisation externe pour pallier les insuffisances des services publics.	Un rôle pionnier en Europe.
Irlande	Importance majeure et ancienne de l'assurance privée. Croissance récente des paiements directs des ménages.	*	Une longue période de forte croissance économique favorable au secteur public.	Recherche d'une plus grande intégration des soins, quelques modifications dans la gestion.
Italie	Relèvement des paiements des ménages, variété de la politique des régions.	*Diversité des modèles régionaux.	Des différences régionales en matière de privatisation.	Des mesures pour une nouvelle gestion des hôpitaux appliquées diversement selon les régions.
Espagne	Report sur les patients, encouragements des assurances privées.	*	Soutien apporté au secteur privé pour compenser les insuffisances persistantes du secteur public.	Des différences de style de gestion selon les régions.
Portugal	Importance et croissance soutenue des paiements directs des ménages.	*	Quelques encouragements au secteur privé.	Privatisation interne récente et limitée, contractualisation, réduction imposée des dépenses.
Grèce	Ancienneté des assurances privées, place majeure des paiements des patients.	*Des tentatives de réorganisation des assurances de santé pour en réduire l'hétérogénéité plutôt que des incitations à une privatisation interne.	Grand rôle, traditionnel, du secteur privé.	Des mesures toujours remises en cause.

*Tous les systèmes de financement de la santé sont soumis aux Directives Européennes sur l'assurance, ce qui entraîne des modifications plus ou moins grandes notamment pour les mutuelles.

Si on doit donc interpréter avec prudence les résultats obtenus du fait de la fragilité des séries statistiques, de la masse de données mobilisées, des incertitudes sur le degré de mise en œuvre et des délais d'application des nouvelles mesures, on peut néanmoins mettre en évidence une structuration des processus de privatisation dont rend compte le graphique 2.

Graphique 2: Les pays selon l'importance relative des modes/processus de privatisation au cours des trente dernières années*

Privatisation imposée	
-P-B, Ir, Po.	
-Be, Fr, Al, Dk, Su, It, Es, Gr.	-Al, P-B, R-U, It (ou It), Es, Po, Gr.
-Au, R-U, Fi.	-Be, Fr (ou Fr), Au, Dk, Su (ou Su), Fi, Ir (ou Ir).
Financement des soins	Délivrance des soins
-(P-B).	-R-U.
-Al, (It).	-Fr, Al, Au, Dk, Su, Fi, Ir, It, Es.
-Gr, Fr.	-Be, P-B, Po, Gr.
[En outre, dans ce quadrant, les Directives européennes sur l'assurance couvrent tous les pays. Elles introduisent une plus grande concurrence.]	
Privatisation incorporée	

Lecture du tableau : Plus un pays utilise un mode de privatisation donné, plus les caractères utilisés dans le quadrant correspondant sont grands.

Abréviations: Al: Allemagne, Au: Autriche, Be: Belgique, Es: Espagne, Dk: Danemark, Fi: Finlande, Fr: France, Gr: Grèce, Ir: Irlande, It: Italie, P-B: Pays-Bas, Po: Portugal, R-U: Royaume-Uni, Su: Suède.

Ce graphique 2 met en évidence l'importance relative des processus de privatisation depuis 1980. On repère l'importance relative d'un type de privatisation par la taille de la police de caractère : plus un pays utilise un mode de privatisation donné, plus son nom est grand dans le quadrant correspondant.

B.2. DES PROCESSUS DE PRIVATISATION HIÉRARCHISÉS ENTRE PAYS

Le graphique 2 permet de saisir ce qui se passe dans tous les pays pour les grandes composantes des systèmes de santé. On observe un mouvement assez général de privatisation puisque les processus de privatisation imposée (ou externe) se retrouvent dans tous les pays tant pour le financement que pour la délivrance des soins. La privatisation incorporée (ou interne) pour la délivrance des soins apparaît aussi dans tous les pays. Seule, la privatisation incorporée pour le financement – autre que celle, générale, qui résulte de l'application des Directives Européennes pour l'assurance – n'est décelée que dans cinq pays.

Dans le domaine du financement, les Pays-Bas font office de pionnier en matière de privatisation (tant imposée qu'incorporée) en donnant la possibilité aux assurances privées de

gérer la couverture de base (privatisation imposée, quadrant nord-ouest), de façon généralisée après 2006, mais aussi en ayant fortement développé depuis longtemps les mécanismes invitant le patient à faire jouer la concurrence entre assureurs (privatisation incorporée, quadrant sud-ouest). L'Etat conserve cependant un pouvoir majeur de réglementation des assurances privées, toutes les assurances devant fournir un panier minimum de soins. Au-delà, la concurrence est reine. La préservation d'un rôle majeur de l'Etat peut être rattachée au quadrant sud-ouest, ce qui explique que les initiales des Pays-Bas figurent entre parenthèses dans ce quadrant.

L'importance de la privatisation imposée (ou externe) pour le financement en Irlande et au Portugal tient surtout au rattrapage soutenu effectué en faveur du système de santé dans ces pays ce qui s'est accompagné d'une recherche particulière de financements privés (assurances privées et/ou paiements directs des ménages).

A l'opposé de ces trois pays, le Royaume-Uni, l'Autriche et la Finlande ont eu le moins recours à la privatisation imposée pour le financement: Au Royaume-Uni, le NHS couvre l'essentiel du système et son financement a peu été modifié¹². En Autriche, les soins privés sont limités. En conséquence, les possibilités de croissance de l'assurance privée sont plutôt faibles, et de plus les paiements directs des ménages ont peu progressé. En Finlande, la hausse des assurances privées n'a été que modérément tirée par les soins privés mais, cependant, les paiements des ménages ont augmenté récemment.

Dans le quadrant nord-ouest les autres pays se placent entre ces deux groupes. Le cas de la France est intéressant car il permet de mettre en évidence l'écart entre les intentions de mise en concurrence des assurances privées et les résultats. Le poids grandissant des assurances santé privées s'accompagne souvent de prix très élevés en matière d'optique, de soins dentaires, d'appareils auditifs, de dépassements d'honoraires ou encore d'hébergement à l'hôpital. Pour lutter contre ces dérives tarifaires sans accroître la prise en charge publique, une solution est d'équiper le patient d'un pouvoir de marché. Or, les assurances complémentaires proposent une diversité de contrats avec des garanties différentes. Cette multiplicité des contrats va de pair avec leur complexité. Il est très difficile pour le patient de faire jouer la concurrence. Diverses propositions ont été faites récemment pour corriger ces aspects et développer la concurrence¹³.

Dans le domaine de la privatisation incorporée pour le financement (quadrant sud-ouest), les Pays-Bas ont une position remarquable, on l'a vu. Un petit nombre de pays¹⁴ a eu recours à cette forme de privatisation.

Pour la délivrance des soins, on peut distinguer deux groupes de pays du point de vue de la privatisation imposée (quadrant nord-est). La présence, dès les années 1980, d'un secteur hospitalier privé important a souvent contribué à limiter les possibilités d'expansion de celui-ci. Mais d'autres formes de privatisation sont aussi à prendre en compte (exercice privé dans le secteur public, accords entre hôpitaux publics et cliniques privées, contrats entre les régions et le secteur privé, etc.). Dans certains cas, l'autonomie des régions (Italie, Suède) ou la difficulté à apprécier l'importance relative des évolutions (France, Irlande) conduit à une incertitude sur le classement de ces pays, incertitude traduite par la proposition indiquée entre parenthèses d'un rattachement à un autre groupe. Dans certains pays du Sud, le caractère relativement récent du

¹² Cependant, il convient de noter que les incitations du gouvernement Thatcher dans les années 1980 et les insuffisances du secteur public matérialisées dans la longueur des files d'attente ont contribué à faire passer la part de la population couverte par une assurance privée de 6,4% en 1980 à 11,7% en 1990. La couverture par l'assurance privée a principalement concerné les cadres occupant des postes de direction dans les entreprises privées. La population ayant une assurance privée s'est ensuite stabilisée (Keen et al., 2001).

¹³ La définition d'un contrat standard sur la base d'un panier de soins préalablement défini favoriserait la comparaison et développerait la concurrence en prix pour un bien rendu homogène. On trouve cette proposition dans (Dormont, Geoffard et Tirole, 2014).

¹⁴ Dans le quadrant sud-ouest l'Italie figure entre parenthèses car les régions ont une grande autonomie dans ce domaine depuis les années 1990 et il est difficile d'apprécier les effets globaux.

service national de santé et les difficultés rencontrées pour son financement et sa mise en place expliquent en grande partie le développement plus soutenu du secteur privé.

Enfin, dans le domaine de la privatisation incorporée pour la délivrance de soins (quadrant sud-est), le Royaume-Uni, comme on le sait, s'est fait pionnier dans la diffusion du Nouveau Management Public. Par exemple, en Angleterre, les généralistes ont été récemment transformés en gestionnaires par les « groupes d'attribution clinique »¹⁵ où ils doivent mettre en œuvre les politiques de santé publique sur leur territoire, dans leur volet clinique mais aussi dans leur volet comptable. Le Royaume-Uni a commencé à remplacer les gestionnaires des hôpitaux et certains postes administratifs dans le NHS par des cadres du secteur privé ayant une expérience de l'entreprise. Ceci augmente ainsi les coûts administratifs. Ils fournissent également de plus en plus des objectifs individuels à remplir dans des secteurs ambulatoires et hospitaliers, après le développement du « quasi-marché » (Hassenteufel et al, 2001).

Les quatre pays qui ont le moins développé la privatisation incorporée sont d'abord le Portugal et la Grèce, des pays où la place du secteur public est moins importante et où les possibilités de recours à une transformation des modes de gestion des hôpitaux, par exemple, sont moins grandes et moins utilisées. La privatisation incorporée revêt un caractère relativement récent au Portugal. La Grèce se distingue en outre par une incessante remise en cause des mesures adoptées, du fait des nombreux changements d'orientation politique des gouvernements. Deux autres pays ont introduit des modifications plutôt modérées : les Pays-Bas et la Belgique, deux pays où les fournisseurs de soins sont essentiellement privés et à but non-lucratif. Néanmoins certaines mesures de privatisation incorporée y ont été adoptées (André, Batifoulier et Jansen-Ferreira, 2015).

Tous les autres pays se situent entre ce dernier groupe et le Royaume-Uni. La France, entre autres, a développé, notamment pour les hôpitaux, ces nouvelles méthodes de gestion consistant à accorder une autonomie de gestion assortie d'une contrainte forte d'équilibre financier dans un contexte de concurrence.

B.3. DES STRATÉGIES DIFFÉRENTES ENTRE PAYS POUR UNE MÊME FORME DE PRIVATISATION

Une même ampleur d'un processus de privatisation ne signifie pas que les pays pratiquent la même privatisation. Des pays qui sont systématiquement classés sur la même ligne dans les 4 quadrants ne mènent pas une même politique de privatisation pour autant, on va le voir.

Ainsi dans le quadrant nord-ouest, on constate une généralisation de la stratégie de privatisation qui transite largement par le durcissement des mécanismes de partage des coûts avec le patient. Les systèmes de santé convergent du point de vue de la hausse du financement par des assurances privées (Montarani and Nelson, 2013) qui sont devenues un élément incontournable du financement du soin, et de celui de l'augmentation des paiements directs des ménages. Le transfert de charge du financement public vers le financement privé du soin trace ainsi de nouvelles frontières dans la couverture santé.

Mais l'articulation assurance publique/assurance privée est variable. Comme les assurances privées peuvent avoir des fonctions variables au regard de la structure de l'assurance publique, cela introduit des différences dans l'importance de la privatisation du financement du

¹⁵ Ces groupes se substituent aux réseaux de soins primaires pré-existants.

soin. L'assurance privée peut être ainsi *substitutive* et remplacer l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme en Allemagne, on l'a vu : au-delà d'un revenu mensuel brut de 4 462,50 euros (2014), on peut souscrire à une assurance privée¹⁶. C'est le cas de 11 % des assurés. En faisant varier ce seuil, les pouvoirs publics font entrer ou sortir des ménages du système public d'assurance santé. L'assurance privée peut aussi être *duplicative* en couvrant ce que couvre déjà l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais en permettant un accès élargi à des prestations privées ou jugées de meilleure qualité que celles de l'AMO: lits privés au sein du secteur public, raccourcissement des files d'attente comme pour environ 10 % des patients en Grande Bretagne, en Espagne ou en Italie. Enfin, l'assurance privée peut être *supplémentaire* pour des prestations non couvertes par l'AMO, par exemple pour le dentaire et l'optique, ou encore *complémentaire* pour compléter les remboursements de l'AMO. Une assurance privée peut aussi cumuler différentes fonctions, comme les fonctions d'assureur complémentaire et supplémentaire en France. On constate, au total, que ce n'est pas une forme particulière d'assurance privée qui détermine l'ampleur plus ou moins forte de la privatisation.

Dans le même ordre d'idée, les privatisations imposées en matière de délivrance des soins (quadrant nord-est) peuvent avoir une intensité semblable, par exemple forte pour l'Allemagne et l'Italie, mais les processus de privatisation y sont bien différents. En Allemagne, certains hôpitaux publics ont été vendus à des groupes privés. En Italie, le secteur public sous-traite certaines activités hospitalières au secteur privé comme c'est le cas aussi en France, à un degré moindre, pour les missions de service public hospitalier.

Au total, à l'intérieur de chacun des quadrants, les instruments des politiques sont multiples et leur combinaison varie selon les pays. Des instruments semblables peuvent viser des objectifs différents alors que des instruments différents peuvent viser des objectifs semblables.

Un dernier point mérite d'être souligné. On aura remarqué que la hiérarchisation des privatisations fait apparaître une plus grande proximité entre certains pays. Certains groupements de pays se retrouvent plus fréquemment sur une même ligne dans chaque quadrant. La typologie des privatisations des systèmes de santé s'avère ainsi être proche d'une typologie des réformes globales des systèmes de santé étudiée par ailleurs (André, 2015). Cette dernière typologie est fondée non seulement sur les privatisations mais sur les réformes considérées sous l'ensemble de leurs dimensions et sur les évolutions des « résultats » des systèmes de santé. Elle fait apparaître notamment une plus grande cohérence des pays continentaux, des pays nordiques, la spécificité des Pays-Bas, une séparation des pays anglo-saxons (Royaume-Uni et Irlande), et une distinction fréquente au sein des pays du Sud entre l'Italie et l'Espagne d'un côté, le Portugal et la Grèce de l'autre. Les processus de privatisation s'avèrent bien, ainsi, être interdépendants avec leur contexte.

B.4. UNE COMBINAISON DANS LE RECOURS AUX DIFFÉRENTES FORMES DE PRIVATISATION SPÉCIFIQUE À CHAQUE PAYS

Si l'on tient compte des mesures réellement mises en œuvre, il existe une hiérarchisation des privatisations entre pays mais aussi à l'intérieur de chaque pays.

Les exemples les plus marquants sont offerts par les cas polaires des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Les Pays-Bas ont mis en œuvre de grandes réformes en matière du financement des soins mais ont peu modifié la délivrance des soins (surtout en matière de privatisation interne). A l'opposé le Royaume-Uni a joué un rôle pionnier en matière de privatisation interne de délivrance des soins mais a peu transformé le financement des soins.

¹⁶ Ainsi que tous les fonctionnaires.

CONCLUSION

Les réformes entreprises dans le secteur de la santé sont anciennes et diverses. Elles touchent tous les pays européens depuis les années 1980 tout en s'inscrivant dans une histoire nationale. Une tendance profonde et commune à la multiplicité des dispositifs mis en œuvre est d'introduire des logiques de marché dans un secteur qui en était relativement abrité. Nous avons proposé de désigner cette tendance majeure par le terme de privatisation qui ne doit pas s'entendre dans le sens restreint de transfert de propriété juridique mais dans un sens large prenant une multiplicité de formes. Il existe ainsi une diversité de privatisations, nous l'avons vu.

Nous avons proposé une cartographie des processus de privatisation pour analyser les changements dans les systèmes de santé européens. Notre analyse fait ressortir une généralisation des stratégies de privatisation en Europe mais avec une hiérarchisation différente des formes de privatisation selon les pays.

Si cette pluralité des privatisations est un trait dominant des réformes, elle ne peut totalement la résumer. Les logiques de décentralisation, la correction des « défauts » des politiques, ou la recherche de l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité, orientent aussi les réformes. Les chocs économiques et l'effet de la crise contemporaine ou, plus important, des politiques d'austérité (Math, 2014), tout comme les chocs politiques ou le rôle de l'alternance politique ainsi que la formation des coalitions d'intérêts, contribuent aussi au choix des réformes (André, Batifoulier, Jansen-Ferreira, 2015).

BIBLIOGRAPHIE

André, C. (2015) « Les systèmes de santé européens en longue période », *Revue de la Régulation*, n°17, printemps.

André, C., Batifoulier, P. et Jansen, M. (2014) *La privatisation du soin en Europe. De la théorie à la pratique*. Communication au 4^{ème} Congrès de l'Association Française d'Economie Politique, ENS Cachan, 2-4 juillet.

André, C., Batifoulier, P. et M. Jansen-Ferreira (2015), "Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes", Document de travail.

André, C. and Hermann, C. (2009) « Privatization and marketization of health care systems in Europe », in M. Frangakis, C. Hermann and J. Hufschmid (Eds.), *Privatisation against the European Social Model*, Hampshire : Palgrave MacMillan, pp.129-144.

Angeli, F. and Maarse, H. (2012) « Mergers and acquisitions in Western European health care: exploring the role of financial services organizations », *Health Policy*, n°105, pp.265-272.

Batifoulier, P. (2014) *Capital santé. Quand le patient devient client*, Paris : La Découverte.

Batifoulier, P. (2013) « Faire payer le patient: une politique absurde », *Revue du MAUSS*, vol.41, n°1, pp.77-92.

Busse, R. and Blümel, M. (2014) *Germany*, European Observatory on Health Systems and Policies Series: Health Systems in Transition, vol.16, n°2.

Dardot, P. et Laval, C., (2009) *La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris : La Découverte.

- Dormont, B., Geoffard, P.-Y. et Tirole, J. (2014) *Refonder l'assurance-maladie*, Paris : Les Notes du Conseil d'Analyse Economique, n°12, avril.
- Hassenteufel, P. et al. (2001) « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens : convergence, européanisation et adaptations nationales », *Revue Politique Européenne*, n°2, pp.29-48.
- Keen, J., Light, D., Mays, N. (2001) *Public-Private Relations in Health Care*. Londres: King's Fund..
- Maarse, H. (2006) « The privatization of health care in Europe : an eight-country analysis », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.31, n°5, October.
- Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et R. Torrielli (Eds.). (2011) *L'Hôpital en réanimation*, Editions du Croquant.
- Math, A. (2014) « La santé au péril de l'austérité », *Chroniques Internationales de l'IRES*, n°148, pp.22-52.
- Montarani, I. and Nelson, K. (2013) « Social service decline and convergence : how does healthcare fare », *Journal of European Social Policy*, vol.23, n°1, pp.102-116.
- OECD (2014) *Health Statistics 2014. Frequently request data*.
- Quesnel-Vallée, A. et al. (2012) « Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : the health insurance access database », *BMC Health Services Research*, vol.12, n°107, pp.1-12.
- Reibling, N. (2010) « Health care systems in Europe : towards an incorporation of patient access », *Journal of European Social Policy*, vol.20, n°5, pp.5-18.
- Saltman, R. (2002) « Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems », *Social Science and Medicine*, vol.54, n°11, pp.1677-1694.