
Artigo de Opinião / Opinion Article

MUDANÇAS NA GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - O MODELO CANADIANO*

MIGUEL CARNEIRO DE MOURA

GE - J Port Gastreterol 2006, 13: 105-110

Num momento em que estão em curso mudanças na Saúde para Portugal, estes comentários vão ser uma reflexão sobre o modelo canadiano de Saúde e não pretendem ter uma ligação directa com as soluções operacionais que actualmente se desenrolam nos hospitais, e que muitos economistas e médicos consideram insuficientes para retirar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) da situação crítica em que se encontra.

Com a recente apresentação do programa de Reforma do Serviço de Saúde Francês e algumas particularidades que o tornam talvez mais transportável para a realidade portuguesa de que o modelo canadiano, irei fazer também alguns comentários sobre este novo modelo, a que alguém já designou o "managed care" conduzido pelo Estado.

É importante deixar claro de início que sou um defensor do SNS nos seus conceitos principais: acessível a todos, praticamente livre de encargos no local da prestação de cuidados e pago pelos impostos do Estado. Gostaria de sublinhar que conheço a complexidade do sistema e que nos últimos 20 anos tenho acompanhado de perto as reformas que se têm feito e as que falharam. Tive durante 1988 a 1997 responsabilidades na Direcção de um grande Hospital Universitário em Lisboa, o Hospital de Santa Maria.

São factores de instabilidade e que dificultam a gestão do SNS: autonomia médica, hierarquias profissionais, muitas pressões externas, competição interna pelos recursos, falta de incentivos, diferentes disciplinas todas com diferentes objectivos internos e uma enorme falta de informação.

Continuo convencido que, nas actuais circunstâncias, o SNS deverá manter-se como a pedra angular do nosso sistema de saúde. Mas continua a ser quase impossível

geri-lo numa perspectiva de eficiência e de qualidade, o que resulta essencialmente da sua total dependência da função pública e da cada vez mais absoluta centralização estatal. O problema não é apenas uma questão orçamental embora seja claramente necessário em certas áreas um maior investimento e procurar formas de financiamento adicional.

Aceito a relutância dos que não querem pôr mais dinheiro num sistema caracterizado por grande desperdício sem existirem as contrapartidas de uma melhoria proporcional da qualidade dos serviços prestados. Não é possível aceitar a realidade de que centenas de portugueses morrem desnecessariamente todos os anos e de que alguns milhares têm muito sofrimento e inconveniências. E o sofrimento ocorre porque muitos doentes esperam muito tempo antes do diagnóstico ou são incorrectamente diagnosticados e depois esperam muito tempo pelo tratamento ou são incorrectamente tratados. A posição nos meios governamentais mais recentes é a de que o problema está na ineficiência do sector público de serviços e que a solução se encontra em introduzir gestores e profissionais da saúde que tenham a excelência e a competência dos empresários do sector privado nacional. O que se necessita não é mais dinheiro, mas mais e melhor gestão. E gestão do tipo empresarial.

Mais importante em nosso entender é ter uma estratégia para o SNS e definir de forma clara as prioridades. Creio que muitos concordarão que o actual modelo português está ultrapassado e que é necessária uma mudança drástica do SNS. As questões óbvias são: onde, como e quando?

Neste aspecto o modelo canadiano, que tive a oportunidade de estudar, pode fornecer-nos algumas pistas e sugestões para a mudança.

* Texto adaptado de uma conferência proferida em Dezembro de 2004 num ciclo comemorativo dos 25 anos do Hospital de Faro a convite do Dr. Horácio Guerreiro e do Conselho de Administração. Serviço de Gastreterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

O sistema de saúde canadiano consiste num conjunto de planos de segurança da saúde socializados que garantem a cobertura a todos os cidadãos canadianos

O sistema é financiado pelo sector público e administrado numa base regional (10 províncias e 2 territórios), obedecendo a normas e regulamentações estabelecidas pelo governo federal. Cada plano provincial tem de aderir às estipulações do *Canada Health Care Act* de 1984 para ser financiado centralmente: administração pública, universal e acessível (1-7)

Neste sistema de saúde, os indivíduos tem direito a medicina preventiva e a tratamento dos médicos de família (cuidados primários) e todo o acesso a hospitais, cirurgia dentária e outros serviços médicos adicionais. Com algumas poucas excepções, todos os canadianos se qualificam para a cobertura dos serviços de saúde, sem considerar a sua história médica, rendimentos pessoais ou nível social. Independente das controvérsias e debate político que existe neste momento, o Canada pode gabar-se de ter uma expectativa de vida muito elevada (cerca de 80 anos) e um dos níveis mais baixos de mortalidade infantil dos países desenvolvidos, o que muitos atribuem ao sucesso do sistema de saúde.

No sistema de saúde canadiano destacam-se como aspectos positivos: a sua cobertura universal, os seus menores custos, em comparação com outros sistemas de países desenvolvidos, em especial os custos na administração pública, a sua maior descentralização (é um sistema baseado nas províncias) e a autonomia clínica que os médicos desfrutam.

Em relação ao aspecto dos custos, que é um problema crítico na apreciação de qualquer sistema, vale a pena recordar alguns números (3). As despesas do Canada com os cuidados de saúde atingiram os 10,2 % do PNB em 1992 e reduziram para 9,3% em 1998. Em 2001 subiu para 9,6. Nos Estados Unidos o valor para 1998 foi de 14%. Países de maior peso económico entre 8 e 10%. A Inglaterra com o *National Health Service* em crise não atinge os 7%. Os dados para Portugal, referentes a 2000, indicam 8,2% do PIB no total, com 5,8% do sector público (www.dgsaude.pt).

Os aspectos negativos do sistema de saúde canadiano, que se têm tornado bem evidentes nos últimos anos, prendem-se com um aumento progressivo das despesas e as tentativas do governo central para os controlar gerando conflito com as autoridades das províncias, e a sua crescente não aceitação pelo público em geral. Um inquérito recente de 1000 adultos no Canadá mostrou que apenas uma minoria dos cidadãos estava satisfeito com o seu sistema nacional de Saúde. A capacidade de escolha dos doentes diminuiu, a acessibilidade dificultada em certas situações e as listas de espera começaram a perturbar.

O sistema de saúde canadiano está em "crise" na opinião de muitos, mas é justo reconhecer que a maioria dos sistemas de saúde estão em "crise" a maioria do tempo. Uns pensam que o sistema se pode manter como está com pequenas alterações. Mas outros desejam melhor. As propostas são várias, incluindo uma melhor e mais ampla comunicação entre os profissionais e as autoridades da saúde (procurando encontrar pontos em comum, como a introdução da nova tecnologia, o fornecimento de serviços com reconhecido efeito - medicina baseada na evidência, satisfazer o maior numero de necessidades com os recursos existentes). Esta não é uma ideia nova e já está em prática no Canadá. Mas as inevitáveis confrontações nos processos de negociação dos vencimentos e dos orçamentos específicos muitas vezes impedem esta cooperação. E enquanto os profissionais de saúde considerarem, pelo menos oficialmente, que o conteúdo da saúde é assunto exclusivamente seu, e os governos e administradores reivindicarem a mesma responsabilidade, o conflito continua inevitável. A saúde é um domínio demasiado importante para ser apenas dos profissionais e de qualquer modo, nenhum país pode hoje dar-se ao luxo de o fazer.

Outra possibilidade de melhoria do sistema, e que tem os seus defensores, é a competição pública através da gestão empresarial privada em organismos públicos, processo de mitigar o conflito político/profissional e introduzir mecanismos para conter as despesas. Claro que a limitação das despesas a um determinado nível não é um objectivo só por si. A participação progressiva dos doentes e da comunidade na solução de alguns problemas e na definição de prioridades pode ser outro mecanismo a utilizar

Quais são os aspectos do serviço nacional de saúde canadiano que poderiam interessar como elementos essenciais para a mudança e melhoria do nosso SNS?

1. Reduzir o papel central do Estado e compartilhar as responsabilidades com as estruturas locais e regionais. Tem sido apontado como um dos defeitos do nosso sistema o Estado ser simultaneamente o pagador e o prestador de serviços. Em nosso entender o Estado deve ser o pagador principal, como no modelo canadiano, mas deve haver uma maior participação local na organização e distribuição dos cuidados de saúde. Portugal tem ainda grandes diferenças regionais e portanto a transposição do modelo canadiano que assenta na ligação Estado-províncias não será possível de imediato, mas deve incentivar-se um paradigma da maior intervenção dos doentes, das instituições sociais e dos poderes locais ou regionais na planificação da prestação dos cuidados da saúde.

2. Repensar um SNS fundamentalmente diferente. Não uma estrutura monolítica centrada no poder central mas um sistema baseado em valores - centrado no doente, e no qual participam todos os que podem prestar cuidados - públicos e privados, de uma forma harmonizada. Criação de "agências regionais de saúde" visando principalmente desenvolver as "redes de cuidados" e que devem ter na sua gestão os representantes eleitos regionais, os representantes dos profissionais da saúde e os dos doentes.

3. O governo central não deve ser o responsável por gerir uma indústria da saúde nacionalizada mas antes preferencialmente coordena um sistema de cuidados multipotencial de acordo com as preferências dos profissionais, doentes e as características regionais ou dos serviços locais. O papel do governo central é o de garantir uma consistência nacional da qualidade dos serviços e a definição dos *standards* de cuidados.

4. Um ponto importante no sistema canadiano é a separação entre os sectores público e privado. Sou um defensor deste princípio, aliás seguido hoje em vários países europeus com sistemas de saúde de reconhecida qualidade. Não é possível uma adequada motivação e incentivo quando os profissionais da saúde dividem o seu tempo entre várias actividades em diferentes instituições. A experiência já conseguida entre nós em hospitais com alguns centros de responsabilidade é claramente a favor desta medida. Os quadros de pessoal médico em certas especialidades hospitalares estão desproporcionados da realidade, motivados pelo "part-time" e não aproveitamento dos horários, através dos múltiplos subterfúgios da administração pública.

5. Maior diversidade na prestação dos cuidados de saúde e maior liberdade dos serviços locais para melhorar o tipo e a prestação dos cuidados aos doentes. Repensar a gestão no sentido de a libertar dos princípios rígidos da administração pública com uma pesada burocracia que já se revelou incompatível com a organização da qualidade dos serviços de saúde.

A razão porque o serviço canadiano estabeleceu inicialmente uma proibição ao seguro privado de saúde - no contexto do SNS, foi o de impedir que as empresas privadas apenas segurassem doentes de baixo risco e se desenvolvesse um sistema de saúde nacional com vários níveis de serviço que naturalmente favoreceria os indivíduos com maior poder económico. Esta posição ainda hoje tem muitos apoiantes no Canada que vêm na abertura aos seguros privados uma possível erosão das bases sociais do SNS. Um inquérito mais recente de opinião pública canadiana indica que muitas pessoas parecem estar dispostas a aceitar este sistema se permitir um acesso mais rápido aos cuidados de saúde e melhor qualidade de serviços.

A maioria dos médicos do Canada, embora muito pouco satisfeitos com a deterioração do SNS, continuam a apoiar o financiamento principalmente público, apesar das dificuldades que tem surgido entre o governo e as províncias. Muitos pensam que uma grande entrada de dinheiro privado no sistema e as consequentes leis de mercado não servem necessariamente os melhores interesses dos doentes nem dos médicos, embora reconheçam a necessidade de procurar outras formas adicionais de financiamento. É certamente um dilema para os médicos porque o doente cada vez quer melhor acesso aos cuidados e exige as mais avançadas tecnologias de diagnóstico e tratamento.

Uma das aparentes falhas do sistema de saúde canadiano resulta das diferenças entre os planos de saúde entre as diferentes províncias. Recordo que o sistema de saúde canadiano se baseia em dez esquemas de seguros públicos com características diferentes de acordo com as dez províncias. Os cuidados domiciliários e a cobertura medicamentosa variam de província para província. A importância dos cuidados primários de saúde e a sua integração com os cuidados hospitalares carece de revisão. É um problema essencial para evitar a grande superlotação das urgências hospitalares, realidade hoje bem evidente no sistema português.

Um aspecto importante do SNS do Canada e que tem sido sublinhado em debates recentes é a importância da Investigação e da Informação em Saúde. É geralmente aceite que não se pode gerir bem o que não se pode medir. E será que é fácil medir em Saúde? Daí que um grande esforço seja colocado e dirigido para o desenvolvimento de meios para medir e informar sobre o funcionamento e mudanças do sistema de saúde canadiano. Um dos agentes chave deste processo é o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) (8). Numa época de mudança, compreender a saúde dos pessoas e como está a funcionar o sistema é essencial para avaliar os processos e planos em curso e a desenvolver no futuro. Em Portugal a carência em dados desta natureza é clamorosa. Compreendem-se as dificuldades, mas há insuficiências que é necessário atender se realmente se pretende melhorar o sistema. A inoperância do que foi a Alta Autoridade é um exemplo.

Estamos no meio de uma revolução na investigação em saúde - que acelera o ritmo da descoberta e da emergência de novas ideias e novas metodologias. Os progressos na genética, na biologia celular, nos métodos de imagem e na investigação da saúde das populações forneceram novos instrumentos para compreender, diagnosticar, tratar e prevenir doenças. Avanços seminais nas doenças degenerativas, nas neurociências e na nano-medicina prometem novas estratégias para substituir e reparar tecidos lesados ou envelhecidos. A informática médica

tornou possível o seguimento de um grande número de doentes e populações ao longo do tempo. Novos desenvolvimentos na tele-medicina ou tele-saúde permitem hoje transferir informação ou realizar serviços médicos a distancia e ligar os profissionais de saúde, decisores e investigadores através de redes que abrangem um país e se estendem internacionalmente. O Canada está a investir muito nestas áreas de informática da saúde. Como sublinhou o ex-primeiro Ministro Paul Martin numa intervenção recente o dinheiro "a mais" disponível para saúde deve ser estrategicamente dirigido para ajudar o Canada a competir globalmente para as melhores ideias, tecnologias e reter os mais dotados e capazes nas suas fileiras (9). Inovação é uma palavra de ordem. E o dinheiro suplementar deve contribuir para diminuir as diferenças entre a qualidade dos serviços de saúde que estão disponíveis em certas áreas do Canada e não acessíveis noutras.

Um breve comentário á reforma dos cuidados de saúde em França. Em 2000, a OMS classificou o SNS francês como o melhor sistema de cuidados de saúde do mundo (11). Embora a metodologia e os dados nos quais esta classificação se baseou tenham sido criticados, há boas razões para se ficar impressionado com o sistema francês. Contudo em Junho de 2004, perante a grave crise financeira do sistema da Segurança de Saúde Nacional, o governo nomeou o Ministro da Saúde Philippe Douste Barry para elaborar um plano de reforma. O plano aprovado tende a conservar no sistema os seus reconhecidos benefícios, pelo que é apoiado pela maioria dos utilizadores e dos prestadores dos cuidados de saúde (10-13)

O SNS francês é considerado um compromisso realista entre o *NHS* britânico, a que se atribui um racionamento feroz e que oferece ao doente pouca escolha, e o mosaico de subsistemas dos Estados Unidos, socialmente inaceitável porque 15 % da população de menos de 65 anos não tem qualquer seguro de saúde. Independentemente da sua ideologia partidária, os franceses defendem o seu SNS como uma combinação ideal de solidariedade, liberalismo e pluralismo. Talvez esta apreciação seja correcta, mas os custos da sua manutenção começaram a subir demasiado e a abrir grandes brechas no sistema.

A reforma agora aprovada pretende implementar uma forma de "managed care" dirigido pelo Estado. Esta nova reforma propõe-se aplicar as técnicas que foram desenhadas para as organizações do "managed care" dos Estados Unidos (como o processo médico digital, as "guidelines" de pratica clínica e os incentivos para estimular a utilização dos médicos de família como os guardas do sistema) a um sistema de saúde estatal e universal.

A ideia de um "managed care" da responsabilidade do Estado tem aspectos que são apelativos á maioria dos intervenientes: procura a modernização do sector público da saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados e promete controlar os custos aumentando a eficiência da distribuição dos recursos dentro de limites de despesa bem definidos. Neste contexto, a reforma vai reforçar o papel regulador do Estado central, que controla uma vasta renovação institucional, aplica a moderna tecnologia administrativa e de informação aos cuidados de saúde e desenvolve incentivos e regulações para melhorar a qualidade.

Este tipo de reforma encontra um grande obstáculo na resistência da classe médica a todas as mudanças que pretendam introduzir as modernas estratégias de gestão na prática clínica e em diminuir a autoridade dos médicos (11).

Em contraste com outros países Europeus - como a Inglaterra, a Holanda e a Alemanha, a França sempre evitou intervir em dois aspectos que estão na base de muitas reformas de saúde - a capacidade de escolha do doente e a competição de preços entre os vários esquemas de reformas e seguros de saúde. Ao evitar estas mudanças estratégicas a posição francesa pretende manter a liberdade dos beneficiários escolherem entre os vários prestadores e reflecte o seu receio de que a competição acabaria por conduzir á privatização de muitos subsistemas - um afastamento inaceitável do princípio da solidariedade. Este receio como vimos é também sentido em muitos sectores da opinião canadiana.

Embora os decisores da política em França defendam que têm um sistema de saúde que reconcilia a solidariedade, liberalismo e pluralismo, o sistema mudou muito nos últimos anos. Uma mudança é única em França. A reforma Juppé de 1996 aumentou a carga fiscal (nos rendimentos, capital, cigarros e álcool) reduzindo significativamente a participação dos empregadores nas despesas da saúde. Como o sistema de saúde passa a estar cada vez mais dependente do financiamento central, este facto reforça a legitimidade do Estado em intervir mais directamente na reforma da saúde. A segunda mudança está relacionada com a evolução global da tecnologia medica, a proliferação das especialidades e sub especialidades medicas e a explosão única dos conhecimentos da Medicina que tornam hoje em dia, os princípios da *medicine liberale* quase anacrónicos e transformam a clínica privada *a solo* antiquada para dizer o mínimo.

Os principais planos da actual reforma incluem: processo clínico único electrónico, estimular os doentes a visitar o médico de família antes de procurar o especialista, promover o uso dos medicamentos genéricos e obrigar os doentes a pagar uma quantia mínima por cada consulta.

O sistema de saúde francês baseia-se num sistema de seguro de saúde obrigatório. Todos os trabalhadores descontam uma parte do seu salário para um fundo de segurança social, que cobre 75 % das despesas com os procedimentos médicos. Mas os críticos consideram que este sistema encoraja o consumo excessivo de meios. Os franceses consultam o médico duas vezes mais que os suecos, por exemplo. O governo espera que estas novas medidas reduzam este excesso, em parte com a introdução do processo clínico digital. Por outro lado, a partir de agora o doente só pode consultar um especialista quando referenciado pelo médico de família. Sem esta indicação, os doentes tem que suportar os encargos da consulta ou recebem um reembolso menor.

A implementação completa desta nova reforma está prevista até 2007. O início do plano foi marcado pela criação do UNCAM (*Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie*) em Novembro de 2004. Existe também uma Entidade Reguladora da Saúde a quem compete essencialmente a avaliação científica dos processos, as recomendações gerais sobre os reembolsos, a definição dos referenciais médicos e a coordenação e a informação ao conjunto dos participantes do sistema. Gigantesca tarefa. O doente é naturalmente a peça central do sistema. O Estado fixa as grandes orientações da saúde e as condições do equilíbrio plurianual dos regimes sociais. É o garante do bom funcionamento do sistema.

São pontos aceites desta reforma. Primeiro, o crescimento das despesas com a saúde vai continuar. Segundo, a política de saúde deve ter como objectivo obter mais valor pelo dinheiro gasto, na alocação dos recursos e na equidade da distribuição dos serviços. Terceiro, quando as despesas atingirem estes objectivos, devem ser financiadas colectivamente. O primeiro e terceiro ponto não desencadearam controvérsia. A segunda proposta é mais complicada: obriga a reconhecer dois problemas que ameaçam a sustentabilidade do sistema.

O primeiro, é difícil controlar despesas num sistema tão comprometido no liberalismo e no pluralismo. Embora o sistema francês não seja dispendioso em comparação com o dos Estados Unidos (9,7% do PIB *versus* 14,6 %), a França é um dos países onde a Saúde é mais cara na Europa (11). Em segundo lugar, o acesso aos cuidados não é já um objectivo suficiente, porque a qualidade dos serviços prestadores esta muito desigualmente distribuído entre regiões geográficas e classes sociais. Este problema exacerba-se com a liberdade quase total dos doentes navegarem dentro do sistema e a multiplicidade e grande sofisticação técnica das ofertas.

O sistema de saúde francês atingiu um ponto de viragem que pode interessar aos clínicos e aos decisores políticos noutros países, como Portugal, porque esta nova reforma

representa a resposta a uma questão fundamental: pode o equilíbrio entre a solidariedade, o liberalismo e o pluralismo ser mantido quando se procuram controlar eficazmente as despesas dos cuidados de saúde?

Nas últimas duas décadas, vários países europeus tem registado um ciclo contínuo de reformas nas políticas de saúde. As principais reformas foram nos modelos de gestão e tinham como objectivo principal introduzir nos serviços públicos da saúde os modelos de mercado. Mas curiosamente estas medidas ocorreram em paralelo com a introdução de mecanismos anti-competitivos, antagónicos às leis do mercado, o que conduziu por toda a Europa a um maior controlo governamental sobre os sistemas e as estruturas de saúde. Os mecanismos de mercado foram introduzidos apenas como um meio para reduzir os custos e infelizmente esqueceram um aspecto essencial: os direitos e as necessidades dos doentes e os valores sociais e culturais da comunidade.

A França propõe agora uma solução que se revela interessante e que talvez seja para Portugal mais exequível que o modelo canadiano que pressupõe uma regionalização e que assenta em reformas estruturais de fundo que estão muito longe da realidade portuguesa. Será que a França vai conseguir adaptar o seu sistema de Segurança Nacional às existências tecnológicas e económicas que a mudança propõe sem provocar uma oposição inaceitável da profissão médica? (14-15) Por outras palavras, a reforma Douste-Blazy vai ser eficazmente implementada, ou apenas será mais um argumento para o velho aforismo *plus ça change, plus c'est la même chose?*

Há muitas soluções para resolver os problemas da prestação dos cuidados de saúde e do seu financiamento que pretendem oferecer resultados eficientes e socialmente aceites, embora a eficiência seja mais difícil de demonstrar. Mas cada sociedade vai continuar a defrontar-se com os mesmos problemas: o que produzir, para quem e como, e como alterar as instituições da saúde para obter os resultados mais satisfatórios. É um jogo e é importante saber como jogar; não se pode terminar o jogo, "ganhando" ou de outro modo.

Se alguma das ideias que aqui foram avançadas for útil para os profissionais da saúde empenhados em melhorar o nosso sistema de saúde, considero que o objectivo destes comentários foi conseguido.

BIBLIOGRAFIA

1. Evans RG. Strained Mercy: The economics of Canadian Health Care. 1984 Butterworths & Co, Toronto.
2. Iglehart JK. Revisiting the Canadian Health Care System. *N Eng J Med* 2000; 342: 2007-12.
3. Detsky, A. S., Naylor, C. D. Canada's Health Care System - Reform Delayed. *N Eng J Med* 2003; 349: 804-10.

4. Deber RB Health care reform: lessons from Canada. *Am J Public Health*. 2003; 93:20-4.
5. Canadian Health Care; <http://www.canadian-healthcare.org/>
6. Canada Health Care Information Resources:<http://hsl.mcmaster.ca/tomflem/healthcarecanada.html>.
7. Canadian Health Services Research Foundation; <http://www.chsrf.ca/index.php>.
8. Canadian Institute for Health Information; <http://secure.cihi.ca/cihi-web/splash.html>.
9. Martin, PA. 10 year plan to strengthen health care in Canada, First Ministers Meeting, Ottawa, Ontario, September 16, 2004 <http://pm.gc.ca/eng/news.asp?id=260>.
10. Crabb C. Ailing French Health care system to go under the knife. *Bull World Health Organ*. 2004; 82: 232-32.
11. Rodwin VG, Le Pen C Health Care Reform in France - The Birth of State-Led Managed Care *N. Engl. J. Med* 2004; 351: 2259 - 62.
12. Owen P. Healthcare reforms in France; <http://www.frenchentree.com/fe-health/>
13. Vincent G. The French healthcare system: presentation, changes and challenges. *World Hosp Health Serv* 2005; 41: 10-3.
14. Trivalle C The mirages of the hospital-enterprise. *Presse Med* 2005; 34: 658-9.
15. Bellanger MM, Mosse PR. The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French health care system. *Health Econ*. 2005;14 (Suppl 1): 119-32.