

LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE

RETOUR HISTORIQUE

Anne-Marie BROCAS

[HTTP://WWW.SECURITE-SOCIALE.FR/L-ACTUALITE-DU-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/l-actualite-du-hcaam)

Le HCAAM est membre du réseau



Une problématique récente

- La notion de régulation utilisée au début des années 1990 : le souhait de piloter l'évolution du secteur par référence à des objectifs de santé, sous contrainte financière
- Contemporaine de la remise en cause de l'interventionnisme tous azimuts de l'Etat et de la recherche de nouveaux modes d'action publique
- Dans un contexte où les alliances anciennes (Etat et champions nationaux, médecins et partenaires sociaux) nouées autour du projet de développement d'une offre de soins moderne sont mises à mal par les évolutions économique et sociale

Des éléments de continuité et des options contradictoires au fil des réformes

- Une oscillation entre un mode de régulation tutélaire et un mode privilégiant l'autonomie des acteurs
- Un double mouvement de centralisation et de territorialisation
- L'étatisation progressive d'une gouvernance éclatée
- Une déstabilisation du modèle d'économie mixte historique



Deux modes possibles de régulation

Mode tutélaire

- Le régulateur détermine les choix de production (offreurs) et de consommation (patients)
- La régulation est individualisée et discrétionnaire
- Le régulateur doit acquérir l'information lui permettant de connaître les besoins, les coûts de production...

Mode autonome

- Les choix de production et de consommation sont orientés par les offreurs et les patients
- Les règles sont impersonnelles et non manipulables
- Le régulateur fixe un cadre budgétaire, contrôle la pertinence et n'intervient qu'en cas de défaillance des offreurs



Une oscillation entre les deux modes

Emergence d'éléments d'autonomie

- Mise en place de règles impersonnelles (CCAM, T2A)
- Encouragement autonomie des offreurs (assouplissement de la planification, développement outils de gouvernance internes aux établissements de santé, outils à la disposition des professionnels avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire...)
- Contrôle de la pertinence (référentiels, HAS...), développement de structures d'appui (ANAP...)

Permanence de la vision tutélaire

- L'instabilité des règles du jeu
- Le maintien d'un interventionnisme permanent sur les orientations d'activité et les tarifs (Contrats des établissements de santé, OQOS...)
- Le faible développement des outils d'autorégulation et de contrôle de la pertinence



Une surabondance de dispositifs en partie contradictoires

- Des dispositifs mis de façon redondante au service d'objectifs multiples
- Et parfois contradictoires...
- Distinguant mal les exigences du court terme et les besoins du long terme



Un double mouvement de centralisation et de territorialisation

La santé : de tous temps, une affaire nationale

- Dès la IIIème république (et malgré la loi de 1902) la prise en main par l'Etat central de la politique d'hygiène puis de protection de la santé
- Le détachement des établissements de santé des collectivités locales pour être placés sous l'autorité de l'Etat
- La poursuite du mouvement y compris lors des actes de décentralisation
- Un mouvement parallèle au sein du réseau de l'assurance maladie

Un mouvement récent de territorialisation

- Ni déconcentration (dans le cadre des services extérieurs de l'Etat) ni décentralisation (dans le cadre des collectivités territoriales)
- Création d'un échelon spécialisé régional : les ARH puis les ARS
- La définition de territoires d'analyse et de territoires d'action, de zones de répartition de l'offre



Une clarification nécessaire des responsabilités aux différents niveaux

- Les questions liées au choix de mode de régulation se posent aux différents niveaux (national, régional...)
- De faibles latitudes laissées au niveau régional (exemple FIR) qui coexistent avec le développement d'expérimentations sur des sujets de portée nationale (exemple Plates-formes de télémédecine)
- Quels outils donnés et à quels acteurs au niveau de quels territoires ?



Etatisation et éclatement de la gouvernance

Un éclatement historique qui perdure

- Un éclatement sectoriel : l'Etat régule les hôpitaux publics et les produits de santé, l'assurance maladie l'offre libérale
- Même si au niveau régional l'action est intégrée dans les ARS et au niveau national fédérée par le CNP des ARS et le programme de gestion du risque
- L'articulation entre le sanitaire, le social et le médicosocial reste problématique

Une Etatisation progressive

- Le rôle des élus locaux et des partenaires sociaux s'est amoindri dans la régulation du système
- Le développement de l'intervention du Parlement et des institutions de la démocratie sanitaire ne constitue jusqu'à présent qu'un contrepoids limité
- Les institutions de l'Etat se développent de façon foisonnante sous la forme d'Agences aux statuts divers



Comment améliorer la gouvernance?

- Les choix d'organisation de la gouvernance sont liés au mode de régulation privilégié et aux niveaux territoriaux retenus
- Le découpage sectoriel est un obstacle majeur à la transformation souhaitée du système
- La nécessité de réexaminer la place des différentes formes de représentation politique et sociale

Des offreurs de soins aux statuts et aux logiques divers

- Une offre combinant de façon originale des établissements publics, privés non lucratifs et privés et des professionnels libéraux
- La création de la notion d'établissement de santé et les évolutions de la notion de service public
- Un cadre commun et des régulations et logiques en partie diverses

Une intervention conjointe d'assureurs obligatoires et facultatifs

- Une superposition pour la solvabilisation de la dépense d'assureurs de base et complémentaires
- L'application du droit communautaire à l'ensemble des familles d'assureurs complémentaires
- Un mouvement de généralisation de la couverture aux deux niveaux



Les questions qui se posent aujourd'hui

- La difficulté à identifier à moyen terme la place de chaque type d'offre dans la perspective du virage ambulatoire (vis-à-vis des infrastructures, des ressources humaines de demain)
- La difficulté à dresser les perspectives de mutualisation organisées par la combinaison des assurances de base et complémentaire
- Les indéterminations ouvertes par les phénomènes de concentration aussi bien du côté de l'offre de soins que des organismes d'assurance maladie complémentaire
- Les indéterminations ouvertes par la mondialisation et l'ouverture des frontières