

Catherine Dos Santos

# La régionalisation du système de santé portugais : mythe ou nécessité ?



---

## ■ Résumé

La plupart des pays européens ont procédé, depuis une vingtaine d'années, au réexamen du niveau de décision des systèmes de santé dominés pour la plupart d'entre eux par l'Etat. La régionalisation est devenue dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes. Le degré d'intervention des régions d'Europe en matière de santé est très variable. Cette diversité est le reflet des différences d'organisation constitutionnelle et administrative des Etats membres. Elle résulte également d'habitudes culturelles mais aussi de la pratique administrative qui assouplit parfois les schémas institutionnels. Le rôle moteur joué par les régions ou autres collectivités territoriales dans les nouvelles réformes s'est imposé d'autant plus que les niveaux décentralisés ou déconcentrés avaient déjà, dans les schémas de répartition des ressources, des compétences stratégiques.

Il importe de mieux comprendre les processus par lesquels la régionalisation peut produire des changements dans les modes de régulation. Nous proposerons donc une analyse théorique des expériences de régionalisation en Europe. Nous chercherons à mieux comprendre les objectifs poursuivis par la mise en place d'une telle réforme, à identifier les changements structurels associés à celle-ci et à définir les enjeux qui pèsent sur l'exercice d'une régulation des services de santé par une instance régionale. Sur cette base, nous appréhenderons la question de la régionalisation du système de santé au Portugal.

## ■ Abstract

*Over the past two decades, most European countries have begun to review the healthcare systems decision level, mostly controlled, by the State. Regionalization has become in several countries an essential element of reforms. The extent of European regions in terms of healthcare is highly variable. This diversity is the reflection of the member states constitutional and administrative differences. It is also the result of cultural habits and administrative practice which sometimes softens institutional patterns. The leading role played by the regions or other local authorities in the new reforms was imposed even more than the decentralized or devolved levels, in the resource allocation patterns of strategic skills.*

*It is important to understand the process by which regionalization could produce changes in the regulation approach. We therefore propose a theoretical analysis of regionalization experiences in Europe. We will seek to understand the pursued objectives by the establishment of such a reform, to identify the structural changes associated with it and to define the issues affecting the regulation exercise of healthcare services by a local decision-making body. On this basis, we shall dread the regionalization query of Portugal's healthcare system.*

## ■ Mots clés / Keywords

Régionalisation, efficacité, équité, décision, système de santé portugais // Regionalization, efficiency, equity, decision, Portugal's healthcare system

---



# Sommaire

Introduction .....	5
<b>1 Le processus de régionalisation des politiques de santé .....</b>	<b>6</b>
<hr/>	
1.1 Les concepts théoriques .....	6
1.2 Les attendus de la régionalisation .....	8
1.3 Les risques de la régionalisation .....	9
1.4 Les conditions d'une régionalisation réussie.....	9
<b>2 Quelles perspectives pour le Portugal ?.....</b>	<b>10</b>
<hr/>	
<b>2.1 Un embryon d'organisation décentralisée pour le système de santé portugais.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 <i>Une ébauche de décentralisation</i> .....	11
2.1.2 <i>Une certaine volonté de décentralisation structurelle</i> .....	13
<b>2.2 Vers une régionalisation du système de santé portugais: deux scénarios possibles.....</b>	<b>14</b>
2.2.1 <i>La décentralisation politique: une décentralisation à risques</i> .....	14
2.2.2 <i>Une décentralisation administrative associée à une décentralisation budgétaire: gage d'équité et d'efficacité</i> .....	16
Conclusion.....	19
Bibliographie.....	20



## Introduction

Le système de santé portugais est au cœur de maintes interrogations. Son efficacité et son coût constituent les priorités qui doivent être prises en compte. Il ne suffit pas d'être bien soigné, encore faut-il que cette performance persévère dans son être, c'est-à-dire puisse être assumée par les financements publics et privés qui la conditionnent. Les autres questions, nombreuses, qui se posent concernent les moyens d'arriver à cette fin économique et sanitaire. Parmi les plus déterminantes, figure la question de l'organisation, et en particulier la question de l'organisation territoriale.

Si la centralisation excessive de la décision est source d'inefficacité, liée entre autres à la taille de l' « entreprise » à manager, à sa complexité, à l'éloignement de la périphérie (les usagers, les fournisseurs de soins...) par rapport au centre (le régulateur-opérateur), l'introduction de mécanismes concurrentiels jusque là étrangers au secteur de la santé n'est pas évidente. Une alternative à ne pas minimiser peut consister à décentraliser géographiquement la décision tout en conservant l'unité régulateur-opérateur.

L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé et de la réforme du système sanitaire et social. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales face aux défis structurels qui attendent le système de santé. Encore faut-il s'entendre sur la nature de la régionalisation. Déconcentration ou décentralisation ? Régionalisation administrative, budgétaire, ... politique ? La réalité européenne révèle une grande variété de fondements et de pratiques dont on peut tirer quelques enseignements majeurs pour le Portugal.



---

# 1 Le processus de régionalisation des politiques de santé

Lemieux (1997) propose de définir la régionalisation comme un « *transfert d'attributions d'une instance centrale à des instances périphériques régionales* ». Ceci fait de la régionalisation une forme particulière de décentralisation dans un cadre territorial spécifique. Le transfert d'attributions à ce nouveau cadre territorial peut prendre différentes formes. « *De manière générale, la décentralisation correspond au transfert de compétences de l'Etat vers des institutions territoriales élues, juridiquement distinctes de l'Etat et disposant d'une autonomie de gestion. Les collectivités locales se voient ainsi confier de nouvelles attributions* » (Pascal et al., 2003).

## 1.1 Les concepts théoriques

Les définitions les plus courantes de la décentralisation distinguent différentes variantes allant progressivement d'un centre qui maintient un fort contrôle avec peu de pouvoir et de responsabilités pour les niveaux périphériques, vers un contrôle décroissant du centre et un renforcement des responsabilités locales (Polton, 2004). Cette représentation peut aussi être imaginée en termes de degrés dans l'espace de décision, où la décentralisation est évaluée par l'éventail des choix à la disposition des responsables locaux, un éventail plus large étant synonyme d'un degré de décentralisation plus élevé.

➤ **Décentralisation politique** : il s'agit généralement d'un transfert du pouvoir de décision du niveau central aux niveaux locaux. Les exemples les plus évidents de ce type de décentralisation sont les formes sous-nationales de gouvernement élu et habilité à prendre des décisions, allant des conseils municipaux jusqu'aux organes de niveau étatique. La *délégation* (en anglais *devolution*) est considérée comme une forme de décentralisation politique. Elle correspond à un transfert complet de responsabilités, d'autorités, de ressources et de recettes à des collectivités locales qui sont dotées d'une autonomie totale, sont généralement reconnues comme des entités juridiques indépendantes (par exemple les assemblées municipales) et idéalement - mais pas nécessairement - administrées par des autorités élues.

➤ **Décentralisation administrative** : système consistant à transférer le pouvoir de décision, les ressources et la responsabilité technique d'un certain nombre de services publics du gouvernement central à des échelons inférieurs d'administration, des institutions ou représentations locales d'agences centrales. C'est le degré d'autonomie qui différencie les grands types de décentralisation administrative:

- *Déconcentration* : système dans lequel l'Etat attribue certains pouvoirs de décision à des agents ou organismes locaux qui restent soumis à l'autorité centrale. La déconcentration peut être considérée comme la première mesure vers une décentralisation visant à améliorer la prestation de services.

- *Délégation* : redistribution de pouvoirs en faveur d'unités locales du gouvernement ou d'institutions qui ne sont pas nécessairement des émanations ou des bureaux locaux de l'autorité qui délègue, et qui, en dépit d'une certaine autonomie, doivent rendre compte à l'unité centrale.

➤ **Décentralisation budgétaire** : commune à toutes les formes de décentralisation, il s'agit d'une réaffectation des ressources devant permettre le bon fonctionnement des collectivités locales. Les modalités d'allocation des ressources sont généralement négociées entre les autorités locales et les autorités centrales et dépendent de plusieurs facteurs : souci d'équité interrégionale,

---

disponibilité de ressources centrales et locales, capacité locale de gestion des ressources budgétaires.

➤ **Désengagement ou décentralisation par le recours au marché:** procédé consistant pour la personne publique à confier certaines fonctions - planification, administration ou autres - à des institutions volontaires, privées ou non gouvernementales, dans l'intérêt du public et avec sa participation. Ce procédé se traduit souvent par la sous-traitance partielle de services ou de fonctions administratives, la déréglementation ou la privatisation intégrale. Cette dernière forme de décentralisation montre bien que la privatisation peut être envisagée comme une partie intégrante du processus de décentralisation de la gouvernance. Cette façon de voir n'est peut-être pas largement partagée, mais la privatisation doit être examinée en étroite relation avec la décentralisation. En fait, la décentralisation est souvent considérée comme une condition préalable à la privatisation.

Dans certains pays centralisés, de taille réduite, ou lorsque les régions sont inexistantes, l'intervention régionale peut être exclue du fait de la centralisation des compétences sanitaires. L'intervention régionale peut aussi signifier une prise en charge par des pouvoirs déconcentrés, sans remise en cause de l'unité du système administratif. Le pouvoir de décision est dans ce cas confié à des agents et/ou à des organismes locaux soumis à l'autorité centrale, qui les nomme et qu'ils représentent. Cette forme de régionalisation est celle de la France, comme en témoigne la création en 1996 d'Agences Régionales de l'Hospitalisation, qui sont en réalité des agences déconcentrées.

A l'inverse, les systèmes de santé fortement régionalisés sont implantés dans des Etats fédéraux, quasi-fédéraux ou bien dans des Etats unitaires très décentralisés. Dans tous les Etats fédéraux, les entités locales ont une autonomie politique de statut constitutionnel, ce qui a une forte incidence sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de leur système de santé. Dans les Etats quasi fédéraux et les Etats unitaires décentralisés, on rencontre des cas de figures très variés, allant d'une grande décentralisation de la santé à une relative centralisation.

La consistance des compétences sanitaires régionales est en outre très variable. Elle peut être minimaliste (mise en œuvre de la législation sanitaire nationale et gestion d'une partie du système de santé) ou maximaliste (compétences décisionnelles de réglementation, la planification sanitaire, les compétences financières, en passant par la fourniture de soins).

L'intervention des régions d'Europe en matière de santé est parfois contestée, en raison de difficultés tenant à la conciliation entre gestion décentralisée et solidarité nationale. Cependant, si les Etats fédéraux connaissent des inégalités, comptabilisées par différents indicateurs de santé ou en termes de structures de santé, et notamment le nombre de lits, cela ne leur est pas propre. Les Etats décentralisés ou centralisés abritent également de telles inégalités.

La permanence d'une régulation centrale du système est bien entendue nécessaire. Dans tout Etat d'ailleurs, le système de santé reste sous le contrôle d'une institution centrale, au moins en tant que maître d'œuvre de l'organisation générale du système, de sa définition et de ses conceptions et orientations. Faut-il suivre l'OCDE, qui prétendait dans une étude de 1992, qu'il est plus facile de maîtriser les coûts dans un système centralisé ? Même si une telle tendance peut se vérifier sur le court terme, sur le long terme, c'est la décentralisation et la mobilisation des acteurs eux-mêmes qui assurent une meilleure maîtrise des coûts.

La décentralisation n'est donc pas une proposition du style tout ou rien. Les systèmes administratifs peuvent combiner des éléments décentralisés et d'autres centralisés, souvent de manière complexe. La dose appropriée de contrôle central et de gestion locale dépend des facteurs politique, technique et institutionnel. Il est évident qu'il n'est pas facile de classer, en typologies claires, des expériences diverses et réelles.

---

## 1.2 Les attendus de la régionalisation

La régionalisation est devenue depuis quelques années la solution aux maux dont souffre le système de santé. Elle permettrait à la fois de réduire les inégalités, de gagner en efficacité en limitant les lourdeurs bureaucratiques liées à la centralisation, de réorganiser l'offre de soins en l'adaptant aux besoins et en maîtrisant mieux les dépenses (Polton, 2004).

Les raisons sous-jacentes aux processus de décentralisation peuvent en fait être techniques, politiques ou financières. Du point de vue technique, la décentralisation est fréquemment avancée comme un moyen d'améliorer l'efficacité administrative et la prestation de services. Du point de vue politique, la décentralisation cherche à accroître la participation locale et à renforcer l'autonomie, redistribuer les compétences et réduire les tensions régionales ou ethniques. Du point de vue financier, elle est mise en avant comme étant une façon d'améliorer les rapports coût/efficacité, en donnant au niveau local un plus grand contrôle des ressources et des revenus et en permettant une plus grande responsabilisation. Elle peut aussi être utilisée pour transférer la responsabilité financière d'un gouvernement central à faibles ressources vers les niveaux régionaux ou locaux. La régionalisation serait par conséquent porteuse de solutions à la question qui hante les gouvernements, celle de la maîtrise des dépenses de santé, et donc à l'efficacité allocative. Mais elle doit également permettre d'améliorer l'efficacité productive dans la mesure où elle doit permettre d'optimiser l'emploi des ressources.

Les inconvénients des systèmes centralisés sont bien connus : efficacité médiocre, lenteur aux changements et à l'innovation, réponse mal adaptée aux besoins. Pour les partisans de la décentralisation, il est difficile d'atteindre les objectifs d'efficacité et d'équité dans un cadre de gestion uniforme, national et centralisé. L'expérience montre en effet qu'aucun opérateur national - que ce soit l'Etat ou l'assurance maladie - n'y est parvenu. Il n'existe pas de méthode adaptée pour faire fonctionner, depuis la capitale, un secteur aussi vaste et complexe que celui de la santé. Un autre inconvénient de la centralisation est qu'elle bride la créativité des acteurs et finalement l'emploi. Il faut donc consacrer toujours plus de ressources à la santé pour permettre au secteur de maintenir et d'améliorer la qualité des services.

Le mouvement de transfert des compétences du niveau national au niveau régional favorise l'intégration des services et le contrôle des coûts. L'intégration des services est en effet un autre objectif souvent mentionné pour promouvoir la régionalisation de la gestion des services de santé. La régionalisation - en permettant simultanément la centralisation au niveau régional des interventions spécialisées et une décentralisation poussée des ressources de première ligne grâce à une prise en compte plus fine de la réalité régionale - est vue comme favorisant une intégration des services. Cette intégration est perçue à son tour comme permettant des économies grâce à la suppression des ressources inutiles, sous-utilisées ou éparpillées.

La participation des patients est également un autre aspect central des politiques de régionalisation. En effet, du fait de leur proximité et de leur taille plus réduite, les organismes de gestion régionaux sont considérés plus aptes que les organismes centraux à favoriser la participation démocratique des patients (Lewis, 1997). En revanche, la participation démocratique est vue comme une panacée malgré le fait qu'empiriquement la volonté de participation des citoyens puisse parfois sembler contradictoire, que la volonté réelle des structures de gestion de faire participer démocratiquement les citoyens ne soit pas obligatoirement évidente (Denis et al., 1998) et que d'un point de vue purement théorique les conditions minimales d'une participation démocratique efficace soient complexes. De plus, le lien entre la régionalisation et la participation n'est pas obligatoirement évident. En effet, la régionalisation peut être vue comme la mise en place d'un niveau local de responsabilité permettant une compréhension-accessibilité-participation de la population ou bien au contraire, comme un échelon bureaucratique supplémentaire qui ne fait qu'appliquer une structure déjà complexe. Finalement, les possibilités de mettre en place une réelle participation démocratique ne dépend que très indirectement de l'institution en tant que telle mais beaucoup plus de la société dans laquelle elle fonctionne.

---

En définitive, la régionalisation doit permettre de gérer le système de soins et de services selon une véritable logique populationnelle fondée sur la justesse des interventions. En d'autres termes, la régionalisation est un gage de plus grande adaptation du système aux besoins locaux et implicitement d'un dynamisme accru de l'offre de soins et services désormais soumise à des lignes plus claires d'imputabilité. En ce sens, la régionalisation peut permettre de réduire les inégalités. Ainsi, les conceptions de la justice mises en avant par la régionalisation sont les conceptions égalitariste et libérale égalitaire dans le sens où les critères d'égalité d'accès et d'égalité des chances sont essentiels.

Proximité, efficacité, équité, mais aussi démocratisation sont donc les mots récurrents associés au projet de régionalisation. Il s'est formé un tel consensus sur les avantages supposés de la décentralisation que ceux-ci sont rarement débattus, alors même que les expériences étrangères incitent à plus de prudence.

### ***1.3 Les risques de la régionalisation***

La décentralisation implique cependant des modifications institutionnelles qui peuvent faire apparaître des problèmes de fond. Aujourd'hui, certaines applications des principes qui fondent le système de santé peuvent aboutir à des effets pervers mais ces effets sont bien acceptés. L'application des principes beveridgiens (universalité, uniformité et unité) a été insuffisante pour assurer une égalité en matière de santé. Les données globales concernant la santé montrent que ce sont souvent les régions riches les plus favorisées. Rien n'empêche que ces inégalités ne continuent de se renforcer au cours du temps. Parce qu'elles sont diffuses, ces inégalités sont assez bien acceptées. En individualisant les moyens sanitaires et leurs financements au niveau d'espaces territoriaux bien délimités, en définissant une autorité locale responsable, la décentralisation aura pour conséquence directe de rendre ces inégalités plus apparentes et moins acceptables.

Une telle réforme ne peut donc être mise en œuvre sans que soient définis avec précision les mécanismes de rattrapage des inégalités, ainsi que le dispositif de financement qui permettra à la solidarité de jouer entre les différents territoires. Deux mécanismes pourraient permettre, par exemple, de satisfaire ces nouvelles exigences : le maintien d'un financement centralisé, permettant l'exercice de la solidarité nationale entre les diverses régions ; et la définition au sein des dotations annuelles d'une enveloppe spécifique destinées à la résorption des inégalités.

En termes d'efficacité, la régionalisation présente également quelques risques. La maîtrise des coûts n'est pas un objectif simple à atteindre. La régionalisation peut en effet faire émerger une logique de besoins, pouvant engendrer de nouvelles dépenses même si on peut en attendre des gains quant à la réorganisation du système de soins. La nécessité de définir des règles de maîtrise des dépenses s'imposera donc d'autant plus aux régions qu'elles auront du mal à justifier une augmentation des impôts régionaux. Pour que le niveau régional assure mieux la maîtrise des dépenses, l'instance de décision régionale doit par conséquent pouvoir choisir les modalités de gestion appropriées et doit posséder les pouvoirs de contrainte et de sanction.

### ***1.4 Les conditions d'une régionalisation réussie***

Pour être juridiquement licite et politiquement acceptable, la régionalisation ne devrait conduire ni à remettre en cause la qualité et la garantie des soins, ni à porter atteinte aux fondements de l'égalité devant les charges sociales ou à la liberté de choix dont peuvent disposer les patients. La protection de la santé publique devrait ainsi demeurer une prérogative du pouvoir régalien. Des autorités nationales sont indispensables pour exercer la politique sanitaire.

Même dans des pays ayant opté pour des formes très poussées de régionalisation, l'Etat conserve d'ailleurs des prérogatives spécifiques car il est le garant du droit d'accès aux soins et à la prévention de tous les citoyens. Il s'agit d'un principe à valeur constitutionnelle dans la plupart des

---

pays européens. L'Etat doit donc conserver, quelque soit la forme de la régionalisation mise en place, un rôle central de pilotage, d'orientation, mais aussi de contrôle et d'évaluation. Il y a peu de chances que la régionalisation aboutisse à une non intervention au niveau national. Même dans les pays fédéraux ou largement décentralisés, gouvernement et parlement définissent les conditions juridiques, fonctionnelles et financières du système de santé. De même un Ministère de la Santé veille toujours à l'efficacité et à la qualité du système de santé sur tout le territoire, en diffusant des normes nationales, en s'assurant du respect par les régions des orientations nationales, en coordonnant les politiques régionales au niveau national, etc. Dans certains pays, les régions doivent régulièrement rendre des comptes au Parlement sur leur action en matière de santé.

Un cadre national devrait également garantir un niveau de prise en charge des services et produits de santé satisfaisant pour l'ensemble de la population. La régionalisation ne doit pas altérer par ses conséquences le droit à la protection effective de la santé, ce qui limiterait d'ailleurs singulièrement le pouvoir d'adaptation des règles nationales dont pourraient disposer les régions.

Enfin, la capacité de financement devrait être préservée pour toutes les régions, des mieux dotées économiquement aux moins favorisées. Une péréquation entre les ressources d'assurance maladie des différentes régions s'imposerait alors. Les carences de l'information sur le système de santé, les difficultés rencontrées pour analyser l'évolution des dépenses augurent mal parfois de la capacité du système à élaborer de tels mécanismes. Ce serait pourtant un préalable nécessaire à une régionalisation politique de la santé. L'équité du financement est en matière de santé non seulement une question de rationalisation des décisions publiques mais également une exigence éthique.

Si la région s'impose ces dernières années comme un champ important d'application des politiques de santé, elle ne peut devenir son cadre politique sans une réforme drastique de l'assurance maladie. Derrière le concept de régionalisation des politiques de santé ou du système de santé se profilent des choix politiques infiniment plus lourds que d'éventuels transferts de compétences de l'Etat ou collectivités territoriales.

## **2 Quelles perspectives pour le Portugal ?**

Presque trente ans après sa création, le système de santé portugais est un secteur dynamique et en plein développement mais connaît encore d'importantes difficultés en termes d'efficacité et d'équité. Ne faut-il pas en déduire que cette évolution préoccupante est la contrepartie d'un mode de gestion inadapté ? La réforme des systèmes de santé européens emprunte la voie d'une régionalisation qui, sous des formes différentes, est susceptible d'en améliorer le fonctionnement. Une certaine régionalisation du système de santé portugais ne pourrait-elle contribuer à lever les blocages existants en favorisant la coordination entre les acteurs et en leur offrant de véritables responsabilités ? L'Etat continuerait de jouer un rôle capital, mais il se concentrerait sur l'essentiel, à savoir la détermination des principes de politique nationale de santé et de protection sociale, l'évaluation du cadre général des conditions de rémunération des offreurs de soins, ... et la garantie des conditions d'égalité dans l'accès aux soins.

Nous présenterons successivement l'embryon d'organisation régionale du système de santé, pour déboucher enfin sur quelques perspectives.

### **2.1 Un embryon d'organisation décentralisée pour le système de santé portugais**

Par nature, le système de santé portugais est un système centralisé. Cependant, la décentralisation est un mot clé du cadre constitutionnel du SNS. En ce sens, des tentatives de déconcentration, plus que de décentralisation, ont été entreprises depuis le début des années 90, certaines plus abouties que d'autres.

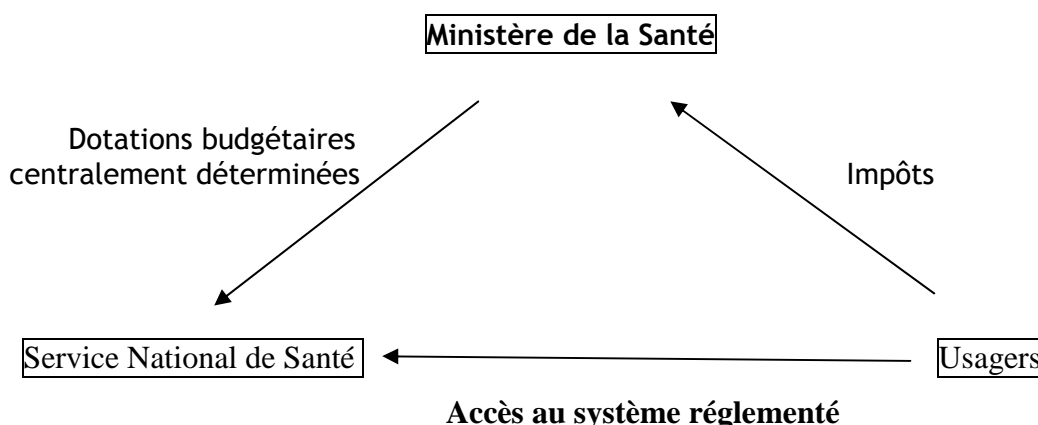
### 2.1.1 Une ébauche de décentralisation

Le système national de santé repose par définition sur un schéma centralisé de nature keynésienne : considérant que les agents ne peuvent initier spontanément une coordination satisfaisante, l'Etat se substitue à eux pour organiser le système et effectuer les choix les plus importants, selon une conception renforcée par des considérations de justice sociale.

Selon ce schéma, les services de santé sont gratuits pour les usagers ou quasi-gratuits quand un dispositif de ticket modérateur limite le risque moral. La gestion du système s'effectue par les quantités et, compte tenu du caractère non stockable des services médicaux, essentiellement par les capacités de production qui sont déterminées par un agent central. Le financement des dépenses de santé est, dans ce cadre, assuré par des dotations budgétaires versées par l'Etat, produits de la fiscalité. Quant à la production de soins, elle est assurée dans le cadre d'un monopole public de l'offre où les praticiens sont salariés. Les hôpitaux et les centres de santé sont des établissements déconcentrés de ce monopole. Les capacités de production sont planifiées dans le cadre d'une procédure de répartition des ressources sur l'ensemble du territoire.

Ce système intègre ainsi, au sein de la même entité, la planification et la gestion de l'offre d'une part, la procédure socialisée de financement d'autre part (cf. schéma n° 1). Le système de santé portugais est sous la tutelle du Ministère de la Santé qui est financé par la fiscalité. Il a la responsabilité de l'organisation des soins primaires et des hôpitaux, du financement (sous formes de dotations budgétaires) et de la planification. Son bon fonctionnement repose sur les capacités d'observabilité du centre et sur les mécanismes mis en œuvre pour réduire les demandes excédentaires. Quant à la qualité, elle n'est pas régulée par un mécanisme concurrentiel mais par la conjugaison de choix centralisés et de la responsabilité professionnelle des praticiens.

*Schéma n° 1. Le système centralisé portugais*



L'Etat s'est longtemps positionné en garant de l'intérêt général, en définissant le cadre précis de l'action, en standardisant les résultats, les méthodes, les actions et en exerçant un pouvoir de contrôle et de sanction fort. Aujourd'hui, l'Etat revêt un rôle de coordinateur des intérêts contradictoires des groupes et des individus dans la société et se donne un ensemble d'outils de gestion pour assurer une bonne coordination. L'Etat contracte avec les différentes catégories d'acteurs sur la base d'objectifs et d'indicateurs d'évaluation. Il développe des fonctions de support (information, études scientifiques...) et met en œuvre des incitations financières tout en

---

sanctionnant le non respect des contrats. On observe ainsi une volonté de responsabiliser et d'autonomiser les acteurs en leur transférant certaines tâches de déclinaison des orientations nationales en programmes régionaux et locaux.

Au Portugal, dès le début des années 90, au niveau de la gestion, la forte bureaucratie engendrée par le Service National de Santé, la difficulté à instaurer une planification cohérente et le développement de dysfonctionnements conduisent le gouvernement à rechercher une nouvelle forme de gestion : la gestion « décentralisée et participative » (Portugal, 1990, p. 148). La réforme de 1990 du système de santé encourage la mise en place d'une structure régionalisée pour le SNS (Loi n° 48/90). Trois ans plus tard, une législation détaillée est adoptée, réduisant les dix huit administrations de santé de district (ADSS) à cinq administrations régionales de santé (ARS) (Décret-Loi n° 11/93). Cependant, cette décentralisation est pour le moment toute relative dans la mesure où l'Etat central garde le contrôle de la plupart des paramètres organisationnels. Le Service National de Santé portugais est contrôlé au niveau national, régional et local. Le Ministère de la Santé a la responsabilité de l'organisation des soins primaires et des hôpitaux ainsi que de l'élaboration des programmes de santé publique, du financement et de la planification. Au niveau régional, les cinq administrations régionales de santé sont responsables de la gestion hospitalière. Elles ont pour rôle de poursuivre les objectifs et directives nationales de santé. Elles sont également chargées de l'application de la politique de santé dans leur circonscription. En ce sens, il s'agit d'une déconcentration dans la mesure où il y a effectivement transfert de responsabilités à des niveaux territoriaux plus bas au sein du gouvernement central.

En 1999, le Ministère de la Santé présente un nouveau décret-loi sur les Systèmes Locaux de Santé (Sistemas Locais de Saude, SLS). Les SLS sont établis par voie d'arrêté du Ministre de la Santé, à la suite d'une proposition des conseils d'administration des autorités sanitaires régionales. Chaque SLS est constitué de centres de santé, d'hôpitaux et d'autres services et établissements, tant publics que privés, à but lucratif ou autre, intervenant soit directement soit indirectement dans le domaine de la santé d'une zone géographique spécifiée d'une région sanitaire. Dans cette zone géographique, un SLS assure la promotion de la santé, la continuité de la dispensation des soins et la rationalisation de l'utilisation des ressources. Chaque SLS comprend une zone géographique correspondant à une population maximale de 500 000 habitants. Conformément aux principes et aux critères géographiques définis aux fins de la planification régionale, une initiative peut être prise par les services dispensateurs de soins de santé en association avec d'autres entités publiques. Au niveau local, les SLS ont pour rôle d'identifier les besoins en matière de santé, de faciliter l'accès aux services, de contribuer à améliorer l'efficacité des producteurs de soins, de contribuer à la rationalisation et à l'efficacité de l'allocation des ressources, de faciliter l'allocation des ressources au développement de projets communs, de promouvoir la connaissance des technologies, de la gestion et du financement des services et enfin d'assurer la coordination des activités de recherche et de formation. Le projet des SLS a été expérimenté durant une année sur le terrain. Mais en 2000, avec le changement de gouvernement, les expériences sur le terrain ont été suspendues et l'application de la loi abandonnée (Observatorio Português dos Sistemas de Saude, 2004).

Le pouvoir de décision reste ainsi à l'échelon central, les autres échelons n'ayant qu'un rôle de transmission des demandes et d'exécution des décisions. Les échelons déconcentrés disposent néanmoins d'un pouvoir de décision par délégation sur les questions les moins importantes. En ce sens, le gouvernement cherche à rapprocher les services de santé du citoyen en confiant des responsabilités aux gestionnaires locaux et régionaux, tout en préservant le contrôle administratif et la tutelle a priori sur les décisions prises localement.

D'un point de vue conceptuel, il serait concevable de considérer que la déconcentration n'est pas à proprement parler une forme de la décentralisation mais qu'il s'agit en réalité de deux processus foncièrement distincts : la déconcentration consiste, pour le pouvoir central, à remettre des pouvoirs de décision à ses propres agents locaux alors que dans la décentralisation au sens strict le transfert des pouvoirs concerne des organes ou personnes élus par les populations locales. Néanmoins, pour arriver à la décentralisation au sens strict, il faut passer par cette tentative de

---

mettre en place un nouveau partage de responsabilités entre les institutions nationales et leurs unités régionales ou locales. Malgré son caractère limité, la déconcentration permet donc d'associer les administrés à la prise des décisions. Elle fait apparaître la nécessité d'une vraie décentralisation et d'un renforcement de la démocratie au niveau local. Ne peut-on pas voir ainsi dans cette déconcentration portugaise, une volonté réelle de décentraliser le système de santé ?

La déconcentration du système de santé portugais est vue comme une méthode plus performante d'organisation du travail des administrations publiques, permettant de mieux apprécier les besoins des citoyens (Guichard, 2004). Elle est considérée comme une condition d'efficacité de l'Etat. Mais il est admis également que le besoin de coordination et la nécessité de faire prévaloir l'intérêt général dans l'action publique, impliquent que l'Etat ne puisse pas conférer aux collectivités locales tous les pouvoirs. D'autres considérations liées à la démocratisation viennent renforcer les tendances à la déconcentration, qui apparaissait en effet comme un moyen de contrecarrer la désaffection des citoyens à l'égard des collectivités locales, au vu des résultats du référendum de 1998.

En définitive, la volonté de décentraliser le système de santé portugais est liée à l'exemple des pays européens, qui ont considéré la décentralisation comme un moyen efficace d'améliorer la fourniture de soins, d'allouer efficacement les ressources selon les besoins et de faire participer la collectivité aux décisions de santé. En réalité cependant, malgré la création des cinq administrations régionales de santé en 1993, la responsabilité de la planification et l'attribution des ressources restent fortement centralisées. En théorie, les ARS devaient être financièrement responsables : chacune d'entre elles devait recevoir un budget en fonction des besoins de la population. Dans la pratique, l'autonomie des ARS a été limitée aux soins primaires, puisque les budgets des hôpitaux ont continué à être définis et attribués par l'autorité centrale. La création des agences semi-autonomes de passation de contrats (Agências de contractualização) en 1998 devait permettre d'étendre le processus de décentralisation. Cependant, les incertitudes au sujet du rôle de ces entités ont entravé leur efficacité. Une décentralisation réussie a besoin d'un environnement social et culturel spécifique, au delà des lois et des règlements. La nature historiquement centralisée du système de santé portugais ne pourra évoluer que si les initiatives de réforme durent suffisamment longtemps pour asseoir la certitude idéologique dans l'exécution des changements nécessaires.

### **2.1.2 Une certaine volonté de décentralisation structurelle**

Cette ébauche de décentralisation ne satisfait par tous les réformateurs. Dans la lignée des thèses libérales, certains réclament une véritable décentralisation structurelle pouvant conduire in fine à une certaine privatisation du système de santé. C'est dans la privatisation ou « décentralisation structurelle » (Lemieux, 1997) que l'autonomie des organisations périphériques est la plus grande, aussi bien en ce qui a trait à leurs compétences qu'à leurs sources de financements et leurs sources d'autorité. Ce type extrême de décentralisation consiste à transférer au domaine privé, des organisations appartenant au domaine public.

Au Portugal, cette conception se développe depuis le milieu des années 90 : la gestion hospitalière passe progressivement sous contrôle des règles du droit privé. Dans le contexte du réexamen du rôle de l'Etat et de la réduction des budgets publics, la baisse des dépenses consacrées à la santé joue un rôle capital. La décentralisation de la gestion et de la prestation des soins de santé vers des institutions (entreprises) privées fait partie des approches envisagées pour atteindre cet objectif (De Campos, 2004). Dans la mesure où le flux des ressources financières vers les hôpitaux a souvent un rythme différent, la privatisation est utilisée comme un outil complémentaire de restructuration.

---

On peut considérer ces mesures comme une forme de décentralisation extrême puisqu'il s'agit d'un transfert de responsabilité à des organisations privées, à qui sont déléguées certaines fonctions antérieurement assumées par le gouvernement. L'objectif du gouvernement portugais est de confier certaines fonctions à des institutions privées, dans l'intérêt du public et avec sa participation, sous forme de sous-traitance de services ou de fonctions administratives, de déréglementation ou de privatisation intégrale. Ceci montre bien que la privatisation peut être envisagée par certains comme une partie intégrante du processus de décentralisation de la gouvernance.

A ce sujet, De Campos (2004) souligne le fait qu'au Portugal chacun des deux mouvements, décentralisation et privatisation, se sont développés séparément. Selon lui, il n'existe que peu de signes d'association entre décentralisation et privatisation. La décentralisation du SNS portugais n'a pas été conçue dans une optique de privatisation. Et la gestion privée des services de santé, telle qu'elle apparaît dans la nouvelle législation, n'a jamais été pensée ni comme condition, ni comme conséquence de la décentralisation. Il semblerait d'ailleurs que paradoxalement la privatisation ait abouti à davantage de centralisation, peut être parce que la centralisation publique fait l'affaire de la concentration privée et du pouvoir des monopoles, davantage d'une véritable concurrence. Si, en pratique, la privatisation ne s'est pas accompagnée d'une décentralisation au sens commun du terme, elle peut toutefois être vue comme une volonté de décentralisation structurelle.

## **2.2 Vers une régionalisation du système de santé portugais : deux scénarios possibles**

La régionalisation qui a été amorcée s'est davantage traduite par la mise en œuvre de politiques segmentées et peu coordonnées que par l'affirmation d'une véritable politique régionale de santé. Il semble essentiel d'explicitier pourquoi une telle politique apparaît aujourd'hui nécessaire et surtout quels doivent être son objet et ses instruments. De façon relativement indépendante, deux projets de réorganisation du système de santé portugais sont envisagés : la décentralisation politique et la décentralisation administrative associée à une décentralisation budgétaire.

### **2.2.1 La décentralisation politique : une décentralisation à risques**

En matière de financement, les objectifs et les stratégies du système de santé portugais sont définis par le niveau central (expertise, choix, autorisation), mais les régions définissent leurs propres plans dans le cadre général tracé par le niveau central. Les financements sont attribués par le niveau central sur la base des propositions régionales, les indicateurs d'évaluation et de contrôle sont définis par le gouvernement central qui dispose du levier financier comme outil de sanction. Cette décentralisation peut être considérée comme une « décentralisation encadrée » : elle donne des marges de manœuvre aux acteurs mais ces marges de manœuvre sont fortement encadrées par un dispositif financier incitatif, de fortes sanctions et un contrôle important. Le financement du système de santé reste relativement centralisé malgré l'autonomisation et la responsabilisation progressive des acteurs en matière d'utilisation de leur budget et de négociation. Comme nous l'avons déjà souligné, le système de santé portugais rencontre de nombreuses difficultés d'accès et de qualité, qui justifient aux yeux du gouvernement, un cadre national fort pour améliorer l'offre de soins.

Une première piste de transformation évoquée par certains (De Campos, 2004) envisage néanmoins de réduire fortement le pouvoir central en orientant la régionalisation vers une décentralisation politique donnant aux régions le pouvoir de lier une certaine partie des ressources nécessaires au financement des actions régionales de santé. La part de financement socialisée

---

resterait néanmoins prépondérante. Les choix seraient pesés en termes d'impact à court et long terme sur les finances publiques et les prélèvements obligatoires. Dans l'hypothèse où l'autorité régionale disposerait du pouvoir de décider de prélèvements spécifiques elle aurait à arbitrer, directement ou indirectement, entre le prélèvement et l'affectation de fonds à la santé plutôt qu'à d'autres fonctions collectives.

Selon quelles modalités, cette régionalisation du financement pourrait-elle s'appliquer ? Selon une première version, le financement régional des soins serait assuré par deux types de ressources : nationales et régionales. La source nationale fournirait à chaque région une dotation calculée par habitant, qui tiendrait compte des caractéristiques de la population, en particulier de la structure par âge. Cette source nationale, relevant comme aujourd'hui de l'impôt, manifesterait ainsi la solidarité nationale. Pour laisser de l'espace aux politiques régionales, les prélèvements nationaux seraient diminués, compensés par des prélèvements régionaux, selon une assiette à définir. Face à la pression de la hausse des dépenses, les Administrations Régionales de Santé auraient le choix entre deux possibilités : augmenter les prélèvements ou modifier la gestion du système. Pour éviter la première solution, le pouvoir régional serait ainsi incité à développer la coordination des prises en charge, à reconverter certaines structures hospitalières, à développer la médecine de première ligne... toutes choses susceptibles d'améliorer l'efficacité du système et la qualité des soins. Ce système conserve en partie un mécanisme de répartition des ressources collectées nationalement et la détermination de dotations régionales. Il ne s'agit pas, sous couvert de responsabilisation des échelons locaux, de camoufler des mesures qui relèveraient d'un transfert de charges vers les collectivités locales, mais bien d'optimiser la répartition du financement entre niveaux national et régional pour satisfaire au mieux les besoins de santé des usagers.

Une variante de ce système peut être envisagée. Elle combine la collecte et l'affectation directe de recettes à l'échelon régional, avec un ajustement effectué au niveau national. Cette variante suppose la mise en place d'un fonds national de péréquation. Les régions disposeraient librement de leurs impôts dès lors que leur montant n'excéderait pas celui de la consommation de soins nationale moyenne. Les recettes excédentaires par rapport à ce montant seraient affectées au fonds national de péréquation. Ce schéma présente l'avantage pour l'Etat de ventiler des masses financières d'importance relativement limitée. Néanmoins, il faut souligner qu'il permettrait à certaines régions sous-consommatrices mais disposant de recettes relativement importantes de combler de façon immédiate tout ou partie de leur retard, alors que d'autres régions, également sous-consommatrices mais disposant de recettes faibles, ne pourraient résorber leur retard que progressivement par l'intermédiaire du fonds national de péréquation. Il permettrait cependant, au delà des difficultés techniques de mise en œuvre non négligeables de limiter les occasions de contestation, par les régions, de la répartition d'une dotation nationale qu'elles peuvent considérer comme en partie arbitraire.

Cependant, il n'est pas souhaitable d'opter pour une responsabilité financière de l'échelon régional qui impliquerait que les dépassements d'enveloppes soient assumés par la fiscalité locale, l'emprunt ou la réduction des prestations. En effet, de tels dépassements seraient difficilement évitables, en raison de la forte évolutivité des dépenses de santé : seules les régions les plus favorisées seraient à même de maintenir le service public de la santé à son niveau actuel. Le recours à une décentralisation politique traditionnelle présente le danger majeur d'un accroissement des inégalités entre régions, en raison essentiellement des grandes disparités de ressources financières. Les exemples espagnol et italien, malgré le caractère récent de l'achèvement du processus de régionalisation, montrent que ce risque est la contrepartie d'une forte décentralisation. En effet, dans le cadre de financements entièrement régionalisés s'accompagnant d'un mouvement de fédéralisme fiscal, la dispersion interrégionale des dépenses de santé par habitant, loin d'être atténuée, a tendance à s'aggraver. Ainsi, dans ces deux pays, le débat porte aujourd'hui surtout sur le danger que constitue la formation à terme de systèmes régionaux de santé très différents, inaccessibles aux non-résidents, et extrêmement inégaux du point de vue des prestations assurées. Une telle situation serait particulièrement mal acceptée au

---

Portugal compte tenu des inégalités d'accès déjà présentes dans le système. La solidarité financière doit demeurer la pierre angulaire du système.

Dès lors, ni les caractéristiques actuelles des régions portugaises ni les impératifs d'équité ne nous paraissent plaider en faveur d'un transfert financier aux régions. Les évolutions souhaitables s'inscrivent davantage dans le cadre d'une décentralisation administrative, fondée sur la large autonomie d'une autorité régionale spécifique, que dans celui d'une décentralisation politique traditionnelle. Par rapport à une simple déconcentration, un tel mode d'organisation présente en outre l'intérêt d'autoriser une véritable implication de la collectivité territoriale régionale. Il n'interdit pas de recourir à des pratiques différenciées conduites par cette autorité.

### **2.2.2 La décentralisation administrative associée à une décentralisation budgétaire : gage d'équité et d'efficacité**

Si un certain nombre de fonctions s'organisent progressivement au Portugal depuis quelques années au niveau régional, pour autant, la région n'est le lieu d'aucun pouvoir décisionnel. Instaurer un réel pouvoir régional constituerait un bouleversement important qui doit être justifié. La principale justification tient à la nature et à la multiplicité des enjeux politiques de santé régionaux, enjeux auxquels seul peut faire face un pouvoir disposant d'une forte légitimité électorale, susceptible de confronter avis et expertises de toutes natures, d'arbitrer entre des intérêts souvent contradictoires, et de faire appliquer ces arbitrages. Ces enjeux sont sociaux et économiques tout autant que techniques. La composante « sociale » des politiques de santé est évidente si on évoque la couverture socialisée des soins. Certes, celle-ci conditionne l'accès aux biens et services médicaux d'une partie de la population qui va bien au-delà des catégories les plus défavorisées. Mais c'est également pour tenir compte des comportements différenciés des diverses catégories sociales, que doivent être traités en termes sociaux des problèmes comme ceux des rapports entre prévention et soins curatifs, entre médecine de premier recours et niveau secondaire de soins. C'est encore un problème de nature sociale que de choisir une juste voie entre les politiques d'équipements de pointe permettant de traiter un petit nombre de maladies graves et coûteuses et la création d'un réseau dense de prise en charge pour certaines catégories de population, pour lesquels la médecine obtient des résultats moins spectaculaires mais tout aussi valorisants en termes de santé publique. La collectivité publique est donc inévitablement concernée par de tels enjeux. Quant aux enjeux économiques, certains sont sensibles au niveau local. Les services de santé dans une ville ou une zone rurale sont des éléments structurants de l'activité locale et génèrent une part importante de l'emploi disponible. Les élus locaux sont extrêmement sensibles à cet aspect de l'activité sanitaire. Il paraît légitime de leur reconnaître une capacité d'intervention sur cette composante importante de l'activité et de la vie économique de leur région.

L'instance régionale doit compter avec les professionnels de santé pour gérer le système (Monteiro, 1998). La recherche d'une formule efficace et démocratique d'association de l'ensemble des professionnels locaux à l'élaboration de la politique régionale est indispensable. La région est ainsi appelée à jouer un rôle de relais entre les usagers, les producteurs de soins et l'autorité étatique responsable de la politique nationale de santé et du financement de la majorité des ressources. Elle est amenée à demander aux producteurs de soins une présentation de leurs projets, justifiant de l'attribution des moyens réclamés. Elle demandera une expertise financière prenant en compte, en matière d'équipement, non seulement une évaluation du coût des mesures d'investissement, mais également une évaluation de leurs conséquences sur le fonctionnement ultérieur des services ou le renouvellement à terme des matériels. Pour gérer l'adéquation entre les moyens humains et matériels, et leur proximité géographique avec le patient, elle déterminera les besoins par bassin de population. On peut ainsi espérer lever certaines difficultés du système de santé portugais, soulignées précédemment telles que par exemple les problèmes de liste d'attente

---

et l'inégalité de répartition géographique des services de santé. Enfin, le souci de la qualité des soins et de l'équité encourage une organisation régionalisée des soins en réseaux qui favorise la coordination, au niveau régional, entre les acteurs publics et privés du système de santé.

Les principes sur lesquels repose un schéma de décentralisation administrative sont assez simples : on conserve l'essentiel du système actuel en lui ajoutant un gestionnaire supplémentaire, l'Administration Régionale de Santé, déjà existant mais dont on augmenterait les compétences (Guichard, 2004). Il s'agit donc d'une décentralisation territoriale au bénéfice des instances politiques régionales qui se voient attribuer des compétences de droit commun en matière de politique de santé. L'idée serait d'associer à cette décentralisation administrative une décentralisation budgétaire permettant une réaffectation des ressources afin d'assurer le bon fonctionnement des collectivités locales et dans un souci de respect de l'équité. L'organisation du système portugais pourrait alors se concevoir à partir des principes suivants. L'ensemble des recettes, constitué à titre principal par les impôts, serait centralisé par l'Etat qui en assurerait le prélèvement. Ainsi, un budget global de la santé serait voté annuellement. La dotation nationale serait répartie annuellement entre les régions selon des critères faisant référence aux masses existantes, à des indicateurs de besoins et à des projets spécifiques. Le Ministère de la Santé voterait donc annuellement une loi de répartition régionale des dotations globales de santé. La dotation régionale serait gérée par les instances politiques locales qui disposeraient du pouvoir de définition de la planification santé, d'un programme de santé annuel, de l'arbitrage entre les diverses formes de soins ainsi que de la charge de gestion financière du système. Dans ce schéma, l'Etat conserverait les compétences dans le domaine de financement de l'assurance maladie, dans celui des structures de l'offre, dans celui des modalités de rémunération des professionnels de santé ainsi que des pouvoirs d'encadrement de la gestion régionale concernant les ressources propres que les régions consacraient à la santé. Cette possibilité de définition de normes et de critères minimaux ou maximaux permettrait de limiter l'ampleur des disparités régionales et, en ce sens, serait moins dangereuse que la décentralisation politique.

Certains territoires portugais sont actuellement confrontés à un cumul des inégalités en matière de santé, avec un état sanitaire problématique et une forte déficience de l'offre de soins. La décentralisation administrative, associée à une décentralisation budgétaire, offrirait l'opportunité d'efforts accrus à destination de zones bien identifiées, qui pourraient être qualifiées de « zones prioritaires de santé » (Bentes et al., 2004). Leur périmètre serait arrêté selon des critères simples (état sanitaire et présence médicale), conformément à des principes définis nationalement. Il pourrait s'appuyer sur les zonages déjà existants, notamment les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles. Les actions renforcées pourraient être de deux ordres. D'une part, il s'agirait d'intensifier les mesures de soutien à la présence médicale en rationalisant et en mutualisant les dispositifs d'aides existants. Les inégalités de démographie médicale justifient en effet une action correctrice s'appuyant sur l'échelon régional, tant pour établir un équilibre entre régions que pour favoriser l'installation dans les territoires déficitaires. D'autre part, les actions territoriales de santé publique conduites dans ces zones pourraient être encouragées. Un soutien financier accru pourrait être assuré pour des actions s'adaptant particulièrement aux besoins d'une population peu suivie médicalement (dépistages, observation de la santé bucco-dentaire par exemple).

Par ailleurs, s'il est illusoire de considérer la région comme un niveau territorial sans contraintes, le système politique et institutionnel portugais favorise l'expression des blocages au plan national. La région pourrait ainsi s'affirmer comme le lieu d'un dépassement de ces obstacles. Le niveau régional offre ainsi deux avantages: il donne une certaine distance au décideur à l'égard de la demande sociale immédiate et lui permet de recourir à des arbitrages territoriaux éventuellement défavorables pour certains, mais visant l'intérêt général. Une prise de décision au niveau régional n'est pas contradictoire avec un fonctionnement démocratique. La démocratisation de la politique de santé au niveau régional n'est pas seulement une nécessité pour l'équité, elle est aussi le gage d'une meilleure efficacité. Elle est en effet la source d'une mobilisation croissante des

---

acteurs et de la mutualisation de leurs expériences. Favorisant les contacts entre les acteurs, la démocratisation participe à un décloisonnement du système. Entre un échelon national où les acteurs de la santé ne peuvent être réellement impliqués et un échelon local trop restreint pour définir des orientations pertinentes, la région apparaît ici légitime en ce qu'elle favorise l'appropriation de ces politiques par ceux qui les mettent en œuvre. Cette démocratisation ne saurait ainsi se limiter à des instances purement consultatives. L'implication des acteurs régionaux au sein des structures de décision apparaît comme une condition de leur responsabilisation.



---

## Conclusion

La régionalisation des systèmes de santé, qui accompagne la réforme des systèmes dans la plupart des pays européens, est considérée aujourd'hui comme un facteur de renouveau de l'Etat. Les principes de répartition des compétences entre niveau central et régional font l'objet d'une attention particulière tant ils conditionnent l'identité et l'unité du système de santé. Dans la mesure où un approfondissement de la politique régionale de santé peut s'envisager selon des degrés d'autonomie et de responsabilisation très variables, il est nécessaire d'opérer des choix clairs. Il s'agit de donner au régulateur les moyens de rationaliser le service public de santé, en le rapprochant des acteurs locaux par une déconcentration administrative et budgétaire mais pas politique, et en lui fournissant des instruments de gestion performants empruntés au secteur privé. En effet, une gestion du système de santé, organisée au niveau régional, sous la tutelle et avec la participation de l'Etat, peut être conçue comme un moyen de se positionner entre, d'une part, la gestion centralisée d'un système national de santé soucieux de l'équité mais gagné par l'inefficacité, et d'autre part une libéralisation excessive du système de santé qui, sous couvert d'efficacité, réduirait le rôle de l'Etat à la portion congrue, au risque d'une inégalité croissante dans l'accès aux soins.

En ce sens, la régionalisation du système de santé n'implique pas forcément une décentralisation politique qui est d'ailleurs l'exception en Europe. Une décentralisation administrative cohérente peut permettre de réconcilier efficacité et équité en confiant la décision de gestion aux acteurs locaux du système, dans le respect tout à la fois des spécificités de chacun et de l'universalité du principe démocratique d'égalité.



---

## Bibliographie

- Tape Bentes M., Dias C. M., Sakellarides C., Bankauskaite V. (2004), *Health care systems in transition: Portugal*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- De Campos (2004), *Decentralization and Privatization in Portuguese Health Reforms*, Sistema Nacional de Saude, volume tematico: 4.
- Guichard S. (2004), *The reform of the health care system in Portugal*, Economics department, working paper n° 405.
- Lemieux V. (1997), *La décentralisation*, Québec : Les Presses de l'Université de Laval.
- Lewis S. (1997), *Regionalization and Devolution: Transforming Health Reshaping Politics?*, Saskatoon, HEALNet Regional Health Planning.
- Maeda A. (2004), *Privatization and decentralization in health reform*, In European Observatory of Health Systems Meeting, Venice, March 2004. Venice : WHO/Euro.
- Monteiro C. (1998), *A regionalização pode esperar*, Visão, 5 de Novembro de 1998: 58.
- Observatorio Português dos Sistemas de Saude( 2004), *Incertezas... gestão da mudança na saude*, Relatorio de Primavera, ENSP.
- Observatorio Português dos Sistemas de Saude (2006), *Um ano de governação em saude -sentidos e significados*, Relatorio de Primavera, ENSP.
- Pascal C. et Piovesan D. (2003), « Quelle régionalisation pour le système de santé ? », *Regards sur l'actualité*, La Documentation Française, n° 288, février 2003.
- Polton D. (2003), « Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères », *Questions d'Economie de la Santé*, n° 72, 2003/10, Série Analyses.
- Polton D. (2004), « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004/12/10, pp. 267-299.
- Tabuteau D. (2002), « La régionalisation du système de santé », *Droit Social*, n° 7-8, juillet-août.

