



Publié dans :

Natali D. et Vanhercke B. (dir.)

Bilan social de l'Union européenne 2011

ETUI, OSE, Bruxelles, 2012

Politiques des soins de santé : débat européen et réformes nationales

Rita Baeten et Sarah Thomson¹

Introduction

L'intervention directe des organisations multilatérales dans les systèmes de santé nationaux était jusqu'à récemment l'apanage des pays en voie de développement subissant les programmes d'ajustement structurels imposés en échange de prêts de la Banque mondiale et du FMI. Suite à la crise économique de la zone euro, les pays de l'UE ont vécu une situation similaire. En 2010 et 2011, les gouvernements de la Grèce, de l'Irlande et du Portugal ont reçu une aide financière du FMI, de la Commission européenne et de la Banque centrale européenne (connus sous le nom de « troïka ») après avoir accepté de s'engager dans des programmes d'ajustement économique. Dans le cadre de ces accords, ils sont tenus de prendre un large éventail d'actions dans le secteur de la santé.

Les interventions de la troïka se situent dans le fil d'autres initiatives à travers lesquelles l'UE s'est occupée de plus en plus de la réforme des systèmes de santé (dans tous les États membres), dans le cadre de la politique macroéconomique. Pour renforcer la gouvernance de la politique économique dans le sillage de la crise financière déclenchée en 2007, les acteurs économiques de l'UE ont élaboré des instruments qui abordent les politiques nationales de soins de santé du point de vue des finances publiques et soulignent la nécessité d'une plus grande maîtrise des dépenses publiques en la matière.

Au vu de la vigueur avec laquelle les États membres ont généralement tenté de préserver les soins de santé des interférences de l'UE, ces évolutions doivent être soulignées. L'approche économique dominante au niveau de l'UE a amené les décideurs nationaux en matière de santé à réagir par l'intermédiaire du Conseil et à insister sur l'importance d'investir dans les soins de santé ainsi que sur la contribution du système de santé à l'effort fourni pour atteindre les objectifs fixés par l'UE.

Dans ce chapitre, nous examinons de quelle manière ces évolutions ont vu le jour, tant en termes *d'approche* que de *contenu* politique. Nous recensons également les recommandations les plus récentes de l'UE quant aux politiques de soins de santé afin de déterminer s'il est possible d'identifier un discours clair et cohérent sur leurs réformes, et examiner dans quelle mesure les processus nationaux de réforme ont fait écho à ce discours lors des deux ou trois dernières années. Nous discuterons enfin des implications politiques de ce qui précède.

1. L'approche de l'UE en matière de réforme du système de santé : le contexte et les instruments

Cette section examine la manière dont les recommandations faites en vue de réformer le système de santé ont trouvé leur place parmi les politiques macroéconomiques de l'UE et décrit la réponse des acteurs sociaux et de santé à ce changement *d'approche*.

1. Les auteurs tiennent à remercier Claire Albano d'avoir mené les entretiens, Kinga Zdunek et Anna Sagan pour leur soutien dans l'examen des PNR et PSC, Dimitris Gouglas et Claire Coleman pour leur aide dans la préparation des sources concernant les réformes de santé, respectivement, en Grèce et au Royaume-Uni et Kris Boers pour ces retours constructifs sur des versions antérieures de ce chapitre.

1.1 La réforme des systèmes de santé intégrée dans la gouvernance économique de l'UE

La maîtrise des dépenses publiques de santé constitue depuis longtemps une des thématiques de la coordination européenne des politiques macroéconomiques. Les grandes orientations des politiques économiques (GOPE) adoptées par le Conseil ECOFIN² (dans le contexte du Pacte de stabilité et de croissance de 1997) ont toujours encouragé les États membres à revoir leurs systèmes de santé à la lumière du vieillissement de la population. Les lignes directrices les plus récentes (2010-2014) exhortent les États membres à renforcer la viabilité des finances publiques, notamment par une réforme des dépenses liées à l'âge en matière de retraites et de soins de santé, ainsi qu'à veiller à ce que ces dépenses soient financièrement soutenables, socialement adaptées, et accessibles (Conseil de l'Union européenne, 2010a). Ce type d'orientation de l'UE est toutefois demeurée générale et non prescriptive jusqu'à récemment.

La crise financière a exacerbé les pressions sur les finances publiques des États membres, ce qui a mené à un renouvellement des efforts de renforcement de la coordination des politiques économiques³. Y figurent une nouvelle méthode de travail (le semestre européen de coordination des politiques économiques), le pacte euro plus, et deux processus législatifs connus sous le nom de *Six Pack* et *Two Pack*, ainsi que les programmes d'ajustement conjoints de l'UE et du FMI en Grèce, en Irlande et au Portugal.

Entré en vigueur en 2011, le semestre européen de coordination des politiques économiques vise à assurer une action coordonnée sur des priorités politiques essentielles de l'UE. Dans le cadre du semestre, les gouvernements doivent établir leurs budgets ainsi que d'autres politiques économiques en gardant à l'esprit les priorités convenues par l'UE, et cette dernière peut surveiller les efforts budgétaires nationaux et déterminer des mesures complémentaires à prendre au niveau européen. Lorsque les gouvernements nationaux échouent à suivre les recommandations dans le délai imparti, l'UE peut émettre des avertissements politiques et, *in fine*, imposer, au moyen d'incitations et de sanctions, la conformité des politiques menées.

Le semestre comprend des procédures déjà existantes (telles que les GOPE), mais son timing et ses procédures de suivi sont plus stricts. Les politiques budgétaires et structurelles des États membres y sont examinées chaque année pendant un cycle de six mois afin de repérer les incohérences et les déséquilibres émergents. Le cycle commence en janvier avec la publication par la Commission européenne de l'Examen annuel de la croissance (EAC), qui énonce les priorités communautaires pour stimuler la croissance et la création d'emplois dans l'année à venir. Après discussion de l'EAC par le Conseil⁴ et le Parlement européen, la réunion de printemps du Conseil identifie les principaux défis économiques auxquels est confrontée l'UE et donne des conseils stratégiques sur les politiques à mener.

Contrairement aux attentes découlant de la conjoncture et des documents de politique économique précédents, l'EAC 2011 ne traite pas des soins de santé (Commission européenne, 2011a). À la fin de 2010, la Commission européenne et le Comité de politique économique (CPE⁵) ont publié un rapport conjoint sur les systèmes de santé (voir ci-dessous). Celui-ci a constitué une tentative de pression en faveur de l'inclusion des réformes du système de santé dans « Europe 2020 » (la stratégie de croissance de l'UE) et de soumission de ces réformes à la surveillance macroéconomique⁶. Les conclusions du Conseil ECOFIN sur le rapport conjoint ont invité les États membres et la Commission à « tenir compte de ces résultats dans leurs analyse et propositions dans le cadre de la stratégie Europe 2020 », donnant à la Commission le mandat qu'elle souhaitait pour agir dans ce domaine (Conseil de l'Union européenne, 2010b). Les soins de santé ont ensuite été inclus dans l'EAC 2012.

Le semestre européen intègre également les Programmes nationaux de réforme⁷ (PNR) et Programmes de stabilité et de convergence⁸ (PSC) que les États membres ont eu à rédiger chaque année dans le cadre du Pacte de stabilité et de croissance. Les États transmettent désormais ces deux documents à la Commission européenne au mois d'avril de chaque année. Le Conseil ECOFIN émet des recommandations spécifiques par pays sur les PNR et PSC en juin ou juillet. Le Conseil émet également des recommandations spécifiques aux États dont les politiques et budgets ne

2. Conseil des ministres UE des Affaires économiques et financières.

3. Pour une analyse plus complète des nouveaux instruments de gouvernance économique, voir le chapitre de Degryse et Pochet dans cette édition.

4. Le Conseil est composé des chefs d'État et de gouvernement des États membres.

5. Le Comité de politique économique conseille et contribue au travail du Conseil ECOFIN et de la Commission en produisant de l'analyse et du consensus sur les politiques.

6. Entretien avec le président du CPE, 4 août 2011.

7. Les PNR reprennent des objectifs nationaux liés à des orientations européennes générales et précisent quelles mesures seront prises pour les atteindre.

8. Les PSC permettent aux États membres de présenter leurs stratégies budgétaires de moyen terme et expose les actions prévues pour renforcer leurs politiques.

respectent pas les objectifs fixés avant la finalisation des budgets nationaux pour l'année suivante (Conseil de l'Union européenne, 2010c).

En mars 2011, les chefs d'État et de gouvernement de la zone euro et de six autres États membres ont conclu le pacte euro plus (Conseil européen, 2011), qui vise à renforcer le pilier économique de l'union monétaire et comprend des engagements et actions à la fois plus ambitieux, plus concrets et assortis d'un calendrier de mise en œuvre. Les engagements doivent être inclus dans les PNR et les PSC et sont soumis à une surveillance régulière, assignant un rôle central fort de suivi pour la Commission. Les chefs d'État et de gouvernement suivront les progrès accomplis en ce qui concerne des objectifs communs, sur la base d'une série d'indicateurs. Les pays confrontés à des défis majeurs dans un des domaines couverts seront identifiés et devront s'engager à les résoudre dans un délai donné. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration de la viabilité des finances publiques, marquée comme l'objectif le plus important, auquel il faut tout d'abord s'attaquer en renforçant la viabilité des pensions, soins de santé et prestations sociales.

À la fin de l'année 2011, un nouvel ensemble de règles de surveillance économique et budgétaire sont entrées en vigueur via un Pacte de stabilité et de croissance renforcé. Sur la base de ce qu'on a appelé le *Six Pack*, des sanctions financières s'appliqueront aux États membres de la zone euro qui ne prennent pas des mesures adéquates. Les États membres en « procédure de déficit excessif » (PDE) (soit, actuellement, tous les États membres à l'exception de l'Estonie, la Finlande, le Luxembourg et la Suède⁹), doivent, pour le corriger, se conformer aux recommandations du Conseil, différenciées par pays et délivrées par les ministres des Finances. Si un État membre ne s'y conforme pas, le Conseil peut imposer des sanctions financières, sur la base d'une recommandation de la Commission, sauf si une majorité qualifiée des voix des États membres s'y oppose – une procédure qui rend l'application des règles plus stricte et plus automatique. Ces nouveaux outils de surveillance seront également mis à contribution dans le cadre du semestre européen.

Une autre série de règlements sera probablement adoptée d'ici l'été 2012 à la seule destination des États membres de la zone euro. En vertu de ce *Two Pack*, la Commission analysera si les propositions de budget d'un État membre pour l'année suivante – à soumettre avant le 15 Octobre – sont conformes aux recommandations du semestre européen que le pays a reçues en mai/juin de la même année ou si elles nécessitent une révision. Pour les États membres de la zone euro en déficit excessif, un système de surveillance progressif permettra la détection précoce des pays pour lesquels il est peu probable que le déficit excessif soit corrigé à la date fixée, et donnera à l'UE la permission d'agir en conséquence. Les États membres affectés ou menacés par de graves difficultés et ceux qui reçoivent certains types de soutiens financiers à titre de précaution feront l'objet d'une surveillance renforcée¹⁰.

Le type le plus complet de surveillance intégrée de l'UE est le programme d'ajustement conjoint UE-FMI appliqué à la Grèce et l'Irlande depuis 2010 et au Portugal depuis 2011. Ce mécanisme vise à garantir la stabilité de la zone euro et à aider les États membres en difficulté financière ou sous pression sérieuse des marchés financiers en leur fournissant un soutien financier sur mesure et individualisé. L'UE fournit les deux tiers des financements du programme et le FMI, le tiers restant. En échange, les trois pays se sont engagés à mettre en œuvre des politiques économiques et sociales reprises dans un protocole d'accord (ou *Memorandum of Understanding* - MoU) soumise à un examen trimestriel. Chaque protocole d'accord – et en particulier ceux de la Grèce et du Portugal – contient des instructions détaillées en matière de réforme du secteur des soins de santé (Commission européenne, 2010c, 2010d et 2011b).

Cette analyse montre comment une approche de l'UE qui n'offrait dans un premier temps que des orientations relativement générales sur les questions de santé en lien avec les politiques macroéconomiques, s'est transformée au cours des deux dernières années en une forme systématique de surveillance, soutenue par le pouvoir d'émettre des avertissements précoces et d'appliquer des sanctions. La surveillance macroéconomique inclut implicitement les recommandations de la Commission pour le secteur de la santé. Le programme d'ajustement UE-FMI va plus loin puisqu'il implique explicitement des instructions en matière de réforme des systèmes nationaux de santé.

9. Le Pacte de stabilité et de croissance prévoit que la procédure de déficit excessif est déclenchée lorsque le déficit budgétaire d'un État membre dépasse le seuil des 3 % prévus dans le traité.

10. http://ec.europa.eu/economy_finance/articles/governance/2012-03-14_six_pack_en.htm.

1.2 Les autorités de santé nationales entendent peser sur le processus

Lorsque les acteurs économiques de l'UE ciblent la protection sociale, y compris les soins de santé, dans le cadre de la politique macroéconomique, les acteurs du social et de la santé sont généralement amenés à réagir. Les développements récents ne font pas exception.

Au cours de la dernière décennie, les acteurs sociaux tels que le Conseil EPSCO et la DG Emploi de la Commission ont acquis le statut d'homologues des acteurs économiques. La Méthode ouverte de coordination (MOC) dans le domaine de la protection sociale est apparue en 1999 en réponse à l'intégration économique de l'UE. Elle visait à ajouter à l'approche budgétaire des acteurs économiques des questions liées à la qualité et l'accessibilité (voir par exemple, Vanhercke et Wegener, 2012). Elle vise, en tant que *soft law*, à diffuser les meilleures pratiques et à produire une plus grande convergence vers les objectifs clés de l'UE. Depuis 2004, les soins de santé ont été inclus dans le processus (voir encadré 1).

Dans la même veine, mais cette fois en lien avec le semestre européen, en juin 2011, les ministres de la santé ont appelé via le Conseil à un processus de réflexion « en vue de répertorier des moyens efficaces d'investir dans la santé, de manière à mettre en place des systèmes de santé modernes et durables capables de s'adapter à des besoins changeants » (Conseil de l'Union européenne 2011).

Encadré 1 La MOC sociale

Tous les deux ou trois ans, chaque État membre décrit, dans des Rapports stratégiques nationaux (RSN) contenant une section sur les soins de santé, les progrès accomplis au regard des objectifs communs¹¹. Ces progrès sont évalués dans un Rapport conjoint sur la protection et l'inclusion sociales qui définit les priorités clés et identifie les bonnes pratiques. Il est adopté par la Commission et le Conseil EPSCO pour soumission au Conseil européen de printemps.

Le Rapport 2010 souligne que le défi pour les systèmes de santé consiste à améliorer l'efficacité tout en assurant l'universalité de l'accès à des soins de santé de qualité (Commission européenne, 2010a). Un document d'appui reprend les stratégies possibles pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé (Commission européenne, 2010b).

La stratégie Europe 2020 semble avoir affaibli le rôle de la MOC sociale, y compris pour ce qui concerne les soins de santé. Il est à craindre que le RSN sera remplacé par des rapports nationaux succincts et que l'évaluation sociale via les rapports annuels (conjoint) sera déclassée et son impact réduit (Vanhercke et Lelie, 2012).

Conscients des défis que la crise économique pose aux systèmes de santé, ils ont compris la nécessité de prendre les devants dans les débats : « Si nous ne le faisons pas, alors quelqu'un d'autre le fera »¹². Une des préoccupations principales des ministres de la santé était de s'assurer que les mesures introduites pour rendre les systèmes de santé plus viables financièrement ne se concentreraient pas uniquement sur la maîtrise des coûts (Conseil de l'Union européenne, 2011). Les ministres ont également souligné la contribution de la santé à la croissance économique. Le Conseil a donc appelé le secteur de la santé à « jouer un rôle adéquat dans la mise en œuvre de la stratégie Europe 2020 » et insisté sur « le rôle prépondérant des ministres de la Santé dans l'élaboration et la poursuite d'approches efficaces en matière de politique de santé, afin de répondre adéquatement aux défis macroéconomiques, de santé et de société » (Conseil de l'Union européenne, 2011).

Le processus de réflexion se tiendra sous les auspices du Groupe de travail sur la santé publique au niveau des hauts fonctionnaires, un organisme créé par le Conseil et relevant directement de lui. En confiant le processus de réflexion à ce Groupe de travail, les États membres ont voulu garder le contrôle sur celui-ci plutôt que de le transférer à la Commission : « Le vrai débat doit rester au niveau des États membres »¹³. Le Groupe de travail devrait être en dialogue régulier avec le Comité de politique économique (CPE) et le Comité de protection sociale (CPS) pour s'assurer que les acteurs de santé soient impliqués dans les débats en cours sur les systèmes de santé que mènent les acteurs économiques et sociaux au niveau de l'UE¹⁴.

11. <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=3&policyArea=>

[o&subCategory=o&country=o&year=o&advSearchKey=nsr+spsi&mode=advancedSubmit&langId=en.](#)

12. Entretien avec l'attaché en matière de santé d'une Représentation permanente auprès de l'UE, le 1^{er} août 2011.

13. Entretien avec l'attaché en matière de santé d'une Représentation permanente auprès de l'UE, le 1^{er} août 2011.

14. Entretien avec l'attaché en matière de santé d'une Représentation permanente auprès de l'UE, le 1^{er} août 2011.

Quatre sous-groupes ont été mis en place pour traiter les sujets suivants (Commission européenne, 2011c) :

- l'amélioration de la représentation de la santé dans la stratégie Europe 2020 et le semestre européen ;
- l'identification des facteurs de succès pour une utilisation efficace des fonds structurels à des fins d'investissements de santé ;
- la fourniture de réponses adéquates aux besoins changeants et croissants de la société en matière de santé, et de développement d'une conception efficace et efficiente de l'investissement dans le secteur de la santé ;
- la mesure et la surveillance de l'efficacité des investissements dans la santé.

Deux points sont à noter. Tout d'abord, dans ce qui semble être un motif récurrent (et donc potentiellement prévisible - voir par exemple Baeten, 2005), les ministres de la santé, qui ont toujours été réticents à l'idée de permettre à l'UE d'intervenir dans une responsabilité considérée comme nationale, ont été contraints de réagir aux évolutions initiées par les acteurs économiques. Il est plausible que la Commission ait délibérément mis le débat sur les systèmes de santé à l'ordre du jour politique de l'UE par l'intermédiaire premier des acteurs économiques, afin de s'assurer que sa tentative serait couronnée de succès, sachant très bien que les acteurs de la santé y répondraient. Deuxièmement, en dépit des efforts des États membres pour garder le contrôle sur le processus de réflexion à travers le Groupe de travail sur la santé publique au niveau des hauts fonctionnaires, la Commission a réussi à s'installer aux commandes du sous-groupe le plus important, celui chargé de la place de la santé dans le Stratégie Europe 2020 et dans le semestre européen¹⁵. En outre, puisque la Commission agit comme une entité unique, la voix de la DG ECFIN est à même de porter jusque dans ces débats (en coulisses également).

2. Réforme des systèmes de santé : un discours cohérent de l'UE ?

Cette section examine plus en détail le *contenu* de l'orientation politique de l'UE en matière de réformes des systèmes de santé pour déterminer s'il est possible d'y identifier un discours clair et cohérent. Elle passe en revue les objectifs énoncés dans la MOC sociale en 2006, les conclusions du Conseil ECOFIN sur le rapport conjoint de 2010 concernant les systèmes de santé, les recommandations du secteur de la santé figurant dans les PNR 2011 et les protocoles d'accord de la Grèce, l'Irlande et le Portugal.

Avant 2010, les principes directeurs pour les réformes des systèmes de santé n'avaient été adoptés que par les ministres des affaires sociales au sein du Conseil EPSCO, et ces principes avaient été présentés comme des objectifs communs au sein de la MOC sociale (voir encadré 2). Ces objectifs sont non seulement définis en termes généraux, mais du fait même qu'ils constituent des objectifs (et non pas des mesures ou des instruments politiques spécifiques), ils sont peu susceptibles de prêter le flanc à la controverse, et sont donc à même de rassembler un large soutien. Toutes les mesures mentionnées sont énoncées dans les termes les plus généraux (par exemple « les normes de qualité reflétant les meilleures pratiques de développement international » ou « des incitations appropriées pour les utilisateurs et les prestataires »). En matière de contenu, ils sont très proches des objectifs des systèmes de santé établis par l'Organisation mondiale de la santé : une protection financière universelle, l'égalité d'accès à des services de santé de bonne qualité, l'utilisation efficace des ressources de soins de santé, la réactivité et l'équité dans les améliorations sanitaires (OMS, 2000).

Encadré 2 Les objectifs communs en matière de santé et soins de longue durée dans la MOC sociale (CPS et CPE, 2006)

Les États membres devraient fournir des soins de santé accessibles, de haute qualité et durables, et des soins de longue durée en veillant à :

- l'accès pour tous aux soins de santé et aux soins de longue durée ; le besoin de soins ne doit pas conduire à la pauvreté et à la dépendance financière, et les inégalités d'accès aux soins et de résultats sanitaires doivent être traitées ;
- la qualité en matière de soins santé et de soins de longue durée, l'adaptation des soins, y compris le développement des soins préventifs, aux besoins changeants et aux préférences sociales et individuelles, notamment par l'élaboration de normes de qualité correspondant aux meilleures pratiques internationales, et le renforcement de la

15. Les autres sous-groupes sont présidés par des États membres.

- responsabilité des professionnels de la santé ainsi que celle des patients et des bénéficiaires de soins ;
- le caractère abordable et financièrement viable de soins de santé et soins de longue durée adéquats et de qualité en promouvant de l'utilisation rationnelle des ressources, notamment grâce à des incitations appropriées pour les usagers et les prestataires, la bonne gouvernance et la coordination entre les différents systèmes de soins et les établissements publics et privés. Viabilité à long terme et qualité passent par la promotion de modes de vie sains et actifs ainsi que par l'allocation de ressources humaines de qualité dans le secteur des soins.

À la fin de l'année 2010, le Conseil ECOFIN a adopté des conclusions sur le rapport conjoint sur les systèmes de santé rédigé par le CPE et la Commission européenne (DG Ecfm) (Commission européenne et CPE, 2010a). Ce rapport, qui constitue la première publication CPE-CE en matière de systèmes de santé, analyse les déterminants des dépenses de santé dans les États membres ; une annexe exhaustive identifie en outre les principaux défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés dans chacun des 27 pays (Commission européenne et CPE, 2010b). Les conclusions (voir encadré 3) méritent d'être mentionnées pour trois raisons. Premièrement, elles constituent l'orientation la plus détaillée de l'UE en matière de réformes des systèmes de santé à ce jour. Deuxièmement, elles s'éloignent d'une focalisation quasi exclusive sur les objectifs et comprennent une gamme d'instruments politiques, ce qui augmente automatiquement la probabilité qu'elles soient sujettes à controverses. Troisièmement, l'inclusion d'instruments de politique est d'autant plus remarquable que les conclusions ont été adoptées par les ministres des Finances plutôt que par les ministres des Affaires sociales ou de la Santé.

Les outils politiques proposés semblent cependant relativement peu controversés. Plusieurs éléments correspondent à des objectifs convenus dans la MOC sociale. En outre, l'accent est mis non pas tant sur le contrôle des dépenses publiques par le biais d'une maîtrise brute des coûts que sur l'amélioration de l'efficacité (rapport coûts/bénéfices) grâce à « un degré élevé de mise en commun des fonds », une amélioration de l'allocation des ressources (un meilleur accès aux soins de première ligne et la réduction de l'utilisation inutile de spécialistes, par exemple) et une focalisation sur l'efficacité en termes de coût (par exemple, en matière de recours aux médicaments et autres services sous-tendus par l'utilisation systématique de l'évaluation des technologies de la santé).

Deux aspects des conclusions pourraient être considérés comme controversés : l'inclusion du « partage des coûts » (frais à charge de l'utilisateur) et la recommandation que les soins de santé soient fournis « le cas échéant grâce à la participation de prestataires non publics ». Le dernier point, seule partie des conclusions à ne pas figurer dans le rapport conjoint, se reflète dans l'EAC 2012, qui préconise de renforcer la concurrence en éliminant les restrictions injustifiées sur les services aux entreprises et professionnels dans le secteur de la santé (Commission européenne, 2011d), et à nouveau dans le protocole d'accord irlandaise (voir ci-dessous).

Encadré 3 **Conclusions du Conseil sur le rapport conjoint CPE-Commission sur les systèmes de santé (Conseil de l'Union européenne, 2010b)**

Défis politiques clés qui devront être traités par les États membres :

- assurer une base de financement durable, un haut degré de mise en commun des fonds et une bonne allocation des ressources qui assure l'équité d'accès ;
- encourager une utilisation des soins efficace en termes de coût, par des incitations adéquates, en ce compris le partage des coûts et les régimes de paiement des prestataires, et le cas échéant grâce à la participation des prestataires non publics tout en assurant la protection des personnes les plus vulnérables ;
- encourager la fourniture et l'accès aux soins de santé de première ligne pour améliorer la santé générale et réduire le recours inutile à des spécialistes et aux soins hospitaliers ;
- réduire l'offre induite par la demande en tenant compte de l'interaction entre des facteurs de demande et d'offre, etc. ;
- veiller à l'utilisation des médicaments efficace en termes de coût par l'amélioration de l'information, de la tarification et des pratiques de remboursement, ainsi que par l'évaluation de l'efficacité ;
- améliorer la collecte des données, les canaux d'information et l'utilisation des informations disponibles pour augmenter les performances globales du système ;
- déployer plus systématiquement, dans les processus décisionnels, l'évaluation des technologies de la santé, en termes d'efficacité, de coût et d'impact plus large des traitements ;
- améliorer la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris en dehors du secteur de la santé.

Dans les deux cas, cependant, l'utilisation de formulations prudentes (par exemple « le cas échéant ») diminue le potentiel de controverses. L'évocation du « partage des coûts » comme incitant à une « utilisation des soins efficace en termes de coût » pourrait être interprétée comme une « approche fondée sur des valeurs » qui extrait les frais à charge de l'utilisateur pour les services et modes d'utilisation efficaces en termes de coût ou bien les applique sélectivement à des services et usages qui ne sont pas efficaces en termes de coût (Chernew *et al.*, 2007 ; Fendrick et

Chernew, 2006). Une telle approche n'est pas exempte de ses propres défis (Thomson *et al.*, 2010), mais elle vaut mieux que les plaidoyers sans preuve en faveur du recours à la participation financière de l'utilisateur pour contenir les coûts. Cette recommandation est d'ailleurs également accompagnée d'un appel à assurer « la protection des personnes les plus vulnérables », conforme aux données probantes internationales (Habicht *et al.*, 2006 ; Swartz, 2010).

Une série de réformes du système de santé ont été incluses dans les PNR 2011 de 13 États membres (Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie et Slovénie), mais sur instruction de la Commission, le Conseil ECOFIN n'a fourni de recommandations spécifiques pour la réforme du système de santé que dans trois pays. Les recommandations du Conseil sont très générales cette fois-ci : elles suggèrent que l'Autriche devrait « renforcer le cadre budgétaire national » en alignant les responsabilités des différents niveaux de gouvernement, en particulier dans le secteur de la santé, que Chypre devrait « accélérer la mise en œuvre du système national d'assurance maladie » (une réforme qui a été reportée à plusieurs reprises depuis sa première évocation), et que l'Allemagne devraient encore améliorer « l'efficacité des dépenses publiques consacrées aux soins de santé et aux soins de longue durée »¹⁶.

Les protocoles d'accord de l'UE-FMI signés avec la Grèce, l'Irlande et le Portugal vont au-delà des objectifs, des orientations ou des recommandations et prennent la forme d'instructions détaillées en matière de réformes du système de santé. Ces instructions font l'objet d'un examen trimestriel qui peuvent mener à des sanctions pour non-conformité (voir encadré 4). Le programme pour la Grèce est le plus vaste, suivi par celui du Portugal. Le programme irlandais, en revanche, contient très peu d'instructions spécifiques au secteur de la santé.

Encadré 4 Les réformes du système de santé énoncés dans les protocoles d'accord

Grèce¹⁷

Un élément clé de l'accord stipule que les dépenses publiques de santé ne doivent pas dépasser 6 % du PIB (Commission européenne, 2010c). Dans le cadre de cette contrainte rigide, le FMI a proposé des réformes visant à améliorer les systèmes de gestion, d'achat, de comptabilité et de prix, conjuguées à la mise en place d'une surveillance opérationnelle par le ministre des Finances, tandis que la Commission s'est concentrée sur la création des conditions préalables à une plus grande efficacité et transparence.

Les mesures à court terme comprennent (Commission européenne, 2010e) :

- une surveillance et un système d'information efficaces avec des audits réguliers, des rapports et des évaluations des données ;
- la centralisation des procédures de passation des marchés pour les médicaments et les services médicaux ;
- des changements dans le remboursement par les tiers-payants, accords prix-volume, rabais et réductions) des pharmacies et fournisseurs en gros de produits pharmaceutiques ;
- des procédures de prescription électroniques génériques et leur suivi par l'intermédiaire de lignes directrices à destination des médecins en matière de prescription ;
- l'application d'une augmentation des frais à charge des usagers pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux publics et centres de santé (à partir de 3 à 5 euros par visite), ainsi que pour les visites d'urgence injustifiées, et de modifications de la tarification des médicaments délivrés sur ordonnance de manière à encourager une plus grande utilisation des médicaments génériques.

À moyen terme (deux ans) les mesures comprennent :

- une meilleure mise en commun des fonds pour acheter des services de santé ;
- le renforcement des services de soins de première ligne et un déplacement de l'utilisation des services hospitaliers vers les soins de première ligne ;
- la mise en place de dossiers médicaux électroniques des patients ;
- l'amélioration des systèmes de calcul des coûts et budgets hospitaliers ;
- l'amélioration des systèmes de remboursement des médecins et des hôpitaux.

Parmi les mesures à long terme, figurent une rationalisation de la répartition des responsabilités entre les différents acteurs et une meilleure gouvernance du système de santé.

16. http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/convergence/programmes/2011_en.htm.

17. Cette section s'appuie sur un briefing de contexte général préparé par Dimitris Gouglas.
<http://www.imf.org/external/np/loi/2010/grc/120810.pdf>.

Portugal¹⁸

Le protocole d'accord met l'accent sur des mesures visant à réduire les dépenses publiques en matière de produits pharmaceutiques et de soins hospitaliers, y compris :

- l'augmentation des frais à charge des patients via la mise en place de critères de ressources et la tarification plus élevée pour les consultations ambulatoires de spécialistes que pour les soins de première ligne ;
- la réduction des allègements fiscaux pour les dépenses privées de santé ;
- la rationalisation de la couverture pour les fonctionnaires ;
- des changements dans le remboursement par les tiers-payants (accords prix-volume, rabais et réductions) des pharmacies et fournisseurs en gros de produits pharmaceutiques ;
- des procédures de prescription électroniques génériques et leur suivi par l'intermédiaire de lignes directrices à destination des médecins en matière de prescription ;
- la centralisation des procédures de passation des marchés pour les médicaments et les services médicaux ;
- l'accroissement de la concurrence entre prestataires privés et la réduction des dépenses publiques pour des diagnostics privés ;
- le renforcement des soins de première ligne, y compris via le paiement à la performance des prestataires, l'amélioration de la répartition des médecins de famille dans le pays, et un déplacement de l'utilisation des services hospitaliers vers les soins de première ligne ;
- l'amélioration des systèmes de calcul des coûts et budgets hospitaliers, l'utilisation des NTIC, le renforcement de la gouvernance et la rationalisation du réseau hospitalier ;
- la mise en place de dossiers médicaux électroniques des patients.

Irlande

Le protocole d'accord irlandaise oblige le gouvernement à supprimer les obstacles au commerce et à la concurrence dans les soins de santé en éliminant le *numerus clausus* en ce qui concerne les médecins généralistes, les restrictions pesant sur les médecins généralistes qui souhaitent traiter des patients du service public et celles pesant sur la publicité pour les généralistes (Commission européenne, 2010d).

Contrairement aux conclusions du Conseil sur le rapport conjoint et les recommandations du PNR, certaines des exigences de le protocole d'accord sont plutôt controversées, notamment l'augmentation des frais à charge des patients et le plafonnement des dépenses publiques de santé en Grèce. L'augmentation des frais à charge des patients exigés dans le protocole d'accord portugais est soumise à des conditions de ressources et reflète, dans une certaine mesure, une approche fondée sur les valeurs. Mais en Grèce cette dernière est absente lorsqu'il est question de frais à charge des usagers pour les soins ambulatoires (y compris les soins de première ligne), et mise en sourdine pour d'autres services (elle se limite à l'imposition d'une tarification plus élevée pour des visites d'urgence injustifiées et une diminution du coût pour les patients des médicaments génériques moins chers).

La tentative de limiter les dépenses publiques de santé « à un niveau de 6 % du PIB ou en-dessous », en d'autres termes au niveau actuel, est toutefois potentiellement beaucoup plus dommageable. Ce niveau était déjà bas par rapport aux standards européens, sans compter que fixer le plafond en pourcentage du PIB à un moment où le PIB réel est en baisse sensible (-3,5 % en 2010, -6,9 % en 2011 et -4,4 % en 2012) a comme conséquence de réduire les dépenses publiques – et dès lors, très probablement, de renforcer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé.

Un autre aspect frappant du protocole d'accord pour la Grèce et le Portugal réside dans la promotion de l'e-santé (comme les ordonnances électroniques, l'utilisation de systèmes IT interopérables dans les hôpitaux et les dossiers médicaux électroniques), qui peut découler de l'influence de l'Agenda numérique de l'UE. Celui-ci, qui est destiné à stimuler la croissance économique, assigne un rôle important à l'e-santé. C'est d'ailleurs une tendance générale des systèmes de santé que de renforcer cet aspect, en particulier par le développement des dossiers électroniques des patients. La prescription électronique peut contribuer à la qualité des soins et à leur efficacité (McKibbin *et al.*, 2011), mais les programmes nationaux d'e-santé ne sont ni bon marché ni aisés à mettre en œuvre (voir par exemple Greenhalgh *et al.*, 2011). Il est donc douteux de faire de l'investissement à grande échelle dans des projets d'e-santé une priorité pour des systèmes de santé confrontés à de graves problèmes financiers.

Un certain nombre de tendances se dégagent de ce bref survol des orientations de l'UE en matière de réformes des systèmes de santé. Tout d'abord, la *nature* de l'orientation a changé, passant de l'état de grands objectifs (la MOC

18. <http://www.imf.org/external/np/loi/2011/prt/051711.pdf>.

sociale) à des recommandations incluant des instruments politiques spécifiques (les conclusions sur le rapport conjoint) et, de là, à des instructions détaillées (les protocoles d'accord, MoU). Deuxièmement, le *contenu* du document d'orientation est devenu moins consensuel. Ce changement n'est pas surprenant, vu la nature de plus en plus contraignante de ces orientations. Troisièmement, l'éventail des objectifs assignés aux réformes des systèmes de santé s'est enrichi et les tensions entre les différents objectifs apparaissent plus clairement.

Deux objectifs sont explicitement énoncés dans la quasi-totalité des différents documents politiques examinés, y compris la le protocole d'accord grecque : assurer la viabilité des finances publiques grâce à une meilleure efficacité en termes de coûts et assurer l'accès à des soins de bonne qualité. L'objectif de stimulation de l'emploi via la création de postes dans le secteur de la santé est mentionné dans les textes politiques de portée plus générale (l'EAC 2012, par exemple) mais n'est pas repris dans les recommandations plus concrètes (les conclusions du rapport conjoint ou les protocoles d'accord). N'est pas repris non plus l'argument (figurant dans le rapport conjoint 2010 sur la protection sociale et l'inclusion sociale) que les pays ayant des indicateurs de santé faibles devront, à l'avenir, dépenser plus (et plus efficacement) en matière de soins de santé. Toutefois, l'objectif d'accroître la concurrence dans le secteur de la santé apparaît dans l'EAC 2012 (Commission européenne, 2011d), les recommandations du PNR pour le Danemark (poursuite de la libéralisation des pharmacies) et le protocole d'accord irlandaise (Commission européenne, 2010d et 2011e). Bien que ces recommandations spécifiques ne soient pas contestées, les appels feutrés à ouvrir les soins de santé à la concurrence entre prestataires publics et privés pourraient susciter des questions.

À mesure que les orientations de l'UE se faisaient plus contraignantes, les tensions entre certains des objectifs sont apparues de plus en plus clairement. En Grèce, par exemple, il est difficile de voir comment des réductions importantes des dépenses publiques de santé peuvent se concilier avec l'objectif de « maintenir l'accès universel et améliorer la qualité de la prestation des soins », à moins que les décideurs ne soient à même de réaliser très rapidement des gains d'efficacité substantiels. Leur capacité à le faire est cependant remise en question par des informations récentes quant à l'augmentation des problèmes d'accès et à l'aggravation de l'état de santé en Grèce (Kentikelenis *et al.*, 2011). Les gains d'efficacité soutenus dans les soins de santé ont rarement été obtenus à un faible coût. C'est particulièrement vrai une fois qu'ont été atteintes des cibles relativement faciles (comme les réductions des prix des médicaments).

3. Discours de l'UE et réformes nationales des systèmes de santé

Cette section examine brièvement dans quelle mesure le discours de l'UE, résumé dans la section précédente, a été repris dans les processus nationaux de réforme au cours des deux ou trois dernières années. Comme il est difficile d'établir, sans d'importantes recherches, l'étendue du rôle de l'UE dans l'instigation des réformes nationales, l'analyse est provisoire et ne vise pas la systématisme.

L'influence de l'UE est la plus évidente dans les trois pays soumis à des programmes d'ajustement de l'UE et du FMI. Des instructions concrètes de réforme doivent y être mises en œuvre en échange d'une aide financière. Il existe cependant des différences quant au nombre de mesures impératives prévues pour la Grèce et le Portugal d'une part, et l'Irlande de l'autre. Le fait que l'Irlande avait déjà entamé un important programme de réforme du système de santé en est sans doute à l'origine. Au début de l'année 2011, le gouvernement de coalition nouvellement élu a publié un programme de réforme qui comprenait des plans visant à aller vers « une assurance santé universelle » d'ici à 2016. Destinées à promouvoir l'accès universel aux soins de santé et à améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources, ces plans contiennent de vastes réformes de la structure de financement de la santé et de prestation des soins de santé.

Les trois pays diffèrent également quant à la rapidité et l'ampleur de la mise en œuvre de la réforme. Le parlement irlandais a déjà adopté des lois, fondées sur les instructions du protocole d'accord et concernant les restrictions sur la capacité des médecins généralistes à traiter les patients du secteur public. Des réformes importantes ont également été introduites en Grèce, mais alors que bon nombre des objectifs de court terme fixés par la Commission ont été partiellement atteints, ceux de moyen et long terme ne l'ont pas été. Certains retards peuvent être attribués à des complications techniques, d'autres à l'opposition de groupes d'intérêts (Commission européenne, 2011f).

D'autres pays se sont engagés dans la réforme de leurs systèmes de santé au cours des deux ou trois dernières années. Ces processus ont été en grande partie lancés à l'échelle nationale, souvent en réponse aux contraintes budgétaires imposées par la crise financière. Une enquête exhaustive réalisée par le European Observatory on Health Systems and Policies (l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé) identifie un large éventail de réponses des systèmes de santé depuis 2008. Les paragraphes suivants résument celles qui ont été continuées en 2011, y compris en Grèce, en Irlande et au Portugal (Mladovsky *et al.*, 2012).

Plusieurs pays ont fait état de réductions continues des dépenses publiques en soins de santé (Autriche, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Roumanie, Catalogne – Espagne – et Royaume-Uni), via une augmentation des taux d'imposition ou de contribution visant à soutenir le financement collectif (Italie, Grèce, Portugal) ou un report ou ralentissement des investissements dans des projets tels que les infrastructures hospitalières (Bulgarie, France, Royaume-Uni). Certains pays ont choisi de protéger les budgets de la santé, afin d'éviter le transfert des coûts aux ménages (Belgique, Danemark, Suède).

Les pays ont également rapporté des changements qui affectent les niveaux de couverture légale. La Grèce et la République tchèque ont réduit le droit aux soins de santé pour les résidents étrangers et la Catalogne a présenté un plan visant à obtenir une indemnisation pour le traitement de patients provenant d'autres régions. Chypre a une fois de plus décidé de reporter la mise en œuvre de son nouveau système national d'assurance santé, qui aurait étendu la couverture à toute la population. La Grèce a présenté un programme d'avantages sociaux uniformes pour tous les fonds d'assurance-maladie, tandis que le Portugal a retiré en 2011 une gamme de services du régime spécial de couverture pour les travailleurs du secteur public (ADSE), y compris les accidents du travail, la mauvaise santé, les thérapies non conventionnelles et la chirurgie esthétique, et a rendu volontaire l'adhésion à ce régime.

Les produits pharmaceutiques sont demeurés un secteur clé de l'attention politique. Suite à des efforts généralisés pour négocier avec les fabricants des baisses de prix des médicaments dans plusieurs pays en 2009 et 2010, une poignée de pays ont adopté des listes positives de médicaments remboursables (République tchèque, Grèce) ou des appareils médicaux (Bulgarie). La République tchèque, la Grèce, le Portugal et la Roumanie ont augmenté les frais à charge des usagers (pour inciter à l'utilisation des soins de première ligne ou ambulatoires avant l'accès à des soins hospitaliers ou d'urgence, au Portugal), tandis que d'autres (Belgique, Italie) ont cherché à renforcer l'accès aux soins de santé en supprimant certains frais à charge des usagers ou en étendant le droit à l'exemption de ces frais. Le gouvernement britannique a quant à lui décidé de ne pas étendre la liste des maladies chroniques pour lesquelles les patients externes sont exemptés de frais d'ordonnance.

Les modifications introduites en 2011 pour réduire les coûts des soins de santé incluent de nouvelles procédures de passation des marchés pour les dispositifs médicaux (centralisation en Bulgarie, en Grèce et au Portugal et ventes aux enchères en République tchèque), des réductions dans le coût, pour les acheteurs légaux, des médicaments (Grèce, Portugal, Roumanie), des produits médicaux (Portugal) ou des services de santé (Estonie); des coupes dans les salaires des prestataires ou les marges bénéficiaires (France, Grèce, Irlande); des augmentations moins élevées que d'habitude des honoraires des prestataires (Danemark, Royaume-Uni) ou un ralentissement du taux de recrutement du personnel ou de son taux de maintien en place (Grèce, Irlande); une diminution ou un plafonnement des budgets administratifs (Irlande, Royaume-Uni). En Grèce, la restructuration des hôpitaux s'est poursuivie.

Les réponses des systèmes de santé à la crise financière recourent largement les orientations de l'UE, notamment en termes de contrôles des dépenses publiques, en particulier dans le domaine des produits pharmaceutiques – autrement dit les objectifs aisément atteignables mentionnés ci-dessus. Deux des programmes de réforme nationale les plus vastes proposés depuis 2010 – en Irlande et en Angleterre – ne semblent néanmoins pas avoir été influencés par les orientations de l'UE. Ils découlent au contraire de processus politiques nationaux et d'agendas politiques internes. Dans les deux pays, les nouveaux gouvernements ont été formés par des partis politiques qui avaient été dans l'opposition pendant une longue période et qui, par conséquent, ont saisi l'occasion pour introduire des changements majeurs.

En termes de contenu, les réformes ont généralement impliqué des efforts pour réduire les dépenses publiques en soins de santé, bien que très peu de pays l'aient fait en diminuant explicitement les prestations ou en augmentant les frais à charge des patients. Au contraire, plusieurs pays se sont efforcés d'améliorer l'efficacité du système en réduisant le coût des produits pharmaceutiques pour les tiers-payants et les usagers, en s'attachant à mieux promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments et en s'attaquant à la question des capacités excédentaires dans le secteur hospitalier.

Discussions et conclusions

Ce chapitre a esquissé les développements récents en matière de réforme des systèmes de santé aux niveaux européen et national.

Au niveau de l'UE les développements ont été rapides au cours des deux dernières années, tant en termes de dispositif politique que de contenu. Jusque récemment, les systèmes de santé y avaient été abordés presque uniquement dans le

contexte du marché intérieur et de la mobilité des patients. Mais, fin 2010, les ministres des Finances ont adopté les conclusions du Conseil établissant les lignes directrices des politiques de santé. Ces conclusions constituaient non seulement les orientations les plus détaillées alors disponibles en provenance de l'UE, mais elles ont également confié à la Commission européenne le mandat d'aborder la réforme du système de santé dans le contexte de la surveillance macroéconomique.

De Ruijter et Hervey (à paraître) soutiennent que la Commission se sert des acteurs économiques et des mécanismes institutionnels (tels que le Conseil ECOFIN) pour lesquels la compétence de l'UE est la moins contestée, afin de communiquer et de faire avancer ses politiques en matière de soins de santé, domaine dans lequel elle ne dispose pas de compétence. Selon eux, la raison en est que, quand les soins de santé sont évoqués comme un problème social, les acteurs impliqués n'ont pas l'influence nécessaire pour faire passer les documents politiques au Conseil.

À première vue, il peut sembler que ce changement de cap de l'UE en termes d'approche et de contenu politique constitue une réponse à la crise financière et à la crise de la zone euro. Mais d'après certains acteurs, ce n'est pas le cas : les conclusions du rapport conjoint « auraient été rédigées, même sans la crise ». La crise financière a plutôt ouvert une fenêtre d'opportunité permettant à l'UE de revendiquer une légitimité accrue à influencer sur ce domaine de compétence nationale – objectif qui figurait à l'agenda politique de la Commission depuis longtemps.

Le chapitre a également montré comment la nature et le contenu de l'orientation politique de l'UE en matière de réformes du système de santé ont changé, passant d'objectifs susceptibles de rassembler un large soutien, à des instruments politiques encore relativement généraux, potentiellement controversés, mais formulés en des termes adéquatement nuancés, puis à des prescriptions spécifiques, dont certaines sont beaucoup plus controversées. Ces évolutions ont plusieurs implications. Tout d'abord, elles mettent en évidence des tensions antérieures entre différents objectifs de l'UE en matière de réforme du système de santé : assurer la viabilité des finances publiques grâce à l'amélioration de l'efficacité en termes de coût ; assurer l'accès à des soins de haute qualité ; stimuler l'emploi en créant des postes de travail ; dynamiser la croissance économique ; et renforcer la concurrence dans le secteur de la santé. La capacité des États membres à promouvoir l'accès universel à des services de haute qualité à un moment où ils sont tenus par l'UE de réduire les dépenses publiques de santé est, en particulier, remise en question. Les données probantes grecques laissent penser que ces objectifs ne peuvent pas toujours être conciliés et qu'en résulte notamment une baisse de l'accès aux soins et un état de santé moins bon.

Deuxièmement, et de manière peut-être plus importante encore, un précédent existe désormais à l'intervention directe de l'UE dans les politiques nationales de santé, qui entrave sérieusement la capacité des États membres à déterminer leurs priorités en termes d'objectifs et d'instruments politiques. Si la Grèce, le Portugal et l'Irlande constituent des exemples extrêmes de cette intervention, cette évolution peut se propager à d'autres pays. Le *Six Pack* (et la *Two Pack* à venir) renforcent considérablement les pouvoirs de l'UE en matière de surveillance macroéconomique en introduisant la possibilité de sanctions. Les États membres connaissant des « déficits excessifs » (soit tous dans l'état actuel, sauf l'Estonie, la Finlande, le Luxembourg et la Suède) seront désormais tenus de se conformer à des recommandations spécifiques émises par les ministres des finances au sein du Conseil ECOFIN. Dans la mesure où l'Examen annuel de la croissance 2012 traite des soins de santé, il paraît probable que les futures recommandations le feront également.

Comme cela a été remarqué par d'autres auteurs, le secteur de la santé peut constituer une cible attrayante en comparaison à d'autres domaines de dépenses publiques (telles que les pensions et l'éducation), notamment en raison de sa taille, mais aussi de son potentiel d'amélioration de la productivité et autres gains d'efficacité (Fahy, 2012). Les tendances récentes à l'œuvre dans les processus nationaux de réforme accréditent ce point de vue : de nombreux pays se concentrent sur l'obtention d'un meilleur retour sur les budgets investis dans les soins de santé, plutôt que sur la réduction pure et simple des prestations.

Il est cependant essentiel, maintenant plus que jamais, que les responsables des politiques de soins de santé participent aux débats de l'UE et aux processus de décision pour que les orientations politiques amenées par l'Union soient fondées sur des données probantes, ancrées dans des objectifs sociaux et à même de comprendre l'importance des contextes nationaux.

Références

- Baeten, R. (2005), « Soins de santé : après la Cour, les décideurs politiques entrent dans le jeu », in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2004*, ETUI-REHS, Observatoire social européen (OSE) et Saltsa, Bruxelles, pp.81-110.
- Chernew, M., Rosen, A. B. et Fendrick, A. M. (2007), « Value-based insurance design », *Health Affairs*, Vol.26, n° 2, pp.195-2203.
- Commission européenne (2010a), Rapport conjoint 2010 sur la protection sociale et l'inclusion sociale, février 2010.
- Commission européenne (2010b), Commission staff working document « Joint Report on Social Protection and Social Inclusion, Accompanying document to the Communication from the Commission : Proposal for the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010 : Supporting document », SEC (2010) 98 final du 5 février 2010 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2010:0098:FIN:EN:PDF>).
- Commission européenne (2010c), Greece: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 2 mai 2011 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp61_en.pdf).
- Commission européenne (2010d), Ireland: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 3 décembre 2010 (http://ec.europa.eu/economy_finance/articles/eu_economic_situation/pdf/2010-12-07-mou_en.pdf).
- Commission européenne (2010e), « The Economic Adjustment Programme for Greece – Second review – autumn 2010 », *European Economy. Occasional Papers*, n° 72 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp72_en.pdf).
- Commission européenne (2011a), Communication de la Commission « Examen annuel de la croissance : Avancer dans la réponse globale apportée par l'Union européenne à la crise », COM (2011) 11 final du 12 janvier 2011 (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/fr_final.pdf).
- Commission européenne (2011b), Portugal: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 17 mai 2011 (http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf).
- Commission européenne (2011c), « Modern, responsible and sustainable healthcare systems : The EU agenda », presentation by Dr. de La Mata, Isabel at the Policy Seminar « Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate », 25 novembre 2011, Bruxelles (http://www.ose.be/hconference2011/files/slides/IDeLaMata_EC_final.pdf).
- Commission européenne (2011d), Communication de la Commission « Examen annuel de la croissance 2012 », COM (2011) 815 final du 23 novembre 2011.
- Commission européenne (2011e), Commission staff working paper, Assessment of the 2011 National Reform Programme and convergence programme for Denmark, Accompanying the document Recommendation for a Council Recommendation on the National Reform Programme 2011 of Denmark and delivering a Council Opinion on the updated convergence programme of Denmark, 2011-2015 {SEC(2011) 820 final}, SEC(2011) 713 final du 7 juin 2011.
- Commission européenne (2011f), « The Economic Adjustment Programme for Greece Third Review – Winter 2011 », *European Economy, Occasional Papers*, No.77, February 2011 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2011/pdf/ocp77_en.pdf).
- Commission européenne (DG ECFIN) et Comité de politique économique (AWG) (2010a), Joint Report on Health Systems, *European Economy Occasional Papers*, n° 74, octobre 2010 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf).
- Commission européenne (DG ECFIN) et Commission européenne et Comité de politique économique (AWG) (2010b), Joint Report on Health Systems: Country fiches, *European Economy Occasional Papers*, n° 74, octobre 2010 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf).
- Conseil de l'Union européenne (2010a), Recommandation du Conseil du 13 juillet 2010 relative aux grandes orientations des politiques économiques des États membres et de l'Union (2010/410/UE) et Décision du Conseil du 21 octobre 2010 relative aux lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres (2010/707/UE), qui forment ensemble les lignes directrices intégrées d'Europe 2020 (<http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/Brochure%20Integrated%20Guidelines.pdf>).
- Conseil de l'Union européenne (2010b), Council Conclusions on the EPC-Commission Joint Report on Health Systems in the EU, 3054^{ème} session du Conseil Affaires économiques et financiers, Bruxelles, 7 décembre 2010 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/ecofin/118273.pdf).
- Conseil de l'Union européenne (2010c), *Communiqué de presse*, 3030^{ème} session du Conseil, Affaires économiques et financières, Presse 229, 13161/10, Bruxelles, 7 septembre 2010 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/ecofin/116432.pdf).

- Conseil de l'Union européenne (2011), Conclusions du Conseil : Vers des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables, 3095^{ème} session du Conseil Emploi, Politique sociale, santé et Consommateurs, Luxembourg, 6 juin 2011 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/11/st10/st10392.fr11.pdf>).
- Conseil européen (2011), Conclusions – Conseil européen 24 et 25 mars 2011, 20 avril 2011, EUCO 10/1/11, REV1 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/11/st00/st00010-re01.fr11.pdf>).
- CPS et CPE (2006), Avis conjoint du Comité de la protection sociale et du Comité de politique économique sur la communication de la Commission « Travailler ensemble, travailler mieux : Un nouveau cadre pour la coordination ouverte des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale dans l'Union européenne », Document 6801/06, Bruxelles, 27 février 2006.
- de Ruijter, A. et Hervey, T. (2012), « Healthcare and the Lisbon Agenda », in Copeland, P. et Papadimitriou, D. (eds.), *Ten Years of the EU's Lisbon Agenda*, Palgrave, Macmillan (à paraître).
- Fahy, N. (2012), « Who is shaping the future of European health systems ? », *British Medical Journal*, Vol.344 (e1712).
- Fendrick, A. M. et Chernew, M. (2006), « Value-based insurance design : aligning incentives to bridge the divide between quality improvement and cost containment », *American Journal of Managed Care*, n° 12, pp5-10.
- Greenhalgh, T., Russell, J., Ashcroft, R. E. et Parsons, W. (2011), « Why National eHealth Programs Need Dead Philosophers : Wittgensteinian Reflections on Policymakers' Reluctance to Learn from History », *Milbank Quarterly*, Vol.89, n° 4, pp.533-563.
- Habicht, J., Xu, K., Couffinhal, A. et Kutzin, J. (2006), « Detecting changes in financial protection : creating evidence for policy in Estonia », *Health Policy and Planning*, Vol.21, n° 6, pp.421-431.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. et Stuckler, D. (2011), « Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Vol.378, n° 9801, pp.1457-1458.
- McKibbin, K. A., Lokker, C., Handler S. M. et al. (2011), « Enabling Medication Management through Health Information Technology », Report prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (<http://www.ahrq.gov/clinic/tp/medmgttp.htm>).
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., et al. (2012), *Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (à paraître).
- Mossialos, E., Permanand, G., Baeten, R. et Hervey, T. (eds.) (2010), *Health systems governance in Europe : the role of EU law and policy*, Cambridge University Press, Cambridge.
- OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Swartz, K. (2010), « Cost-sharing : Effects on spending and outcomes », *Research Synthesis Report*, n° 20, Robert Wood Johnson Foundation, décembre 2010 (<http://12.26.46.21/files/research/121710.policysynthesis.costsharing.rpt.pdf>).
- Thomson, S., Foubister, T. et Mossialos, E. (2010), « Can user charges make health care more efficient ? », *British Medical Journal*, n° 341 (3759).
- Vanhercke, B. et Lelie, P. (2012), « Benchmarking Social Europe a Decade on : Demystifying the OMC's Learning Tools », in Fenna, A. et Knuepling, F. (eds.), *Benchmarking in Federal Systems : Australian and International Experiences*, Australian Government, Productivity Commission (à paraître).
- Vanhercke, B. et Wegener, L. (2012), « Beyond the open method of coordination : towards hybrid governance of health care in the EU », in Cantillon, B., Verschueren, H. et Ploscar, P. (eds.), *Social Inclusion and Social Protection in the EU : Interactions between Law and Politics*, Intersentia, Anvers.

