

PARLEMENT EUROPEEN

DIRECTION GENERALE IV - ETUDES

DOCUMENT DE TRAVAIL

LES SYSTEMES DE SANTE DANS L'UE

UNE ETUDE COMPARATIVE

Serie Sante Publique Protection des Consommateurs

SACO 101 FR

La présente publication est disponible dans les langues suivantes:

EN (original)

DE

FR

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle du Parlement européen.

Reproduction et traduction autorisées, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source et notification préalable, avec communication d'un exemplaire, à l'éditeur.

Éditeur: **PARLEMENT EUROPÉEN**
L-2929 LUXEMBOURG

Auteur: D^r Elke Jakubowski
Conseiller en matière de politique de la santé publique
Département d'épidémiologie et de médecine sociale
Medizinische Hochschule Hannover

Co-auteur: D^r Reinhard Busse
Département d'épidémiologie et de médecine sociale
Medizinische Hochschule Hannover

Responsable

de la publication: Graham R. Chambers
Direction générale IV - Études
Division "Politiques: sociale, femmes, santé, culture"
Tél. (00 352) 4300-23957
Fax (00 352) 4300-27720
E-mail: gchambers@europarl.eu.int

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tout particulièrement James Kahan, Panos Kanavos, Julio Bastida-Lopez, Elias Mossialos, Miriam Wiley, Franco Sassi, Tore Schersten et Juha Teperi pour l'aide précieuse qu'ils leur ont apportée par leurs commentaires et leur révision des chapitres consacrés aux systèmes de santé nationaux, ainsi que Manfred Huber pour ses nombreuses remarques explicatives sur les données "Éco-santé OCDE".

Le manuscrit a été achevé en mai 1998.

PARLEMENT EUROPÉEN

DIRECTION GÉNÉRALE IV - ÉTUDES

DOCUMENT DE TRAVAIL

**LES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS L'UE
UNE ÉTUDE COMPARATIVE**

Série Santé Publique Protection des Consommateurs

SACO 101 FR

11-1998

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE: Profil comparatif des systèmes de santé dans l'UE	7
..... Cadre descriptif	9
..... Les besoins sanitaires et la demande de santé	11
..... Le financement et l'organisation du secteur de la santé	18
..... L'infrastructure de santé et son utilisation	23
..... Les priorités actuelles	27
DEUXIÈME PARTIE: Les systèmes de santé des États membres de l'UE	29
Autriche	31
Belgique	37
Danemark	43
Finlande	49
France	55
Allemagne	63
Grèce	71
Irlande	79
Italie	85
Luxembourg	91
Pays-Bas	97
Portugal	105
Espagne	111
Suède	117
Royaume-Uni	123
Tableau synoptique	129
GLOSSAIRE	131
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE	135

INTRODUCTION

Le présent rapport rassemble des faits essentiels sur la santé et les services de santé dans les 15 États membres de l'Union européenne. Cette nouvelle étude sur les systèmes de santé des États membres de l'UE remplace les deux études réalisées respectivement en 1990 et 1993.

Le traité de Maastricht (1991) a conféré à l'Union de nouvelles compétences en matière de santé publique et a élargi son champ d'action dans le domaine de la coopération internationale. La promotion et la protection de la santé, le subventionnement de la recherche médicale et de la recherche en matière de santé publique ainsi que la création de systèmes d'information internationaux figuraient parmi les principaux domaines retenus pour une action concertée avec les États membres. La Commission a d'ores et déjà mis en place des politiques spécifiques concernant, par exemple, le sida, le tabagisme, l'alcoolisme et les maladies liées à la pollution. Le traité d'Amsterdam (1997) imprime une nouvelle direction à l'action de la Communauté en l'orientant vers la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Le marché unique et l'augmentation des flux migratoires au sein de l'Union incitent à une convergence accentuée des politiques et offrent de nouvelles perspectives pour l'échange de technologies médicales, de services de santé et de ressources humaines.

La formulation des politiques de santé communautaires n'en demeure pas moins fermement guidée par le principe de subsidiarité. L'harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres est expressément exclue de l'article 129 du traité sur l'Union européenne.

Les systèmes de santé sont enracinés dans des traditions politiques, historiques, culturelles et socio-économiques spécifiques. Il s'ensuit que leur organisation – de même que les ressources financières et humaines qui leur sont allouées – varie considérablement d'un État membre à l'autre.

On distingue essentiellement deux formes d'organisation nationale des soins de santé dans l'Union européenne: les systèmes de santé financés par l'impôt, et ceux qui reposent sur l'assurance sociale, avec des caisses de sécurité sociale éventuellement indépendantes de l'État.

Toutefois, cette opposition fondamentale n'est plus aussi tranchée. Des pays comme le Royaume-Uni ont ouvert leur système de santé à la concurrence interne, afin de diversifier l'offre et d'accroître le pouvoir d'achat. À l'opposé, dans certains systèmes traditionnellement financés par l'assurance sociale, les caisses maladie sont engagées dans un processus de fusion et soumises à un contrôle des coûts renforcé de la part du gouvernement central. Cette tendance à la convergence représente une tentative pour conserver les avantages relatifs des deux systèmes.

Les soins de santé dans l'UE se trouvent aujourd'hui à la croisée des chemins, entre défis et opportunités. Les États membres sont confrontés à un défi commun, celui d'assurer des services de santé équitables, efficaces et de haute qualité à un coût abordable, alors que le volume des prestations à délivrer commence à dépasser la base de ressources. La demande de soins de santé en Europe – comme dans tous les pays industrialisés – augmente en raison du vieillissement des

populations et des attentes plus grandes du public. La combinaison formée par l'évolution démographique et les développements technologiques conduit à l'accroissement du coût des prestations de santé.

Les systèmes de santé doivent ainsi faire face à des problèmes de rationnement des soins pour maîtriser les coûts induits par une demande croissante conjuguée à une base de prélèvement en diminution. En même temps, il est de plus en plus difficile d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de santé qui recueillent l'accord et le consentement du plus grand nombre.

D'un autre côté, de nouvelles perspectives se sont ouvertes qui sont susceptibles d'apporter des améliorations substantielles dans le domaine de la santé. La prévention des maladies et la promotion de la santé bénéficient d'un intérêt grandissant, les avancées cliniques favorisent une utilisation plus efficace et plus efficiente des ressources, et les informations relatives à la santé et aux soins de santé peuvent circuler plus rapidement.

Les États membres déploient des stratégies différentes pour répondre à ces défis et à ces opportunités. Ces stratégies dépendent tout d'abord du cadre organisationnel qui définit les modalités de financement et de prestation des services de santé. En outre, les définitions de la santé et des soins de santé diffèrent d'un pays à l'autre, et les différents niveaux des résultats sanitaires reflètent la diversité des problèmes à résoudre. Chaque système possède ses forces et ses faiblesses, et aucun ne fournit une solution pleinement satisfaisante. Les États membres ont chacun quelque chose à apprendre de l'expérience des quatorze autres.

Les quinze systèmes de santé de l'UE déclinent toute une palette de philosophies et d'approches ancrées dans un héritage et une évolution spécifiques. Les analyses comparatives de ces systèmes s'inscrivent dans le cadre d'un processus d'apprentissage mutuel dont le but ultime est d'améliorer la santé de l'ensemble des citoyens de l'Union.

Ce rapport a pour objet de fournir des informations comparables et à jour sur les différents systèmes de santé que compte l'Union européenne.

La **première partie** offre un aperçu des éléments clés des systèmes nationaux étudiés et dégage les tendances fondamentales liées aux défis et aux enjeux des politiques de santé.

La **deuxième partie** présente en détail le système de santé de chacun des quinze États membres.

Le **tableau synoptique**, à la fin de la deuxième partie, récapitule les principales caractéristiques des systèmes nationaux étudiés, tandis que le **glossaire** fournit des définitions succinctes des termes techniques utilisés.

Considérations méthodologiques

La comparabilité des données relatives à la santé et aux soins de santé dans les États membres est entravée par l'hétérogénéité des méthodes de collecte et d'interprétation. C'est pourquoi il faut être

extrêmement prudent au moment de tirer des conclusions de ces données statistiques comparatives. Cela vaut aussi bien pour les informations sur l'état de santé que pour les dépenses de santé, le financement des services médicaux et leur utilisation. L'harmonisation des définitions des données ainsi que des méthodes de collecte n'est pas encore achevée, malgré les considérables efforts déployés à l'échelle internationale.

Dans le compte rendu détaillé des systèmes de santé des États membres, il est souvent fait mention de moyennes communautaires (indiquées entre accolades), afin de faciliter les comparaisons entre indicateurs. La base "Éco-santé OCDE 98 (97)" constitue la principale source d'information statistique utilisée dans la présente étude; les données correspondent aux statistiques disponibles à la fin de mai 1998. Dans la mesure du possible, les données de l'OCDE ont été comparées avec une seconde source, généralement la base "Health for All" de l'OMS. Les divergences entre les deux sources qui excèdent 10 % sont signalées entre crochets. Cette comparaison avec une seconde source de données n'a pu s'opérer que par intermittence, en raison du manque de données disponibles pour la même année.

PREMIERE PARTIE

Profil comparatif des systemes de sante dans l'UE

CADRE DESCRIPTIF

Le cadre utilisé pour décrire les systèmes de santé nationaux s'articule autour de trois axes fondamentaux.

Les besoins sanitaires et la demande de santé conditionnent la mission actuelle et future du système de santé.

Le financement et l'organisation du secteur de la santé ainsi que **l'infrastructure de santé et son utilisation** sont cruciaux pour comprendre la nature, la structure et les caractéristiques individuelles des systèmes de santé dans l'Union européenne.

Les priorités actuelles constituent une synthèse sommaire des enjeux communs ou spécifiques dans le domaine de la santé, ainsi que des solutions mises en œuvre par les différents États membres.

1. Les besoins sanitaires et la demande de santé

Tous les systèmes s'efforcent de satisfaire aux besoins de la population en matière de santé et de services médicaux. Une question éminemment complexe est celle de savoir dans quelle mesure la demande de santé reflète de manière adéquate les besoins réels de la population, et dans quelle mesure l'offre de soins et l'utilisation des services de santé y satisfont (figure 1). Si les besoins de la population en matière de santé peuvent se traduire par une demande "justifiée" et un usage approprié des services de santé, certains besoins peuvent aussi se trouver négligés en raison d'une demande ou d'une utilisation pratiquement inexistante. L'un des défis que doivent relever les systèmes de santé consiste dès lors à mieux cerner les besoins de santé réels et à satisfaire la demande justifiée, voire à la promouvoir dans des cas déterminés.

Figure 1:

Les besoins de la population en matière de santé et leurs conséquences possibles sur la demande et sur l'offre de santé, ainsi que sur l'utilisation des services de santé. Ce modèle théorique ne saurait refléter des proportions réelles, dans la mesure où celles-ci n'ont pas été quantifiées de manière fiable et sont sujettes à variation selon le système considéré.

La quantification et la qualification de la santé sont des prérequis à l'identification des besoins de la population et à leur traduction dans l'offre de soins.

La santé n'est pas directement mesurable. Parmi les critères utiles pour évaluer l'ampleur et la nature des besoins de santé figurent les caractéristiques de la population ainsi que les "indicateurs de santé" tels que l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité. On peut aussi considérer ces derniers comme des indicateurs de performance du système de santé. Toutefois, de nombreux facteurs échappent à la compétence et à l'action du secteur de la santé. On citera notamment les conditions socio-économiques et l'éducation. La réduction des inégalités induites par ces facteurs est un autre défi majeur que doivent relever les politiques de santé.

Enfin, les progrès de la science médicale suscitent de nouvelles demandes de soins en augmentant les capacités de prévention, de diagnostic, de traitement, de guérison et de réadaptation. Cela se traduit souvent par un accroissement du volume de l'offre et de l'utilisation de services, malgré les nombreuses économies directes que permettent les innovations dans le domaine de la technologie médicale. En effet, le public devient plus exigeant et la demande de santé s'accroît à mesure que les usagers s'habituent à des niveaux de soins plus élevés.

Les indicateurs de l'état de santé donnent un aperçu global de la longévité et de la qualité de vie des Européens. Pour autant, les comparaisons internationales des indicateurs sociosanitaires n'ont de validité que dans les limites de la disponibilité et de la comparabilité des données.

2. Le financement et l'organisation du secteur de la santé

Le financement et l'organisation du système de santé dans les États membres reposent sur des traditions institutionnelles, politiques et socio-économiques nationales. Celles-ci se concrétisent dans une série d'objectifs sociaux en matière de financement et de production des soins, tels l'équité, l'efficacité et des prix abordables. La valeur relative assignée à chaque objectif varie de manière considérable selon les systèmes nationaux, de même qu'entre la santé et les autres secteurs d'action des pouvoirs publics à l'intérieur de chaque pays.

Pour financer un système de santé, il faut collecter l'argent auprès de la population (premier intervenant) pour le reverser au prestataire de soins (deuxième intervenant). Dans l'Union européenne, tous les systèmes ont recours à une tierce partie pour payer ou assurer les dépenses de santé des bénéficiaires. L'objectif est de répartir les coûts des services médicaux entre les malades et les bien-portants et de les moduler en fonction des ressources dont disposent les individus. Ce mécanisme de solidarité reflète le consensus qui prévaut au sein de l'Union européenne, selon lequel la santé ne doit pas être abandonnée aux seuls mécanismes du marché.

3. L'infrastructure de santé et son utilisation

L'allocation des ressources sanitaires ainsi que leur utilisation par la population diffèrent sensiblement selon les systèmes nationaux. Tous les services de santé sont complexes de ce point de vue. Établissements et ressources s'échelonnent des grands hôpitaux aux cliniques à chambres individuelles, des chirurgiens spécialistes aux pédicures. Afin de permettre une analyse comparée, on a procédé à une classification des principales structures et ressources sanitaires: hôpitaux, services de soins de santé primaires et soins ambulatoires, technologie médicale à forte intensité capitalistique¹ et effectifs des professions de santé.

Les problèmes de financement actuels conduisent à rechercher un déploiement optimal des ressources sanitaires. Les variations que l'on observe dans les allocations de ressources et les dépenses de santé d'un État membre à l'autre montrent qu'il existe divers moyens d'atteindre le même objectif, et offrent par là même un vaste champ de comparaison internationale des expériences liées à la recherche de l'efficience et de la rentabilité.

4. Les priorités actuelles

Les trois aspects fondamentaux qui caractérisent la nature et la structure des systèmes de santé dans l'UE sont concernés par les enjeux sanitaires actuels et les défis que doit affronter le secteur de la santé. Les tentatives de réponse, communes ou spécifiques, se reflètent dans les réformes mises en œuvre.

LES BESOINS SANITAIRES ET LA DEMANDE DE SANTÉ

1. Facteurs démographiques

La taille de la population ainsi que ses structures par âge et par sexe sont les variables les plus fondamentales de la demande de santé.

La population des États membres de l'UE varie de 421 000 habitants au Luxembourg à 82 millions en Allemagne (1997). L'accroissement relativement lent de la population de l'Union européenne au cours des trois dernières décennies en fait un indicateur de l'évolution de la demande de santé moins probant que dans d'autres parties du monde.

La répartition de la population par groupe d'âge, par sexe et par type de ménage peut aussi s'avérer très importante: les jeunes femmes et les personnes célibataires consomment davantage de soins de

¹ Les technologies médicales intensives en capital – par exemple, les technologies diagnostiques telles que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la scanographie, ou les technologies thérapeutiques comme la radiothérapie – ont récemment pris place parmi les indicateurs des ressources allouées au secteur de la santé. Cf. Lázaro & Fitch, 1995.

santé que les autres personnes appartenant à la même classe d'âge.

La pyramide des âges est un déterminant crucial et compte parmi les grandes questions d'actualité de la politique de santé publique. Le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans a considérablement augmenté ces vingt dernières années (figure 2).

Figure 2:

Population âgée de plus de 65 ans, en pourcentage de la population totale, en 1975, 1985 et 1995 dans les États membres de l'UE. Les données concernant le Luxembourg sont incomplètes pour 1975; celles concernant le Danemark sont incomplètes pour 1995.

La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans s'échelonne de 4,7 % en Irlande à 8,2 % en Suède (1996); selon certaines projections, la moyenne communautaire² relative à cette classe d'âge

² À l'exclusion de l'Autriche et de la Finlande.

devrait passer de 6,5 % en 1990 à 8,9 % en 2010³.

Le type de soins demandés évolue avec l'âge, en partie parce que les personnes âgées ont tendance à recourir plus souvent aux services de santé dans la mesure où elles développent des maladies chroniques, essentiellement cardio-vasculaires et respiratoires. L'incidence des cancers augmente aussi avec l'âge.

2. Les indicateurs de l'état de santé

Les indicateurs de l'état de santé sont couramment utilisés pour déterminer le niveau des besoins sanitaires. Les données internationales y afférentes sont souvent liées à l'espérance de vie et à la mortalité précoce.

³

Cf. Walker et al., 1994.

Tableau 1: Indicateurs de santé: espérance de vie à la naissance et taux de mortalité¹

Pays	Espérance de vie à la naissance (1996)		Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) (1996)	Mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales) (1995)	Taux de mortalité standardisé (pour 1 000 habitants) (1993)
	Femmes	Hommes			
Autriche	80,2	73,9	5,1	6,9	7,8
Belgique	81,0	74,3	6,0	8,4 ²	8,2 ⁵
Danemark	78,0	72,8	5,2	7,5	8,7
Finlande	80,5	73,0	4,0	5,1	8,3
France	82,0	74,1	4,9	7,4	6,7
Allemagne	79,9	73,6	5,0	6,9	9,5
Grèce	80,4	75,1	7,3	10,9	7,2
Irlande	78,5	73,2	5,5	9,0	9,0
Italie	81,3	74,9	5,8	8,8 ³	7,1 ²
Luxembourg	80,0	73,0	4,9	7,0	8,0
Pays-Bas	80,4	74,7	5,2	7,9	9,0
Portugal	78,5	71,2	6,9	9,0	9,3
Espagne	81,6	74,4	5,0	6,5 ⁴	7,0 ²
Suède	81,5	76,5	4,0	5,5	6,9
Royaume-Uni	79,3	74,4	6,1	8,9 ⁴	7,9 ²
Moyenne UE	80,2	73,9	5,4	7,5 ⁶	8,2 ⁶
1	Source: Éco-Santé OCDE 1998.				
2	1992.				
3	1993.				
4	1994.				
5	1989.				
6	À l'exclusion de la Belgique, de l'Italie, de l'Espagne et du Royaume-Uni.				

L'espérance de vie à la naissance fournit une indication composite sur l'état de santé; elle présente un écart de 4,0 ans pour le sexe féminin et de 5,3 ans pour le sexe masculin au sein de l'Union européenne. Dans tous les États membres, l'espérance de vie à la naissance pour les femmes est supérieure à celle des hommes. Au cours des dernières décennies, les gains d'espérance de vie ont été considérables dans tous les pays de l'UE. L'espérance de vie plus longue des Européens du Sud est parfois attribuée au régime alimentaire méditerranéen⁴.

La mortalité infantile, exprimée par le nombre de décès durant la première année de vie sur mille nouveau-nés, dépend largement des conditions socio-économiques. Depuis les premières collectes systématiques de données dans les années 60, ce taux a régressé dans tous les États membres, de façon encore plus spectaculaire en Europe du Sud. Les différences de niveau de mortalité infantile entre les États membres sont aujourd'hui moins prononcées que dans les années 60.

La mortalité périnatale (nombre de décès ayant lieu dans la première semaine de vie, pour mille naissances totales) est une mesure plus sensible de l'état des soins prénataux et obstétricaux, si bien qu'elle est classée parmi les indicateurs de performance des services de santé. La mortalité périnatale varie considérablement entre les États membres de l'UE: elle est presque deux fois plus élevée en Grèce et au Portugal qu'en Finlande et en Suède.

L'espérance de vie et les taux de mortalité peuvent s'interpréter, du moins en partie, grâce à une analyse plus fine des causes de décès. Les années potentielles de vie perdues (APVP) et les études sur les principales causes de décès fournissent des informations plus détaillées sur la répartition des conditions létales.

Pour calculer le nombre d'APVP dues à une cause déterminée, on compte les décès imputables à cette cause entre la naissance et l'âge de 69 ans, pondérés dans chaque cas par le nombre d'années entre la mort et l'âge de 70 ans.

Le tableau 2 porte sur trois groupes de maladies auxquels les populations paient un lourd tribut et qui, à ce titre, sont déterminants pour l'évaluation des besoins de santé; il recense les années perdues à cause des maladies ischémiques du cœur (par exemple, infarctus du myocarde), des maladies cérébro-vasculaires (par exemple, accident vasculaire cérébral) et des cancers (par exemple, cancer du poumon).

⁴

Cf. Abel-Smith et al., 1995.

Tableau 2: Années potentielles de vie perdues au-dessous de 70 ans pour 100 000 habitants
(1993)¹

Pays	Maladies ischémiques du cœur	Maladies cérébro- vasculaires	Cancers
------	---------------------------------	----------------------------------	---------

	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Autriche	235,3	830,8	157,7	238,0	1203,9	1508,3
Belgique ²	127,5	544,3	142,0	183,4	1232,5	1683,4
Danemark	246,6	809,2	181,6	197,7	1556,2	1479,8
Finlande	190,3	1206,2	208,2	340,1	943,5	1148,7
France	61,4	380,5	100,3	191,4	1011,5	1936,4
Allemagne	214,9	860,4	149,5	227,4	1306,3	1649,7
Grèce	148,6	781,1	165,8	275,2	961,6	1424,9
Irlande	300,4	1305,7	151,7	206,0	1372,4	1457,3
Italie	115,2	562,2	155,0	220,2	1125,8	1625,3
Luxembourg	181,1	731,4	234,8	179,1	1249,8	1634,7
Pays-Bas	198,2	692,2	134,2	164,1	1266,5	1448,7
Portugal	157,1	617,1	279,6	533,4	1119,3	1569,9
Espagne	93,1	523,6	121,9	237,0	1000,3	1694,3
Suède	167,6	746,0	115,3	183,8	1108,3	991,7
Royaume-Uni	311,5	1198,9	172,4	208,2	1370,6	1398,7

Moyenne UE ³	187,2	803,2	166,3	243	1185,4	1497,7
<p>1 Source: Éco-Santé OCDE 1997.</p> <p>2 1992.</p> <p>3 À l'exclusion de la Belgique.</p>						

L'analyse des principales causes de décès permettent de déterminer les besoins de santé en fonction du sexe, du groupe d'âge, de l'appartenance raciale ou de la situation sociale.

Le tableau ci-après recense les principales causes de décès par sexe et par groupe d'âge:

Tableau 3: Principales causes de décès par sexe et par groupe d'âge dans l'UE¹

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
--------------	--------	--------

Moins de 1 an	Hypoxie et troubles respiratoires	Hypoxie et troubles respiratoires
1-29 ans	Accidents de véhicules à moteur sur la voie publique	Accidents de véhicules à moteur sur la voie publique
30-34 ans	Suicide	Accidents de véhicules à moteur sur la voie publique
35-39 ans	Cancer du sein	Suicide
40-64 ans	Cancer du sein	Infarctus du myocarde
65-79 ans	Infarctus du myocarde	Infarctus du myocarde
80-84 ans	Accident vasculaire cérébral	Infarctus du myocarde
Plus de 85 ans	Affections cardio-vasculaires et pulmonaires	Affections cardio-vasculaires et pulmonaires
¹ Source: Abel-Smith et al., 1995.		

Tous âges confondus, la majorité des décès dans l'Union européenne apparaissent liés, dans une certaine mesure, aux modes de vie (tabagisme, alcoolisme, régime alimentaire, accidents de la circulation, etc.).

Malgré une légère baisse de la consommation dans l'UE au cours des dernières décennies, le tabagisme demeure l'une des principales causes des affections cardio-vasculaires, et un facteur important dans le développement d'un certain nombre de cancers.

Toutefois, l'analyse des causes de décès ne fournit au mieux que des indications incomplètes sur les besoins sanitaires de la population. La nature et la répartition des maladies (morbidité) est tout aussi cruciale pour déterminer le niveau approprié de l'offre de soins disponible pour les patients et les personnes qui développeront à terme telle ou telle maladie.

Les soins dentaires offrent un bon exemple de réduction des besoins: au cours des vingt dernières années, tout un ensemble de facteurs socio-économiques – dont la généralisation de la pâte dentifrice au fluor – ont provoqué une baisse spectaculaire des caries chez les enfants dans un certain nombre de pays européens.

Les données sur la morbidité susceptibles de faire l'objet d'une comparaison internationale sont rares et manquent souvent de fiabilité. Des efforts ont été déployés ces dernières années pour établir des informations comparables à l'échelle de l'UE. Certaines maladies (par exemple le sida) sont d'ores et déjà très bien documentées (tableau 4).

Tableau 4: Nouveaux cas de sida diagnostiqués dans l'UE (par million d'habitants)¹

Pays	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996
------	------	------	------	------	------	------	------	------

Autriche	n.d.	1,1	3,3	13,9	21	23,8	20,3	16
Belgique	1,5	5,3	7,5	14,2	20,6	24,5	25	18,8
Danemark	0,6	3,3	13,5	24,6	38,3	40,5	45,6	31,6
Finlande	0,2	0,6	1,4	3,4	3	4,2	8,5	4,5
France	0,5	4,1	22,3	53	74,2	87,8	95,1	72,1
Allemagne	n.d.	1,9	8,3	19,2	22,6	21,7	22,3	18,4
Grèce	n.d.	0,6	2,4	7,1	13,9	18,7	20,1	24,8
Irlande	0,6	0,9	1,7	12,5	18,6	19,9	20,9	25
Italie	n.d.	0,7	7,9	31,1	55	74,5	97,2	91,8
Luxembourg	n.d.	n.d.	8,2	10,7	23,6	30,8	32,4	29,3
Pays-Bas	0,3	2,1	9,4	22	28	33,5	30,2	25,1
Portugal	n.d.	0,4	3,8	13,2	25,3	40,2	64,8	81,1
Espagne	0,1	1,3	12,5	57,4	96,8	124,1	178,3	162,5
Suède	0,1	1,3	6,7	10,5	15,4	14,7	21,2	16
Royaume-Uni	0,2	1,8	8,3	15,7	21,6	27	30,5	24

Moyenne UE	0,5	1,8	7,8	20,6	31,9	39,1	47,5	42,7
¹ Source: Éco-Santé OCDE 1997.								

Le nombre de nouveaux cas de sida enregistrés varie considérablement d'un État membre à l'autre, ce qui peut s'expliquer en partie par les différences entre les dispositifs nationaux de surveillance épidémiologique. D'un autre côté, il semble clair que des mesures préventives liées à la promotion de la santé ont eu certains effets durables sur la propagation de l'infection par le VIH. On constate une tendance à la baisse ou une stabilisation des nouveaux cas de sida dans tous les États membres à partir de 1994, sauf en Grèce, en Irlande et au Portugal, où la tendance est encore nettement à la hausse.

3. Les inégalités de santé

L'écart entre les besoins sanitaires et la demande de soins varie selon les groupes de population. Ces variations sont dues en partie à des causes spécifiques de maladie et de décès. Parallèlement, on assiste depuis une dizaine d'années à une reconnaissance croissante, dans nombre de pays européens, des multiples facteurs sous-jacents qui découlent des conditions socio-économiques, culturelles et ethniques.

Les inégalités de santé recouvrent aussi bien les inégalités dans l'état de santé lui-même que les inégalités d'accès aux soins.

L'inégalité (redistribution déficiente) et l'inéquité (injustice) dans le domaine de la santé préoccupent de manière croissante nombre de pays européens, notamment le Royaume-Uni, à la suite d'observations récentes montrant que les disparités sur le plan de l'état de santé (mesurées par l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité) s'accroissent entre les classes sociales, au détriment des catégories les plus défavorisées. Les analystes proposent différentes théories pour expliquer cette "fracture sanitaire".

Il ressort cependant de la majorité des travaux de recherche effectués sur ce sujet que les stratégies de lutte contre les inégalités (autres que les différences biologiques) ne sauraient se limiter au secteur de la santé, mais englobent nécessairement d'autres domaines, notamment l'économie, l'éducation, l'emploi et les politiques sociales.

Sur le long terme, on constate une amélioration substantielle de l'état de santé de la population résidente de l'UE. Il en résulte un vieillissement de la population qui entraîne à son tour une hausse de la demande de soins. En même temps, l'allongement de la vie a modifié les profils pathologiques, les affections chroniques se substituant aux maladies aiguës. Il est néanmoins possible dans une large mesure de prévenir l'apparition des maladies chroniques, ce qui devrait orienter les politiques de santé publique vers la prévention. D'autre part, il existe un large consensus au sein de l'UE sur

le fait que les inégalités de santé “évitable” constituent un défi majeur.

LE FINANCEMENT ET L'ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1. Les modalités de financement

Bien que chaque État membre ait développé ses propres mécanismes de financement, des objectifs similaires et la convergence des évolutions historiques ont débouché sur des systèmes qui ont aujourd'hui beaucoup en commun. Tous les systèmes sont plus ou moins hybrides, dans la mesure où ils s'appuient sur une combinaison de sources de financement, mais la majorité des fonds sont contrôlés par l'État, directement ou indirectement. Seule une faible proportion provient d'une rémunération directe des services.

La réglementation a institué une assurance maladie universelle (Danemark, Finlande, Grèce⁵, Italie, Portugal, Suède, Royaume-Uni) ou quasi-universelle (99 % ou 99,5 % de la population en Autriche, en Belgique, en France, au Luxembourg et en Espagne; 92,2 % de la population en Allemagne) à travers des régimes obligatoires. En Irlande, l'assurance universelle pour les soins primaires ne s'applique qu'aux catégories à faibles revenus. Aux Pays-Bas, l'assurance maladie universelle couvre seulement 60 % de la population. Le reste de la population est généralement couverte par une assurance volontaire privée ou publique (Belgique, France, Allemagne, Luxembourg et Pays-Bas.)

Les systèmes de santé dans l'UE sont financés par les contributions publiques ou par les cotisations à des caisses maladie.

On distingue trois systèmes de financement prédominants dans l'Union européenne. Le premier (connu sous le nom de modèle Beveridge⁶) se caractérise par le financement public par l'impôt. Dans le second (modèle de Bismarck⁷), le financement public repose sur l'assurance obligatoire. Le troisième système consiste dans le financement privé par l'assurance volontaire, qui ne couvre intégralement qu'une petite minorité de citoyens européens, mais qui fait aussi fonction de couverture complémentaire au regard de l'assurance sociale.

Tableau 5: Les modes de financement de la santé dans les États membres de l'UE		
Pays	Système de financement dominant	Principale source de financement complémentaire

⁵ L'assurance universelle ne s'applique qu'aux hôpitaux publics dans ce pays.

⁶ Système intégré reposant sur le financement par l'impôt et un accès aux soins dans le cadre d'un service public unique, le “service national de santé”.

⁷ Modèle fondateur de l'assurance sociale.

Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Suède, Espagne, Royaume-Uni	public: fiscalité	assurance volontaire privée, paiements directs
Danemark, Portugal	public: fiscalité	paiements directs
Autriche, Belgique, France, Allemagne, Luxembourg	public: assurance sociale obligatoire	assurance volontaire privée, paiements directs, fiscalité
Pays-Bas	combinaison d'assurance sociale obligatoire et d'assurance volontaire privée	fiscalité, paiements directs

La participation des patients contribue, dans des proportions variées, au financement des soins de santé dans tous les États membres. Elle a pour but de favoriser la maîtrise des coûts, théoriquement en rendant le patient plus conscient des coûts de la santé et des soins médicaux.

Les États membres emploient différentes méthodes pour assurer la participation des usagers aux coûts de santé. Les produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance font le plus souvent l'objet d'un "copaiement" soit forfaitaire, soit proportionnel au prix de vente du produit. Le copaiement des médicaments prescrits s'applique en principe dans tous les États membres.

Certains États membres (Autriche, Belgique, Danemark⁸, Finlande, France, Italie, Irlande, Portugal) appliquent aussi un système de copaiement pour les soins dispensés par les spécialistes, moins fréquemment dans le cas des généralistes (Autriche, Belgique, France). Pour les patients hospitalisés, les copaiements sont la règle en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en France, au Luxembourg, au Portugal et en Suède. Le copaiement des soins dentaires peut atteindre 100 % dans certains États membres.

La coassurance est une autre forme de participation aux coûts, par laquelle l'assuré prend à sa charge une fraction de toutes ses dépenses de santé dans une proportion fixée d'avance (France).

La majorité des États membres appliquent des dispositions exonérant les catégories à faibles revenus et les autres groupes défavorisés de toute participation aux coûts.

L'assurance obligatoire ainsi que les assurances volontaires sont administrées par des caisses d'assurance, organismes autonomes qui prélèvent des cotisations relatives aux revenus pour les redistribuer sous forme de prestations intervenant au moment de l'utilisation des services ou comme un remboursement des frais engagés.

⁸ Pour certains groupes de patients seulement.

La plupart des systèmes financés par l'impôt reposent sur un service national de santé, dans le cadre duquel les services sont dispensés par une institution publique centrale. Il ne s'ensuit pas que tous les services soient strictement publics et que tout le personnel de santé soit salarié. Ce n'est qu'en Grèce et au Portugal que le salariat prédomine en médecine ambulatoire. Les principaux systèmes de rémunération alternatifs sont le paiement à l'acte (le prestataire est rétribué pour chaque service dispensé, suivant des tarifs préétablis) et le paiement par capitation (le prestataire reçoit un montant forfaitaire par patient inscrit). Une méthode plus récente de rémunération des prestataires de soins primaires consiste dans l'allocation d'un budget pour la gestion des services de santé. D'autres systèmes de paiement, fondés sur le diagnostic ou sur les résultats médicaux obtenus, sont à l'étude. Pour les médecins généralistes et spécialistes qui ne travaillent pas à l'hôpital, le paiement à l'acte constitue le principal mode de rémunération dans les systèmes fondés sur l'assurance sociale (Belgique, France, Allemagne et Luxembourg). D'importants efforts sont consentis pour réformer le système du paiement à l'acte, dans la mesure où il induit une surconsommation médicale et une inflation des dépenses.

Les modes de financement des hôpitaux sont très variables d'un État membre à l'autre; les principaux éléments en sont le prix de journée, la dotation globale et la tarification fondée sur le diagnostic clinique (groupes homogènes de malades ou *diagnosis-related groups*).

2. Les dépenses de santé

Il est particulièrement difficile de comparer les dépenses de santé sur le plan international, car la fiabilité des comparaisons est tributaire de l'harmonisation des définitions et des méthodes de collecte. D'autre part, les frontières entre les dépenses ressortissant au secteur de la santé "proprement dit" et les dépenses sociales sont labiles, et leur délimitation varie selon les États membres.

Sous ces réserves, on relève des différences majeures dans les dépenses effectives de santé, notamment pour ce qui concerne le secteur hospitalier, la médecine ambulatoire et les médicaments.

Figure 3: Dépenses de santé par habitant dans l'UE en 1996

Comme le montre la figure 3, c'est en Allemagne, au Luxembourg et en France que les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées, alors qu'elles sont considérablement inférieures en Grèce, au Portugal et en Irlande.

La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) a augmenté dans tous les États membres depuis les années 60; cette hausse s'explique en partie par la stagnation ou la croissance ralentie des économies nationales.

La figure 4 retrace l'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB dans plusieurs États membres entre 1960 et 1995.

En généralisant et en simplifiant, il semble que les systèmes fondés sur le modèle beveridgien du service national de santé parviennent mieux à maîtriser les ressources financières que les systèmes s'inspirant de la logique bismarckienne de l'assurance sociale.

Figure 4: Évolution des dépenses de santé en % du PIB (1960-1995)¹

¹ Source: Éco-Santé OCDE 1997.

Diverses raisons ont été avancées pour expliquer la croissance soutenue des dépenses de santé dans l'UE et ailleurs dans le monde. Les principaux facteurs sont liés au vieillissement de la population et à l'innovation technologique dans le domaine de la santé.

L'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé est plus complexe qu'il ne paraît à première vue. Plusieurs États membres, tels la Belgique, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont constaté que les dépenses se multiplient dans la classe d'âge des 65-75 ans, en comparaison des groupes jeunes ou d'âge mûr. Pour le quatrième âge en revanche (personnes âgées de plus de 80 ans), il semblerait que la demande et les dépenses ressortissent davantage aux services sociaux qu'aux services de santé. Ce seraient donc les personnes relativement âgées, plus que les personnes très âgées, qui réclameraient des soins médicaux coûteux. Ces observations demandent à être étayées par des données plus complètes et plus fiables.

Les innovations dans les technologies de santé ont débouché sur d'immenses progrès dans la prévention, le traitement et la guérison de nombreuses maladies, contribuant ainsi à l'accroissement

de la longévité et à l'amélioration de la qualité de vie. Les technologies de santé jouent un rôle économique non négligeable en promouvant le secteur industriel, et elles recèlent un formidable potentiel de réduction des coûts. D'un autre côté, ces ressources ne sont pas toujours déployées de manière optimale: le gaspillage et la surconsommation de moyens techniques, tant par les prestataires que par les demandeurs de soins, sont souvent attribués à une méconnaissance des coûts ou à un manque de sensibilisation aux enjeux économiques. Les nouvelles technologies de santé sont souvent acquises et utilisées sans qu'il soit clairement démontré qu'elles offrent une alternative plus performante et moins onéreuse, ou d'un meilleur rapport coût-efficacité, que les technologies existantes.

L'INFRASTRUCTURE DE SANTÉ ET SON UTILISATION

1. Les ressources sanitaires et leur utilisation

La question de savoir s'il fallait mettre en place un service national de santé s'est posée pour tous les États membres, et les attitudes ou les approches vis-à-vis de cette option divergent considérablement. Dans le cadre d'un service national de santé pleinement développé, les ressources et les services sanitaires relèvent principalement du service public, et l'accès aux soins est gratuit.

Aucun des systèmes de santé des États membres n'est entièrement et exclusivement public; de fait, la tendance est au désengagement de l'État dans la prestation de services de santé, notamment au Royaume-Uni et en Italie. En ce qui concerne les soins ambulatoires et les soins dentaires, la médecine privée est la norme dans l'Union européenne.

S'agissant des services hospitaliers, la situation est quelque peu différente. Au Danemark, en Italie et en Irlande, les hôpitaux publics prédominent largement, tandis qu'en Allemagne, en France et en Belgique, la part du secteur privé est importante. Dans certains pays, tels que le Royaume-Uni, le Portugal ou l'Irlande, des dispositions récentes permettent à des services hospitaliers majeurs de s'émanciper en partie de la tutelle de l'État. La réforme britannique de 1990 offre aux hôpitaux la possibilité de passer au statut de "trust" (hôpital autonome), qui leur confère une plus grande autonomie opérationnelle. Il en va de même pour la budgétisation des "General Practitioner Fundholders" (GPFH), qui consiste dans l'allocation d'un budget fixe aux médecins généralistes volontaires, à charge pour ces derniers de gérer un ensemble délimité de services médicaux à l'intention de leurs patients, en assurant eux-mêmes les soins primaires et en achetant des soins secondaires aux spécialistes et aux hôpitaux.

Ces mécanismes sont principalement associés à une évolution des modèles de financement, mais ils n'en exerceront pas moins des effets, à terme, sur la prestation des soins de santé.

Cette mise en place d'un "marché interne" pour la prestation de soins de santé vise à introduire des pressions concurrentielles favorisant un meilleur rapport coût-efficacité tout en rehaussant le niveau et la qualité des soins. À l'appui de cette thèse, certaines données indiquent que les patients plébiscitent les unités gérées de manière autonome et que la pratique des médecins généralistes

gestionnaires de budgets (GPFH) se révèle efficace.

On manque de données comparables fiables et récentes sur les ressources sanitaires et les taux d'utilisation. L'offre et l'utilisation de soins hospitaliers sont extrêmement variables selon les États membres – l'écart pouvant atteindre un rapport de 1 à 6 –, mais les données nationales présentent de grandes disparités selon les sources.

C'est au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Finlande et en Allemagne que le nombre de lits d'hôpitaux pour mille habitants est le plus élevé, tandis que l'Espagne et le Portugal présentent le taux le plus faible (tableau 6). Tous les pays ont réduit leur parc hospitalier au cours des dernières décennies.

La durée moyenne de séjour en soins aigus est particulièrement élevée en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg, mais elle a diminué dans presque tous les États membres au cours des vingt dernières années.

Les admissions suivent une tendance inverse: une étude récente fait ressortir qu'en dépit d'une réduction globale du nombre de lits et de la durée moyenne de séjour en soins aigus, les taux d'admission et les dépenses ont généralement augmenté sur la même période⁹.

En termes de productivité, ce sont les pays dotés d'une capacité hospitalière relativement faible (Royaume-Uni et Danemark) qui affichent les meilleurs résultats.

En médecine ambulatoire, le taux d'utilisation des services, mesuré par le nombre de consultations à domicile ou en cabinet (généralistes et spécialistes), est trois fois plus élevé en Allemagne et en Italie qu'au Portugal (ces données ne sont pas reprises dans le tableau ci-après). La consommation de produits pharmaceutiques prescrits est également très variable selon les États membres.

Tableau 6: Ressources et volume d'activité des services hospitaliers ^{1,2}

⁹ Cf. Wiley, 1996.

Pays	Nombre de lits en soins aigus pour 1 000 habitants (1995)	Journées d'hospitalisation en soins aigus par habitant (1995)	Durée moyenne de séjour en soins aigus, en jours (1995)	Taux d'admission en soins aigus, en % de la population (1995)	Nombre de cas traités par lit (1993)
Autriche	6,6	1,8	7,9	23,1	33,9
Belgique	5,3	1,3	7,8	18,0	25,5
Danemark	4,0	1,2	6,0	19,2	44
Finlande	4,0	1,1	5,5	20,0	28,2
France	4,6	1,3	5,9	20,3	25
Allemagne	6,3	2,1	12,1	18,0	24,4
Grèce	3,9 (1992)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	3,3	1	6,7	14,8	31
Italie	5,1	1,3	8,8	15,8	26,4
Luxembourg	6,7 (1994)	1,8	9,8	18,4 (1994)	n.d.
Pays-Bas	3,9	1	9,9	10,3	25,2
Portugal	3,6	0,8	7,9	11,1	32,2
Espagne	3,2 (1994)	0,8	8,8	10,5 (1994)	31,7
Suède	3,0	0,8	5,2	16,2	32
Royaume-Uni	2,0	0,8	4,8	21,2	47,8
Moyenne UE	4,3 ³	1,25 ⁴	7,6	17,3 ³	31,3
<p>1 Source: Éco-Santé OCDE 1997.</p> <p>2 Les données ne sont pas directement comparables avec une deuxième source, en raison de l'hétérogénéité des définitions utilisées.</p> <p>3 À l'exclusion de la Grèce, du Luxembourg et de l'Espagne.</p> <p>4 À l'exclusion de la Grèce.</p>					

Dans la plupart des pays de l'UE, les soins de santé primaires sont dispensés dans le cadre d'un système mixte combinant médecine libérale privée et médecine salariée publique.

L'importance accordée aux soins primaires varie selon le système de santé, comme en témoignent les proportions différentes de généralistes dans la population médicale (tableau 7). Plusieurs États membres ont tenté de diminuer le nombre de spécialistes, dont les services sont généralement plus onéreux, et de renforcer le rôle de la médecine générale.

Le tableau 7, qui recense les densités de médecins, de dentistes, d'infirmières et de pharmaciens dans les pays de l'Union européenne, fait apparaître une diversité frappante. Entre les deux extrêmes, le nombre de médecins est multiplié par plus de 2, le nombre de dentistes par plus de 3, le nombre d'infirmières par environ 4 et celui de pharmaciens par près de 6. Ces chiffres sont à

considérer avec prudence, compte tenu de la forte variabilité des données entre les sources nationales et internationales; le recensement des médecins italiens, par exemple, est très controversé. Dans l'ensemble, la Finlande est dotée d'un personnel de santé comparativement important, tandis que le Royaume-Uni est plus parcimonieux dans son allocation de ressources.

Pays	Nombre de médecins en exercice pour 10 000 habitants (1994)	Généralistes (en % de la population médicale) (1994)	Nombre de dentistes en exercice pour 10 000 habitants (1993)	Nombre d'infirmières diplômées pour 10 000 habitants (1993) ²	Nombre de pharmaciens en exercice pour 10 000 habitants (1994)
Autriche	25,6 ³	47,4	4,4	80,0	5,0
Belgique	37,4	n.d.	6,8	n.d.	13,5
Danemark	29,0	21,8	5,2	67,3	1,8
Finlande	26,9	43,0	9,1	200,2	14,0
France	28,5	50,5	6,8	56,7	9,7
Allemagne	32,8	33,8	7,2	47,9	5,4
Grèce	38,8	n.d.	10,4	35,9	7,8
Irlande	20,0	23,4	4,0	73,8	3,2
Italie	53,0 ⁴	n.d.	5,5 (1992)	40,8 (1992)	9,6 (1992)
Luxembourg	21,6	35,9	5,1	n.d.	8,6 (1992)
Pays-Bas	25 (1990) ⁵	n.d.	5,3 (1990)	n.d.	1,6
Portugal	29,3	21,1	2,1	31,3	12,4
Espagne	40,8 (1993)	n.d.	3,1	43,0	10,1 (1993)
Suède	30,2 ⁶	17,8	10,6	98,7	6,6
Royaume-Uni	15,6	37,8	3,7	n.d.	5,9 (1993)
Moyenne UE	28,1	27,7	5,9	70,5	7,7
<p>1 Source: Éco-Santé OCDE 1997.</p> <p>2 Les divergences notables par rapport à d'autres sources peuvent s'expliquer par une catégorisation différente.</p> <p>3 [33] Source de référence: OMS, base de données "Health for All".</p> <p>4 [4,7].</p> <p>5 Source de référence: OMS, base de données "Health for All".</p> <p>6 [21,9] Source de référence: ibidem.</p>					

Ces données ne permettent pas de formuler des recommandations quant au niveau approprié des ressources sanitaires, car les indicateurs disponibles ne nous renseignent pas suffisamment sur l'efficacité de telle ou telle structure d'offre et d'utilisation de soins. Dans les strictes limites de la comparabilité des données, il apparaît cependant clairement qu'il existe différents moyens d'obtenir les résultats souhaités, et que l'expérience internationale peut être mise à profit dans la recherche d'une rationalisation et d'une meilleure efficacité de l'offre de santé et de son utilisation.

2. La perception des services de santé par les usagers

Les attentes du grand public en matière d'infrastructures et de soins médicaux ont deux conséquences majeures pour les politiques de santé: d'une part, ces attentes sont considérées comme un facteur de croissance des dépenses; d'autre part, le degré de satisfaction des usagers est un élément d'évaluation et de suivi des réformes du système de santé.

Selon les conclusions d'une enquête communautaire récente sur le niveau de satisfaction des citoyens des 15 États membres à l'égard de leur système de santé, la perception des usagers semble liée, du moins en partie, au volume de leurs dépenses de santé¹⁰. Le tableau 8 récapitule les principaux résultats de cette enquête réalisée en 1993.

	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Plutôt mécontents	Très mécontents	Autres
Autriche	17	46,3	4,1	0,6	32
Belgique	10,9	59,2	7,2	1,1	21,6
Danemark	54,2	35,8	4,5	1,2	4,3
Finlande	15,1	71,3	5,3	0,7	7,6
France	10	55,1	12,8	1,8	20,3
Allemagne	12,8	53,2	9,8	1,1	23,1
Grèce	1,5	16,9	29,7	24,2	27,7
Italie	0,8	15,5	33,5	25,9	24,3
Irlande	9,4	40,5	18,2	10,9	21
Luxembourg	13,6	57,5	7,5	1,4	20
Pays-Bas	14,2	58,6	13,6	3,8	9,8
Portugal	0,8	19,1	37,4	21,9	20,8
Espagne	3,7	31,9	20,4	8,2	35,8
Suède	13,1	54,2	11,4	2,8	18,5
Royaume-Uni	7,6	40,5	25,7	15,2	11
Moyenne UE	8,8	41,5	18,8	9,5	21,4

¹ Source: Mossialos, 1997.

Cette étude fait apparaître que le niveau de satisfaction est, dans une certaine mesure, proportionnel au niveau des dépenses de santé, sauf dans le cas des Italiens, gros consommateurs affichant un faible niveau de satisfaction, et des Danois, qui dépensent peu, mais se montrent majoritairement très satisfaits de leur système de santé.

¹⁰ Cf. Mossialos, 1997.

Les citoyens des pays du sud de l'Europe se déclarent en général moins satisfaits de leurs services de santé que les citoyens du reste de l'Union.

LES PRIORITÉS ACTUELLES

On constate aujourd'hui, dans tous les États membres, une certaine insatisfaction vis-à-vis des modalités de financement et de prestation des soins de santé. Les principaux problèmes communs – bien qu'ils occupent des rangs divers dans l'ordre des préoccupations nationales – ont trait à l'inertie des systèmes face à l'évolution des profils pathologiques ainsi qu'à leurs carences en matière d'équité et d'égalité d'accès aux soins, de maîtrise des dépenses, d'utilisation efficace des ressources et de qualité des soins médicaux. Ces préoccupations communes donnent lieu à des stratégies convergentes ou spécifiques, selon le cas.

Sur le plan de la stabilité sociale, la priorité consiste à garantir des **soins aux personnes âgées** mieux adaptés à leurs besoins, en privilégiant la recherche d'un équilibre entre soins à domicile, soins communautaires et services hospitaliers.

D'autre part, le vieillissement de la population se traduit par une progression des affections chroniques. Il importe à cet égard de consacrer davantage d'efforts à la prévention des maladies facilement évitables, avec ou sans soins médicaux. Les **soins préventifs** constituent potentiellement une alternative économique à des soins médicaux basés sur des technologies coûteuses.

Si le principe de l'universalité de l'accès aux soins est acquis dans la majorité des États membres, **l'égalité d'accès** demeure une préoccupation constante des systèmes de santé, car elle dépend de nombreux facteurs qui ne sont pas directement liés à la santé. Les efforts dans ce domaine sont nécessairement multidisciplinaires et transsectoriels, et l'attention doit se porter en priorité sur l'éducation pour la santé ainsi que sur la lutte contre l'exclusion.

Tous les États membres mettent en place des politiques de **maîtrise des dépenses**, car le vieillissement de la population, les implications financières du développement technologique et les attentes croissantes des consommateurs débouchent sur des systèmes de santé fortement inflationnistes.

La rationalisation et l'optimisation des services de santé – plus de soins et de résultats sanitaires par euro dépensé – passent par un meilleur **rapport coût-efficacité**. La recherche de **l'efficience** implique de maximaliser ou de pérenniser la qualité des services, compte tenu des contraintes économiques existantes, dans le but d'améliorer l'état de santé et le degré de satisfaction de la population. Une telle démarche exige éventuellement d'intégrer la population dans le processus d'élaboration de normes de qualité. Elle requiert d'autre part la collecte et l'analyse d'**informations** comparables et fiables sur les patients traités, les résultats et les coûts des soins de santé, et l'impact des réformes engagées.

Par exemple, la référence aux règles de gestion de l'entreprise et l'introduction de relations de

concurrence visent à une utilisation plus efficiente des ressources et à l'amélioration de la qualité des soins pour un coût moindre. On assiste à une multiplication des réformes portant sur les systèmes de paiement, en vue de réduire le gaspillage des ressources dans les services hospitaliers comme en médecine ambulatoire. Les pratiques et les technologies de santé sont soumises à des évaluations plus poussées, afin de préparer la voie à la **fixation de priorités**.

Les politiques mettent de plus en plus l'accent sur la réorientation des systèmes de santé vers des objectifs mesurables tels que la qualité des soins et le degré de satisfaction des usagers.

DEUXIÈME PARTIE

Les systèmes de santé des États membres de l'UE

AUTRICHE

SYNTHÈSE

La loi générale sur les assurances sociales de 1956 (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) consacre le droit à la protection sociale et aux soins de santé. Fondé sur le principe de l'assurance publique obligatoire, le système de sécurité sociale autrichien couvre 99 % de la population. Les prestations distribuées aux assurés sociaux et à leurs ayants droit se répartissent en quatre grandes catégories, en fonction des risques couverts: assurance maladie, assurance accidents, assurance vieillesse et assurance chômage. Le système de santé autrichien est très proche, à maints égards, du système allemand. Les principales différences concernent la prestation directe de soins ambulatoires par les caisses maladie et la négociation des honoraires par les chambres régionales de médecins plutôt que par les associations de médecins.

L'état de santé global est l'un des meilleurs de l'UE. L'assurance maladie prend en charge une gamme de services très complète, et la majorité de la population – 63,3 % – se montre très satisfaite ou plutôt satisfaite du système {50,3 %}¹¹. L'Autriche a enregistré une forte croissance de ses dépenses de santé, conformément à la tendance observée dans tous les systèmes de l'UE à base assurantielle.

Parmi les défis que doit relever le système autrichien figurent le vieillissement progressif de la population et la progression corollaire des affections chroniques, qui ont amené à concentrer les efforts sur la prestation de soins de longue durée et l'investissement dans les soins préventifs.

La politique de santé met également l'accent sur l'amélioration de l'efficacité des services hospitaliers, l'intégration plus poussée des soins ambulatoires et hospitaliers, et le renforcement du rôle des soins médicaux primaires et ambulatoires.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

En 1997, la **population** autrichienne s'élevait à 8,1 millions d'habitants. Le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans était de 23,7 % {24,6 %}. La proportion de personnes âgées est inférieure à la moyenne européenne: les plus de 65 ans représentent 14,6 % {15 %}, les plus de 75 ans, 6 % {6,1 %}. L'âge moyen de la population devrait croître au cours des prochaines décennies, avec une hausse significative de la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans.

Le **taux de chômage** (1,7 %) comptait en 1994 parmi les plus faibles de l'Union européenne {4,7 %}.

L'espérance de vie à la naissance correspondait à la moyenne de l'UE: 80,2 ans pour les femmes

¹¹ Cf. Mossialos, 1997.

{80,2} et 73,9 ans pour les hommes {73,9}. Le **taux de mortalité standardisé** s'élevait à 7,8 pour 1 000 habitants en 1993 {8,2}.

La **mortalité infantile**, qui s'établissait en 1996 à 5,1 pour 1 000 naissances vivantes, est inférieure à la moyenne de l'UE {5,4}. La **mortalité périnatale** était estimée à 6,9 en 1995 {7,5}; les soins obstétricaux sont particulièrement réputés pour leur qualité en Autriche. Les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires (50 %) et les cancers (23 %). Les **années potentielles de vie perdues** pour cause de maladie cardio-vasculaire ou de cancer se situent cependant au-dessous de la moyenne européenne (tableau 2).

Les taux de suicide sont particulièrement élevés en Autriche, surtout chez les hommes; en 1993, les années potentielles de vie perdues (APVP) pour cause de suicide s'élevaient à 651 pour 100 000 hommes et à 196 pour 100 000 femmes (EUR 10: 543).

L'incidence du **sida** s'élevait à 16 nouveaux cas diagnostiqués par million d'habitants en 1996 {42,7}.

L'indice **DMF** de santé dentaire (moyenne des dents permanentes cariées, extraites ou obturées par personne) était de 4,2 en 1990 chez les enfants de 12 ans; ce chiffre est supérieur à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation d'alcool** est relativement élevée: elle s'établissait en 1990 à 12,6 litres par personne et par an {11,6}. Elle est toutefois descendue à 11,9 litres en 1995.

En 1991, la **consommation de tabac** était inférieure à la moyenne de l'UE pour les deux sexes: 35,5 % des hommes et 20,3 % des femmes de plus de 15 ans fumaient {EUR 9: 37 % et 30 %}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

L'Autriche est un État fédéral composé de neuf provinces (Länder) dont la taille varie de 270 000 habitants à 1,55 million (Vienne). Le système de santé autrichien, fortement décentralisé, s'articule autour du partage constitutionnel des responsabilités entre les autorités fédérales et les autorités provinciales. Le rôle du ministère de la santé se limite à la formulation du cadre de politique globale régissant l'offre de soins ainsi qu'à la délivrance des autorisations de mise sur le marché pour les nouveaux médicaments. La gestion et l'administration des services de santé relèvent de la responsabilité des autorités provinciales (assemblées et gouvernements élus au suffrage universel).

Le ministère du travail et des affaires sociales exerce sa tutelle sur l'assurance maladie et contrôle les caisses maladie. L'Union des caisses d'assurance sociale ("Hauptverband der Sozialversicherungsträger") est une institution influente, responsable de la fixation des taux de

remboursement des produits de prescription, de la formulation de recommandations politiques, de l'établissement de lignes directrices concernant la prestation de services, de la passation de conventions avec les prestataires de soins et de la coordination des différentes caisses. Ces organismes prennent en charge trois types d'assurance: soins d'urgence, maladie et protection sociale; cette dernière distribue principalement des prestations en espèce.

L'enveloppe des prestations de l'assurance maladie englobe les soins médicaux dispensés par les généralistes et les spécialistes, les soins dentaires, les soins hospitaliers, les indemnités journalières de maladie ainsi que des programmes de médecine préventive et de dépistage. L'assujettissement est obligatoire pour les actifs et leurs ayants droit ainsi que pour les retraités. 99 % de la population est affiliée à l'une des 24 caisses maladie. L'affectation des assurés sociaux à telle ou telle caisse dépend de la situation professionnelle ainsi que de critères régionaux et historiques. Les 24 caisses d'assurance maladie sont des organismes autonomes. L'étendue de la couverture diffère légèrement selon les caisses. Leur financement repose essentiellement sur les cotisations (90 % des recettes). Environ 40 % des Autrichiens ont souscrit une assurance complémentaire privée.

2. Financement

Le financement du système de santé autrichien est basé sur les recettes des caisses d'assurance maladie (59 %), la fiscalité (24 %) et l'assurance privée (7,5 %). Les copaiements représentent environ 14 % des ressources.

Les cotisations aux caisses maladie sont financées par les employeurs et les salariés. Ces contributions sont assises sur les salaires; leur montant varie de 6 à 8,5 % du revenu brut selon les caisses.

Les **copaiements** prélevés dépendent de la caisse concernée; ils peuvent s'appliquer aux ordonnances, aux traitements, aux appareils thérapeutiques, aux soins dentaires et aux frais d'hospitalisation. Les salariés et leurs ayants droit sont exonérés de toute participation en matière de soins ambulatoires et de soins dentaires de base, tandis que les travailleurs indépendants et les agriculteurs acquittent un ticket modérateur d'environ 20 %. Les copaiements liés aux ordonnances, aux appareils et au forfait hospitalier (celui-ci varie selon les provinces; la participation aux frais est limitée à un maximum de 28 jours par an) concernent l'ensemble des affiliés, bien que le niveau de participation aux coûts varie selon les régimes. Les personnes à faibles revenus peuvent être exonérées.

Le **financement des hôpitaux** a changé depuis 1995. Auparavant, l'infrastructure hospitalière et les équipements des établissements publics ou à but non lucratif étaient principalement financés par le propriétaire de l'hôpital, la province et les autorités locales, plus quelques allocations du ministère de la santé. Les coûts d'exploitation étaient couverts à 50 % par les caisses maladie, sur la base d'un taux journalier, et par une subvention forfaitaire du KRAZAF (Fonds de coopération des hôpitaux), financée par l'assurance sociale, le gouvernement fédéral et les autorités provinciales et locales. Depuis 1995, un système de paiement prospectif basé sur la tarification par groupes homogènes de malades (GHM) est progressivement mis en place, à la suite d'un projet pilote GHM mis en œuvre

dans 20 hôpitaux autrichiens. L'objectif est de faire évoluer le système hospitalier vers une gestion axée sur les résultats (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF). À cette fin, on a procédé à la constitution d'un ensemble de données de base portant sur tous les patients hospitalisés dans 20 hôpitaux du pays depuis 1989. L'instance chargée de la mise en œuvre des GHM relève du KRAZAF. La majorité des soins aigus sont remboursés prospectivement depuis 1997. Les médecins travaillant dans les hôpitaux sont salariés; pour les malades couverts par une assurance privée, une tarification distincte s'applique.

Les **médecins** exerçant en clientèle privée sont rémunérés à l'acte. Les honoraires sont principalement réglés par les caisses maladie ou la compagnie d'assurance privée.

Le paiement des honoraires médicaux est régi par les conventions-cadres négociées entre l'Union des caisses d'assurance sociale et les chambres régionales de médecins.

Sur la base de ces conventions, des contrats individuels sont conclus entre les médecins et les caisses maladie.

Pour ce qui est des **soins dentaires**, le barème des honoraires est établi au niveau fédéral.

Le remboursement des **médicaments** s'appuie sur une liste positive des produits remboursables; celle-ci comprenait 2 700 produits pharmaceutiques en 1993. Les prix sont fixés par décret ministériel. Dans le cas des produits en vente libre OTC (Over The Counter), le pharmacien peut facturer un supplément de 15 %.

3. Dépenses de santé

La figure 5 retrace l'évolution des dépenses de santé au cours des trois dernières décennies.

Figure 5: Évolution des dépenses de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992.

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

La **promotion de la santé** et les **soins préventifs** sont une préoccupation récente des autorités sanitaires autrichiennes. Ce n'est qu'en 1992 que les mesures générales de prévention des maladies ont été incorporées dans le mandat légal du système de sécurité sociale. Le dépistage des maladies cardio-vasculaires, du cancer et du diabète est de plus en plus utilisé. Un programme de dépistage de base et un programme gynécologique ont été mis en place. Les soins préventifs sont essentiellement dispensés par les généralistes et les gynécologues sous contrat, ainsi que par les services ambulatoires des caisses maladie. L'accent mis sur la prévention implique un effort particulier d'information et de documentation sur la situation sanitaire et les résultats de santé de la population.

Les **soins primaires** sont dispensés essentiellement par des praticiens privés. Les médecins autrichiens sont théoriquement libres d'exercer leur activité en toute indépendance, mais, en réalité, la plupart d'entre eux doivent passer un contrat avec une caisse maladie. Les patients sont libres de choisir leur médecin, mais lorsqu'un assuré social consulte "hors liste", il doit faire l'avance des frais médicaux, qui lui sont ensuite partiellement remboursés. Certaines caisses imposent le copaiement quel que soit le médecin consulté. L'accès aux spécialistes est normalement filtré par les généralistes. Avec des différences selon les régions, des soins ambulatoires sont dispensés dans les cliniques spécialisées (dentisterie, radiologie, gynécologie, pédiatrie) ainsi que dans les services de consultation externe des hôpitaux. Près de la moitié des cliniques sont gérées par des organismes d'assurance maladie, et plus de 60 % des cliniques privées sont sous contrat public. Les cliniques publiques et les services de consultation externe des hôpitaux ont étoffé leur gamme de services ces dernières années, en particulier dans les régions souffrant d'une pénurie de praticiens privés. Les organisations bénévoles d'action sociale ainsi que les groupes d'entraide déploient un important réseau de services médicaux et sociaux, et la Croix-Rouge autrichienne assure la plus grande partie des services ambulanciers et de transport – jusqu'à 90 % dans certaines provinces.

La **planification hospitalière** relevait plus ou moins de la responsabilité des provinces jusqu'au début de 1997, date à laquelle le gouvernement fédéral et les Länder sont convenus d'un cadre global concernant les plans d'investissement hospitaliers. La majorité des lits d'hôpitaux sont publics; ils sont principalement fournis par les autorités provinciales (54,5 %), les communes (16 %) et les caisses maladie (8 %).

La capacité hospitalière est largement supérieure à la moyenne de l'UE: l'Autriche fournissait en 1994 53 115 **lits d'hôpitaux** en soins aigus, et la densité de lits s'élevait à 6,6 pour 1 000 habitants {4,7}. Il existe toutefois de grandes disparités régionales sur le plan de la disponibilité des lits en soins aigus. Le nombre de lits a été considérablement réduit depuis 1994. La **durée moyenne de séjour** des patients hospitalisés en soins aigus, malgré une diminution importante au cours des dernières décennies, s'élève à 7,9 jours, ce qui est encore au-dessus de la moyenne européenne {7,6}. Le nombre de cas traités par lit était de 33,9 en 1993 {31,3}. En ce qui concerne la dotation en **équipement médical** lourd, l'Autriche se classe dans le peloton de tête; ainsi, son taux d'équipement en lithotripteurs extracorporels pour le traitement des calculs urinaires et biliaires par onde de choc était le plus élevé de l'UE en 1990.

Le nombre de **médecins en exercice** – 25,6 pour 10 000 habitants – était inférieur à la moyenne européenne {28,1}, avec une proportion de 12,1 pour les généralistes {8,2} et de 13,4 {11,3} pour les spécialistes. La densité des infirmières diplômées, bien qu'elle soit légèrement supérieure à la moyenne de l'UE au niveau national, est assez hétérogène selon les régions, d'où certaines pénuries à l'échelon local. Le nombre de dentistes et de pharmaciens est sensiblement inférieur à la moyenne de l'UE.

Tableau 9: Effectifs des professions de santé en Autriche

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	26	28	1994
Généralistes	12	8	1994
Spécialistes et consultants	13	11	1994
Dentistes en exercice	4	6	1993
Infirmières diplômées	80	70	1993
Pharmaciens en exercice	5	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La mise en œuvre du nouveau système de financement des hôpitaux constitue une préoccupation majeure de la politique de santé autrichienne. Ce système, qui s'apparente à la tarification par groupes homogènes de malades, vise à stabiliser la croissance des dépenses dans le secteur hospitalier, à renforcer l'efficacité des services, à diminuer la durée d'hospitalisation et à améliorer la qualité des soins. Il est fondamentalement tributaire de la qualité des données ainsi que de la qualité des systèmes d'information et de communication des hôpitaux. Des "stratégies de qualité" sont actuellement expérimentées dans un certain nombre d'hôpitaux pilotes.

Des efforts sont également déployés pour renforcer les capacités de gestion des hôpitaux publics et stimuler la concurrence entre les prestataires de services hospitaliers.

Il existe encore des problèmes de coordination entre les services hospitaliers et les services de soins primaires. Les changements structurels que connaît le secteur hospitalier devraient avoir des répercussions sur les soins ambulatoires, et, d'après certaines indications, une réforme des modalités de financement en médecine ambulatoire serait en perspective. La question de l'élaboration de nouvelles structures de rémunération suscite néanmoins des tensions assez vives entre les autorités responsables de l'assurance sociale et les médecins de caisse. On observe par ailleurs une tendance au renforcement des soins primaires par rapport aux soins secondaires, ainsi qu'une multiplication des initiatives de prévention et de promotion de la santé. C'est dans cette optique que s'inscrivent les propositions visant à mettre sur pied des "unités sociosanitaires de district" qui seraient chargées de coordonner toute la panoplie des services médicaux et sociaux disponibles.

Afin de remédier à la pénurie d'équipements et de lits pour la prise en charge de longue durée – qui ont amené parfois à maintenir dans de coûteuses unités de soins aigus des patients qui n'en avaient plus besoin – des dispositions concernant le financement des soins de longue durée ont été adoptées dans le cadre de la loi sur les soins infirmiers de 1993. L'extension des équipements se fera en trois étapes à partir de l'an 2000.

BELGIQUE

SYNTHÈSE

Le système de santé belge repose sur l'assurance sociale obligatoire, qui couvre la totalité de la population à travers la prise en charge d'un ensemble de risques majeurs et mineurs. Son administration est partagée entre une caisse publique et cinq organismes à but non lucratif (Unions nationales de mutualités) d'inspiration politique ou religieuse.

La prestation des soins s'inscrit dans une tradition libérale. La médecine libérale jouit d'une autonomie thérapeutique et de gestion considérable, mais le système du paiement à l'acte s'est révélé générateur d'excès. Le patient est libre de choisir son médecin, qu'il s'agisse d'un généraliste ou d'un spécialiste. L'accès aux hôpitaux est direct. En raison de la forte densité médicale, les listes d'attente sont pratiquement inexistantes et l'accès aux soins est universel sur le plan géographique. La liberté de choix et l'accès à un large éventail de services se traduisent par un niveau élevé de satisfaction des usagers en comparaison des autres pays européens.

Les problèmes qui se posent concernent au premier chef la maîtrise des dépenses de santé, le rééquilibrage de la part publique des dépenses par des recettes nouvelles et la recherche d'une meilleure efficacité des services de santé. Le système belge a favorisé une certaine inflation de l'offre de santé. En particulier, il n'y a pas eu de planification systématique des ressources humaines.

D'autre part, le système de santé belge est l'un des plus compliqués d'Europe, d'où la difficulté d'instaurer une régulation effective.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La transformation des valeurs sociales au cours des 25 dernières années a entraîné une nucléarisation des ménages ainsi qu'une baisse de la population¹².

La Belgique comptait 10 millions d'habitants en 1997, dont 24 % de jeunes de moins de 20 ans {24,6 %} et 16 % de personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui est comparativement élevé {15 %}. La proportion des plus de 75 ans, estimée à 6,3 %, se situe également un peu au-dessus de la moyenne {6,1 %} et, selon certaines projections, elle devrait atteindre 9,1 % en 2020 {8,9 %}.

Les indicateurs de santé correspondent à la moyenne européenne pour l'espérance de vie, mais ils présentent des valeurs inférieures en ce qui concerne la mortalité. En 1996, **l'espérance de vie** à la naissance était de 81 ans pour les femmes {80,2} et de 74,3 ans pour les hommes {73,9}.

¹²

On relève des divergences notables entre les différentes projections concernant l'augmentation future de la proportion de personnes âgées.

Les taux de mortalité, dans la limite des données disponibles, sont généralement élevés. La **mortalité infantile**, estimée à 6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1996, est supérieure à la moyenne de l'UE {5,4}. Les **taux de décès** dus aux maladies cardio-vasculaires sont relativement bas. Le manque de statistiques comparables récentes empêche toute comparaison internationale des causes spécifiques de décès.

L'incidence du sida a diminué depuis 1994, comme partout ailleurs dans l'UE; elle s'élevait à 18,8 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, ce qui représente moins de la moitié de la moyenne de l'UE {42,7}.

L'indice **DMF** de santé dentaire chez les enfants de 12 ans s'établissait à 2,7 en 1990, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation d'alcool** était de 11,2 litres par an {11,2}.

La **consommation de tabac** apparaît inférieure à la moyenne européenne, avec une proportion de fumeurs chez les plus de 15 ans qui s'élevait en 1992 à 31 % pour les hommes {37,1 %} et à 21 % pour les femmes {25,8 %}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le rôle du gouvernement central se limite à la régulation et au financement partiel du système; les prestataires de soins jouissent d'une large autonomie sur le plan de la gestion comme sur celui de l'activité. Au niveau national, sept portefeuilles ministériels sont coresponsables du secteur de la santé pour les questions de politique de santé, de régulation et de contrôle du système de soins. L'assurance sociale relève de la responsabilité du ministère de la sécurité sociale. Certaines des mesures de maîtrise des dépenses mises en œuvre dans les années 80 ont réintégré des éléments de régulation centrale. Le gouvernement fixe les taux de cotisation aux caisses maladie et définit l'enveloppe minimale des prestations. Le ministère de la santé publique et des affaires familiales peut réorganiser les hôpitaux et les services, et l'acquisition de technologies intensives en capital est soumise à autorisation préalable. Les niveaux de rémunération des prestataires sont approuvés par le ministère de la sécurité sociale.

Le système national d'assurance maladie obligatoire s'applique à l'ensemble des salariés, des fonctionnaires, des retraités et des personnes handicapées, soit environ 88 % de la population. Les risques santé pris en charge se répartissent en risques majeurs (hospitalisation et services hospitaliers techniques) et risques mineurs (soins externes et ambulatoires, prescriptions médicales, soins dentaires, etc.). Les travailleurs indépendants et leurs ayants droit, qui représentent quelque 12 % de la population, sont assurés dans le cadre d'un programme distinct, qui ne couvre que les risques majeurs. Pour bénéficier d'une protection contre les risques mineurs, ils doivent souscrire une assurance complémentaire, selon des modalités strictement réglementées par l'État.

Le programme national d'assurance maladie est géré par une caisse publique et cinq Unions de mutualités (organismes de sécurité sociale à but non lucratif). L'administration est centralisée au niveau national, avec deux organismes dominants: l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, qui couvre 45 % de la population, et l'Union nationale des mutualités socialistes, qui couvre 27 % de la population.

Les mutualités s'alignent sur des institutions ou des idéologies politiques ou religieuses. C'est sur ce plan que joue essentiellement la concurrence entre les différentes caisses maladie. Le consommateur est libre de s'affilier à la caisse de son choix. Comme l'enveloppe des prestations de base et le taux de cotisation sont fixés par décret ministériel, la concurrence se limite aux options et aux formules assurantielles complémentaires.

Les moyens financiers sont répartis par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, composé de représentants des prestataires, des tiers-payeurs, des salariés et du gouvernement. L'assurance maladie a fait l'objet de divers réaménagements, dans une optique de maîtrise des dépenses, depuis le début des années 80.

Jusqu'en 1995, les cotisations d'assurance maladie étaient fonction des revenus. Le taux de cotisation s'élevait en 1993 à 3,8 % du revenu brut pour la contribution de l'employeur, et à 3,55 % pour la part payée par le salarié. Une cotisation globale couvrant l'ensemble des prélèvements de sécurité sociale (assurance maladie, assurance vieillesse et assurance chômage) a été instituée en 1995. Elle représentait 13 % du revenu brut en 1996. Il n'y a pas de plafond d'affiliation. Le marché de l'assurance complémentaire privée est étroit, dans la mesure où les risques majeurs sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

2. Financement

Le financement du système de santé repose sur les cotisations d'assurance maladie (36 %), l'impôt (38 %) et les dépenses individuelles courantes (17 %). Les 9 % restants sont financés par les assurances complémentaires et la fiscalité indirecte. Il y a quelques années encore, les caisses centrales se bornaient à allouer aux différentes caisses maladie des recettes égales à leurs dépenses. Une loi de 1994 a instauré une procédure d'allocation de budget fixe, afin de stimuler le contrôle des coûts en permettant aux caisses maladie de réaliser des profits ou des pertes.

Les **services hospitaliers**, privés ou publics, sont directement financés par les caisses maladie. Le paiement des services se fonde sur un projet de budget calculé en fonction de la capacité hospitalière (nombre de lits), de l'activité de l'année précédente et des caractéristiques de l'établissement. Le personnel médical et infirmier est rémunéré selon une méthode combinant tarifs de journée et paiement à l'acte. Les dépenses d'investissement sont financées par l'État. Les frais d'hospitalisation à la charge du patient sont progressifs, en fonction de la durée du séjour.

Les **soins ambulatoires** sont essentiellement dispensés par des praticiens privés. Ils sont réglés directement par les patients, qui sont ensuite remboursés par leur caisse maladie à un taux de 75 % en moyenne. Les 25 % restants demeurent à la charge du patient. Les tarifs médicaux sont négociés entre les caisses et les médecins, et soumis à l'approbation du ministère. Les honoraires sont

contrôlés par un comité composé de représentants des organismes acheteurs et des organisations de prestataires. Les contrats de services conclus entre les médecins et les caisses portent sur une durée de deux ans.

Les **médicaments** sont remboursés sur la base d'une liste positive. Les prix sont administrés. Selon la catégorie du produit, la participation de l'assuré varie de 0 à 100 % plus un montant forfaitaire. En moyenne, 29 % du prix reste à la charge de l'assuré.

Les **soins dentaires** sont rémunérés à l'acte directement par les patients, qui en demandent ensuite le remboursement. Le ticket modérateur s'élève à 25 % en moyenne.

Les réglementations belges relatives à la participation des usagers aux coûts de santé sont complexes; globalement, le taux de copaiement est l'un des plus élevés de l'UE.

3. Dépenses de santé

Entre 1970 et 1985, la Belgique a connu une croissance marquée des dépenses de santé, qui sont passées de 4,1 % à 7,3 % du PIB. Les dépenses se sont ensuite stabilisées autour de 7,5 % du PIB jusqu'en 1990, grâce à l'application de différentes mesures de maîtrise des dépenses (notamment les modifications apportées à la structure et au financement des hôpitaux, ainsi qu'au contrôle et au financement des produits pharmaceutiques). L'année suivante, la part des dépenses de santé dans le PIB a dépassé 8 %, et elle est restée stable depuis lors. En 1995, elle représentait toujours 8 % du PIB {7,7 %}, soit 1 627 ECU par habitant {1 413}.

Figure 6: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992. La part des services hospitaliers est relativement faible.

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

L'offre de santé est dominée par le secteur privé. 60 % des hôpitaux sont des organismes privés à but non lucratif. Quelques hôpitaux appartiennent à des spécialistes, et environ 5 % sont la propriété d'organismes de sécurité sociale. Les établissements restants sont publics.

Le nombre de **lits d'hôpitaux** en soins aigus pour 1 000 habitants est tombé de 5,9 en 1985 à 4,8 en 1994 {7,3}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus était de 7,8 jours en 1995 {7,6}.

Parmi les transformations en cours dans les structures hospitalières, on relève la rationalisation des services spécialisés et les fusions d'hôpitaux. Le nombre de lits a été considérablement réduit, tandis que les soins à domicile sont encouragés.

Les soins ambulatoires sont dominés par les praticiens libéraux (médecins, dentistes et pharmaciens). Les généralistes exercent souvent en cabinet individuel, tandis que les spécialistes sont attachés aux services de consultation externe des hôpitaux. La concurrence est vive, et les médecins sont très réceptifs aux exigences des patients. Ces derniers sont libres de choisir le médecin qu'ils souhaitent consulter.

Le nombre de **consultations**, évaluées à 8,0 par personne et par an en 1993, est très supérieur à la moyenne de l'UE {5,2}.

Le nombre de **médecins en exercice**, avec une densité de 37,4 pour 10 000 habitants, est extrêmement élevé par rapport à la moyenne de l'UE {28} (1994); la part des **spécialistes** est pratiquement égale à celle des **généralistes**. La proportion de médecins dans l'ensemble du personnel de santé, qui s'élevait à 17,1% en 1992, dépassait largement la moyenne de l'UE {15}. La densité de pharmaciens est aussi très élevée par rapport aux normes européennes (tableau 10).

Tableau 10: Effectifs des professions de santé en Belgique

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	37	28	1994
Généralistes	15	9	1995
Spécialistes et consultants	16	14	1995
Dentistes en exercice	7	6	1995
Infirmières diplômées	n.d.	87	1994
Pharmaciens en exercice	14	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

À l'intérieur de la priorité globale axée sur la maîtrise des dépenses et la recherche de nouvelles sources de revenus pour le financement des soins de santé, les mesures de réforme se sont concentrées au cours de cette décennie sur le système de sécurité sociale.

L'introduction des budgets fixes pour les dépenses assurantielles des caisses maladie donne à celles-ci la possibilité de réaliser des profits ou des pertes. L'objectif est d'inciter les caisses à une meilleure efficacité dans l'achat de services de santé.

La procédure de fixation de ces budgets est complexe et requiert une mise en œuvre progressive. Elle suppose la définition d'une enveloppe globale pour l'assurance maladie et l'allocation de la part de l'assurance sociale réservée à la santé depuis 1995. Le modèle de budgétisation belge prévoit aussi un mécanisme de compensation pour corriger les déséquilibres découlant des disparités dans les structures de risques des affiliés aux différentes caisses, et ménage une certaine flexibilité en cas de sous-estimation du budget total de l'assurance sociale.

DANEMARK

SYNTHÈSE

Depuis 1973, tous les citoyens danois sont couverts par le service national de santé. Il est quasi entièrement financé, planifié et géré par les autorités publiques. L'accès aux soins est universel et presque totalement gratuit. Le financement est assuré par l'impôt.

L'organisation des soins est déléguée aux 14 comtés, à l'intérieur d'un cadre de politique défini par le gouvernement central et le Parlement. Le système danois s'apparente au National Health Service britannique en ce que les deux systèmes reposent sur le principe du "premier recours", selon lequel le généraliste est le point de passage obligé pour l'accès aux spécialistes et à l'hôpital.

Le Danemark a développé une politique efficace de maîtrise des dépenses. Les enquêtes menées auprès de la population soulignent le consensus dont bénéficie le système, avec 90 % de Danois très satisfaits (54,2 %) ou plutôt satisfaits (35,8 %). D'un autre côté, les indicateurs de l'état de santé affichent des valeurs inférieures à la moyenne de l'UE, et les données de mortalité ainsi que les éléments du mode de vie qui y sont liés sont l'objet d'une préoccupation marquée.

La forte décentralisation du système suscite également des interrogations quant à l'efficacité de l'allocation des ressources et aux fixations de priorités dans le domaine de la santé.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La population du Danemark s'élevait en 1996 à 5,24 millions d'habitants, dont 23,6 % de jeunes de moins de 20 ans {25,5} (1994) et 15,4 % de personnes âgées de plus de 65 ans {14,6}. La proportion des plus de 75 ans est relativement élevée (7%) {6,1}. Elle devrait atteindre 8,2 % en 2020 {8,9¹³}. Le Danemark présente la densité de population la plus forte de tous les pays scandinaves: 85 % des Danois vivent en milieu urbain.

L'espérance de vie à la naissance, estimée à 78 ans pour les femmes {80,2} et à 72,8 ans pour les hommes {73,9}, était l'une des plus basse de l'UE en 1995.

La mortalité se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne: **le taux de mortalité standardisé** s'établissait à 8,7 pour 1 000 habitants {8,2} en 1993, et la **mortalité périnatale** à 7,5 pour 1 000 naissances totales en 1995 {7,5}. La **mortalité infantile**, estimée à 5,2 pour 1 000 naissances vivantes, était légèrement inférieure à la moyenne de l'UE en 1996 {5,4}.

Les taux de décès dus aux maladies cardio-vasculaires et au cancer comptent parmi les plus élevés

¹³ Moyenne pour l'Europe à 12. Cf. Walker et al., 1994.

de l'Union, de même que les **années potentielles de vie perdues** (tableau 2).

L'incidence du **sida**, estimée à 31,6 nouveaux cas par million d'habitants, était inférieure à la moyenne de l'UE en 1996 {42,7}, mais il s'agit du taux le plus élevé parmi les pays d'Europe du Nord.

La **consommation de tabac** atteint les plus hauts niveaux de l'UE: 49,5 % des hommes {37,4 %} et 40,1 % des femmes de plus de 15 ans {25,1 %} fumaient en 1992.

La **consommation d'alcool** était supérieure à la moyenne européenne en 1992, avec 11,8 litres par an {10,4}.

Le programme de promotion de la santé créé en 1989 place au premier rang des priorités la prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires, des accidents et des maladies mentales.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le système de santé danois se caractérise par une forte décentralisation: la responsabilité de l'organisation et de la gestion de l'offre de soins est dévolue aux 14 comtés et aux 275 municipalités (y inclus Copenhague et Frederiksberg). Les comtés, dont la population oscille entre 300 000 et 500 000 habitants, sont chargés du secteur des hôpitaux, des services de soins primaires et des initiatives de promotion de la santé; ils sont financés essentiellement par les impôts locaux (quote-part de l'impôt sur le revenu et impôts fonciers). Les municipalités sont responsables quant à elles des services infirmiers à domicile et des programmes préventifs ainsi que de la majeure partie du système de protection sociale. Le soutien administratif aux conseils de comtés et de municipalités est assuré par les directeurs des services hospitaliers au niveau du comté et leurs assistants.

Le ministère de la santé, principale autorité sanitaire, est responsable de la coordination du système de santé ainsi que de l'autorisation des médicaments et de l'accréditation des professionnels de santé. Le rôle du ministère se limite toutefois à formuler des lignes directrices et des recommandations; les actions concrètes et les modalités de leur mise en œuvre sont décidées à l'issue de négociations avec les associations et les municipalités. Le ministère encadre par ailleurs la planification de l'ensemble des services curatifs et préventifs des comtés en fixant les objectifs à atteindre.

Le Conseil national de la santé, présidé par le Directeur général de la santé, est consulté sur toutes les questions qui font intervenir des compétences médicales ou sanitaires (médecine, pharmacie, dentisterie, soins infirmiers, etc.).

La couverture maladie est universelle. Les soins primaires sont gérés par une caisse unique, la "Sygesikring" (Assurance maladie). L'affiliation est obligatoire. Les usagers ont le choix entre deux régimes d'assurance pour les services ambulatoires.

Dans le "groupe 1", l'accès aux soins secondaires est filtré par le médecin de premier recours (du type médecin de famille) auprès duquel les usagers doivent s'inscrire, et les tarifs médicaux sont administrés.

Les patients du "groupe 2" peuvent consulter le généraliste ou le spécialiste de leur choix, mais les honoraires sont libres et le patient ne bénéficie que d'un remboursement partiel.

C'est ce qui explique que la quasi-totalité de la population (plus de 95 %) appartienne au groupe 1. Environ 20 % de la population danoise possède par ailleurs une assurance privée, sous la forme d'une assurance volontaire offrant une couverture complémentaire pour les soins exigeant une participation aux coûts.

Particulièrement performants au Danemark, les services préventifs déploient toute une panoplie de programmes de dépistage, de soins prénataux, de médecine préventive scolaire (y compris en matière de santé dentaire) et d'immunisation contre les maladies infectieuses. Le système prend également en charge, à titre gratuit, la stérilisation et l'avortement dans les 12 premières semaines de grossesse.

2. Financement

En 1997, 83 % du financement était assuré par les recettes publiques, essentiellement des impôts prélevés par l'État et les collectivités territoriales (comtés et municipalités). Le reste était couvert par la participation des usagers aux coûts (15 %), et, dans une proportion négligeable (moins de 2 %), par l'assurance privée.

Les **copaiements** s'appliquent essentiellement aux soins dentaires et aux médicaments, et, pour les rares patients du groupe 2, à la part des honoraires dépassant le tarif de responsabilité. La participation aux coûts a augmenté à un rythme rapide au cours des dix dernières années, notamment en dentisterie. Pour les médicaments prescrits, elle représente en moyenne 8 % du prix du produit. Certaines modalités de copaiement sont également prévues pour les appareils médicaux et les soins dispensés dans les maisons médicalisées pour personnes âgées (*nursing homes*).

Les tarifs médicaux en ambulatoire sont négociés entre l'"Association des conseils maladie" et l'"Association des médecins généralistes", et soumis à l'approbation du gouvernement. Les généralistes sont rémunérés en partie suivant la formule de la capitation, mais principalement en fonction du nombre d'actes. Les patients du groupe 2 acquittent des honoraires supérieurs, et la différence reste à leur charge.

Les soins dentaires sont gratuits jusqu'à l'âge de 18 ans. Ensuite, les patients prennent en charge une partie des frais. La participation aux coûts est particulièrement élevée pour les soins de reconstruction. Les prothèses ne sont généralement pas remboursées. Les dentistes sont rémunérés à l'acte, selon un barème d'honoraires négocié entre les associations respectives.

Les **hôpitaux** sont financés par les municipalités, selon un système de paiement à l'acte ou par cas,

ajusté selon les spécialités depuis 1993.

Seuls sont remboursés les **médicaments** répertoriés sur la liste positive établie par le ministère de la santé. D'autre part, un système de prix de référence, couvrant environ un tiers des ventes totales de produits pharmaceutiques, a été institué en 1993.

3. Dépenses de santé

La part des dépenses de santé dans le PIB a enregistré une forte progression entre 1960 et 1975, passant de 3,6 % à 6,5 %. Depuis lors, elle est restée stable: les chiffres de 1995 indiquent un taux de 6,4 % – inférieur à la moyenne de l'UE {7,7 %}. Cela équivaut à 1 611 ECU par habitant {1 413} (figure 7).

La répartition des dépenses n'a pas non plus évolué significativement au cours de la dernière décennie (la figure 7 présente les chiffres pour 1992). On relèvera la part importante consacrée aux soins de longue durée. Les dépenses en ambulatoire apparaissent toutefois très faibles en comparaison des autres États membres.

Figure 7: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

La protection de la santé et la prévention des maladies sont coordonnées par le ministère de la santé, mises en œuvre par les comtés et les municipalités, et assurées essentiellement par les généralistes. Le régime national d'assurance maladie déploie un large éventail de mesures préventives. Priorité est donnée à la prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires, des accidents et des maladies mentales.

Les **soins primaires** sont généralement dispensés par des généralistes, praticiens libéraux exerçant en cabinet individuel ou de groupe, et qui jouent le rôle de “portier” du système de santé en filtrant l'accès aux spécialistes et aux hôpitaux pour tous les patients du groupe 1 (soit la très grande majorité de la population). Les patients du groupe 2 peuvent consulter le généraliste ou le spécialiste de leur choix et accéder directement à l'hôpital sans y être adressés par un généraliste.

Les **hôpitaux** relèvent de la responsabilité des comtés, tandis que les municipalités se chargent de la gestion et de la promotion des soins infirmiers à domicile et des soins aux personnes âgées. Le seul établissement de soins placé directement sous le contrôle du gouvernement central est l'hôpital universitaire de Copenhague. Les services hospitaliers ambulatoires et les services de jour sont largement encouragés. Sur une capacité totale d'environ 25 500 lits, seuls 4,0 lits pour 1 000 habitants étaient affectés aux soins aigus en 1994 {4,7}. La **durée moyenne de séjour** s'établissait à 6,0 jours en 1995 {7,6}. Le **taux d'admission en soins aigus** était supérieur à la moyenne en 1993 (19,7 %). L'introduction de normes et d'objectifs en matière de délais d'attente a permis de réduire sensiblement les listes d'attente dans les hôpitaux. Des centres psychiatriques, auxquels les patients peuvent accéder directement, sont implantés dans tout le pays. Depuis 1992, les patients ont la possibilité de choisir l'hôpital dans lequel ils souhaitent être traités.

Les **soins dentaires** sont dispensés par des dentistes exerçant en clientèle privée. L'organisation des soins préventifs est assurée par les bureaux sanitaires régionaux.

Le Danemark possède un remarquable réseau de soins communautaires et investit massivement dans les **soins infirmiers de longue durée**, qui sont principalement institutionnalisés sous la forme de services à domicile. La base juridique en est la loi sur le logement pour les personnes âgées, qui privilégie le maintien des patients dans leur propre environnement, en mettant l'accent sur la préservation du maximum d'autonomie et le respect de la vie privée. Ce dispositif est unique dans l'UE, en particulier le service d'appel d'urgence pour les soins infirmiers ouvert 24 heures sur 24 (un service analogue est actuellement mis en place au Royaume-Uni (1998)).

Le nombre total de **médecins en exercice** a sensiblement progressé au cours des dernières années; la densité médicale s'établissait ainsi à 29,0 pour 10 000 habitants en 1994 {28,1}. Un certain nombre d'entre eux n'ont pas encore achevé leurs études doctorales. En 1994, la densité de généralistes était notablement inférieure à la moyenne de l'UE. L'écart était encore plus net pour les spécialistes exerçant en cabinet.

La densité des autres professions de santé est également inférieure à la moyenne européenne.

Tableau 11: Effectifs des professions de santé au Danemark

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	29	28	1994
Généralistes	6	8	1994
Spécialistes et consultants	2	11	1994
Dentistes en exercice	5	6	1994
Infirmières diplômées	67	70	1993
Pharmaciens en exercice	2	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

Le système de santé danois semble fonctionner de manière satisfaisante au regard des attentes de la population, et son organisation ainsi que son financement apparaît efficace. Les initiatives locales jouent un rôle important, d'autant que le soutien local est considéré comme essentiel pour garantir l'adhésion des citoyens aux modifications projetées et au succès de leur mise en œuvre. Certaines initiatives prises à l'échelon local ont fini par se généraliser à l'ensemble du pays, tel le service d'appel d'urgence pour les soins infirmiers mentionné plus haut.

Aucun changement majeur n'est programmé; les modifications ou les réaménagements prévus mettent surtout l'accent sur l'amélioration de l'état de santé de la population et la prévention.

Le Conseil national de la santé a mis sur pied un programme visant à l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques fondé sur l'analyse systématique des données scientifiques acquises. Des initiatives similaires ont été lancées dans d'autres États membres.

Les efforts de régulation des dépenses de santé sont axés sur l'accroissement de la participation aux coûts, qui est encore faible (excepté pour les soins dentaires) par rapport à la moyenne de l'UE.

FINLANDE

SYNTHÈSE

Le système de santé finlandais se caractérise par une planification publique et un financement largement appuyé sur l'impôt. Il offre une couverture universelle pour une large gamme de services de santé.

L'administration, la planification et la gestion de l'offre de soins relève depuis longtemps de la responsabilité des 455 municipalités urbaines et rurales (d'une population moyenne de 11 000 habitants). Par ailleurs, la planification des soins de santé fait l'objet d'une centralisation relativement poussée au sein du ministère des affaires sociales et de la santé, notamment par le jeu des subventions accordées à titre incitatif. La réforme de 1993 relative aux aides publiques a entraîné cependant une certaine diminution de l'intervention de l'État.

La loi de 1972 sur les soins de santé primaires et le plan national mis sur pied à cette date mettaient l'accent sur l'offre de soins primaires et la mise en œuvre décentralisée au niveau municipal. Eu égard à ses succès dans la mise en place de services primaires et préventifs au travers d'un réseau de centres publics de santé, la Finlande s'est vue attribuer par l'OMS, en 1982, un statut de pays **pionnier** dans le domaine de la santé; à ce titre, elle rend compte au niveau international des développements de sa politique de santé.

L'état de santé est une question prioritaire pour la politique finlandaise. Les indicateurs de santé sont proches de la moyenne de l'UE, mais l'espérance de vie, dont les chiffres relativement faibles sont, pour partie, imputables à un taux élevé de mortalité précoce due aux maladies cardio-vasculaires, suscite des inquiétudes. Le suicide est un problème majeur, et les indicateurs sociaux, notamment le taux élevé de chômage, plaident en faveur d'un effort transsectoriel.

Les services de santé rencontrent un très large consensus auprès de la population finlandaise. D'après les résultats d'une enquête menée en 1993, 86,4 % des Finlandais se déclarent très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur système de santé¹⁴.

La dernière décennie a été marquée par une délégation accrue du pouvoir de décision en matière sanitaire à l'échelon local et, corrélativement, la réduction de l'intervention directe de l'État. D'autre part, les modèles fondés sur un marché de soins régulé rencontrent un soutien politique accru.

¹⁴ Cf. Mossialos, 1997.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La Finlande comptait 5,1 millions d'habitants en 1997. Le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans s'élevait à 25,4 % en 1994 {24,6 %}, celui des personnes âgées de plus de 65 ans, à 15,4 % {14,6 %}. Les plus de 75 ans représentaient 5,8 % de la population, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE {6,1 %}. Le vieillissement de la population est moins rapide en Finlande que dans d'autres pays d'Europe du Nord.

En 1996, l'**espérance de vie** à la naissance était de 80,5 ans pour les femmes {80,2} et de 73,0 ans pour les hommes, ce dernier chiffre étant inférieur à la moyenne de l'UE {73,9}.

Le **taux de mortalité standardisé** s'établissait en 1992 à 8,3 pour 1 000 habitants, ce qui correspond à la moyenne européenne {8,2}; en revanche, les taux de **mortalité infantile** et de **mortalité périnatale** sont parmi les plus faibles de l'UE: respectivement 4,0 pour 1 000 naissances vivantes {5,7} et 5,1 pour 1 000 naissances totales {7,9} en 1994.

Les **années potentielles de vie perdues** à cause des maladies cardio-vasculaires présentent des valeurs élevées, surtout chez les hommes (tableau 2). L'incidence du **sida** est en régression depuis 1994; elle était estimée à 4,5 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, soit le taux le plus bas de l'UE {42,7}.

La **consommation de tabac** se situe dans le bas de la fourchette des pays de l'UE, avec une proportion de fumeurs chez les plus de 15 ans qui s'élevait en 1992 à 33 % pour les hommes {37,4} et à 20 % pour les femmes {25,1}.

La **consommation d'alcool** est supérieure à la moyenne européenne: 11,8 litres en 1992 {10,4}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le ministère des affaires sociales et de la santé, responsable de la politique sociale et de la politique de santé, fixe les priorités nationales. Le ministère établit des lignes directrices dans le cadre d'un plan quadriennal, élabore les réformes et contrôle leur mise en œuvre. Le "Conseil de la sécurité de base" est chargé de contrôler le niveau de service offert par les municipalités dans le domaine social et sanitaire, et de relever les carences éventuelles. Dans la pratique, son rôle est resté jusqu'ici marginal.

Depuis l'été 1997, la Finlande est divisée en 5 provinces, plus la région autonome des îles Åland.

La responsabilité de l'offre de santé, de l'administration des services sanitaires et de la mise en œuvre de la politique de santé est déléguée aux 455 municipalités, dotées de conseils élus au suffrage universel. Les Conseils ont compétence pour lever un impôt proportionnel sur le revenu

en vue de financer les services de santé; ces recettes sont complétées par une subvention de l'État. Le processus décisionnel diffère selon les municipalités. La tendance générale est à la délégation des responsabilités aux niveaux hiérarchiques inférieurs, par exemple aux conseils sanitaires.

La planification de l'offre est une responsabilité conjointe des conseils sanitaires et des autorités municipales. Le personnel dirigeant des centres de santé y est étroitement associé. Dans plus du quart des municipalités, les conseils sociaux et sanitaires ont fusionné et sont administrés conjointement.

Pour la planification des services hospitaliers secondaires et tertiaires, le pays est divisé en 21 districts, l'hôpital universitaire de Helsinki formant une entité distincte. Au sein de chaque district hospitalier, les municipalités se fédèrent pour diriger les hôpitaux, qui sont la propriété de la fédération. Chaque district est doté d'un conseil dont les membres sont nommés par les municipalités, d'un conseil hospitalier désigné par le conseil de district et d'une équipe dirigeante dont le noyau se compose du directeur du district hospitalier, d'un directeur médical et d'un directeur des services infirmiers.

La couverture maladie et le service des prestations sont organisés dans le cadre d'un régime national obligatoire. L'Institut d'assurance sociale, attaché au Parlement finlandais, a en charge le remboursement des médicaments, des soins médicaux privés et des services de la médecine du travail.

2. Financement

Le financement des soins de santé, conjointement avec celui des services sociaux, est principalement assuré par les recettes publiques, la contribution des municipalités représentant en moyenne 33 % de l'ensemble des fonds. Les municipalités prélèvent un impôt sur le revenu dont le taux, variable, s'établit à 17 % en moyenne. Les subventions de l'État, financées par la fiscalité générale, représentent 29 %. La part des recettes provenant du régime national de sécurité sociale s'élève à 13 %, le reste étant financé par des sources privées et la participation des patients aux coûts. La contribution de l'assurance privée est marginale (environ 2 %).

Les cotisations à la caisse nationale d'assurance maladie sont financées par les employeurs (pourcentage de la masse salariale) et les salariés (contributions assises sur le revenu). Le fait que l'effort contributif pèse de manière égale sur tous les Finlandais et que le régime national prenne cependant en charge des services qui ne sont pas utilisés au même degré par l'ensemble des citoyens (par exemple, les services privés) a conduit à des interrogations sur l'équité du système. La caisse nationale paye 50 % des coûts des médicaments prescrits dépassant un minimum déterminé, ainsi que tous les frais pharmaceutiques non couverts qui excèdent un maximum annuel.

Le **copaiement** s'applique essentiellement aux soins dentaires et aux médicaments, mais les municipalités ont à présent la faculté d'imposer une participation aux coûts pour certains services ambulatoires ou certains soins hospitaliers internes ou externes, en fixant elles-mêmes les tarifs de prise en charge, dans les limites fixées par le gouvernement central. La part des copaiements dans

le financement des dépenses totales de santé s'est accrue au cours de la dernière décennie.

Les **généralistes** exerçant dans les centres de santé sont soit salariés, soit rémunérés selon une formule combinant salaire (60 %), paiement par capitation (20 %), paiement à l'acte (15 %) et indemnités locales (5 %). Les tarifs sont négociés entre l'Union des médecins et les associations de municipalités.

Les municipalités gèrent les **services hospitaliers** pour le compte de leur population résidente. Elles disposent donc d'une certaine autonomie en matière de rémunération, qui repose en principe sur le paiement à l'acte depuis 1993. Les districts hospitaliers appliquent d'autre part un mécanisme de péréquation basé sur un fonds de solidarité alimenté par des contributions de la population locale, afin de couvrir les traitements coûteux résultant de risques catastrophiques individuels. Le personnel hospitalier est salarié.

3. Dépenses de santé

Le gouvernement central exerce un contrôle rigoureux sur les grands investissements. La part des dépenses totales de santé dans le PIB est passée de 3,9 % en 1960 à 5,8 % en 1968, pour se maintenir à ce niveau jusqu'en 1974. En 1976, la proportion est montée à 6,7 %, puis elle s'est stabilisée jusqu'au milieu des années 80. En 1989, elle atteignait 7,4 %, pour grimper jusqu'à 9,1 % en 1991, en raison principalement de la récession économique et de la baisse corrélative du PIB.

La reprise économique amorcée en 1993 s'est traduite par une réduction significative de la part du PIB consacrée à la santé, qui est retombée à 7,5 % en 1995 {7,7 %}. Cela équivaut à 1 445 ECU par habitant {1 413} (figure 8).

La forte variabilité des dépenses selon les municipalités a donné lieu à des évaluations approfondies.

En 1992, les hôpitaux absorbaient la fraction la plus importante des dépenses (44,4 %). Les soins ambulatoires représentaient 34,5 %, et les médicaments, 9,9 % (figure 8).

Figure 8: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les **soins primaires**, y inclus la **protection de la santé**, la **prévention** et les **soins dentaires** sont assurés pour l'essentiel dans les 250 centres de santé (1995) institués depuis la loi de 1972 sur les soins de santé primaires. Ces centres dispensent ou administrent la majeure partie des soins ambulatoires primaires, des services préventifs, des soins infirmiers à domicile et des services de la médecine du travail, ces derniers étant complétés par des accords conclus avec les employeurs. Les deux tiers environ des consultations médicales sont de premier niveau (soins primaires). Près de la moitié des Finlandais sont affectés d'office à un généraliste, en fonction de leur zone de résidence. Les réformes engagées ces dernières années visent à renforcer la continuité des soins, à améliorer la satisfaction des usagers et du personnel de santé, et à accroître la productivité des centres de santé.

Les services hospitaliers sont placés sous la responsabilité des municipalités. Les patients peuvent être adressés à l'hôpital par n'importe quel praticien en exercice; les services primaires publics ne remplissent donc pas, à proprement parler, de fonction de "premier recours" obligé, c'est-à-dire de "portier" du système de santé.

La Finlande comptait en 1995 416 hôpitaux, dont 5 hôpitaux universitaires, 17 hôpitaux centraux et 30 hôpitaux moins spécialisés parmi les établissements publics. La proportion d'hôpitaux privés est très faible. La capacité hospitalière totale (y compris les établissements privés, les hôpitaux psychiatriques et les centres de réadaptation) s'élevait en 1995 à 47 000 lits, soit 9 pour 1 000 habitants, dont 4,5 en soins aigus {4,7}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, qui s'établissait à 5,5 jours en 1995, est inférieure à la moyenne de l'UE {7,6}. Le **taux d'admission en soins aigus** se situe dans le haut de la fourchette (19,8 % en 1994).

Les **soins infirmiers de longue durée** sont dispensés pour l'essentiel dans les centres de santé dirigés par les municipalités ainsi que dans les maisons médicalisées gérées par les services sociaux. D'autres dispositifs sont prévus pour les soins à domicile et les soins de jour. Le plan national d'action 1991-1992 mettait notamment l'accent sur le développement des soins à domicile.

Le nombre de **médecins en exercice** représentait en 1994 une densité de 26,9 pour 10 000 habitants {28,1}. Les effectifs des autres professions de santé apparaissent très importants au regard de la moyenne européenne.

Tableau 12: Effectifs des professions de santé en Finlande

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
-------------------------	----------------------------------	------------	-------

Médecins en exercice	27	28	1994
Généralistes	12	8	1994
Spécialistes et consultants	15	11	1994
Dentistes en exercice	9	6	1994
Infirmières diplômées	200	70	1993
Pharmaciens en exercice	14	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La réforme de 1993 relative aux aides publiques a apporté certaines modifications au cadre financier et organisationnel des soins de santé.

L'un des principaux objectifs de cette réforme était de réduire l'intervention de l'État dans l'administration des services de santé et, corrélativement, de renforcer les responsabilités déléguées à l'échelon local. Ce choix s'inscrivait au départ dans une tendance générale à la décentralisation administrative, plutôt qu'il n'était motivé par la volonté d'introduire une séparation entre acheteurs et offreurs de soins. Les municipalités sont désormais libres de déployer leurs ressources de manière plus adaptée aux besoins locaux. Elles peuvent acheter des services à tous les prestataires de soins, y compris dans le secteur privé. Toutefois, dans le secteur hospitalier, les districts détiennent un monopole de fait sur les soins spécialisés internes.

Le rôle des municipalités n'est pas encore bien défini dans le nouveau cadre qui se met en place autour d'un marché de soins organisé qui, théoriquement, devrait ouvrir la voie à une mise en concurrence des prestataires. De surcroît, la plupart des municipalités ne disposent pas du savoir-faire requis en matière de négociation.

L'une des préoccupations majeures a trait à la complexité du système de financement public, considérée comme responsable du manque d'efficacité des services, des chevauchements de capacités, des listes d'attente et d'une distribution inéquitable au sein de la population. Bien qu'une orientation vers un modèle à base assurantielle soit rejetée par l'ensemble des acteurs (sauf peut-être le corps médical), qui demeurent favorables à la fiscalisation des dépenses de santé, les experts multiplient les appels en faveur d'une simplification de la structure du financement public.

Le système de santé finlandais se trouve dans une phase de transition, et le réaménagement des modalités d'organisation et de financement des services suscite encore nombre d'interrogations, notamment sur les moyens de renforcer la concurrence entre prestataires de soins et sur les mesures incitatives susceptibles d'améliorer l'efficacité et le rapport coût-efficacité.

L'affaiblissement du rôle de la planification stratégique nationale et l'introduction d'éléments de concurrence doivent encore faire l'objet d'une évaluation en vue de mesurer l'impact des modifications récentes et déterminer l'orientation que la Finlande donnera à son système de santé.

FRANCE

SYNTHÈSE

Le modèle français se caractérise par sa nature hybride, résultant d'une combinaison complexe des secteurs privé et public sur le plan de l'offre comme sur celui du financement. Le système est fondé sur l'assurance maladie obligatoire, complétée dans une très large mesure par l'assurance volontaire.

La couverture est quasi universelle. Tant le secteur hospitalier que la médecine ambulatoire offrent une vaste gamme et un volume presque illimité de services de santé, et les patients jouissent d'une totale liberté de consultation. Le système apparaît performant au regard des attentes de la population. En termes d'espérance de vie et de mortalité, la France se classe dans les premiers rangs de l'UE. La santé publique présente toutefois des points faibles, telles l'incidence du sida et la forte consommation d'alcool et de cigarettes. L'écart de mortalité grandissant entre les classes sociales suscite de fortes inquiétudes.

La hausse des dépenses de santé et le creusement des déficits de la sécurité sociale, conjugués au ralentissement de la croissance économique, à la persistance d'un taux de chômage élevé et au vieillissement de la population, constituent une préoccupation majeure. Le système français est l'un des plus dispendieux de l'UE. Les politiques de maîtrise des dépenses visant à limiter l'offre et à restreindre la couverture ont achoppé sur l'ampleur des mobilisations au sein du grand public et l'ardente opposition du corps médical, qui bénéficie traditionnellement de conditions d'exercice très libérales.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La France comptait 58,5 millions d'habitants en 1997. Elle se situe dans la moyenne européenne pour la répartition des groupes d'âge: 26 % de jeunes de moins de 20 ans {24,6 %} et 15,4 % de personnes âgées de plus de 65 ans {15 %}. La proportion des plus de 75 ans, qui s'établit à 6,6 %, est relativement élevée {6,1 %}, mais, selon les projections, elle ne devrait atteindre que 8,2 % en 2020, ce qui est inférieur à la moyenne européenne prévue {8,9 %}.

Environ 75 % de la population française se trouve concentrée dans un petit nombre de zones urbaines. L'agglomération parisienne représente à elle seule 9 millions d'habitants, d'autres grandes villes, telles que Lille, Lyon ou Marseille, comptent plus d'un million d'habitants.

Mesuré à l'aune européenne, l'état de santé des Français est très satisfaisant. Au cours des trente dernières années, les gains d'**espérance de vie** à la naissance ont été considérables pour les deux sexes. L'espérance de vie s'élevait en 1996 à 74,1 ans pour les hommes {73,9} et à 82,0 ans pour les femmes {80,2}, cette dernière valeur étant la plus élevée de l'UE. L'écart de mortalité entre les deux sexes est aussi le plus grand parmi les États membres.

La France présentait en 1993 le **taux de mortalité standardisé** le plus bas de l'UE: 6,7 décès pour 1 000 habitants {8,2}. La **mortalité infantile** est également très faible: depuis 1960, ce taux a été divisé par presque 6, chutant de 27,4 à 4,9 pour 1 000 naissances vivantes {5,4}. La réduction a surtout porté sur la **mortalité périnatale**, qui s'établissait à 7,4 pour 1 000 naissances totales en 1995 {7,5}.

Les maladies cardio-vasculaires et le cancer constituent les principales causes de décès (respectivement 33,5 % et 27,3 %). Le taux de mortalité masculine due au cancer est particulièrement élevé; c'est la première cause de décès chez les hommes. Pour les femmes, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui représentent la plus importante cause de décès. Le taux de décès liés à des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements s'établissait en 1990 à 20 pour 100 000 habitants, bien au-dessous de la moyenne de l'UE {27,3}.

Les estimations de 1993 concernant les **années potentielles de vie perdues** à cause des principales pathologies étaient particulièrement basses par rapport à la moyenne de l'UE (tableau 2).

L'incidence du **sida**, encore élevée malgré une baisse sensible depuis 1994, classait la France au troisième rang de l'UE en 1996, avec 72 nouveaux cas par million d'habitants {42,7}.

L'incidence des **maladies dentaires**, estimée à 2,1 DMF {1,9} en 1993, a diminué parallèlement à la moyenne européenne.

La **consommation d'alcool** et de **tabac** est élevée en France, ce qui est surprenant au regard des faibles taux de mortalité due aux maladies liées à l'alcool et au tabac.

38 % des hommes {37,1 %} et 20 % des femmes de plus de 15 ans {25,1 %} fumaient au moins 20 cigarettes par jour en 1992.

La consommation d'alcool, estimée à 15,7 litres en 1992, était très supérieure à la moyenne de l'UE {11,2}. Actuellement, 63 % des hommes et 30 % des femmes boivent au moins un verre d'équivalent-alcool par jour.

Les inégalités sociales apparaissent marquées. Le risque de mort prématurée est plus élevé pour les catégories défavorisées et les travailleurs manuels.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le système de santé est étroitement encadré par l'État, qui assume la responsabilité première de la protection de tous les citoyens. Le gouvernement central a en charge la santé de la population en général et l'ensemble du système de protection sociale, contrôle les relations entre les différents organismes financeurs, exerce sa tutelle sur le secteur hospitalier public et organise la formation des

professionnels de santé. Le ministère de l'emploi et de la solidarité et son secrétariat d'État à la santé, assistés par des organismes tels que l'Agence du médicament ou l'Agence française du sang, forment les piliers de la politique de santé au niveau national. Le Haut Comité de la santé publique, présidé par le ministre chargé de la santé, fixe les objectifs de santé publique. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a pour mission d'évaluer les pratiques médicales, la qualité et les performances des établissements de santé publics et privés.

Au niveau régional, les 22 directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) mettent en œuvre la planification des équipements sanitaires et sociaux et assurent le suivi des "cartes sanitaires", qui fixent le nombre de lits par spécialité et par zone et établissent des règles pour l'installation d'équipements médicaux coûteux. Les DRASS exercent également leur tutelle sur les établissements hospitaliers et les organismes de sécurité sociale.

La branche maladie du système de sécurité sociale obligatoire assure une couverture quasi universelle. Placée sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale (actuellement le ministère de l'emploi et de la solidarité), elle couvre 99 % de la population. Elle est administrée par différents régimes, en fonction de la catégorie professionnelle dont relèvent les assujettis. Le régime général concerne environ 80 % de la population, soit essentiellement les salariés de l'industrie et du commerce et leurs ayants droit. Les autres régimes concernent les salariés et exploitants agricoles, les professions indépendantes et certaines catégories spécifiques (fonctionnaires, médecins, etc.). Les plus démunis peuvent bénéficier de l'aide médicale dispensée par diverses organisations caritatives. La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire n'est pas exhaustive, et près de 87 % de la population a noué des contrats volontaires de complémentaire maladie avec des mutuelles ou des compagnies d'assurance. Ces contrats visent à couvrir l'importante part des dépenses de santé restant à la charge des ménages après remboursement par les caisses maladie.

Les différents régimes obligatoires servent des prestations similaires assurant la couverture financière d'une large gamme de services diagnostiques et thérapeutiques, en médecine ambulatoire comme à l'hôpital. Pour être couverts par l'assurance maladie obligatoire, les services diagnostiques et thérapeutiques doivent être officiellement répertoriés, et dispensés ou prescrits par un médecin.

2. Financement

Le financement du régime général d'assurance maladie est dominé par les cotisations des employeurs et des salariés, qui représentaient, en 1994, 12,8 % du revenu brut pour les charges patronales et 6,8 % pour la part payée par le salarié. Les retraités cotisent à des taux inférieurs.

Le système d'assurance maladie couvre près de 74 % des dépenses totales de santé, mais cette part tend à se réduire depuis quelques années. Les mutuelles couvrent environ 6,8 % des dépenses, les assureurs privés, 5 %. La fiscalisation ne contribue que pour moins de 3 % (1994), tandis que la participation des patients aux coûts s'élève à plus de 13 %. Les niveaux de copaiement, après être restés stables pendant un quart de siècle, constituent depuis quelque temps un important instrument de régulation des dépenses en France.

L'assurance maladie joue un rôle majeur dans la fixation des tarifs des prestataires de soins exerçant en clientèle privée ou dans les hôpitaux privés. Le gouvernement détermine le niveau de financement des hôpitaux publics.

Depuis 1985, les **hôpitaux publics** et les établissements privés qui s'insèrent volontairement dans le service public hospitalier sont financés par dotation globale sur la base des dépenses de l'année précédente. Les services sont payés sur une base journalière, mais diverses expériences sont menées en vue d'adapter le principe des groupes homogènes de malades au système français. Les dépenses d'infrastructure sont régulées par les cartes sanitaires régionales. Le personnel des hôpitaux publics est salarié, celui des établissements privés est généralement rémunéré à l'acte.

Les **hôpitaux privés** à but lucratif sont financés suivant une formule combinant prix de journée et paiement à l'acte, dans le cadre d'un objectif global de dépenses.

Dans le cadre des **soins ambulatoires**, les médecins libéraux liés par conventionnement avec les organismes de sécurité sociale (médecins du secteur 1) sont rémunérés à l'acte selon des tarifs conventionnels. Les barèmes se composent de deux éléments: une échelle relative applicable aux actes médicaux, fréquemment révisée, et les honoraires proprement dits négociés chaque année entre les représentants du corps médical, les organismes de sécurité sociale et le gouvernement.

Les médecins qui ont opté pour le secteur 2 (secteur à honoraires libres) ont la possibilité de pratiquer des honoraires différents, qui peuvent dépasser les tarifs officiels de 50 % en moyenne, la différence étant à la charge du patient.

Cette division du secteur des soins primaires suscite de graves interrogations sur le plan du financement comme sur celui de l'égalité d'accès aux soins.

Les **médicaments** remboursables sont répertoriés sur une liste positive. Les prix et les taux de remboursement sont fixés par décret ministériel. Les produits en vente libre OTC, non remboursables, ne sont pas réglementés. Le taux de participation des patients aux coûts est de 20 % en moyenne, mais il varie de zéro pour les médicaments de nécessité à 65 % pour les médicaments de confort. Il n'y a pas de plafond budgétaire pour les dépenses de médicaments, et pas de limite aux prescriptions.

3. Dépenses de santé

Les dépenses de santé en France ont crû plus rapidement que l'économie. Entre 1965 et 1995, elles sont passées de 5,2 % à 9,9 % du PIB, l'un des taux les plus élevés de l'UE {7,7 %}, équivalent à 2 000 ECU par habitant {1 413}. Au cours des 20 dernières années, les responsables ont multiplié les mesures ponctuelles pour tenter de maîtriser les coûts, essentiellement par l'accroissement des recettes ou la diminution des remboursements. Malgré certains effets à court terme, tels que l'introduction en 1985 de l'enveloppe globale dans le secteur hospitalier public, aucun des plans ministériels mis en œuvre n'a débouché sur une stabilisation à long terme des dépenses.

La figure 9 illustre la répartition des dépenses, dont les soins hospitaliers constituaient la part la plus importante en 1992, suivis des soins primaires.

Figure 9: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les Français peuvent choisir librement dans une vaste panoplie de services médicaux primaires et secondaires. La liberté de choix du patient ou du médecin n'est entravée par aucune limite, et aucune fonction de premier recours, conditionnant l'accès aux spécialistes ou aux hôpitaux, n'est assignée aux généralistes.

La consommation de soins apparaît concentrée sur une petite fraction de la population, dans la mesure où un volume important de soins sont absorbés dans la première année de vie et après 50 ans. En outre, l'utilisation diffère de façon significative selon les classes sociales.

Le service public prédomine dans le **secteur hospitalier**, qui est organisé autour de trois types d'établissements dotés d'un statut juridique distinct: les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les hôpitaux privés à but lucratif.

Les hôpitaux publics, généralement plus grands que les établissements privés, sont bien équipés. Ils assurent le développement de la formation et de la recherche médicale à travers les centres hospitaliers universitaires. La loi hospitalière de 1991 a renforcé l'autonomie de gestion des hôpitaux publics. Ces derniers fournissent près des deux tiers du total des lits. Dans le secteur privé, les établissements à but lucratif concentrent un peu plus de la moitié des lits, le reste étant fourni par les établissements à but non lucratif.

La France comptait 9 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants en 1994 {7,3}, avec une légère réduction du nombre de lits en soins aigus et, comme dans d'autres pays européens, un accroissement notable des lits affectés à la prise en charge de longue durée en maison de santé. Le gouvernement a planifié la fermeture de 2 000 lits depuis 1993, mais il se heurte à de fortes résistances de la part de l'opinion publique.

La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, qui a chuté de 12 jours en 1975 à 5,9 jours en 1995, est nettement inférieure à la moyenne de l'UE {7,6}. Le taux d'admission est passé de 17,5 % à 20,3 % par an entre 1980 et 1994.

La **médecine ambulatoire** est presque exclusivement privée. Les soins externes sont dispensés par les généralistes et les spécialistes, ainsi que par les services de consultation externe des hôpitaux. La concurrence entre généralistes, et entre ceux-ci et les spécialistes, semble très vive. Toutefois, la médecine spécialisée se focalise de manière croissante sur les techniques diagnostiques de pointe, tandis que la médecine générale se concentre davantage sur les soins aux personnes âgées.

Les **consultations** médicales sont fréquentes en France. Dans le cadre ambulatoire, les patients consultent un médecin 6,3 fois par an en moyenne {4,8} et se rendent chez le dentiste 1,1 fois par an.

Il existe par ailleurs environ 1 000 centres de santé municipaux, pour la plupart implantés en zone urbaine, dans lesquels des médecins salariés dispensent des soins primaires et préventifs. Ces centres, qui sont gérés par les municipalités, des mutuelles ou d'autres organismes, jouent un rôle important dans la prestation de soins aux catégories défavorisées.

Le nombre de **médecins en exercice** s'établissait en 1994 à 29 pour 10 000 habitants, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE {28}; les parts respectives des **généralistes** et des **spécialistes** sont à peu près égales. La majorité des médecins en activité sont concentrés en France métropolitaine et exercent à titre libéral. La proportion de médecins dans l'ensemble du personnel de santé (9,5 % en 1992) est considérablement inférieure à la moyenne de l'UE {15}. Le système souffre d'une pénurie d'infirmières. Le métier d'infirmière ne jouit pas d'une grande faveur en France.

Tableau 13: Effectifs des professions de santé en France

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	29	28	1994
Généralistes	14	8	1994
Spécialistes et consultants	14	11	1994
Dentistes en exercice	7	6	1993
Infirmières diplômées	57	70	1993
Pharmaciens en exercice	10	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La stabilisation de l'assurance maladie, dont les recettes ont considérablement baissé en raison du ralentissement économique et de la montée du chômage, tient la première place dans l'ordre des préoccupations. La recherche d'un équilibre entre différents systèmes de soins demeure une priorité. Les mesures se sont orientées vers la rationalisation et la réduction des structures dans le cadre des cartes sanitaires ainsi que vers le contrôle de la diffusion des technologies de santé de pointe. Elles portent également sur le rationnement de l'offre, avec les tentatives de régulation de la démographie médicale par l'instauration d'un *numerus clausus*, et sur le rationnement de la demande, avec l'augmentation de la part laissée à la charge des patients. Ces mesures d'ajustement ne sont toutefois pas encore parvenues à rompre la spirale inflationniste du système de santé français.

L'introduction du principe d'enveloppe globale dans le secteur hospitalier semble avoir réussi à limiter la croissance de ce poste de dépenses, mais les tentatives pour contrôler les dépenses de soins primaires ont rencontré une vive hostilité de la part de l'opinion publique et des médecins libéraux.

Parmi les projets en cours, on retiendra les dispositifs visant à endiguer la croissance des dépenses dans le secteur ambulatoire en fixant des objectifs nationaux assortis de sanctions collectives et individuelles en cas de dépassement, et en liant les honoraires des praticiens aux niveaux de prescriptions et aux dépenses globales.

L'établissement de normes de bonnes pratiques, l'introduction des références médicales opposables, le dossier médical et l'informatisation des outils de gestion comptent également parmi les priorités.

L'ANAES, institution scientifique solidement établie, assure le développement de programmes d'assurance qualité ainsi que l'évaluation des technologies médicales en France.

L'introduction des dossiers médicaux vise à limiter le recours à des praticiens multiples et à éviter ainsi les prescriptions redondantes.

Si des développements récents tels que les centres de soins palliatifs, l'hospitalisation partielle et la chirurgie ambulatoire ont renforcé le rôle des alternatives à l'hospitalisation, les structures de soins de longue durée demeurent à la traîne par rapport aux besoins croissants d'une population vieillissante, ce qui grève considérablement les finances du système.

ALLEMAGNE

SYNTHÈSE

Entre 1945 et 1990, l'Allemagne était divisée en deux États, l'un à l'Ouest et l'autre à l'Est, dont les systèmes de santé reposaient sur des conceptions pratiquement opposées. La démocratie libérale avait modelé l'organisation et le mode de financement du système ouest-allemand, tandis que le secteur de la santé en Allemagne orientale était fondé sur la planification et le contrôle centralisés.

Depuis la réunification, le système de santé des nouveaux Länder issus de l'ex-RDA a été réformé en vue de l'adapter à la structure financière et organisationnelle ouest-allemande. Cette réforme est aujourd'hui (1998) presque achevée. Toutefois, l'état de la santé publique après une séparation politique, économique et sociale de 45 ans, dans une population homogène par ailleurs, demande encore à être analysé. La plupart des indicateurs de santé des nouveaux Länder affichent toujours des valeurs inférieures à celles des anciens Länder.

Le modèle allemand est fondé sur l'assurance sociale obligatoire. Le système n'a pas connu de transformation fondamentale depuis sa fondation par Bismarck en 1883, bien qu'il se soit considérablement étendu et que la branche maladie ait subi d'importantes réformes structurelles.

La couverture est très complète et garantit une égalité d'accès à un volume important de services médicaux avancés. Une majorité de citoyens allemands se déclarent très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur système de santé¹⁵.

Ce succès est attribué à la forte décentralisation du processus décisionnel ainsi qu'à l'efficacité du système de négociation entre prestataires de soins et tiers-payeurs aux niveaux central, gouvernemental et local.

Le système est cependant confronté à d'importants problèmes. Le vieillissement de la population menace la stabilité du principe de répartition sur lequel est basé la sécurité sociale. Si l'on considère le niveau et la croissance des dépenses de santé, par habitant comme en pourcentage du PIB, le système allemand compte parmi les plus dispendieux de l'UE. Cela se traduit par un niveau élevé de ressources sanitaires, qu'il importe de soumettre à une évaluation à des fins de rationalisation, de maîtrise des coûts et d'efficience.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

L'Allemagne comptait en 1997 82 millions d'habitants. Le pourcentage de jeunes est comparativement faible: 21,6 % de moins de 20 ans {24,6 %}. Inversement, les plus de 65 ans

¹⁵ Cf. Mossialos, 1997.

représentent 15,3 % de la population, ce qui est une proportion relativement élevée { 15 % }. La part des plus de 75 ans s'établit à 6,2 % { 6,1 % }; d'après les projections, elle devrait atteindre 10,6 % en 2020 { 8,9 % } et se stabiliser vers 2030.

L'espérance de vie a progressé à des rythmes différents à l'Est et à l'Ouest: elle a d'abord crû plus rapidement à l'Est, pour stagner ensuite dans les années 70 et 80, tandis qu'elle continuait de s'améliorer à l'Ouest¹⁶. L'écart de mortalité entre l'Est et l'Ouest s'est creusé pour les deux sexes entre 1980 et 1990. En 1993, l'espérance de vie masculine était estimée à 73,4 ans à l'Ouest, contre seulement 70,3 ans à l'Est. Pour les femmes, elle s'élevait à 79,7 ans à l'Ouest et à 77,7 ans à l'Est. Cette disparité s'explique principalement par l'incidence des maladies cardio-vasculaires, attribuable aux différences dans le régime alimentaire, aux meilleures conditions de vie à l'Ouest, aux différents niveaux de diffusion des technologies médicales de pointe et, d'une manière générale, à de meilleurs soins de santé à tous les niveaux à l'Ouest¹⁷.

Dans le pays unifié, **l'espérance de vie** à la naissance était légèrement inférieure à la moyenne européenne en 1995: 73,6 ans pour les hommes { 73,9 } et 79,9 ans pour les femmes { 80,2 }. Le **taux de mortalité standardisé**, estimé en 1993 à 9,0 pour 1 000 habitants, se situait dans le haut de la fourchette { 8,2 }. La **mortalité infantile** affiche un taux relativement faible, avec 5,0 décès pour 1 000 naissances vivantes { 5,4 }. La **mortalité périnatale** s'élevait à 6,9 pour 1 000 naissances totales en 1994 { 7,5 }.

Les **taux de décès** dus aux maladies de l'appareil circulatoire ou aux suicides, y compris les séquelles de tentatives de suicide, étaient supérieurs à la moyenne de l'UE. Dans le groupe d'âge des 30-59 ans, les taux de décès des catégories à faibles revenus sont plus de deux fois supérieurs à ceux des groupes les plus haut situés dans l'échelle socio-économique¹⁸.

L'incidence du **sida**, stable depuis le début des années 90, était estimée à 18,4 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, ce qui représente l'un des taux les plus bas de l'UE { 42,7 }.

Les **maladies dentaires** demeurent un problème: l'indice DMF (dents permanentes cariées, extraites ou obturées) est l'un des plus élevés de l'UE: 4,1 chez les enfants de 12 ans { 3,1 }.

La **consommation de tabac** est proche de la moyenne européenne pour les hommes – 36,8 % de fumeurs chez les plus de 15 ans en 1992 { 37,4 % } –, mais sensiblement inférieure pour les femmes, avec un pourcentage de 21,5 % { 25,1 % }.

La **consommation d'alcool**, estimée à 14,2 litres en 1991, est très élevée par rapport à la moyenne de l'UE { 11,2 }.

¹⁶ Cf. Busse et Schwartz, 1997.

¹⁷ Cf. McKee et al., 1996.

¹⁸ Cf. Mielke, 1994.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

L'organisation et le financement des soins de santé en Allemagne reposent sur les principes traditionnels de solidarité sociale, de décentralisation et d'autorégulation. Le rôle du gouvernement central se limite à fournir le cadre législatif du système de soins, tandis que les responsabilités exécutives sont en grande partie dévolues aux administrations des Länder. Au niveau fédéral, l'institution clé est le ministère fédéral de la santé, assisté par différents organismes scientifiques. Le "Conseil consultatif de l'action concertée" formule des recommandations et donne des avis sur les questions médicales et d'économie de la santé.

Le régime légal couvre près de 88 % de la population. L'affiliation est obligatoire pour les travailleurs dont les revenus sont inférieurs au plafond; les demandeurs d'emploi sont entièrement couverts par l'État. En 1997, 75 % de la population était obligatoirement affiliée, et 13 % volontairement affiliée, à l'une des quelque 600 caisses d'assurance maladie, dont le nombre a constamment été réduit par des fusions depuis le début des années 90. Pour le reste, environ 10 %, principalement des fonctionnaires, sont couverts par leurs employeurs, tandis que la frange de la population disposant d'un revenu très élevé est assurée auprès de l'une des 45 compagnies d'assurance privée. Moins de 0,5 % de la population ne bénéficie d'aucune protection. Les caisses maladie sont organisées par district, par profession ou par groupes d'entreprises. Les salariés peuvent s'affilier à la caisse de leur choix depuis 1996.

L'enveloppe des prestations d'assurance sociale est réglementée par la législation fédérale. Elle comprend une gamme complète de prestations en nature (services): prévention des maladies, dépistage, diagnostics, traitements, réadaptation et transport.

2. Financement

Environ 60 % des recettes sont tirées des cotisations (obligatoires et volontaires) au régime légal d'assurance maladie, 21 % de la fiscalité générale, 7 % des assurances privées et 11 % de la participation aux coûts.

Les cotisations aux caisses maladie sont assises sur les revenus du travail, à un taux identique pour la part payée par l'employeur et celle payée par le salarié. Par ailleurs, les fortes disparités de cotisations selon les caisses, découlant des différences dans leur structure de risques (profil d'âge des affiliés, sexe, etc.) a conduit à l'instauration en 1994 d'un mécanisme de compensation entre les caisses, fondé sur un calcul complexe prenant notamment en compte l'âge, le sexe et certains facteurs géographiques. Le taux de cotisation moyen s'élevait à 13,5 % du revenu brut en 1997.

Il existe une stricte séparation entre acheteurs (caisses maladie) et prestataires de soins dans le système allemand. Les honoraires sont fixés dans le cadre d'un processus de négociation très décentralisé entre les principaux intervenants du secteur de la santé.

Les **hôpitaux** – publics ou privés –, répertoriés sur les cartes sanitaires établies par les Länder, sont financés selon un système dual en vertu duquel les dépenses d'investissement sont prises en charge par les Länder, tandis que les frais d'exploitation sont financés par les caisses d'assurance maladie. Depuis 1996, les frais d'exploitation ressortissant à l'assurance maladie obligatoire sont financés selon une formule complexe combinant paiement par pathologie (de type GHM), paiement à l'acte et prix de journée. Ce nouveau système, qui remplace la méthode de rémunération des services hospitaliers sur une base journalière indépendamment des soins dispensés, vise à réduire la durée moyenne de séjour en soins aigus. Dans le cas des patients qui ont souscrit une assurance privée, les services hospitaliers sont remboursés selon des barèmes distincts. Le copaiement en matière de soins hospitaliers a connu une augmentation progressive ces dernières années. Depuis l'abolition du principe de couverture des coûts, les hôpitaux peuvent réaliser des profits et des pertes.

Les **soins ambulatoires** sont financés selon un processus complexe de négociation formelle entre les représentants des caisses maladie et les associations de médecins et de dentistes. Pour dispenser leurs services aux affiliés du régime légal, les praticiens doivent adhérer à leurs associations respectives.

Le principal mode de rétribution des généralistes, des spécialistes et des dentistes par les associations de médecins de caisse est le **paiement à l'acte**. Il existe un barème général, la "norme d'évaluation uniforme". La valeur monétaire effective est négociée à l'échelon régional, ajustée au revenu global des praticiens. Aucune participation n'est exigée du patient en médecine ambulatoire. En revanche, le copaiement des soins dentaires peut atteindre 100 %, notamment pour les prothèses.

Il existe des prix uniformes pour les **médicaments**. La majorité des produits sont remboursés sur la base d'un prix de référence. Le praticien est libre de prescrire un produit plus cher, mais la différence reste à la charge du patient. La budgétisation des dépenses de médicaments et de soins ambulatoires a été abandonnée en 1997. Malgré une augmentation graduelle, le taux de copaiement des médicaments demeure l'un des plus bas de l'UE.

3. Dépenses de santé¹⁹

La figure 10 retrace l'évolution des dépenses de santé en Allemagne entre 1960 et 1995. Dans l'ancienne République fédérale d'Allemagne, les dépenses ont connu une progression rapide, passant de 4,1 % du PIB en 1960 à 8,1 % en 1980, puis 8,4 % en 1981. La loi de 1989 sur la réforme du système de santé a favorisé un léger recul à 8,2 % en 1990 {7,2 %}, mais la réunification devait provoquer l'année suivante une forte hausse des dépenses de santé, qui ont grimpé à 9,6 %, ce qui s'explique par les faiblesses de l'infrastructure de santé à l'Est et le processus de rattrapage des dépenses par rapport à l'Ouest. La tendance à la hausse s'est poursuivie entre 1992 et 1995. À cette date, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé atteignait le plus haut niveau de l'UE: 10,4 % {7,7 %}, soit 2 362 ECU par habitant {1 412,7}.

¹⁹ Les chiffres antérieurs à 1990 (date de la réunification allemande) ne concernent que l'ancienne République fédérale d'Allemagne. À partir de 1991, les données se rapportent au pays unifié.

La ventilation des dépenses des caisses maladie fait apparaître des différences entre les nouveaux et les anciens Länder. Ainsi, la part des dépenses consacrées aux médicaments et aux soins dentaires est plus importante dans les nouveaux Länder, tandis que les soins hospitaliers et ambulatoires viennent en tête dans les anciens Länder.

Figure 10: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) en République fédérale d'Allemagne jusqu'en 1990, puis dans l'Allemagne réunifiée; ventilation des dépenses en 1995

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les **soins préventifs** sont dispensés dans les 360 centres sanitaires publics ou chez les généralistes privés. Ces derniers assurent l'essentiel des immunisations; en outre, le dépistage des maladies cardio-vasculaires ou du cancer est inclus dans l'enveloppe de base des prestations servies par les caisses maladie. La promotion de la santé faisait partie du mandat impératif des caisses maladie entre 1989 et 1996. Le suivi et la communication des informations sanitaires apparaissent sous-développés, mais ils sont en cours de renforcement et d'extension.

La dichotomie entre soins ambulatoires et soins hospitaliers est très marquée en Allemagne. À de rares exceptions près, les praticiens du secteur ambulatoire ne peuvent exercer dans les hôpitaux. Les patients n'ont pas d'accès direct à l'hôpital; ils y sont adressés par les médecins exerçant en cabinet, qui remplissent ainsi une fonction de filtrage et de premier recours vis-à-vis des hôpitaux. Inversement, l'offre de consultation externe des hôpitaux est limitée. Cette stricte séparation entre soins hospitaliers et ambulatoires est à l'origine de divers dysfonctionnements: longues chaînes de renvois, duplication des équipements techniques et répétition des tests de diagnostic.

La loi structurelle de 1993 relative aux soins de santé comporte des dispositions en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire, d'une meilleure coordination des soins ambulatoires et des soins hospitaliers internes, et de l'acquisition conjointe d'équipements de pointe.

Le **secteur hospitalier** est organisé autour de trois types d'établissements: les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif gérés essentiellement par des organisations caritatives, et les hôpitaux privés à but lucratif. En 1995, les établissements publics fournissaient 49,8 % des lits, les hôpitaux sans but lucratif, 34,5 %, et les hôpitaux à but lucratif, 15,8 %. Au cours des trente dernières années, le nombre total de **lits d'hôpitaux** (cliniques de réadaptation comprises) pour 1 000 habitants est resté stable à 9,7, ce qui est largement au-dessus de la moyenne de l'UE en 1994 {7,3}. La tendance récente est à la réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques et généraux, et à leur augmentation dans les centres de prévention et de réhabilitation. Le nombre de lits en soins aigus a ainsi diminué ces dernières années, mais il s'élevait encore à 7,0 pour 1 000 habitants {4,7}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, malgré une réduction sensible, s'établit à 11,4 jours, soit le plus haut niveau de l'UE {7,6}.

Le monopole traditionnel des médecins traitants en ambulatoire est actuellement ébranlé par le développement de la chirurgie ambulatoire prôné par la récente loi structurelle sur les soins de santé. Dans le cadre **ambulatoire**, les patients ont libre accès aux services et aux équipements médicaux de pointe fournis par les généralistes, les spécialistes et les dentistes. Le taux d'équipement en technologies médicales intensives en capital est l'un des plus élevés de l'UE. La prestation de services est garantie par les associations de médecins. Le volume de l'offre ambulatoire est supérieur à la moyenne, en raison notamment des fortes incitations financières en faveur des services spécialisés et techniquement avancés, et de la demande des usagers pour les soins médicaux sophistiqués. Le système allemand apparaît en effet tout à la fois inflationniste en termes de demande de soins, et inhibiteur de l'efficacité des soins primaires et de la médecine préventive. Le nombre de consultations chez les praticiens exerçant en cabinet, estimé à 6,4 par personne et par an, est le plus élevé de l'UE {4,8}. Parmi les mesures législatives adoptées pour renforcer l'efficacité des soins ambulatoires figurent les restrictions apportées à la liberté d'installation des médecins, la promotion des soins primaires préventifs, la modification des barèmes d'honoraires et l'augmentation de la participation des patients aux coûts (pour certains services médicaux et dentaires prescrits).

La régulation de la démographie médicale est encore pratiquement inexistante en Allemagne, à part les limitations à l'entrée des études. Le nombre de **médecins en exercice**, qui s'établissait en 1994 à 32,8 pour 10 000 habitants, apparaît comparativement très élevé {28,1}. La part des médecins dans l'ensemble du personnel de santé est plutôt faible: 11,6 % {15 %}. La forte proportion de **spécialistes** par rapport aux **généralistes** pose un problème. Environ 50 % des spécialistes en activité exercent en cabinet privé, et 45 % dans les hôpitaux.

Le système allemand souffre depuis longtemps d'une pénurie d'infirmières en raison de l'impopularité de ce métier, qui se caractérise par des charges de travail importantes et des niveaux de rémunération relativement faibles. Le nombre d'infirmières s'est toutefois significativement accru dans la première moitié des années 90.

Tableau 14: Effectifs des professions de santé en Allemagne

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
-------------------------	----------------------------------	------------	-------

Médecins en exercice	33	28	1994
Généralistes	11	8	1994
Spécialistes et consultants	19	11	1994
Dentistes en exercice	7	6	1993
Infirmières diplômées	48	70	1993
Pharmaciens en exercice	5	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

L'assurance sociale est depuis longtemps au cœur des débats politiques en Allemagne. Le creusement du déficit des caisses de sécurité sociale, à la suite de la réunification, a exercé de considérables pressions sur l'économie nationale. L'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance sociale demeure donc la première priorité.

Les dispositions législatives récentes ont instauré deux mécanismes de maîtrise des dépenses: l'un vise à renforcer l'encadrement des dépenses au niveau central, l'autre à développer le processus d'autorégulation via l'autonomisation des caisses en matière d'achat de services et la mise en concurrence des prestataires de soins. Autrement dit, le système allemand se situe encore à la croisée des chemins entre régulation étatique et décentralisation du financement et de l'organisation des soins de santé.

Une assurance dépendance a été instituée en 1995/96, afin de contrebalancer les effets du vieillissement de la population sur le déséquilibre (baisse des recettes et hausse des dépenses) des comptes de l'assurance sociale.

Les caisses maladie se sont vues conférer davantage de pouvoirs pour contrôler l'offre de soins et annuler leurs contrats avec les prestataires qu'elles jugent inefficients, ce qui a stimulé la concurrence entre prestataires de soins.

Le nombre des praticiens exerçant en cabinet fait l'objet d'une régulation géographique depuis 1993. Dans son rapport de 1997, le Conseil consultatif de l'action concertée recommande l'ajustement des systèmes de paiement en fonction des résultats médicaux. Les médecins de caisse, appuyés par les associations fédérales de caisses d'assurance maladie, s'attachent de manière croissante à promouvoir les méthodes et les innovations dont l'efficacité est démontrée. L'assurance qualité est désormais une obligation légale pour les hôpitaux, et elle fait actuellement l'objet de négociations entre les caisses maladie et les organisations de médecins.

Dans le sillage de la récente réforme du mode de financement des hôpitaux, les systèmes de rémunération des services ambulatoires sont aujourd'hui réexaminés, en vue de les orienter eux aussi vers l'activité médicale. Les débats en cours dénotent un certain intérêt pour les systèmes de financement alternatifs mis en œuvre dans le cadre des réseaux de soins coordonnés et des "soins

gérés” (*managed care*). Les associations fédérales de caisses maladie et les médecins de caisse s'efforcent de promouvoir des méthodes et des innovations efficaces en matière de diagnostic et de soins curatifs techniquement avancés.

GRÈCE

SYNTHÈSE

Le système de santé grec, fondé sur le principe de l'assurance sociale obligatoire, est financé par l'impôt et, dans une moindre mesure, par des cotisations assises sur les revenus. Il ne se classe donc dans aucune catégorie homogène, c'est-à-dire "purement" Beveridgienne ou Bismarckienne. La participation du secteur privé, tant dans le financement que dans l'offre de soins, est très importante. Parallèlement, le système est soumis à une forte régulation de la part du gouvernement central.

Le service national de santé grec (ESY) a été créé en 1983, en même temps que les autres pays du sud de l'Europe mettaient en place leurs propres services nationaux de santé. Basé sur une réforme des services sanitaires existants, il avait pour finalité d'améliorer l'accès aux soins, de freiner la croissance du secteur privé, de développer les soins primaires ainsi que la participation communautaire (services à la collectivité), et de réviser les conditions d'exercice des médecins des hôpitaux. Toutefois, l'ESY n'a été que partiellement mis en œuvre, et les anciennes structures ont subsisté pratiquement sans changement.

Les problèmes traditionnels du système grec restent les mêmes: inégalités d'accès aux soins, répartition lacunaire de l'offre (notamment en milieu urbain) et croissance des dépenses. Certains indicateurs de l'état de santé affichent des valeurs assez satisfaisantes, mais la fiabilité des données grecques est fortement sujette à caution, eu égard aux problèmes que connaît ce pays en matière de tenue des registres et de mesure statistique. Le niveau de satisfaction des usagers est très bas: seuls 18,4 % se déclarent très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur système de santé {50,3 %}²⁰. Les changements structurels sont entravés par l'absence de consensus entre les responsables politiques, les partenaires sociaux et les organisations médicales et professionnelles. Depuis le début des années 90, la volonté de réforme s'est infléchie dans le sens d'une approche managériale, axée sur le marché.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La Grèce comptait environ 10,5 millions d'habitants en 1997. La population grecque vieillit: la proportion de jeunes de moins de 20 ans s'établit à 24 %, ce qui est inférieur à la moyenne européenne {24,6 %}, tandis que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16,4 %, chiffre comparativement élevé {15 %}. La proportion des plus de 75 ans est estimée à 6,2 % {6,1 %}. Elle devrait atteindre 9,2 % d'ici l'an 2020 {8,9 %}.

L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé pour les deux sexes au cours des dernières décennies. En 1996, elle était de 75,1 ans pour les hommes {73,9} et de 80,4 ans pour les femmes

²⁰ Cf. Mossialos, 1997.

{80,2}, ce qui place la Grèce dans les premiers rangs de l'UE. L'écart de mortalité entre les deux sexes (5,3 ans) est assez faible en comparaison des autres États membres.

Le **taux de mortalité standardisé** est relativement faible: 7,2 pour 1 000 habitants en 1993 {8,2}. En revanche, les taux de mortalité infantile et périnatale sont particulièrement élevés. La Grèce présentait ainsi, en 1995, le taux le plus élevé de **mortalité infantile** parmi les États membres: 8,1 pour 1 000 naissances vivantes {5,7}. De même, la **mortalité périnatale** était la plus élevée de l'UE en 1993, avec 10,9 décès pour 1 000 naissances totales {7,7}.

Les maladies cardio-vasculaires et le cancer constituent les principales causes de décès en Grèce, mais l'incidence du cancer y demeure inférieure à celle enregistrée dans d'autres pays européens. Le taux de décès liés à des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements s'établissait en 1990 à 7 pour 100 000 habitants, ce qui est extrêmement faible par rapport à la moyenne de l'UE {27,3}.

Les estimations afférentes aux **années potentielles de vie perdues** à cause des principales pathologies sont, dans l'ensemble, proches des moyennes européennes (tableau 2).

L'incidence du **sida**, estimée à 24,8 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, est relativement faible {42,7}.

L'indice **DMF** de santé dentaire chez les enfants de 12 ans s'établissait à 2,1 en 1990 {1,9}.

La consommation de tabac est relativement élevée, surtout chez les hommes. En 1992, 57 % des hommes {37,4 %} et 24 % des femmes de plus de 15 ans {25,1 %} fumaient au moins 20 cigarettes par jour.

En revanche, **la consommation d'alcool**, estimée en 1989²¹ à 2,3 litres, apparaît à cette date très inférieure à la moyenne de l'UE {10,7}.

La pauvreté et les inégalités de santé suscitent de fortes préoccupations au sein du système grec, et les déséquilibres dans la répartition géographique des ressources sanitaires accentuent les inégalités d'accès aux soins.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le ministère de la santé et de la prévoyance définit la politique de santé à l'échelle nationale. Il régleme l'offre et le financement du service national de santé, et assure l'accès des catégories défavorisées aux services sanitaires et sociaux. Le Conseil central de la santé (KESY), composé de

²¹ Dernières données disponibles sur la consommation de boissons alcoolisées en Grèce.

représentants des professionnels de santé (des médecins pour l'essentiel) et des usagers, assiste le ministère en donnant des recommandations et des avis sur la politique de santé et la recherche médicale. À la suite des réformes engagées en 1983, le ministère de la santé a mis sous sa tutelle l'ensemble des activités liées à la santé, telles la médecine environnementale, qui relevait auparavant de la responsabilité du ministère de l'environnement, et les études médicales (auparavant de la compétence du ministère de l'éducation). Le chevauchement constant des fonctions et des activités débouche sur une bureaucratie excessive, des conflits de priorités, et un manque de transparence et de fiabilité de la politique de santé en Grèce²². La sécurité sociale a été transférée au ministère du travail en 1995. Les services ministériels sont organisés autour de trois directions générales. La direction de la santé a en charge la santé publique et l'offre de soins.

La sous-structure du service national de santé se compose de 13 régions et 52 districts. Chaque district comprend au moins un établissement hospitalier. Des centres hospitaliers universitaires ou de formation médicale ont été implantés dans sept régions. La législation de 1983 a engagé un processus de décentralisation via la mise en place de 176 centres sanitaires ruraux, qui dispensent des soins de santé primaires à 2,5 millions de Grecs.

Ni les programmes de création de centres sanitaires urbains, ni les projets d'établissement de conseils régionaux de la santé en vue d'améliorer la gestion et la planification des services et de favoriser une meilleure adéquation de l'offre aux besoins locaux ne se sont concrétisés. Quelques initiatives visant à transférer l'administration du système aux régions et aux districts ont toutefois été mises en œuvre.

La quasi-totalité de la population est couverte par l'une des quelque 300 caisses autonomes d'assurance maladie, administrées comme des organismes publics. Tous les travailleurs et leurs ayants droit sont assujettis; l'affiliation à un régime est fonction de la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré.

L'IKA (Institut de l'assurance sociale) couvre près de 50 % de la population, principalement les citoyens, ouvriers, employés et cadres. L'OGA (Organisation des assurances agricoles) concerne 25 % de la population (essentiellement rurale), et la TEVE-TAE (Caisse des commerçants, des industriels et des petits entrepreneurs), 13 %.

L'État couvre 9 % de la population, tandis que le reste est assuré auprès de l'une des nombreuses petites caisses. Le nombre d'affiliés à l'IKA est en progression constante.

La gamme des services de base couverts ainsi que les taux de cotisation sont strictement réglementés par le gouvernement central. Les prestations varient sensiblement selon les caisses, l'IKA offrant la formule la plus complète, y compris en dentisterie et lunetterie. La plupart des petites caisses de sécurité sociale proposent des assurances complémentaires.

2. Financement

²² Cf. Venieris, 1997.

Le système est alimenté en partie par l'impôt et en partie par les cotisations sociales. Avec l'introduction du service national de santé en 1983, le système grec s'est éloigné du modèle bismarckien pour évoluer vers une variante beveridgienne.

L'IKA, la principale caisse de sécurité sociale, est financée par des cotisations assises sur les revenus, payées aux deux tiers par l'employeur et au tiers par le salarié. Le taux est fixé par le gouvernement central. Les cotisations sont largement complétées par le budget central. L'OGA est entièrement financée par l'État. Il n'y a pas à ce jour de démarcation financière nette entre les caisses de sécurité sociale et l'État.

Les **hôpitaux publics du service national de santé (ESY)** sont principalement financés par le budget de l'État (70 % des revenus des hôpitaux) et, dans une moindre mesure, par les caisses maladie (30 %) qui concluent des contrats de services hospitaliers pour leurs membres. La rémunération des services est basée sur des tarifs journaliers qui ont considérablement augmenté au début des années 90. Le personnel des hôpitaux publics (ESY et non ESY) est salarié. Les établissements qui n'appartiennent pas à l'ESY (par exemple, les hôpitaux militaires et les hôpitaux IKA) ainsi que les établissements privés sous contrat avec les caisses d'assurance sont remboursés sur une base journalière, avec un supplément d'honoraires pour certains diagnostics et traitements. Les tarifs sont fixés par le ministère de la santé et soumis à l'approbation du ministère du travail et de la sécurité sociale. Les **hôpitaux privés** sont financés selon une formule combinant remboursement par les caisses maladie, assurance volontaire et dépenses individuelles privées à la charge des patients.

Le régime national ne prévoit pas de participation aux coûts en cas d'hospitalisation, mais les défaillances du service public ont entraîné la création d'un véritable marché parallèle des soins. Les paiements "en sous-main" dans les hôpitaux publics et privés sont extrêmement courants.

Les caisses maladie jouent un rôle significatif dans le financement et la prestation de **soins ambulatoires** en Grèce. Les praticiens exerçant dans les hôpitaux IKA reçoivent un salaire pour les services primaires et les soins dentaires qu'ils dispensent. D'autre part, les caisses sous-traitent des services primaires à des praticiens privés rémunérés à l'acte. Un certain nombre de services dispensés par des médecins exerçant en clientèle privée ou par des centres de diagnostic sont payés directement par le patient, aux termes d'un accord privé formel ou informel.

Les centres de diagnostic sous contrat avec les caisses maladie sont rétribués à l'acte.

Les listes positives ou négatives de **médicaments** ne sont pas pratiquées par toutes les caisses. Les prix de référence sont fixés par le ministère du commerce sur la base du plus bas prix de référence enregistré dans l'UE. Les caisses maladie remboursent la somme correspondant à ce prix de référence, le reste (25 % en moyenne) étant à la charge du patient.

3. Dépenses de santé

Les dépenses de santé se sont considérablement accrues au cours des dernières décennies, tant dans

le secteur public que dans le secteur privé. La part des dépenses totales de santé dans le PIB a grimpé de 2,6 % à 5,8 % entre 1965 et 1995, encore que cette proportion soit la plus faible au sein de l'UE {7,7}, équivalant à 483 ECU par habitant {1 413} (figure 11). Toutefois, de nombreux experts ont fait valoir à maintes reprises que l'OCDE sous-estimait les dépenses de santé publiques et privées en Grèce. Les comptes nationaux évaluait les dépenses totales de santé à 8,5 % du PIB en 1995. Il faut compter de surcroît avec un important marché parallèle.

C'est entre 1980 et 1990 que la croissance des dépenses a été la plus forte. Dans le sillage des réformes engagées en 1983, les dépenses publiques ont sensiblement progressé en raison du moratoire imposé jusqu'en 1992 sur la construction de nouveaux hôpitaux privés et de la fusion de certains hôpitaux privés avec des établissements publics. Depuis 1992, suite à la levée des restrictions appliquées au secteur hospitalier privé, les dépenses de santé privées ont enregistré une hausse significative.

En 1996, la part publique des dépenses s'élevait à 82,9 %, le reste étant financé par le secteur privé. Comme dans beaucoup d'autres pays européens, les soins hospitaliers absorbent la plus large fraction des dépenses (42,7 % en 1992). La part des dépenses hospitalières a constamment progressé, tandis que celle des médicaments a décliné au cours des années 80.

Figure 11: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Le système de délivrance des soins se caractérise par la place privilégiée accordée au secteur hospitalier. Les services de consultation externe des hôpitaux sont fréquemment utilisés pour des soins primaires. Les Grecs ont accès à de nombreux établissements de santé offrant souvent des soins primaires aussi bien que des soins secondaires. Aucun système de renvoi pour consultation ou admission à l'hôpital n'est pratiqué à ce jour.

Les **soins préventifs** portent essentiellement sur le cancer, le sida, les maladies cardio-vasculaires, les maladies infectieuses et les facteurs liés au mode de vie. Un registre national du cancer est en cours de création. Priorité est donnée au renforcement des systèmes d'information dédiés au suivi des maladies transmissibles ou de l'impact sanitaire des nuisances environnementales.

Les **soins ambulatoires** sont dispensés dans les services de consultation externe des hôpitaux, dans les centres de diagnostic ou chez les médecins exerçant en clientèle privée. L'accès aux services externes des hôpitaux publics est universel.

L'IKA joue un rôle prédominant dans la prestation de **soins primaires** en milieu urbain. Il gère près de 200 polycliniques et cliniques urbaines. En zone rurale, les soins primaires sont dispensés par les cliniques provinciales ainsi que par les 176 centres sanitaires ruraux de l'ESY, qui s'adressent principalement aux membres de l'OGA.

Pour le reste, les soins primaires sont assurés par les praticiens privés et les services de consultation externe des hôpitaux privés sur la base d'accords conclus avec les caisses maladie ou avec les organismes d'assurance volontaire, ou encore avec les patients eux-mêmes. Le rôle des autorités locales dans l'offre de soins primaires est très limité.

Le développement des **centres de diagnostic** depuis 1985 est significatif, car il compense les effets du moratoire décrété sur la construction d'hôpitaux privés entre 1983 et 1992. Les quelque 200 centres de diagnostic implantés dans le pays constituent une spécificité du système grec. Ils sont bien équipés, notamment en technologies à forte intensité capitalistique. On relève néanmoins, au niveau national, une sous-dotation en technologies médicales "lourdes" par rapport aux autres États membres.

Le **secteur hospitalier** est organisé autour de trois types d'établissements dotés d'un statut juridique distinct:

- 1) les hôpitaux publics ESY, qui comprennent 96 établissements de district et 23 établissements régionaux, fournissent 63,5 % des lits;
- 2) on recense 27 hôpitaux publics gérés par le ministère de la défense (13 hôpitaux militaires), le ministère de la justice, le ministère de l'éducation (3 hôpitaux universitaires) et l'IKA. Ces hôpitaux publics "hors ESY" représentent 7,7 % du nombre total de lits;
- 3) les hôpitaux privés, majoritairement à but lucratif, fournissent 28,8 % des lits. Certains de ces établissements proposent des services haut de gamme, mais ils sont moins bien pourvus en personnel que les hôpitaux publics. Concentrés dans deux villes, Athènes et Thessalonique, ils présentent une capacité totale inférieure à 100 lits.

Le nombre de **lits d'hôpitaux**, estimé à 5,0 pour 1 000 habitants en 1994, est comparativement faible {7,3}²³, et il a légèrement diminué au cours de la décennie. En 1992, le nombre de journées d'hospitalisation par habitant (1,3) était sensiblement inférieur à la moyenne de l'UE {2,4}. Le **taux d'admission** semble lui aussi relativement faible: 13,1 % en 1991 {16,2 %}.

²³ Nombre total de lits d'hospitalisation.

La Grèce comptait en 1994 un total de 40 500 **médecins en exercice**, soit une densité de 38,8 pour 10 000 habitants, ce qui est très supérieur à la moyenne de l'UE {28,1}. La très forte proportion de médecins dans l'ensemble du personnel de santé – 30,7 % en 1992, plus du double de la moyenne de l'UE {15,1 %} – est due à une mauvaise planification des ressources humaines. La densité d'infirmières est inférieure à la moyenne européenne (tableau 15). La part des médecins et des infirmières travaillant dans les secteurs public et volontaire s'est accrue de façon significative au cours des années 80.

Tableau 15: Effectifs des professions de santé en Grèce

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	39	28	1994
Généralistes	13	9	1990
Spécialistes et consultants	21	13	1992
Dentistes en exercice	10	6	1994
Infirmières diplômées	36	70	1993
Pharmaciens en exercice	8	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

Le système de santé grec demeure entaché de nombreux dysfonctionnements que les réformes de 1983 ne sont pas parvenues à corriger. On retiendra néanmoins, parmi les améliorations les plus significatives, la création des centres sanitaires ruraux de l'ESY. Au rang des principales préoccupations figurent la multiplication des sources de financement, le coût des méthodes de rémunération des prestataires, la répartition géographique inéquitable des services de santé, la centralisation du pouvoir de décision conjuguée à l'inadéquation aux besoins locaux, le défaut de coordination entre prestataires publics et privés, et l'inefficience de l'offre de soins due à la non-délégation des responsabilités managériales et à l'absence de planification et de suivi systématiques. Les propositions de réforme débattues en 1994, 1995 et 1996 visent à améliorer l'efficacité du système, sur le plan du financement comme sur celui de la prestation de soins. Elles mettent l'accent sur les soins primaires, la participation des services sociaux, des services de proximité et du secteur associatif, et l'établissement d'un système de premier recours centré sur le généraliste ("médecin de famille"). Il est prévu d'unifier les caisses maladie et de renforcer la gestion du service national de santé au niveau national comme à l'échelon régional et du district. L'autonomisation et le renforcement des capacités de gestion des hôpitaux sont également à l'ordre du jour.

Le médiocre degré de satisfaction des usagers, tel qu'il ressort de la dernière enquête réalisée, ne fait que souligner la nécessité impérieuse d'une réforme.

Toutefois, l'expérience historique montre que la mise en œuvre des réformes a souvent échoué en Grèce sur l'hostilité de l'opinion publique et des professionnels de santé ainsi que sur des intérêts politiques divergents, avec pour résultat un continuel ajournement des réformes de la politique de

santé.

IRLANDE

SYNTHESE

Le systeme de sante irlandais est fonde sur la fiscalisation des depenses, un controle public central et l'acces universel aux soins. Contrairement a ce qui se passe dans le National Health Service britannique, le droit a des prestations totalement gratuites est place sous condition de ressources, de sorte que la population est partagee en deux categories.

Environ 35 % de la population releve de la categorie I, qui englobe les plus bas revenus. Les citoyens de la categorie I ont droit a une gamme complete de prestations gratuites. La majorite de la population (65 %) se range dans la categorie II et doit payer directement les services dispenses dans le cadre ambulatoire, ou bien souscrire une assurance volontaire. En cas d'hospitalisation dans un etablissement public, les patients de la categorie II doivent acquitter un forfait journalier modique. Pres d'un tiers des Irlandais (la moitie des membres de la categorie II) ont adhere a l'association des assurances maladie volontaires (*VHI Board*), organisme fonde en 1957 pour assurer la prise en charge du complementaire maladie.

Si la plupart des indicateurs de sante de la population irlandaise affichent encore des valeurs inferieures aux moyennes de l'UE, ils n'en ont pas moins connu une amelioration notable au cours des deux dernieres decennies. La croissance rapide de l'economie s'est accompagnee d'une hausse des depenses de sante, mais la part du PIB consacree a la fonction maladie se situe dans la moyenne de l'UE.

Le degre de satisfaction des usagers est proche de la moyenne europeenne: 49,9 % des Irlandais se declarent tres satisfaits ou plutot satisfaits de leur systeme de sante {50,3 %}. Les strategies mises en oeuvre en vue d'ameliorer les performances du systeme sont axees sur la planification, l'organisation et la prestation des soins plutot que sur une problematique de financement.

POPULATION ET ETAT DE SANTE

L'Irlande comptait en 1997 3,55 millions d'habitants. Elle se differencie des autres Etats membres par la jeunesse de sa population: le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans s'eleve a 33 % {24,6 %}, tandis que celui des personnes agees de plus de 65 ans s'etablit a 11,3 % {15 %}. La proportion des plus de 75 ans n'est que de 4,7 % {6,1 %}, mais, selon les projections, elle devrait atteindre 9,1 % en 2020 {8,9 %}. Le taux de chomage est particulierement eleve. En 1994, 9,0 % de la population irlandaise etait sans emploi {4,7 %}. Ce chiffre serait encore plus eleve sans le fort taux d'emigration des jeunes.

L'esperance de vie a la naissance est inferieure a la moyenne de l'UE pour les deux sexes: 78,5 ans pour les femmes en 1996 {80,2} et 73,2 ans pour les hommes {73,9}. Au cours des annees 70, les

gains d'esperance de vie ont ete moindres que dans les autres Etats membres.

Les taux de mortalite sont comparativement eleves. Le **taux de mortalite standardise** atteignait les plus hauts niveaux de l'UE en 1993, avec 9,0 decès pour 1 000 habitants {8,2}. La **mortalite infantile** s'etablissait en 1996 à 5,5 pour 1 000 naissances vivantes {5,4}, tandis que la **mortalite perinatale**, estimee en 1995 à 9,0 pour 1 000 naissances totales, depassait largement la moyenne de l'UE {7,5}.

Le **taux de decès** dus aux maladies cardio-vasculaires est le plus eleve de l'UE; les annees potentielles de vie perdues à cause des maladies ischémiques du coeur placent l'Irlande au second rang de l'UE (tableau 2).

L'incidence du **sida**, bien qu'elle reste tres inferieure à la moyenne europeenne avec 25 nouveaux cas par million d'habitants en 1996 {42,7} a enregistre une progression soutenue depuis 1982²⁴, à rebours des tendances observees dans les autres Etats membres.

L'indice **DMF** de sante dentaire chez les enfants de 12 ans s'etablissait à 2,7 en 1990, soit un taux legèrement inferieur à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation de tabac** est particulierement elevee chez les femmes, alors qu'elle est inferieure à la moyenne de l'UE pour les hommes: 30 % des hommes {37,4 %} et 30 % des femmes {25,1 %} de plus de 15 ans fumaient en 1992.

La **consommation d'alcool** estensee de 9 litres en 1990 à 11,2 litres en 1994 {11,6}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du systeme

Le noyau du systeme de sante irlandais est constitue par le regime national applicable à la population de la categorie I, en vertu duquel les categories dont les revenus sont les plus bas, soit environ 35 % des Irlandais, beneficient d'une gamme complete de soins gratuits. L'eligibilite à cette categorie depend du revenu, du nombre de personnes à charge, de l'age et d'autres facteurs. L'accès aux soins exige la presentation de la carte medicale, distribuee par les directions sanitaires regionales (*health boards*). Les soins primaires sont dispensés gratuitement dans le cadre du regime general des services medicaux. Pour les patients de la categorie II, tous les soins ambulatoires sont payants.

Au-delà d'un certain seuil, les depenses de medicaments sont remboursables independamment des revenus de l'assuré social. Les soins hospitaliers sont totalement gratuits pour les patients relevant de la categorie I, tandis que les patients de la categorie II doivent acquitter un forfait journalier

²⁴ Les estimations divergent pour 1994 (tableau 4).

modique depuis 1987.

Certains soins de santé, tels le traitement des maladies infectieuses et la majorité des services de la médecine scolaire, sont administrés gratuitement à tous les patients.

Le régime national se concentre sur les catégories les moins aisées. L'association des assurances maladie volontaires et l'organisation BUPA Ireland, de création plus récente, prennent en charge le complémentaire maladie. L'assurance maladie privée est réglementée par la loi de 1994 sur l'assurance maladie, qui dispose que la prime versée en contrepartie d'une gamme de prestations donnée doit être indépendante de l'âge, du sexe et des risques santé de l'assuré. Les primes sont fixées sur une base mutualiste incorporant un mécanisme de péréquation des risques. La loi comporte également des dispositions contre l'écrémage et la sélection des risques, dans la mesure où l'assureur privé est tenu de nouer un contrat d'assurance maladie avec toute personne qui en fait la demande. En outre, l'assuré bénéficie d'une couverture à vie, et l'assureur n'a pas le droit de résilier le contrat sans l'accord de l'assuré. En 1994, la moitié environ de la population relevant de la catégorie II avait souscrit une assurance privée destinée à couvrir les frais médicaux ambulatoires et le forfait hospitalier, ou encore les services dispensés dans les hôpitaux privés. Différentes formules d'adhésion sont offertes en fonction des garanties souhaitées (par exemple, soins hospitaliers privés).

Le système de santé irlandais est très centralisé. Le ministère de la santé est responsable de la sécurité sociale, du développement de la politique de santé et de la planification des services sanitaires à l'échelle nationale.

Le ministre de la santé est assisté par la Direction des hôpitaux et la Direction sanitaire nationale pour les matières relevant de la politique de santé et du fonctionnement des services sanitaires. Depuis 1960, les autorités locales ne jouent aucun rôle direct dans l'élaboration des politiques de santé.

Au niveau régional, les services sont administrés par huit directions sanitaires régionales qui desservent chacune entre 200 000 et 1,2 million d'habitants. Chaque direction sanitaire est dotée d'un administrateur général et se compose d'élus locaux, de responsables désignés au niveau ministériel et de représentants des professionnels de santé employés par la direction. De nombreuses organisations bénévoles jouent un rôle important dans le secteur sanitaire et social, et les directions régionales sont autorisées par la loi de 1970 sur les services de santé à passer des accords avec elles.

2. Financement

Le gouvernement exerce un contrôle budgétaire rigoureux sur les dépenses de santé publiques. Les budgets des directions sanitaires régionales sont fixés annuellement en tenant compte des facteurs démographiques et des ressources sanitaires de chaque région. Ils font l'objet d'un étroit suivi mensuel.

Le système est financé à 78 % par les fonds publics. La participation aux frais médicaux couvre

environ 13,5 % des dépenses. Le financement public repose principalement sur l'impôt ainsi que sur une cotisation d'assurance maladie s'élevant à 1,25 % du revenu brut. Les citoyens relevant de la catégorie I sont exonérés de cette cotisation.

Le financement des **hôpitaux** gérés par les directions sanitaires régionales s'appuie sur un budget prospectif. Les hôpitaux publics gérés par des organisations bénévoles (il s'agit principalement d'hôpitaux universitaires) reçoivent leur budget directement du ministère de la santé. La participation aux frais d'hospitalisation est modique et ne concerne que les patients de la catégorie II. En 1993, le ministère de la santé a introduit un mécanisme d'ajustement en fonction de l'éventail de cas traités (*case-mix*) dans le processus d'allocation des ressources destinées à certains grands hôpitaux. Les hôpitaux privés s'appuient pour l'essentiel sur les patients détenteurs d'une assurance volontaire ainsi que sur les paiements directs.

Les **médecins** qui dispensent des soins externes dans les hôpitaux publics sont salariés. Les consultants sont rémunérés aux termes d'un contrat collectif pour les patients de la catégorie I (les patients de la catégorie II règlent leurs frais séparément). Les généralistes sont rémunérés à la capitation par les directions sanitaires régionales dans le cadre du régime général des services médicaux. Ce paiement par capitation intègre des paramètres tels que l'âge, le sexe et la situation géographique des patients, et inclut un forfait pour les frais généraux.

Pour les soins dispensés aux patients de la catégorie II, la rémunération est à l'acte. Le barème des honoraires est négocié entre l'Association irlandaise des médecins et le ministère de la santé.

Les **dentistes** employés par les directions sanitaires sont salariés. Les dentistes exerçant à titre libéral sont rémunérés à l'acte, suivant un barème négocié entre l'Association irlandaise des dentistes et le ministère de la santé. Les soins dentaires administrés aux patients de la catégorie I sont gratuits, excepté une participation modique pour les soins de reconstruction.

Les **médicaments** de prescription délivrés gratuitement aux patients de la catégorie I sont répertoriés sur une liste positive qui couvrait en 1993 quelque 3 100 produits. Un système de participation aux frais est prévu pour les patients de la catégorie II. Les prescriptions aux patients de la catégorie I font l'objet d'un suivi. Les prix sont fixés par le ministère de la santé par référence aux prix pratiqués dans cinq autres États membres.

3. Dépenses de santé

L'Irlande applique des programmes de maîtrise des dépenses depuis plusieurs années. Ils se sont révélés particulièrement efficaces pour assurer la stabilité des dépenses du secteur hospitalier public au cours des années 80.

La figure 12 retrace l'évolution des dépenses de santé en Irlande au cours des trente dernières années. Les dépenses totales ont enregistré une forte hausse entre 1960 et 1980, passant de 3,8 % du PIB à 8,8 %. Elles ont ensuite décliné au cours des années 80 pour revenir à 6,6 % du PIB en 1990, puis 6,4 % en 1995 {7,7 %}, soit 877 ECU par habitant {1 413 ECU}. Cette stabilisation est

imputable pour partie au strict contrôle budgétaire des dépenses du secteur hospitalier public.

La ventilation des dépenses fait apparaître encore une concentration sur le secteur hospitalier, mais un rééquilibrage s'amorce en direction des soins primaires. Les dépenses publiques en dentisterie sont remarquablement faibles, ce qui s'explique par le fait que la majorité des adultes recourent à des dentistes privés.

Figure 12: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les **soins préventifs** sont essentiellement dispensés dans le cadre des programmes de soins communautaires incluant la prévention des maladies infectieuses, des programmes spéciaux de santé infantile et la promotion de la santé. La stratégie nationale pour la santé, lancée en 1993 pour améliorer l'état de santé de la population irlandaise, est axée sur la prévention des risques de santé liés à la consommation d'alcool ainsi que sur une meilleure adéquation aux besoins régionaux.

Les soins primaires sont dispensés par des généralistes qui exercent le plus souvent en cabinet individuel, bien que les cabinets de groupe se développent. Les soins primaires sont placés sous le contrôle direct des directions sanitaires. Les Irlandais peuvent choisir librement leur médecin généraliste. Celui-ci joue un rôle de médecin de premier recours, et donc de point de passage obligé pour l'accès aux soins spécialisés, qui sont principalement dispensés dans les services de consultation externe des hôpitaux.

On distingue trois grandes catégories d'**hôpitaux**: les établissements publics gérés et financés par les directions sanitaires (environ 60 %), les établissements publics gérés par des organisations bénévoles pour le compte des directions sanitaires (24 %) et les établissements privés (14 %). Le réseau hospitalier des directions sanitaires s'échelonne en trois niveaux: hôpitaux régionaux,

généraux (comté) et de district. Les hôpitaux régionaux (12 %), implantés dans les principaux centres urbains, offrent une gamme complète de services spécialisés. Les hôpitaux généraux (30 %) comportent des services de médecine générale, de chirurgie générale, d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. Les hôpitaux de district (52 %) sont de petits établissements d'une capacité de 20 à 40 lits, dans lesquels des généralistes attachés à temps partiel dispensent des soins médicaux ou pratiquent des traitements chirurgicaux mineurs. Certains hôpitaux de district ont été transformés en maisons de retraite. Quant aux établissements gérés par des organisations bénévoles, il s'agit pour l'essentiel d'hôpitaux universitaires, associés le plus souvent à des écoles de médecine, et offrant des services médicaux dans les principales spécialités. En 1994, l'Irlande comptait 11 853 lits d'hôpitaux en soins aigus, soit une densité de 5,0 lits pour 1 000 habitants {7,3}. Le parc hospitalier public, et en particulier le nombre de lits, a fortement diminué depuis 1982. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus est tombée à 6,7 jours en 1995, ce qui est relativement court {7,6}. Le nombre de cas traités par lit s'élevait à 31,0 en 1993 {31,3}. L'offre et l'utilisation des soins de jour et de la chirurgie ambulatoire semblent se développer peu à peu.

Le ministère de la santé exerce un contrôle strict sur les **équipements médicaux** intensifs en capital du secteur hospitalier public, si bien que l'Irlande se classe dans les derniers rangs de l'UE pour la dotation en technologies médicales lourdes.

De même, le ministère contrôle l'ensemble du personnel engagé par les directions sanitaires. Ce contrôle des ressources humaines s'est révélé particulièrement strict dans la seconde moitié des années 80. Il s'ensuit que les effectifs des professions de santé sont plutôt maigres (tableau 16). Les **médecins en exercice** ne représentaient en 1990 que 9,9 % de l'ensemble du personnel de santé {15,1 %}. Le rapport entre **spécialistes** et **généralistes** s'établit pratiquement à un tiers pour deux tiers. L'entrée des généralistes dans le régime général des services médicaux réservé aux patients de la catégorie I est strictement régulée par les directions sanitaires. Le nombre de dentistes est particulièrement peu élevé, tandis que la densité d'infirmières est proche de la moyenne de l'UE.

Les études médicales sont réputées pour leur très grande qualité.

Tableau 16: Effectifs des professions de santé en Irlande

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	20	28	1994
Généralistes	5	8	1994
Spécialistes et consultants	3	11	1994
Dentistes en exercice	4	6	1993
Infirmières diplômées	74	70	1993
Pharmaciens en exercice	3	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La Commission sur le financement des services de santé, créée en 1987 pour répondre aux controverses politiques suscitées par la forte compression des dépenses publiques, est rapidement parvenue à la conclusion que la solution aux problèmes rencontrés par les services de santé irlandais ne résidait pas tant dans une modification des modes de financement que dans une réforme de la planification et de l'organisation des structures de soins. Des appels se sont élevés en faveur d'une meilleure représentation des usagers, d'une gestion plus efficace de l'information ainsi que d'une mise en concurrence prudente et contrôlée des prestataires de soins.

Dans l'intervalle, plusieurs initiatives ont été lancées en vue d'améliorer les services dispensés dans le cadre hospitalier et de renforcer la coordination et l'intégration des services hospitaliers et ambulatoires, conformément aux propositions de la Dublin Hospital Initiative. On observe également un recours croissant aux soins de jour et à la chirurgie ambulatoire.

La question des listes d'attente est prioritaire, a fortiori lorsque les patients concernés ne possèdent pas d'assurance privée. Des dispositions ont été prises en faveur d'une plus grande implication managériale des consultants dans le système sanitaire public. Le suivi des prescriptions et des actes médicaux est renforcé tandis que l'assurance qualité se développe dans le domaine des pratiques cliniques, de la prestation de soins et de l'organisation des services.

À terme, le marché de l'assurance privée est probablement appelé à se développer dans le cadre de la loi de 1994 sur l'assurance maladie.

ITALIE

SYNTHÈSE

Le service national de santé italien (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) a été instauré en 1978, avec pour vocation d'assurer un accès aux soins universel et largement gratuit. Son financement est essentiellement public, combinant fiscalisation et assurance sociale. L'offre de soins est mixte (publique et privée). À la différence du modèle britannique dont il s'inspire, le SSN est très décentralisé. Le Parlement fixe les niveaux de service minimaux qui doivent être garantis dans l'ensemble du pays et précise les conditions auxquelles les usagers peuvent recourir au secteur privé. La mise en œuvre, la planification, le financement et le contrôle du système de santé relèvent de la responsabilité des 21 régions qui composent le pays. Le système souffre d'une forte parcellisation et d'un défaut de coordination centrale largement imputables à une tradition politique caractérisée par la succession rapide de formations gouvernementales diversement orientées.

Les services de santé sont considérés comme inférieurs au niveau moyen de l'UE. Les inégalités de répartition des ressources sanitaires sont très prononcées entre le Nord et le Sud, au détriment des régions du sud. Comme les moyens alloués à la santé sont cependant très importants en termes d'infrastructure et de ressources humaines, il faut en conclure qu'ils sont alloués, gérés et utilisés de manière inadéquate et inefficace.

En comparaison des autres citoyens de l'UE, les Italiens semblent particulièrement mécontents de leur système de santé, et les enquêtes récentes font apparaître une insatisfaction toujours croissante à l'égard du secteur public.

Face à l'échec des mesures de réorganisation des services de santé, notamment dans l'Italie du Sud, les responsables ont engagé à la fin de 1993 une réforme – toujours en cours de mise en œuvre – visant à remédier au problème chronique des déficits et à améliorer l'efficacité des structures de soins.

Malgré les difficultés rencontrées sur la voie de la consolidation du système de santé, et la persistance des inégalités et des problèmes d'efficacité, les indicateurs de l'état de santé de la population italienne sont comparativement bons. L'Italie dispose en outre de compétences médicales de premier plan dans certains domaines.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

L'Italie comptait en 1997 57 millions d'habitants. Elle se distingue au sein de l'UE par un vieillissement assez prononcé de sa population: le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans est de l'ordre de 21 % {24,6 %}, tandis que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16,4 % {15 %}. La proportion des plus de 75 ans s'établit à 6,2 %, ce qui correspond à la moyenne de l'UE

{6,1 %}, mais elle devrait atteindre 10,7 % en 2020 {8,9 %}. Le taux de croissance de la population est l'un des plus faibles de l'UE.

Si l'on excepte une mortalité infantile légèrement supérieure à la moyenne européenne, les indicateurs de santé sont globalement favorables. **L'espérance de vie** à la naissance était estimée en 1996 à 74,9 ans pour les hommes {73,9} et à 81,3 ans pour les femmes {80,2}.

Le **taux de mortalité standardisé** s'établissait en 1993 à 7,1 pour 1 000 habitants {8,2}. La **mortalité infantile** a considérablement baissé au cours des dernières décennies, comme dans le reste de l'UE; elle était estimée à 5,8 pour 1 000 naissances vivantes en 1996 {5,4}.

La **mortalité périnatale**, qui se situait à 8,8 pour 1 000 naissances totales en 1993, est supérieure à la moyenne européenne {7,9}.

Les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Le taux de décès liés à des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements était estimé à 16,7 pour 100 000 habitants en 1994 {23}.

Les estimations de 1992 concernant les **années potentielles de vie perdues** à cause des principales pathologies étaient légèrement inférieures à la moyenne de l'UE, sauf pour les cancers masculins (tableau 2).

L'incidence du **sida**, estimée à 91,8 nouveaux cas par million d'habitants en 1996 {42,7} est la plus élevée de l'UE après l'Espagne.

L'indice **DMF** de santé dentaire, qui s'établissait en 1990 à 4,9 chez les enfants de 12 ans, marque une amélioration, mais il reste relativement élevé {4,4}.

La **consommation de tabac** apparaît supérieure à la moyenne de l'UE pour les deux sexes: 38,0 % des hommes {37,1 %} et 26 % des femmes de plus de 15 ans {25,1 %} fumaient en 1992.

La **consommation d'alcool** était estimée à 10,7 litres en 1992 {11,2}.

Les disparités régionales face à la santé sont considérables, surtout entre le nord et le sud. Les populations du nord de l'Italie bénéficient généralement d'une meilleure dotation en ressources sanitaires et présentent des indicateurs socio-économiques et sanitaires plus favorables que les habitants du Mezzogiorno.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le service national de santé italien (SSN) assure une protection universelle de la population. Son

administration, qui se déploie au niveau national, régional et local, est critiquée pour sa lourdeur bureaucratique.

Les gouvernements régionaux et les unités sanitaires locales (USL) forment la structure de base du SSN.

L'Italie est divisée en 21 régions, y inclus la région autonome du Trentin-Haut-Adige, qui comprend les provinces de Trente et de Bolzano. Les différentes régions sont découpées en quelque 320 unités sanitaires locales, dont 184 établissements hospitaliers publics mais gérés de façon autonome. Depuis fin 1992, les USL sont investies de responsabilités de gestion en matière d'offre de soins. Dans certaines régions, les activités sanitaires font l'objet d'une intégration horizontale très poussée, dans la mesure où les USL assurent ou achètent l'ensemble des services de santé sur un territoire donné. L'USL constitue ainsi l'unité de base du système et le foyer de l'activité sanitaire, mais les régions exercent une fonction directive par l'intermédiaire de plans régionaux très détaillés.

La mise en œuvre des dispositifs sanitaires au niveau régional est assurée par des conseils élus au suffrage universel; les mécanismes de financement sont fixés à l'échelon local.

Le rôle du gouvernement central est limité, puisque les régions ont en charge la planification, le financement et le contrôle des services de santé dans leurs territoires respectifs. Deux fonctions cruciales sont néanmoins exercées au niveau central: la détermination des moyens financiers et leur allocation aux différentes régions en fonction du nombre d'habitants (ces dotations sont soumises à l'approbation du Parlement), et la définition du niveau de service minimal que doivent assurer les régions. Le Conseil national de la santé, composé de représentants du gouvernement, des régions, de l'administration centrale, des professionnels de santé et des syndicats, est présidé par le ministre de la santé et assiste le gouvernement dans ses choix.

2. Financement

Le financement du système de soins est majoritairement public, appuyé à 40,8 % sur l'assurance sociale et à 37,5 % sur l'impôt (1995). Le reste est financé par les dépenses privées, qui résultent principalement du copaiement des services SSN. Une réforme introduite en 1993 s'attache à promouvoir l'assurance complémentaire.

La part des cotisations maladie dans le financement du système demeure très importante, bien que la loi de 1978 instituant le service national de santé plaidait pour leur abolition. Théoriquement, l'employeur paye 9,6 % du revenu brut, et le salarié 0,9 %, mais les taux effectifs sont variables.

Les prélèvements fiscaux et l'allocation des budgets sont décidés au niveau national, mais les régions disposent d'une considérable autonomie de gestion, ce qui implique la possibilité de dégager des excédents à réinvestir aussi bien que des déficits à couvrir.

Les flux financiers sont partagés entre les gouvernements régionaux et les USL, qui assument la double fonction d'acheteur de soins et de prestataire de soins hospitaliers lorsqu'elles s'associent

avec des hôpitaux. Les hôpitaux qui s'insèrent dans le SSN sont rétribués à l'acte, leurs dépenses étant simplement couvertes par leur USL. Les hôpitaux autonomes sont financés par les régions et non par les USL. Ils sont rémunérés selon une formule combinant paramètres historiques et tarification GHM. Les hôpitaux privés sous contrat avec les régions sont remboursés par les USL. Les structures de soins privées sont autorisées notamment lorsque le secteur public fait défaut. Le paiement des autres catégories d'établissements privés repose sur un prix de journée convenu pour les patients hospitalisés et la rémunération à l'acte pour les soins externes.

Les **généralistes** et les pédiatres exercent à titre libéral et sont rémunérés à la capitation pour les soins primaires. Une réforme récente a introduit une rémunération à l'acte pour certaines opérations mineures et une participation des patients aux frais médicaux dans le cadre des soins ambulatoires spécialisés. Le personnel des hôpitaux publics, généralement employé par le SSN, est salarié.

Les critères de remboursement des **médicaments** prescrits sont généralement définis par référence à une liste positive. Les hôpitaux n'utilisent que les médicaments répertoriés sur des listes de produits recommandés (*formularies*). Les patients prennent en charge 50 % du prix des médicaments de la catégorie B en médecine ambulatoire ou dans le cadre des soins hospitaliers externes. Les médicaments de la catégorie A, prescrits dans le cas de maladies graves ou chroniques, sont pratiquement gratuits. En tout état de cause, divers groupes d'assurés sociaux sont exonérés de toute participation aux coûts.

3. Dépenses de santé

Les dépenses de santé ont grimpé de 3,6 % du PIB en 1960 à 8 % en 1993 {7 %}. Elles ont par la suite reculé à 7,7 % {7,7 %}, grâce à des mesures de maîtrise des dépenses décidées au niveau central, telles que le gel des rémunérations ou des restrictions budgétaires en matière de recrutement. La ventilation des dépenses correspond aux normes européennes: 47 % pour les soins hospitaliers, 30 % pour les soins ambulatoires et 17 % pour les médicaments.

Figure 13: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

L'offre de soins est en partie publique, en partie privée. La loi de 1978 autorise l'établissement de relations contractuelles entre le SSN et les structures de soins privées, à but lucratif ou non lucratif. Les contrats diffèrent en termes de volume et de prix suivant les modalités convenues avec le prestataire.

Bien que le service public prédomine dans le **secteur hospitalier**, le SSN dépend de manière cruciale de l'offre de soins privée dans les services de consultation externe et les centres de diagnostic. Le secteur public fournit plus de 80 % des lits, le secteur privé, moins de 20 %. Les hôpitaux publics sont des établissements autonomes ayant à leur tête des responsables nommés par les autorités régionales. Les hôpitaux privés et les établissements gérés par des organisations caritatives ne relèvent pas du SSN. Les patients sont libres de choisir l'hôpital où ils souhaitent être admis, y compris un hôpital privé.

Il en découle un risque élevé de surproduction de soins hospitaliers, tandis que les méthodes de paiement retenues constituent une désincitation à l'efficacité. L'Italie comptait en 1994 5,3 **lits d'hôpitaux** pour 1 000 habitants {4,7}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, bien qu'elle ait diminué au fil du temps, s'élève encore à 8,8 jours {7,6}. Le taux d'admission s'établissait à 15,5 % en 1994 {16,7 %}. Les soins à domicile et les maisons médicalisées pour personnes âgées sont peu développés, notamment dans l'Italie du Sud.

Le nombre de **consultations médicales**, estimé à 11 visites à domicile ou en cabinet par an et par habitant, est largement supérieur à la moyenne de l'UE {7}.

Les **soins primaires** sont généralement assurés par le SSN au travers des USL. D'autre part, le SSN conclut des contrats avec des praticiens privés, souvent pour assurer un service à temps partiel. La majorité des patients s'inscrivent auprès d'un généraliste employé par le SSN ou exerçant en clientèle privée, qui joue théoriquement le rôle de médecin de premier recours en filtrant l'accès aux soins secondaires.

Tableau 17: Effectifs des professions de santé en Italie

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	53	28,1	1994
Généralistes	n.d.	8	1994
Spécialistes et consultants	5	12	1993
Dentistes en exercice	6	6	1992
Infirmières diplômées	41	70	1992
Pharmaciens en exercice	10	7	1992

PRIORITÉS ACTUELLES

Au cours des dernières années, les efforts se sont portés sur la gestion de l'offre de soins, les USL se sont développées et les hôpitaux ont acquis un statut autonome. Comme la réforme de 1993 n'est pas encore achevée, il est trop tôt pour apprécier les résultats obtenus sur le plan de l'équité, de l'efficacité et de la maîtrise des dépenses. Les responsables semblent davantage préoccupés par l'équilibre budgétaire que par l'amélioration des soins médicaux. Les premières observations indiquent que les grandes USL ont connu de sérieuses difficultés de gestion. L'avenir du secteur privé demeure incertain, car le rationnement des soins a certes induit une plus grande utilisation des services de santé privés, mais n'a pas pour autant stimulé l'offre.

L'insatisfaction persistante à l'égard du service public conduit de plus en plus d'Italiens à se tourner vers l'assurance privée, tandis que les services du secteur privé jouissent de la faveur du public grâce à de meilleures prestations dans le domaine non médical, telle la restauration.

Le renforcement de l'autonomie régionale a entraîné une résistance accrue à la redistribution des recettes entre les régions, ce qui ne peut qu'accentuer les fortes inégalités de répartition des ressources sanitaires entre le nord et le sud. En dépit des nombreuses tentatives de réforme, l'Italie ne dispose toujours pas d'une véritable stratégie de réduction des inégalités de santé.

Les pressions exercées sur le SSN demeurent considérables, et les perspectives d'évolution, incertaines. D'un côté, on est confronté à plusieurs niveaux de responsables inféodés à des partis politiques et jouissant d'une considérable autonomie; de l'autre, à une direction centrale trop faible pour impulser un processus de changement durable et cohérent.

LUXEMBOURG

SYNTHÈSE

La majorité de la population luxembourgeoise est couverte par l'assurance maladie obligatoire, organisée autour de 9 caisses maladie selon des régimes de solidarité professionnelle. Les cotisations sont assises sur les revenus et financées à parts égales par l'employeur et le salarié. Une proportion croissante de ménages nouent des contrats volontaires de complémentaire maladie avec des mutuelles.

La principale différence dans l'organisation des soins de santé, par rapport aux autres États membres, réside dans le fait que tous les services médicaux sont dispensés par des praticiens exerçant à titre libéral.

La part des soins médicaux spécialisés est très importante. Les Luxembourgeois se déclarent majoritairement satisfaits de leur système de santé, qui est l'un des plus dispendieux de l'UE en moyenne annuelle par habitant. Le creusement des déficits des caisses et des hôpitaux fait de la réforme du financement de l'assurance maladie une question cruciale.

Les indicateurs de l'état de santé apparaissent légèrement défavorables par rapport aux niveaux moyens de l'UE, et la demande de soins s'accroît avec le vieillissement de la population. Des inquiétudes se font jour quant à l'organisation et au financement des soins de longue durée.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

Le Luxembourg comptait 412 000 habitants en 1997. La pyramide des âges présente des valeurs proches de la moyenne de l'UE: le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans est estimé à 23,8 % {24,6 %}, tandis que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 13,8 % {15 %}. La proportion des plus de 75 ans s'établit à 5,3 % {6,1 %} et devrait atteindre 8,2 % en 2020 {8,9 %}.

Globalement, les indicateurs de l'état de santé apparaissent légèrement défavorables par rapport aux niveaux moyens de l'UE. **L'espérance de vie** à la naissance est relativement faible pour les deux sexes: elle était estimée en 1995 à 79,1 ans {80} pour les femmes et à 72,6 ans {73,6} pour les hommes. L'écart de mortalité entre les sexes (6,5 ans) est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE {6,4}.

Le **taux de mortalité standardisé** s'élevait à 8,0 pour 1 000 habitants en 1993 {8,2}. La **mortalité infantile** est inférieure à la moyenne de l'UE: 4,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1996 {5,4}, de même que la **mortalité périnatale**, estimée en 1993 à 7,0 pour 1 000 naissances totales {7,5}. Les accidents de la circulation constituent la principale cause de décès chez les 15-24 ans.

Le **taux de décès** dus aux maladies cardio-vasculaires (104) pour les deux sexes est comparativement faible {139}, tandis que la mortalité masculine due au cancer (303) est supérieure à la moyenne de l'UE.

Les estimations de 1993 afférentes aux **années potentielles de vie perdues** à cause des principales pathologies affichaient des valeurs particulièrement élevées en qui concerne les cancers chez les hommes et les maladies cérébro-vasculaires chez les femmes (tableau 1).

L'incidence du **sida**, en régression depuis 1993, était estimée à 29,3 nouveaux cas diagnostiqués par million d'habitants en 1996, ce qui est largement inférieur à la moyenne européenne {42,7}.

L'indicateur DMF des **maladies dentaires** s'établissait à 3,1 dents permanentes cariées, extraites ou obturées par enfant de 12 ans en 1990 {3,1}.

La **consommation de tabac** est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE pour les deux sexes: 38 % des hommes {37,1 %} et 26 % des femmes {25,1 %} fumaient en 1992.

La **consommation d'alcool** s'élevait à 14,7 litres en 1990, ce qui représente l'un des plus hauts niveaux de l'UE {11,6}. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, eu égard au nombre de citoyens des pays avoisinants qui viennent s'approvisionner en boissons alcoolisées au Luxembourg.

Le plan "Santé pour tous" lancé par le gouvernement luxembourgeois accorde la priorité à la réduction des décès précoces et évitables ainsi qu'à l'amélioration générale de l'état de santé de la population.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Placées sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale, les caisses d'assurance maladie sont gérées par des représentants élus des prestataires de soins et des assurés sociaux. Elles sont structurées autour d'un organisme central responsable de la tenue des comptes ainsi que des paiements aux prestataires. Les tarifs sont négociés entre les caisses et les prestataires de soins. Composé des présidents et vice-présidents de toutes les caisses maladie, l'organisme central a été institué en 1994 en vue d'établir un budget global des caisses maladie. Pour faire respecter ce budget, l'organisme central peut réglementer les accords avec les prestataires et modifier les taux de participation aux frais médicaux ou de cotisation aux caisses.

L'organisation des services sanitaires relève de la responsabilité du ministère de la santé. L'Association des hôpitaux du Luxembourg conseille le ministre en matière de planification et d'organisation des services hospitaliers.

Le système d'assurance maladie obligatoire couvre la majorité de la population; certaines catégories sont affiliées à des caisses professionnelles spéciales. Les assurés ne choisissent pas leur caisse (l'affiliation est automatique en fonction du statut socioprofessionnel). L'enveloppe des prestations maladie est uniforme et fixée par le gouvernement.

La couverture complémentaire offerte par les mutuelles est généralement limitée; sont pris en charge essentiellement les services dentaires ainsi que les frais d'hospitalisation supplémentaires liés à des conditions spéciales d'hébergement ou autres. En 1992, seules 4 000 personnes (1 %) possédaient une assurance privée, mais cette proportion s'est accrue ces dernières années.

2. Financement

Le financement du système est dominé par les cotisations aux caisses d'assurance maladie, qui représentent environ 5 % du revenu brut (2,5 % payés par l'employeur et 2,5 % par le salarié). Les taux de cotisation sont fixés par l'Union des caisses de maladie (UCM). En 1995, 60 % des recettes étaient tirées des cotisations aux caisses. Les subventions de l'État s'élevaient à 31 %, le reste (8,5 %) provenant de la participation aux coûts et de l'assurance privée.

En règle générale, les patients sont remboursés par les caisses maladie, mais des modalités de tiers payant (paiement des prestataires par les caisses) sont prévues dans certains cas.

Le financement des **hôpitaux** (publics et privés) est passé en 1995 du prix de journée à l'établissement d'un budget, négocié pour chaque établissement entre l'UCM et les hôpitaux. Ces budgets ne comprennent pas la rémunération des médecins, qui continuent d'être payés à l'acte (un seul hôpital échappe à cette règle). Les services de maternité sont rétribués sur une base forfaitaire. Le gouvernement prend en charge jusqu'à 80 % des dépenses d'infrastructure, et garde ainsi la haute main sur l'investissement. Les patients hospitalisés acquittent un forfait journalier destiné à couvrir les frais de restauration.

Dans le cadre **ambulatoire**, les médecins sont rémunérés à l'acte. Le barème des honoraires, fixé dans le cadre des conventions passées entre les associations de médecins et les caisses maladie, est contraignant pour toutes les parties. Cela vaut aussi pour l'assurance maladie privée. Les conventions doivent recevoir l'aval d'un comité interministériel. Les patients sont remboursés par les caisses déduction faite d'une participation aux coûts de 5 % (20 % pour la première consultation à domicile par période de 28 jours).

Les **dentistes** sont également payés à l'acte sur la base des tarifs conventionnels négociés entre les associations de dentistes et les caisses maladie. La participation aux frais pour les prothèses dentaires est fixée à 20 % du tarif conventionnel. Toutefois, cette participation n'est pas retenue pour les personnes qui justifient avoir consulté un dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années précédentes.

En ce qui concerne les **médicaments**, le copaiement s'élève à 8 % du prix du produit. Un petit nombre de produits sont recensés sur une liste négative (il n'y a pas de liste positive des

médicaments remboursables). L'introduction d'un système de prix de référence est envisagée.

Pour certains médicaments, les prix sont alignés sur les tarifs pratiqués en Belgique, mais le prix des autres produits n'est pas réglementé. Les associations de médecins et de pharmaciens ont établi une "liste de transparence" (permettant la comparaison des produits sur le plan de la composition et du prix) en vue d'améliorer l'efficacité des prescriptions, mais elle n'est pas contraignante pour les prestataires.

3. Dépenses de santé

Les dépenses de santé au Luxembourg ont grimpé de 3,7 % du PIB en 1970 à 6,4 % en 1981. La hausse s'est ralentie par la suite: les chiffres de 1995 indiquent un taux de 7,0 %, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de l'UE {7,2 %}. Cela représente néanmoins 2 279 ECU par habitant, soit le deuxième chiffre le plus élevé de l'UE {1 413}. Cette différence s'explique en partie par la forte croissance du revenu national, mais aussi par le fait qu'une grande partie des revenus du Luxembourg provient de l'étranger et qu'il existe un écart important entre revenu total et revenu disponible.

La ventilation des dépenses correspond aux normes européennes: les soins hospitaliers absorbent la plus large fraction des dépenses, suivis par les soins ambulatoires et les médicaments. La croissance des dépenses dans le secteur pharmaceutique a été particulièrement forte au cours de la dernière décennie.

Figure 14: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1970-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

L'offre de soins est mixte (publique et privée). La planification des **hôpitaux** s'appuie sur une carte sanitaire géographique. La construction de nouveaux hôpitaux est soumise à l'accord du gouvernement.

Le Luxembourg comptait en 1994 18 hôpitaux, d'une capacité totale de 4 443 lits. La majorité des hôpitaux privés appartiennent à des organisations caritatives. Les patients ont le libre choix de l'hôpital où ils souhaitent être admis; cela s'applique également aux hospitalisations dans un autre État membre, sous réserve de l'autorisation de la caisse.

Les lits d'hôpitaux en soins aigus apparaissent excédentaires; en revanche, dans le domaine des soins hospitaliers et infirmiers de longue durée, les capacités sont insuffisantes, générant de longues listes d'attente.

Le nombre total de **lits d'hôpitaux** pour 1 000 habitants, estimé à 11,1 lits en 1994, est largement supérieur à la moyenne de l'UE {7,3}. Corrélativement, la moyenne des journées d'hospitalisation en soins aigus par habitant (1,8) apparaît élevée {1,25}.

La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, malgré une diminution sensible, s'établissait encore à 9,8 jours en 1995 {7,6}, soit l'un des plus hauts niveaux de l'UE.

En **médecine ambulatoire**, les patients accèdent librement aux services et aux équipements médicaux avancés des généralistes, des spécialistes et des dentistes. Les soins primaires destinés aux enfants, notamment les examens médicaux et les vaccinations, sont assurés par l'État et les communautés locales. La moyenne des consultations médicales par personne et par an s'élevait en 1994 à 8,3 pour les femmes et à 6,4 pour les hommes.

Par rapport à sa population, le Luxembourg est bien équipé en technologies médicales intensives en capital, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale et de la radiothérapie.

Il n'y a pas d'écoles ou de facultés de médecine au Luxembourg: tous les médecins sont formés à l'étranger, généralement en Allemagne, en Belgique, en France, en Suisse ou au Royaume-Uni.

Les médecins sont tenus de dispenser leurs services dans le cadre du système d'assurance sociale. Le nombre de **médecins en exercice** – 21,6 pour 10 000 habitants en 1994 – est inférieur à la moyenne de l'UE {28,1}. La majorité sont des spécialistes. La part des médecins dans l'ensemble du personnel de santé s'élevait à 11,1 % en 1991 {13,5 %}.

Tableau 18: Effectifs des professions de santé au Luxembourg

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
-------------------------	----------------------------------	------------	-------

Médecins en exercice	22	28	1994
Généralistes	8	8	1994
Spécialistes et consultants	13	13	1994
Dentistes en exercice	5	6	1993
Infirmières diplômées	68	86,8	1994 (OMS)
Pharmaciens en exercice	9	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La dernière grande réforme, qui remonte à 1992, portait essentiellement sur la réorganisation des caisses maladie. Face au creusement des déficits des caisses, la question du financement est devenue le chantier prioritaire. Les subventions de l'État ont été limitées entre-temps à un maximum de 40 % des dépenses totales de santé. En cas de dépassement, de nouvelles sources de recettes doivent être explorées.

La réforme de 1992 ne s'est pas attaquée de façon systématique à la question de l'organisation des soins de longue durée et de leur financement, qui demeure l'une des préoccupations majeures de la population luxembourgeoise.

La mise en place d'un réseau de maisons médicalisées et de centres gériatriques est un problème crucial en raison de la pénurie de personnel dans le secteur des soins infirmiers. On tente de reconverter des établissements de soins aigus vers les soins de longue durée en reclassant les lits. Le ministère de la santé a entrepris d'améliorer les services de visites à domicile pour les personnes âgées, afin d'empêcher les hospitalisations systématiques. Les programmes de soins à domicile sont développés et renforcés par l'intermédiaire des autorités locales ainsi que par le paiement d'indemnités. L'introduction d'une assurance dépendance est envisagée.

PAYS-BAS

SYNTHÈSE

Le système de santé néerlandais juxtapose assurance sociale et assurance privée. La première couvrait 62 % de la population en 1993, la seconde, 31 %. Un régime national d'assurance pour frais médicaux spéciaux (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) couvre les risques catastrophiques, les maladies chroniques, l'invalidité et les soins psychiatriques. Le secteur privé à but non lucratif et les professionnels libéraux jouent un rôle significatif dans la prestation de soins de santé.

Le système de santé bénéficie d'un large consensus de la part de la population. D'après les résultats d'une enquête menée à l'échelle européenne, 72,8 % des Néerlandais se déclaraient très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur système, contre une moyenne de 50,3 % dans l'UE²⁵. L'une des forces du système néerlandais réside dans la mise en place d'un réseau complet de soins ambulatoires et de soins infirmiers de longue durée pour les personnes âgées. Les mesures de maîtrise des dépenses appliquées au secteur pharmaceutique se sont révélées particulièrement efficaces, et la part du PIB consacrée aux dépenses de santé est restée stable au cours des années 90, qui ont été celles de la mise en œuvre de la réforme du système de santé.

Le projet proposé par la Commission Dekker en 1986 préconisait deux grands axes de réforme: l'introduction d'une assurance obligatoire uniforme et universelle pour les soins et services sociaux de base, et la mise en place d'une concurrence organisée dans le marché de l'assurance comme dans celui des soins. La réforme poursuivait quatre objectifs: coordonner le financement des services de santé et des services sociaux, augmenter les incitations financières visant à améliorer l'efficacité des services de santé, renforcer la coordination entre financement et planification des soins de santé, et favoriser l'autorégulation du marché néerlandais de l'assurance maladie. Le "plan Simon" de 1990 s'inspire des principes du projet Dekker, tout en l'aménageant. Le gouvernement a prévu une application par étapes successives, en commençant par étendre la couverture du régime général "frais médicaux spéciaux" aux risques non catastrophiques (par exemple, les appareils médicaux et les médicaments prescrits en ambulatoire) et en amorçant une orientation vers le marché via la transformation des caisses maladies publiques en entreprises à risques. Les caisses peuvent désormais nouer des contrats sélectifs avec des médecins et des pharmaciens, négocier des tarifs d'honoraires différents des niveaux conventionnels agréés et étendre leur zone de chalandise. Une logique concurrentielle est ainsi instaurée, sur la base des primes proposées, de l'étendue des services couverts et de la qualité des soins dispensés par les prestataires sous contrat.

Quelques changements majeurs sont intervenus, notamment sur le plan de l'amélioration de la qualité des services de santé et de l'innovation dans la gestion des caisses maladie. La mise en œuvre de la réforme est toutefois en retard sur le calendrier prévu, en raison de la complexité technique et politique du projet et des fortes résistances opposées par divers groupes d'intérêt.

²⁵

Cf. Mossialos, 1997.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

Les Pays-Bas comptaient en 1996 15,5 millions d'habitants, avec une proportion de jeunes et de personnes âgées légèrement inférieure à la moyenne de l'UE. Le pourcentage de personnes âgées apparaît plus stable que dans d'autres États membres.

L'**espérance de vie** à la naissance était de 80,4 ans pour les femmes {80,2} et de 74,7 ans pour les hommes {73,9}.

Les taux de mortalité sont proches des moyennes européennes: le **taux de mortalité standardisé** était estimé à 9,0 pour 1 000 habitants {8,2} en 1993 et la **mortalité infantile**, à 5,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1996 {5,4}, mais la **mortalité périnatale**, avec 7,9 décès pour 1 000 naissances totales en 1995, est comparativement élevée {7,5}.

Le taux de décès dus aux maladies cardio-vasculaires (118 pour les deux sexes) est plus bas que la moyenne de l'UE {139}; en revanche, la mortalité due au cancer (295 pour les deux sexes) apparaît extrêmement élevée {200}.

L'incidence du **sida**, en régression depuis 1992, était tombée à 25,1 nouveaux cas en 1996, ce qui est très au-dessous de la moyenne de l'UE {42,7}.

La **consommation de tabac** est relativement élevée pour les deux sexes: 42,9 % des hommes {37,4 %} et 30,5 % des femmes de plus de 15 ans {25,1 %} fumaient en 1992.

La **consommation d'alcool** était estimée à 9,9 litres en 1990 {11,7}.

La consommation de tabac et d'alcool a diminué à partir des années 80. Cette baisse est probablement imputable, pour partie, à l'intensification des activités de promotion de la santé au début des années 90 ainsi qu'à l'interdiction de fumer dans les lieux publics en vertu d'une loi adoptée en 1990.

L'indice **DMF** de santé dentaire chez les enfants de 12 ans s'établissait à 1,7 en 1990, ce qui est très inférieur à la moyenne de l'UE {3,1}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

L'assurance générale pour frais médicaux spéciaux (AWBZ) est obligatoire pour l'ensemble de la population et concerne essentiellement les maladies chroniques et les soins de longue durée. Elle a été étendue aux soins psychiatriques, aux jambes artificielles et aux appareils médicaux en 1989,

puis aux médicaments prescrits dans le cadre ambulatoire en 1992. Cependant, la majeure partie des soins hospitaliers demeurent exclus.

L'assurance maladie obligatoire (*Verplichte Ziekenfondsverzekering - ZFW*) est administrée par quelque 40 caisses et couvre environ 60 % de la population. Le plafond d'affiliation est inférieur à ceux pratiqués dans les autres systèmes d'inspiration bismarckienne. Une part importante de la population – environ 37 % –, composée essentiellement des catégories les plus aisées et des travailleurs indépendants, n'est pas éligible au régime obligatoire et doit souscrire une assurance maladie privée (*Particular verzekering*) en vue de couvrir les soins aigus, dispensés en règle générale sous la forme de prestations en nature.

Les fonctionnaires des administrations publiques (environ 6 % de la population) ont leur propre régime obligatoire, qui sert des prestations en nature pour un éventail de services plus large que celui que prévoit la ZWF.

Les assurés sociaux peuvent souscrire une assurance maladie complémentaire (*Aanvullende Ziekenfondsverzekering*) pour couvrir les risques non pris en charge par le régime légal. De fait, 90 % des affiliés ont noué des contrats de complémentaire maladie pour les soins dentaires de reconstruction.

La planification et la mise en œuvre de la politique de santé relèvent de la responsabilité du ministère de la santé publique, de la prévoyance et des sports (VWS). Le VWS a également en charge l'assurance maladie obligatoire. Il fixe le taux des cotisations versées aux caisses en s'appuyant sur les recommandations du Conseil des caisses d'assurance maladie. Il planifie l'offre de soins et donne son autorisation à l'installation de technologies intensives en capital ainsi qu'à la création d'unités hospitalières. Les honoraires négociés entre les caisses maladies et les associations de médecins sont également soumis à son approbation, de même que les tarifs hospitaliers. Toutes les décisions budgétaires doivent recevoir l'aval du Parlement. Le Conseil consultatif national de la santé publique, le Conseil des hôpitaux et le Conseil de la santé sont des organisations quasi gouvernementales qui assistent le VWS dans ses choix.

2. Financement

Le financement du système de santé est dominé par l'assurance sociale, qui prenait en charge 68 % des dépenses de santé en 1992, tandis que l'assurance privée représentait 13,7 % des dépenses. Le complément est fourni par les subventions de l'État et la participation des patients aux coûts.

Le ministère soumet à l'approbation du Parlement un budget global pour les dépenses de santé. Des objectifs de dépenses sont également fixés dans différents secteurs, tels les hôpitaux et les soins ambulatoires.

Les cotisations aux caisses sont assises sur les revenus. La part payée par l'employeur (5,15 % du revenu brut) est près de cinq fois supérieure à la contribution du salarié (1,15 %). Ces recettes affectées alimentent un fonds central qui les répartit entre les caisses en fonction de leur base de

clientèle et de la structure de risques que celle-ci présente. Par ailleurs, les assurés payent une prime forfaitaire modique dont le montant est déterminé par chaque caisse. Ces primes représentaient en 1995 10 % des dépenses totales de santé. Ce double mécanisme de financement des caisses (prime et capitation) a été introduit en 1993, en remplacement de l'ancien système fondé sur la couverture des dépenses des caisses.

Les possibilités de choix entre les différentes caisses maladies ont été élargies, et celles-ci sont désormais autorisées à agrandir leur base de clientèle. Elles entrent en concurrence sur la qualité des soins aussi bien que sur l'étendue des services couverts. Le secteur de l'assurance maladie privée est plus enraciné dans une tradition de compétitivité. En particulier, les assureurs privés maîtrisent parfaitement les techniques de la compétitivité par les prix, par les prestations offertes et par la qualité des soins. Les primes sont fixées individuellement par les assureurs, le plus souvent en fonction de l'âge de l'assuré.

Les tarifs d'honoraires sont négociés entre les caisses publiques ou les assureurs privés et les prestataires de soins sous contrat. Les plafonds tarifaires sont fixés par le gouvernement central, mais il est possible de négocier des tarifs inférieurs depuis 1992.

Les **services hospitaliers** sont financés par un budget global alloué par chaque conseil de comté depuis 1983. Le projet de budget est calculé pour chaque établissement en fonction des activités escomptées ainsi que des frais de personnel et d'investissement prévisibles. Il est tenu compte des différences fonctionnelles que présentent les unités hospitalières et des différences de coûts qui en résultent. Le budget est calculé par le Conseil central de contrôle des tarifs (Central Orgaan Tarieven Gezondheidszorg - COTG). Les médecins des hôpitaux sont rémunérés à l'acte conformément aux tarifs fixés par le COTG.

Les Pays-Bas ont une longue tradition de financement public dans le domaine des **soins de longue durée**, et leur capacité d'accueil en long séjour est l'une des plus élevées du monde²⁶.

Les technologies médicales font l'objet d'une évaluation systématique avant d'être agréées et adoptées dans le cadre du régime d'assurance maladie. À cet égard, la plus importante institution en matière d'évaluation des technologies de santé est le Conseil de la santé, dont la mission est définie par la loi. L'organisation néerlandaise d'évaluation technologique (NOTA) conseille le Parlement. Parallèlement, l'évaluation des services sanitaires, en vue d'améliorer leur qualité ainsi que les résultats de santé, prend de l'ampleur.

Les **généralistes**, qui exercent en clientèle privée, sont rémunérés à la capitation dans le cadre du régime légal, et à l'acte pour les patients adhérents à une assurance privée. Les **spécialistes** sont rétribués suivant une formule combinant capitation et paiement à l'acte pour leurs interventions techniques et leurs diagnostics. Les efforts tendant à abaisser les tarifs pratiqués par les spécialistes n'ont eu qu'un effet limité dans la mesure où ils ont été compensés par un accroissement du volume de services.

²⁶ Van het Loo (document inédit), 1998.

Les **médicaments** sont placés sur une liste positive répertoriant les produits remboursables. Un système de prix de référence a été instauré en 1991; ces prix sont établis par un comité indépendant qui rend compte à l'Association des caisses d'assurance maladie. La différence entre le prix de vente du produit et le prix de référence est à la charge du patient.

La **participation aux coûts** s'élève en moyenne à 8 % du prix du médicament prescrit. Des modalités de copaiement sont également prévues pour les soins dentaires, les appareils médicaux et les séjours en maison médicalisée.

3. Dépenses de santé

Les dépenses de santé ont grimpé de 4,3 % du PIB en 1965 à 8,3 % en 1982, niveau auquel elles sont revenues, après une légère hausse, en 1990. Elles sont passées à 8,6 % en 1992, et elles étaient toujours à ce niveau en 1995. Ce chiffre est élevé par rapport à la moyenne européenne {7,7 %}. Il équivaut à 1 711 ECU par habitant {1 413 ECU} (figure 15).

La ventilation des dépenses est restée très stable au cours de la dernière décennie. La part des dépenses consacrées aux médicaments est l'une des plus faibles de l'UE. Les estimations concernant la part des services hospitaliers sont variables selon les sources, en raison des différentes définitions que reçoit le concept de "soins hospitaliers", qui peut recouvrir les soins externes aussi bien que les soins internes.

Figure 15: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

La protection de la santé et la prévention sont organisées autour de programmes nationaux d'immunisation et de dépistage ainsi que de campagnes nationales de promotion de la santé. Les soins préventifs sont généralement dispensés par les généralistes, qui bénéficient à cet égard d'une formation étendue. La prévention est couverte par l'assurance sociale.

Les généralistes jouent un rôle pivot dans le système de santé néerlandais: ils assurent pratiquement tous les **soins primaires** et constituent le point de passage obligé pour tout recours éventuel aux spécialistes, qui exercent principalement dans les hôpitaux. Les généralistes sont tous des prestataires indépendants; une importante proportion (environ 40 %) travaillent en cabinet de groupe ou dans des centres de santé. Bien que la majorité des spécialistes exercent en clientèle privée, les soins spécialisés sont presque exclusivement dispensés dans les hôpitaux.

Les patients doivent s'inscrire auprès d'un généraliste et d'un pharmacien. Leur choix est limité aux praticiens sous contrat avec leur caisse, mais, en pratique, cela englobe presque tous les généralistes exerçant dans la zone. Les titulaires d'une assurance privée et les fonctionnaires publics choisissent librement leur généraliste. Les copaiements en médecine ambulatoire ont été supprimés en 1990.

Selon certaines indications, les services homéopathiques connaissent une faveur croissante auprès des généralistes et des patients. Le taux de remboursement des soins homéopathiques par les caisses maladie est très bas, mais ils sont souvent couverts par les assurances complémentaires.

Hormis les soins préventifs, les **soins dentaires** relèvent principalement du complémentaire maladie. Pour les patients qui n'ont pas souscrit d'assurance complémentaire, la participation aux coûts s'échelonne de 0 à 100 % pour les soins de reconstruction.

Les **soins hospitaliers** sont majoritairement dispensés par des établissements privés à but non lucratif, dotés de leurs propres organes de gestion et d'administration. Environ 85 % des 55 000 lits disponibles en soins aigus étaient privés en 1996. Parmi les 156 hôpitaux que compte le pays (1996), pratiquement tous disposent d'unités de soins externes qui font partie intégrante du dispositif. La tendance est à la substitution des soins externes aux soins internes et, corrélativement, les services de jour gagnent de l'importance. Les Pays-Bas se sont engagés depuis 1988 dans une politique de réaménagement du parc hospitalier par concentration des structures et réduction du nombre de lits. La densité de **lits en soins aigus**, qui est passée de 4,7 à 4,0 pour 1 000 habitants entre 1985 et 1994, reste cependant proche de la moyenne de l'UE {4,7}. En revanche, la **durée moyenne de séjour** en soins aigus, estimée à 9,9 jours en 1995, est relativement élevée {7,6}.

Le nombre de **médecins en exercice** s'élève à 29,3 pour 10 000 habitants {28}. La densité de spécialistes était remarquablement faible en 1994: 8,7 pour 10 000 habitants {11}. Leur nombre a décliné depuis 1984 sous l'effet de l'instauration de limites d'accès à la profession. On relève pourtant une pénurie de personnel médical dans des spécialités telles que l'orthopédie, l'ophtalmologie, la rhumatologie et la psychiatrie. Les quotas de praticiens autorisés à exercer dans certains domaines ont été supprimés en 1992. Le nombre d'étudiants en médecine est rigoureusement planifié.

La densité de pharmaciens, estimée à 1,6 pour 10 000 habitants, est l'une des plus faibles de l'UE

{7,7}.

Tableau 19: Effectifs des professions de santé aux Pays-Bas

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	29	28	1994
Généralistes	4	8	1994
Spécialistes et consultants	9	11	1994
Dentistes en exercice	2	6	1993
Infirmières diplômées	31	70	1993
Pharmaciens en exercice	2	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

Le système de santé néerlandais a connu de profonds changements au cours des dix dernières années. Ces transformations ont été dictées essentiellement par le souci de contenir les dépenses et d'améliorer l'efficacité de l'offre et de l'achat de services de santé. La fixation de plafonds budgétaires pour les dépenses totales et sectorielles a été l'un des instruments privilégiés de la politique de régulation des dépenses de santé.

Le plan Dekker de 1986 préconisait l'établissement d'un "marché régulé" afin d'améliorer l'efficacité allocative et productive. Bien que ce plan n'ait jamais été intégralement appliqué, le système n'en a pas moins évolué vers la mise en place d'un réseau d'assureurs et de prestataires axé sur le marché. Les contrats étant négociés entre les caisses et les prestataires, la régulation et la gestion des services de santé sont désormais dévolues aux caisses maladie.

D'un autre côté, le régime national d'assurance pour frais médicaux spéciaux (AWBZ) a été étendu, conformément aux recommandations du plan Dekker en faveur d'une couverture maladie universelle prenant en charge un large éventail de services médicaux. L'AWBZ est soumise à un rigoureux contrôle central.

La question d'une couverture assurantielle uniforme demeure controversée. La coexistence de deux régimes assurantiels (régime légal et assurance privée), avec les variations qui en découlent sur le plan de l'étendue et de la qualité des services de base ou des services avancés, suscite des interrogations et des appels à une plus grande convergence des deux systèmes.

Le gouvernement néerlandais encourage de manière croissante l'établissement de bonnes pratiques médicales, mais il en laisse la responsabilité finale aux prestataires et à leurs associations scientifiques, ainsi qu'aux assureurs, en accord avec les patients qu'ils servent. L'assurance qualité mobilise toutes les parties dans un effort commun pour définir et contrôler les normes de soins.

Certains programmes consacrés à la formulation de références médicales en termes d'efficience, de rapport coût-efficacité et de qualité sont d'ores et déjà en place, par exemple dans le domaine de l'évaluation des technologies de santé.

D'autre part, les systèmes d'information financière sont institutionnalisés dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi des mesures de maîtrise des dépenses.

PORTUGAL

SYNTHÈSE

Le service national de santé portugais (Serviço Nacional de Saúde - SNS) a été instauré en 1979 dans le but d'assurer une couverture maladie à l'ensemble de la population, indépendamment du revenu. La révision constitutionnelle adoptée en 1989 est revenue sur le principe de gratuité totale du SNS en disposant que celui-ci suivra une "tendance" à la gratuité en fonction des capacités financières des individus. Le financement du SNS est à dominante fiscale, mais certains services continuent d'être dispensés dans le cadre de l'assurance sociale. Les services de santé sont en majorité publics.

Les dépenses de santé sont très faibles en comparaison de la moyenne européenne. Les Portugais apparaissent majoritairement insatisfaits de leur système de santé. Diverses mesures législatives ont été prises ces dernières années en vue de développer les structures sanitaires et d'améliorer le niveau de service. Les carences persistantes du service public ont entraîné une croissance significative du secteur privé de la santé, et notamment de l'assurance privée.

Malgré l'insuffisance des moyens financiers alloués à la santé, les indicateurs sanitaires se sont considérablement améliorés au cours des dernières décennies. Il reste que la plupart d'entre eux se situent encore au-dessous des moyennes de l'UE.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

Le Portugal comptait en 1997 9,8 millions d'habitants, dont 25 % de jeunes de moins de 20 ans {24,6 %} et 15 % de personnes âgées de plus de 65 ans {15 %}. La proportion des plus de 75 ans, estimée à 5,7%, est relativement faible {6,1 %}, mais elle devrait atteindre 8,7 % en 2020 {8,9 %} (EUR 12).

Les indicateurs de l'état de santé sont généralement défavorables par rapport aux moyennes de l'UE, bien que la morbidité liée au cancer et aux maladies cardio-vasculaires soit relativement faible.

L'espérance de vie à la naissance a considérablement progressé pour les deux sexes, tout en restant inférieure à la moyenne de l'UE. Elle est ainsi passée de 67,2 ans en 1960 à 78,5 ans en 1996 pour les femmes {80,2}, et de 61,7 ans en 1960 à 71,2 ans en 1996 pour les hommes {73,9}. La différence de mortalité entre les deux sexes (7,3 ans) est particulièrement forte.

Le **taux de mortalité standardisé**, estimé à 9,3 pour 1 000 habitants en 1993, est relativement élevé {8,2}. La **mortalité infantile**, avec 6,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1996, est la plus élevée de l'UE {5,4} après la Grèce. La **mortalité périnatale** affiche également un taux sensiblement supérieur à la moyenne de l'UE, avec 9,0 décès pour 1 000 naissances totales en 1995

{7,5}.

Le taux de décès liés à des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements s'établissait en 1994 à 11,9 pour 100 000 habitants, bien au-dessous de la moyenne de l'UE {23}.

Les estimations afférentes aux **années potentielles de vie perdues** étaient relativement basses pour les maladies ischémiques du cœur, mais plutôt élevées pour les maladies cérébro-vasculaires, comparées à la moyenne européenne (tableau 2).

L'incidence du **sida** a suivi une évolution à rebours de celle observée dans la majorité des autres États membres: elle a augmenté à un rythme rapide depuis 1990 pour atteindre 81,1 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, soit le deuxième taux le plus élevé de l'UE {42,7}.

L'incidence des **maladies dentaires**, estimée à 3,2 DMF en 1990, est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation de tabac** présente une variabilité extrême selon le sexe: en 1992, 40 % des hommes de plus de 15 ans fumaient au moins 20 cigarettes par jour {37,1}, contre seulement 12 % des femmes {25,1}.

La **consommation d'alcool**, estimée à 9,8 litres par habitant, était inférieure à la moyenne de l'UE en 1990 {11,6}.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le ministère de la santé supervise les activités du SNS et du secteur privé, fixe les taux de copaiement, établit la liste des médicaments remboursables et coordonne les activités de santé publique ainsi que les programmes préventifs concernant des maladies spécifiques et ciblés sur des groupes à risque. Il est assisté par le Conseil national de la santé, composé d'experts dans différents domaines médicaux et sanitaires.

Le service national de santé couvre environ 75 % de la population. Les 25 % restants, qui englobent notamment les fonctionnaires et les militaires, sont affiliés à des régimes spéciaux.

L'offre de soins est majoritairement assurée par les prestataires publics dans le cadre du SNS. La loi de 1990 sur les services sanitaires de base préconise le renforcement de la coopération entre le SNS et le secteur privé par l'intermédiaire de contrats.

La carte hospitalière est découpée en trois zones géographiques. Pour les soins ambulatoires, le pays est divisé en 18 districts (pour la partie continentale).

Les administrations sanitaires régionales sont responsables de l'intégration des secteurs public et privé ainsi que de l'implantation et de la gestion des centres de santé sur la partie continentale.

La législation de 1993 a renforcé le processus de décentralisation: 5 régions (y compris les Açores et Madère) sont désormais entièrement autonomes et gèrent leurs propres services de santé.

2. Financement

Le financement du système de santé est largement appuyé sur l'impôt, qui couvrait 61,6 % des dépenses en 1992, tandis que l'assurance sociale ne représentait que 13,7 %. Les cotisations sociales (qui englobent aussi l'assurance vieillesse, l'assurance invalidité et l'assurance chômage) s'élèvent en moyenne à 35 % du revenu brut, dont 24 % payés par l'employeur, et 11 % par le salarié. L'assurance privée entrait pour 2,2 % dans le financement du système en 1992. La participation aux coûts, exigée pour tous les services à l'exception des soins hospitaliers ainsi que des soins ambulatoires primaires et des soins dentaires dispensés par des prestataires publics, représentait 21,9 % des dépenses.

Les soins internes dispensés dans les **hôpitaux publics** sont gratuits. Jusqu'en 1989, les hôpitaux étaient financés sur la base d'un budget global ajusté annuellement; depuis cette date, une partie des budgets globaux annuels fait l'objet d'une analyse prospective en étant calculée sur la base des coûts totaux de différents groupes homogènes de malades (GHM). Dans le cas des services hospitaliers privés, les médecins sont rémunérés à l'acte. Lorsque les **hôpitaux privés** sont utilisés dans le cadre du régime d'assurance sociale, les services ne sont remboursés qu'à hauteur des tarifs pratiqués dans les hôpitaux publics, sauf lorsque les services publics ne sont pas disponibles dans la zone concernée, auquel cas le taux de remboursement est supérieur. La part des frais laissée à la charge du patient peut ainsi varier de 10 % à 50 %.

Les **centres de santé** du SNS, responsables des soins primaires, disposent de leur propre budget, géré à l'échelon du district.

Les **soins dentaires** sont assurés par le SNS, et les **dentistes** directement employés par le SNS sont salariés. Les **services privés** dispensés sous contrat avec le SNS sont remboursés selon un barème fixé par le gouvernement central. Pour les prothèses dentaires, la participation aux coûts est relativement faible (25 % en moyenne).

Les **médecins** travaillant dans les hôpitaux publics et dans les centres de santé, ainsi que certains spécialistes, sont directement employés par le SNS et salariés. Quant aux médecins exerçant en cabinet ou dispensant des services privés à l'hôpital, ils sont rémunérés à l'acte.

Les **médicaments** sont répertoriés sur une liste positive des produits remboursables; il existe également une liste négative recensant quelque 500 produits. La participation aux coûts s'échelonne de 0 à 50 % selon la gravité de la maladie à traiter. En moyenne, 23 % du prix du produit reste à la charge du patient. Les prix des médicaments au Portugal comptent parmi les plus bas de l'UE.

3. Dépenses de santé

La part des dépenses totales de santé dans le PIB a doublé entre 1970 et 1975, passant de 2,8 % à 5,6 %. Elle est retombée à 4,9 % en 1977, mais elle est repartie à la hausse pour atteindre 6,9 % en 1986 (valeur proche de la moyenne de l'UE à cette date). Les chiffres ont ensuite fluctué autour de 7 % jusqu'au début des années 90, où les dépenses ont augmenté à nouveau pour atteindre 8,2 % du PIB en 1995, taux supérieur à la moyenne de l'UE {7,7 %}. Dans l'absolu, cela ne représente cependant que 644 ECU par habitant, soit le second niveau le plus bas de l'UE en 1995 {1 413}.

Comme le montre la ventilation des dépenses effectuées en 1992, la balance penche du côté des soins ambulatoires, tandis que la part des soins hospitaliers est relativement faible (figure 16).

Figure 16: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1970-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Le **secteur hospitalier** est majoritairement public. Les deux principaux types d'établissements sont les hôpitaux centraux et les hôpitaux généraux de district. Les hôpitaux centraux, au nombre de 15, implantés pour la plupart à Lisbonne, à Porto et à Coimbra, dispensent une gamme complète de soins spécialisés et ont souvent le statut d'hôpital universitaire. Les 38 hôpitaux de district, pourvus de toutes les spécialités de base, délivrent des soins internes et externes à des populations de 250 000 à 300 000 habitants.

Il existe par ailleurs 15 hôpitaux "spécialisés" (maternités, pédiatrie, orthopédie, etc.), 6 hôpitaux psychiatriques et 24 hôpitaux locaux.

Le secteur public fournit environ 83 % des lits; le reste appartient à des hôpitaux à but lucratif ou

à des établissements gérés par des organisations caritatives. Il est impossible d'accéder directement à l'hôpital, sauf en cas d'urgence. La densité de **lits d'hôpitaux** est l'une des plus faibles de l'UE: 4,3 pour 1 000 habitants en 1994 {7,3}, et le processus de réduction de la capacité hospitalière se poursuit.

La **durée moyenne de séjour** en soins aigus est tombée à 7,9 jours {7,6}. Le taux d'admission est passé de 6,7 % en 1970 à 11,3 % en 1993. Le recours accru aux services des urgences en lieu et place des unités de soins primaires pose cependant un problème.

Les **soins primaires** sont assurés essentiellement par le réseau des centres de santé. Certains de ces centres sont privés, mais la majorité relèvent du service public et sont gérés par le SNS. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin situé dans leur zone de résidence.

Les **soins spécialisés** sont dispensés de manière croissante par des praticiens privés sous contrat, qui partagent leur temps entre l'hôpital et les consultations en cabinet. Les réformes de 1993 ont légalisé cette pratique. Les polycliniques privées, qui assurent, par exemple, des examens de laboratoire, des services de diagnostic ou des services de réadaptation, offrent un complément indispensable au service public.

La fréquence des **consultations** médicales (hors secteur hospitalier), estimée à 3,2 par personne et par an, est inférieure à la moyenne de l'UE {4,8}.

Le nombre de **médecins en exercice** s'élevait à 29,3 pour 10 000 habitants en 1994, ce qui est relativement élevé {28,1}. Les **spécialistes** sont pratiquement trois fois plus nombreux que les **généralistes**. La part des médecins dans l'ensemble du personnel de santé, estimée à 25,3 % en 1993, est très supérieure à la moyenne de l'UE {15,1 %}. On relève une sérieuse pénurie de ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers (tableau 20).

Tableau 20: Effectifs des professions de santé au Portugal

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	29	28	1994
Généralistes	6	8	1994
Spécialistes et consultants	17	13	1994
Dentistes en exercice	2	6	1993
Infirmières diplômées	31	70	1993
Pharmaciens en exercice	12	8	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

La politique de décentralisation de la gestion des soins de santé, de dérégulation et de mise en place d'un marché interne, amorcée par les réformes de 1990, s'est poursuivie avec les réformes de 1993. L'objectif à long terme est d'améliorer la satisfaction des usagers et du corps médical à l'égard du service national de santé. L'une des mesures essentielles a été de permettre aux services du secteur privé, réputés de meilleure qualité, de participer au système de santé public. Le concept clé est celui d'"externalisation": le secteur public sous-traite à des prestataires privés des services de soins primaires ainsi que des services techniques avancés (examens de laboratoire, radiologie, etc.). La loi de 1993 prévoit la possibilité pour des organisations sous contrat, telles les autorités sanitaires locales ou des associations bénévoles, de gérer ou de dispenser des services sanitaires publics. En outre, les administrations sanitaires régionales sont autorisées à passer des contrats directement avec des praticiens privés.

Par ailleurs, les usagers sont désormais incités à souscrire une assurance privée optionnelle, dont les tarifs varient selon l'âge et le sexe. Cette disposition de la loi de 1993 reste aujourd'hui encore l'une des plus controversées. Les assureurs privés peuvent bénéficier d'une participation des pouvoirs publics lorsque le niveau des cotisations est inférieur au coût moyen par personne dans le cadre du SNS. Ils peuvent décider des modalités de paiement des prestataires. À terme, il est envisagé de permettre aux assureurs privés d'offrir une gamme complète de services de santé à leurs clients.

La décentralisation est loin d'être achevée à ce jour, et la coopération entre les services hospitaliers et les services primaires n'est pas encore assurée de manière satisfaisante.

ESPAGNE

SYNTHÈSE

L'actuel système de santé espagnol a été institué par la loi générale de 1986 sur les services de santé, confirmant ainsi le droit universel aux soins de santé inscrit dans la constitution de 1978. L'Espagne s'est attachée depuis à développer son service national de santé (Sistema Nacional de la Salud - SNS), qui couvrait en 1997 près de 98,5 % de la population. Le développement s'est effectué sur une base régionale, l'objectif étant que chaque région soit en mesure de gérer ses propres services de santé. En 1998, ce processus de décentralisation n'était pas encore achevée dans 10 des 17 régions autonomes (Comunidades autónomas).

L'instauration du SNS a permis la mise en place d'une couverture quasi universelle prenant en charge un large éventail de soins. L'état de santé des Espagnols, mesuré par divers indicateurs clés, est au-dessus de la moyenne de l'UE. L'évaluation des nouvelles pratiques et technologies médicales préalablement à leur introduction se développe au sein du système.

L'efficacité des structures et des services de soins demeure une préoccupation majeure. Il existe de longues listes d'attente pour un certain nombre d'interventions, ce qui a alimenté le mécontentement des usagers à l'égard de leur système de santé, particulièrement fort dans les premiers temps, en comparaison des autres États membres. On observe toutefois une amélioration notable du niveau de satisfaction des consommateurs au cours des cinq dernières années, ce qui semble indiquer une adhésion assez large aux changements intervenus récemment. Le système éprouve par ailleurs certaines difficultés à mettre au point un dispositif de financement stable et à contrôler l'évolution des dépenses.

Le vieillissement de la population, impliquant la recherche de nouvelles sources de financement pour les soins de longue durée aux personnes âgées, constitue un défi important. L'Espagne présente l'un des taux de natalité les plus faibles de l'UE, avec l'Italie.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

L'Espagne comptait en 1997 près de 39,7 millions d'habitants. La pyramide des âges suit à peu de chose près la norme européenne, avec 24 % de jeunes de moins de 20 ans {26,6 %} et 15,3 % de personnes âgées de plus de 65 ans {15 %}. La proportion des plus de 75 ans correspond à la moyenne de l'UE {6,1 %}; elle devrait atteindre 7,9 % en 2020, ce qui reste inférieur aux projections à l'échelle de l'UE {8,9 %}.

Les indicateurs de santé sont globalement favorables par rapport à la moyenne européenne. En 1995, l'**espérance de vie** à la naissance s'élevait à 74,4 ans pour les hommes {73,9} et à 81,6 ans pour les femmes {80,2}.

Le **taux de mortalité standardisé** s'établissait à 7,0 pour 1 000 habitants en 1993 {8,2}. La **mortalité infantile**, estimée à 5,0 pour 1 000 naissances vivantes, est relativement faible {5,4}, de même que la **mortalité périnatale**, qui s'élevait à 6,5 pour 1 000 naissances totales en 1994 {7,5}.

Les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les accidents avant l'âge de 35 ans. La mortalité relativement élevée des moins de 35 ans constitue un phénomène frappant. Entre 1981 et 1991, le nombre de décès dus aux accidents de la circulation a augmenté de 30 % pour les hommes et de 20 % pour les femmes. À l'instar des autres pays du sud de l'Europe, l'Espagne affiche un taux de suicide inférieur à la moyenne de l'UE. Le taux de décès dus aux maladies cardio-vasculaires est l'un des plus bas de l'UE (comme dans le reste de l'Europe du Sud).

Les estimations afférentes aux **années potentielles de vie perdues** en 1991 à cause des principales pathologies étaient relativement faibles, excepté pour la mortalité masculine due au cancer.

Cancer: 1707 années pour les hommes {1484,3} et 991,5 années pour les femmes {1174,6}; maladies ischémiques du cœur: 543,2 années pour les hommes {840,2} et 92,4 années pour les femmes {183,1}; maladies cérébro-vasculaires: 237 années pour les hommes {254,5} et 132,7 années pour les femmes {166}.

L'incidence du **sida**, malgré une baisse significative depuis 1994, reste de loin la plus élevée de l'UE: en 1996, elle était estimée à 162,5 nouveaux cas par million d'habitants {42,7}.

L'incidence des **maladies dentaires**, estimée à 4,1 DMF en 1990, est supérieure à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation de tabac** varie selon le sexe. En 1993, 44 % des hommes de plus de 15 ans {34,4 %} et 21 % des femmes {25,4 %} fumaient au moins 20 cigarettes par jour. La consommation de cigarettes par habitant ne décline pas, contrairement à la tendance observée dans d'autres États membres.

La **consommation d'alcool**, estimée à 13 litres par habitant en 1990 est encore élevée par rapport à la moyenne européenne {11,6}, malgré une baisse significative au cours des dernières décennies.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Au sein du système de sécurité sociale, le SNS est géré par l'Institut national de la santé (INSALUD), situé à Madrid. L'INSALUD a en charge la gestion des institutions de santé publique et dispense des soins de santé à près de 40 % de la population dans 10 des 17 régions autonomes du pays. Les prestations monétaires de sécurité sociale et les services sociaux complémentaires sont assurés respectivement par l'Institut national de sécurité sociale (INSS) et l'Institut des migrations et des services sociaux (IMERSO). Les 7 régions autonomes restantes (la Catalogne depuis 1981,

l'Andalousie depuis 1984, le Pays basque et la région de Valence depuis 1987, la Navarre et la Galice depuis 1991, et les Canaries depuis 1994) possèdent leurs propres directions sanitaires – le département de la santé au sein du gouvernement régional – et sont responsables de la santé publique, de la planification des structures sanitaires ainsi que de la gestion et de l'administration des services de santé sur leur territoire. Le transfert des responsabilités de gestion du SNS à l'ensemble des 17 régions autonomes constitue l'un des principaux objectifs à long terme des réformes de 1986.

Toutes les régions autonomes ont établi des cartes sanitaires en divisant leur territoire en zones sanitaires en fonction de différents paramètres – taille de la population, caractéristiques géographiques, facteurs démographiques, épidémiologiques et socio-économiques – qui forment une grille de référence pour la planification et la prestation des soins de santé primaires et secondaires. Les zones sanitaires sont découpées à leur tour en zones de base pour la planification et la gestion des ressources sanitaires primaires.

Le ministère de la santé et de la consommation établit des programmes de santé publique, publie des lignes directrices nationales en matière de politique sanitaire et veille à leur mise en œuvre. Le Conseil sanitaire interterritorial du SNS coordonne les échanges entre les autorités sanitaires régionales, d'une part, et entre celles-ci et le ministère de la santé, d'autre part, afin de garantir la cohérence des plans sanitaires stratégiques des régions autonomes avec les objectifs et les priorités fixés à l'échelle nationale.

Le service national de santé couvre 98,5 % de la population, dont 93 % sont affiliés au régime général, 1 % (les catégories plus démunies) reçoivent des allocations de l'État et 4,5 % (notamment les fonctionnaires) sont affiliés à des régimes spéciaux. Environ 17 % des ménages ont souscrit des contrats volontaires de complémentaire maladie.

Les compagnies d'assurance (mutuelles ou caisses privées) jouent un rôle mineur dans le système de santé espagnol.

L'enveloppe des prestations fournies par le SNS dans l'ensemble des régions est établie depuis 1995 par le gouvernement central, qui définit le niveau des soins primaires, des soins hospitaliers internes et externes, les taux de prise en charge des médicaments et les prestations complémentaires concernant surtout les appareils médicaux tels que les prothèses ou les véhicules pour handicapés moteurs. La décision d'exclure un produit ou une prestation de l'enveloppe se fonde sur l'absence de preuve scientifique établissant son effet bénéfique ou son efficacité.

2. Financement

Avec l'instauration du SNS, le financement des services de santé espagnols, proche à l'origine du modèle bismarckien, s'est tourné vers le modèle beveridgien. À ce jour, 80 % des recettes sont fiscalisées, 18 % proviennent des cotisations assises sur les revenus du travail (payées par l'employeur et le salarié) et les 2 % restants sont tirés d'autres régimes assurantiels. Une participation aux coûts est exigée pour les médicaments et certains appareils médicaux (6,1 % des

dépenses totales de santé).

Les patients prennent également à leur charge une partie des frais occasionnés par les soins dentaires (6,3 % des dépenses totales de santé). Les dotations aux régions autonomes s'effectuent sur une base forfaitaire par personne.

Les **hôpitaux publics** du SNS sont financés dans le cadre d'un budget global prospectif. L'unité de base pour l'établissement du budget des hôpitaux INSALUD est "l'unité d'assistance pondérée" (UPA), basée sur l'activité médicale agrégée. Des provisions sont faites dans le cas des services complexes. Les hôpitaux privés peuvent s'insérer dans le cadre du SNS moyennant une convention ou des contrats individuels, ou bien générer leurs propres ressources.

Les **médecins des hôpitaux** sont salariés. Les **généralistes** sont rémunérés à la capitation ou, dans certains cas, selon une formule combinant salaire et capitation.

Le système de rémunération des professionnels de santé donne prise à de nombreuses critiques, dans la mesure où il est tenu pour responsable de l'inefficience des structures de soins ambulatoires.

Les prix des **médicaments** sont strictement réglementés en fonction du coût des matières premières. Les prix pratiqués comptent parmi les plus bas de l'UE. Une liste négative a été établie en 1993; elle couvrait à cette date 800 produits. La part laissée à la charge des patients est importante: 32 % du prix du produit en moyenne.

3. Dépenses de santé

L'Espagne est l'un des rares pays de l'UE qui établissent un budget global national pour les dépenses de santé. Partant d'un niveau extrêmement bas – 1,5 % du PIB en 1960 –, les dépenses totales ont augmenté à un rythme soutenu pour atteindre 7,6 % du PIB en 1995 {7,7 %}, soit 894 ECU par habitant {1 413 ECU}. La part des dépenses publiques s'élève à 80 %. La hausse des dépenses du secteur public résulte de l'extension de la couverture et des services pris en charge, du développement des structures de soins primaires et secondaires et de la consommation accrue de médicaments. La hausse est particulièrement marquée dans le secteur hospitalier.

Figure 17: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1970-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les prestations se divisent en soins primaires et soins spécialisés, ces derniers englobant les soins secondaires et tertiaires.

Le service public est prédominant dans le secteur des **soins primaires**. Les généralistes et les pédiatres constituent le point de passage obligé avant tout recours éventuel aux soins spécialisés.

Les programmes de promotion de la santé sont associés à la promotion de modes de vie plus sains et à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Le plan sanitaire de 1995 s'articule autour de 14 priorités d'action portant sur diverses pathologies, dont le sida, les maladies cardio-vasculaires et les maladies mentales. Les soins primaires sont dispensés dans deux cadres: le premier, le plus traditionnel, est celui du praticien individuel exerçant à temps partiel et rémunéré à la capitation. Le second, de création plus récente, est celui de l'équipe de soins primaires (Equipo de Atención Primaria - EAP), qui joue un rôle grandissant. Les EAP sont des cabinets de groupe constitués de médecins salariés. Environ 60 % de la population était inscrite auprès d'un EAP en 1994. Il est estimé que l'offre de soins primaires correspond aux besoins.

Soins secondaires et tertiaires

Le service public domine également dans le secteur hospitalier. Les soins externes sont dispensés dans des centres distincts qui assurent des services de consultation et de diagnostic ainsi que des interventions chirurgicales mineures. Toutes les régions autonomes disposent d'au moins un hôpital général assurant les services cliniques de base et pourvu d'un service des urgences fonctionnant 24 heures sur 24.

Pour être admis dans les grands hôpitaux spécialisés, les patients doivent y être adressés par un spécialiste. La planification des services hospitaliers se fonde sur la structure et les besoins de la zone sanitaire concernée.

En 1997, l'Espagne comptait 886 établissements hospitaliers. Le nombre de **lits d'hôpitaux** s'élevait à 4,0 pour 1 000 habitants en 1994 {7,3}. La majorité des lits (69 %) étaient fournis par le secteur public.

La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, qui s'élevait à 8,8 jours en 1995, est supérieure à la moyenne de l'UE {7,6}.

Le nombre de **médecins en exercice**, estimé à 40,8 pour 10 000 habitants, apparaît extrêmement élevé {28,2}. Bien que la densité d'infirmières soit très inférieure à la moyenne de l'UE, elle est considérée comme étant conforme aux besoins.

Tableau 21: Effectifs des professions de santé en Espagne

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	41	28	1993
Généralistes	*)	8	1994
Spécialistes et consultants	*)	13	1994
Dentistes en exercice	3	6	1993
Infirmières diplômées	43	74	1993
Pharmaciens en exercice	10	7	1993

*) Ni l'OCDE ni l'OMS ne disposent de données.

PRIORITÉS ACTUELLES

La réforme du système de santé engagée en 1986 a profondément modifié le financement et l'organisation des soins, et elle s'est traduite par une amélioration notable du niveau de satisfaction des usagers.

Tous les objectifs de cette réforme ne sont pas encore atteints: il reste à achever la mise en place d'une couverture universelle prenant en charge la totalité de la population, et à étendre le processus de décentralisation aux 10 régions autonomes restantes. Cela implique une répartition claire des responsabilités aux niveaux central et régional pour toutes les questions relevant de la politique de santé.

Aussi l'une des priorités est-elle de renforcer les capacités managériales des prestataires de soins à l'échelon régional.

Par ailleurs, certaines régions, par exemple la Catalogne, ont amorcé la séparation des fonctions d'offreur et d'acheteur de soins à l'intérieur du SNS. Le modèle prévoit la passation de contrats entre acheteurs (autorités sanitaires régionales et INSALUD) et prestataires (hôpitaux publics et privés), sur la base d'un niveau de services convenu, en contrepartie d'une rémunération forfaitaire. L'idée est d'accroître l'efficacité par un transfert des responsabilités à des "gestionnaires de budget" locaux et de former les praticiens à la gestion des services de santé. Le modèle s'inspire des expériences britanniques et suédoises de séparation entre acheteurs et prestataires, tout en incorporant de nouveaux éléments, par exemple l'extension du dispositif aux soins secondaires. Les unités sanitaires publiques qui concluent des contrats de fourniture de soins sont appelées, à terme, à devenir des entreprises publiques autonomes.

Les gains d'efficience par la réduction des délais d'attente, une plus grande liberté de choix pour le consommateur grâce à la constitution d'un plus large éventail de prestataires ainsi que la participation des services à la collectivité dans l'offre de soins primaires constituent les principaux objectifs à long terme.

SUÈDE

SYNTHÈSE

Les services de santé sont considérés comme une composante clé de l'important système de protection sociale dont dispose la Suède. L'ensemble de la population a accès à une gamme complète de soins; elle est couverte par le régime national d'assurance sociale, financé principalement par les cotisations patronales.

Le système de santé suédois se caractérise par sa forte décentralisation: les 23 conseils généraux ainsi que 3 grandes municipalités jouent un rôle pivot dans la planification, le financement et la prestation des soins de santé sur leur territoire. La quasi-totalité des soins hospitaliers sont financés par les conseils généraux, qui prélèvent des impôts à cet effet, et dispensés dans des hôpitaux qui leur appartiennent. Cette priorité accordée au contrôle démocratique local des services de santé s'inscrit dans une politique amorcée il y a un quart de siècle et qui trouve son point culminant dans la loi de 1982 sur la santé publique et les services médicaux.

Les considérations d'équité tiennent une place centrale dans le système suédois. La Suède est parvenue à contenir la progression des dépenses de santé proportionnellement à la richesse nationale. La diminution des ressources financières a toutefois entraîné des dysfonctionnements dans l'offre de soins, et notamment l'apparition de listes d'attente. Par ailleurs, l'importance traditionnellement accordée aux services hospitaliers s'est traduite par une capacité hospitalière excédentaire, tandis que les soins primaires sont relativement insuffisants et mal intégrés. La liberté de choix du patient est très limitée, et les mesures de réforme se focalisent aujourd'hui sur la productivité et l'efficacité des structures de soins, dans le cadre d'une stratégie qui explore des options libérales par l'introduction de mécanismes de marché.

Les principaux indicateurs de santé, qui semblent étroitement liés aux éléments du mode de vie, dénotent une bonne situation sanitaire par rapport à la moyenne européenne. Certaines données suggèrent toutefois que l'écart dans l'état de santé s'accroît entre les classes sociales. D'autre part, le système devrait se trouver rapidement confronté à une hausse de la demande de soins en raison du vieillissement de la population.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

La Suède comptait 8,8 millions d'habitants en 1997. Le pourcentage de jeunes de moins de 20 ans, qui s'établit à 24,6 %, est resté stable au cours de la dernière décennie {26,6 %}. La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté en revanche pendant la même période pour atteindre 17,1 % {15 %}. La proportion des plus de 75 ans, estimée à 8,2 %, est la plus élevée de l'UE {6,1 %}.

Les principaux indicateurs de santé affichent des valeurs très favorables par rapport à la moyenne européenne. **L'espérance de vie** à la naissance, qui s'élevait en 1995 à 76,2 ans pour les hommes {73,6} et à 81,5 ans pour les femmes {80,0}, est l'une des plus élevées de l'UE pour les deux sexes.

Le **taux de mortalité standardisé**, estimé à 6,9 pour 1 000 habitants en 1993, est exceptionnellement bas {8,2}. C'est également vrai pour la **mortalité infantile**, qui s'établissait à 4,0 pour 1 000 naissances vivantes en 1996 {5,4}, et pour la **mortalité périnatale**, estimée à 5,5 pour 1 000 naissances totales en 1995 {7,5}. Ces deux derniers taux sont les seconds les plus bas de l'UE.

Comme dans le reste de l'UE, les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les accidents avant l'âge de 35 ans. La diminution des maladies cardio-vasculaires est moins prononcée que dans d'autres États membres. La mortalité par chutes accidentelles, estimée à 14,2 pour 100 000 habitants, est très inférieure à la moyenne européenne {27,3}.

Les estimations afférentes aux **années potentielles de vie perdues** en 1992 à cause des principales pathologies étaient comparativement faibles, sauf en ce qui concerne la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires.

Cancer: 1 043 ans pour les hommes {1 452} et 1 126,5 ans pour les femmes {1 173}; maladies ischémiques du cœur: 733 ans pour les hommes {825} et 195 ans pour les femmes {179}; maladies cérébro-vasculaires: 174,5 ans pour les hommes {247} et 115 ans pour les femmes {170}.

L'incidence du **sida**, estimée à 16 nouveaux cas par million d'habitants en 1996, est relativement faible {42,7}.

L'incidence des **maladies dentaires**, estimée à 2,2 DMF, est inférieure à la moyenne de l'UE {3,1}.

Les Suédois sont réputés parmi les Européens pour avoir un mode de vie particulièrement sain. La **consommation de tabac** a fortement diminué. En 1993, 25,2 % des hommes de plus de 15 ans {37,1 %} et 23,4 % des femmes {25,4 %} fumaient au moins 20 cigarettes par jour.

La **consommation d'alcool**, demeurée stable depuis 1970, s'élevait à 6,3 litres en 1991, ce qui est largement inférieur à la moyenne de l'UE {11,2}.

Les comparaisons internationales montrent que l'état de santé de la population suédoise est très satisfaisant, si l'on excepte l'incidence particulièrement élevée des maladies cardio-vasculaires. On observe cependant, depuis quelques années, une hausse des taux de morbidité, mesurés par le nombre de congés maladie et de retraites anticipées. Les problèmes de santé paraissent étroitement liés à la situation sociale et aux modes de vie. Les ménages à faibles revenus, les demandeurs d'emploi, les célibataires et les travailleurs immigrés sont moins bien portants que les autres groupes sociaux.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le financement et la prestation des soins de santé sont considérés en Suède comme une responsabilité qui relève fondamentalement des pouvoirs publics. Les 23 conseils généraux, auxquels s'ajoutent trois grandes municipalités assumant les fonctions d'un conseil général dans le domaine sanitaire (Göteborg, Malmö et Gotland), ont en charge la production et l'administration des services de santé sur leur territoire. Les conseils généraux sont des assemblées politiques élues au suffrage direct.

Le rôle du gouvernement central se limite à fixer le cadre de politique sanitaire. La Fédération des conseils généraux assure la coordination entre les conseils et le gouvernement central.

Au niveau central, l'administration sanitaire est partagée entre le ministère de la santé et des affaires sociales (Socialdepartementet) et divers organismes relativement indépendants, dont le plus important est l'Office national de la santé et du bien-être social (Socialstyrelsen).

Cet organisme, véritable centre national d'expertise, assume une fonction de contrôle en supervisant l'activité des conseils généraux, ainsi qu'une fonction de recherche et d'évaluation des développements en cours dans tous les domaines relevant de la politique sociale et de santé.

L'Institut suédois de planification et de rationalisation des services sociaux et sanitaires (SPRI), géré conjointement par le gouvernement central et les conseils généraux, travaille sur les questions d'efficacité et de rationalisation des structures, assure des missions d'évaluation et finance des travaux de recherche-développement dans le domaine de l'administration des soins de santé. Le Conseil national pour l'évaluation des technologies de santé (SBU) est un autre organisme clé, associé au ministère de la santé ainsi qu'à l'Office national de la santé et du bien-être social. Il a pour mission de promouvoir des technologies de santé efficaces et rentables.

L'Office national des assurances sociales gère le système de sécurité sociale, qui couvre l'ensemble de la population suédoise ainsi que tous les étrangers résidant en Suède. Les cotisations sont payées par l'employeur; le complément est fourni par les subventions de l'État. La branche maladie de la sécurité sociale dispense essentiellement des prestations en nature. Le rôle de l'assurance maladie privée est marginal. Aucune enveloppe de prestations de base n'est définie. Les priorités nationales fixées en 1995 dans le domaine des services de santé s'appuient sur trois principes fondamentaux: les droits de la personne humaine, la justice distributive (solidarité) et la recherche de l'efficacité. Les conseils généraux sont par ailleurs libres de définir leurs propres priorités opérationnelles.

2. Financement

Les impôts prélevés par les conseils généraux couvrent la plus grande part (environ 65 %) des dépenses de santé. Le reste provient du système de sécurité sociale complété par des aides de l'État (18 %), de divers fonds publics (10 %), de l'assurance privée (3 %) et, dans une faible mesure (4 %),

de la participation aux coûts.

Le système national de sécurité sociale redistribue les ressources financières en direction des conseils généraux par deux canaux: d'une part, il alloue des subventions en fonction de l'activité sanitaire de chaque conseil; d'autre part, il assure le remboursement des prestataires de soins dentaires et de soins hospitaliers externes.

Jusqu'à une époque récente, les **hôpitaux** recevaient un budget annuel calculé pour couvrir les frais de personnel, de médicaments, de fournitures et d'équipement, les économies réalisées devant être réinvesties. Des budgets par service ou département clinique ont été établis durant les années 80. En 1998, les modes de financement adoptés par les conseils généraux et les municipalités étaient très variables. Plusieurs conseils ont introduit des contrats d'achat de soins prévoyant souvent un paiement prospectif par cas. Certains services sont remboursés à l'acte.

La majorité des **médecins** sont employés par les conseils généraux et travaillent en tant que salariés dans les hôpitaux ou les centres de soins primaires. Le salaire est fonction des qualifications et du temps de travail. Seule une faible proportion de médecins exerce en clientèle privée et est rémunérée à l'acte. La loi de 1993 sur la médecine privée prévoit la possibilité pour les praticiens de passer une convention avec la sécurité sociale et les conseils généraux en vue de dispenser des soins primaires à titre de médecin de premier recours ou "médecin de famille". Le dispositif est actuellement réexaminé, car il n'a pas été utilisé comme prévu et s'est traduit par une augmentation des renvois chez le spécialiste.

Les **médicaments** prescrits répertoriés sur une liste positive sont remboursés partiellement par le régime national d'assurance maladie. Le tarif de remboursement s'ajuste sur un prix de référence. Le copaiement est fixe et s'élève à 10 SEK par produit. Aucune participation aux coûts n'est exigée pour les médicaments prescrits aux patients hospitalisés.

Une participation modique est prévue lors des consultations dans les établissements publics ou chez les médecins privés associés au régime d'assurance maladie. Dans le cas des soins dentaires, la part des dépenses laissée à la charge des patients s'est développée progressivement.

3. Dépenses de santé

Les dépenses totales de santé ont grimpé de 4,7 % du PIB en 1960 à un niveau record de 9,6 % en 1982 {7,0 %}. Elles ont par la suite baissé pour s'établir à 7,2 % du PIB en 1995 {7,7 %}, soit 1 639 ECU par habitant {1 386,7}. La récente évolution à la baisse en pourcentage du PIB est assez atypique au sein de l'UE. L'écart entre les dépenses absolues (écus par habitant) et les dépenses relatives (proportionnellement à la richesse nationale) s'explique par la croissance économique. D'autre part, à la suite de la réforme "Ädel" de 1992, le financement et l'organisation des soins de longue durée et des services aux personnes âgées ont été transférés des comtés aux municipalités et, par là même, du secteur de la santé au secteur social. Le caractère fortement décentralisé du système de santé suédois ne facilite pas l'obtention de données cohérentes sur les dépenses. Les chiffres disponibles varient considérablement selon les sources.

Comme dans la majorité des autres États membres, le secteur hospitalier absorbe la plus large fraction des dépenses. La part des soins dentaires, estimée à 11,2 % en 1992, est relativement importante {11,2}.

Figure 18: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1970-1995) et ventilation des dépenses en 1992

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

L'autonomie des conseils généraux se traduit par une assez grande diversité dans l'organisation des soins et les modalités de prestation d'un comté à l'autre. Il est néanmoins possible de dégager de grandes lignes de convergence.

D'importants efforts ont été consentis ces dernières décennies pour améliorer et développer le secteur des **soins primaires**. Ceux-ci sont dispensés essentiellement par les centres de soins primaires (au nombre d'un millier dans tout le pays), organisés par district et gérés par les conseils généraux. Chaque district est également doté d'au moins une maison médicalisée pour les soins de longue durée. Les "médecins de district" exerçant dans les centres de soins, qui sont en majorité des généralistes (mais on rencontre également quelques spécialistes), dispensent des soins préventifs et curatifs. Il n'existe pas de système de recours contraignant à l'échelle nationale pour le renvoi aux services spécialisés ou aux établissements hospitaliers. Certains conseils confèrent au généraliste un rôle de médecin de premier recours ("médecin de famille").

L'accent est traditionnellement mis sur les services hospitaliers. Les patients accèdent librement aux centres de consultation externe des hôpitaux. La Suède est bien équipée en établissements hospitaliers et en lits. Les hôpitaux généraux se répartissent en 6 hôpitaux universitaires régionaux desservant chacun entre 1 et 1,5 million d'habitants, 20 hôpitaux de district et 54 hôpitaux locaux. Le nombre de lits d'hôpitaux est tombé à 6,3 pour 1 000 habitants en 1995 {6,9}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus s'établissait à 5,2 jours en 1995 {7,6}.

Le nombre de **médecins en exercice**, estimé à 30,3 pour 10 000 habitants en 1994, est supérieur à

la moyenne de l'UE {28}. La densité d'infirmières est largement supérieure à la moyenne européenne. Le nombre de dentistes est remarquablement élevé.

La part du personnel de santé dans la population active, estimée à 8,4 %, est relativement élevée par rapport à la moyenne de sept États membres {6,5 %}.

Tableau 22: Effectifs des professions de santé en Suède

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	30	28	1994
Généralistes	5	9	1994
Spécialistes et consultants	21	13	1994
Dentistes en exercice	10	6	1993
Infirmières diplômées	102	74	1993
Pharmaciens en exercice	7	7	1994

PRIORITÉS ACTUELLES

D'importants changements s'opèrent actuellement dans l'organisation et la structure des services de santé suédois. Les priorités liées à la décentralisation, à la planification des services à l'échelon du comté et au renforcement des soins primaires cèdent progressivement la place à une orientation vers le marché. La mise en place d'un marché interne en 1993, dans 13 des 26 comtés, a ouvert la voie à des modalités plus libérales de financement et de production des soins. Des contrats de fournitures de soins sont négociés entre acheteurs et prestataires. Ces dispositions tarifaires, jointes à une mise en concurrence (limitée) des prestataires de soins, constituent autant d'incitations à la productivité. Toutefois, pour ce qui est de la réduction de la capacité hospitalière et du transfert des ressources vers les soins externes et de longue durée, on estime que les conseils généraux qui ont conservé leur système budgétaire traditionnel ont une plus grande marge de manœuvre.

La reconfiguration structurelle du système suédois se résume pour l'heure à un agrégat de différentes mesures prises dans les 26 conseils généraux et des évolutions individuelles (en 1996, le marché interne comprenait 14 comtés).

C'est dans le comté de Stockholm que sont intervenus les changements les plus importants. L'objectif était d'accroître l'efficacité des services, de favoriser une orientation vers le marché, d'élargir le choix du consommateur et de réduire les listes d'attente. Le "modèle de Stockholm" s'articule ainsi autour de quatre axes:

1. l'introduction d'un nouveau système de remboursement pour les soins aigus (1992) et les services gériatriques des hôpitaux (1994), fondé sur les groupes homogènes de malades;
2. une possibilité de libre consultation moyennant une participation aux coûts plus élevée;

3. l'instauration d'un système centré autour du “médecin de famille” (1994), avec des taux de remboursement standardisés;
4. la séparation entre acheteurs et offreurs de soins, l'établissement de contrats de services et la mise en concurrence des prestataires.

La politique d'assurance qualité s'appuie sur les comités de qualité de l'Office médical et sanitaire ainsi que sur l'informatisation de l'information, obligatoire depuis 1994.

ROYAUME-UNI

SYNTHÈSE

Le National Health Service (NHS), considéré pendant des décennies comme “le plus beau fleuron” de l'État-providence au Royaume-Uni, fait office de modèle fondateur en ce qu'il a été le premier, lors de sa création en 1948, à instituer l'accès universel aux soins. Le NHS est un service public de santé financé essentiellement par l'impôt. Avec plus d'un million de salariés, c'est le plus gros employeur non militaire en Europe.

La gamme des services couverts dans le cadre du NHS est complète et l'accès aux soins est gratuit. L'organisation des soins s'est profondément transformée depuis 1990. Les changements majeurs concernent la séparation entre acheteurs et offreurs de soins et l'instauration d'un “marché interne” au sein du NHS. Les demandeurs qui interviennent sur ce marché sont les autorités sanitaires de district (DHA) et les médecins généralistes “gestionnaires de fonds” (*General Practitioner Fundholders*), qui achètent des soins aux trusts hospitaliers (fondations autonomes au sein du NHS) et aux centres de soins communautaires, pour le compte de leurs patients inscrits ou résidents. Ce système de négociation de contrats, introduit en 1991, exige des prestataires qu'ils assument de nouvelles fonctions, et notamment qu'ils développent des capacités de gestion. L'idée fondamentale à la base de cette réforme était de stimuler la concurrence entre prestataires de soins et d'introduire des modalités d'achat et de production de services de santé plus efficaces. Le document publié par le gouvernement britannique en 1992 sur “la santé de la nation” fait de l'amélioration des résultats de santé l'un des objectifs clés de la réforme.

La concentration sur les soins primaires et le rôle pivot du généraliste, point de passage obligé pour accéder aux soins secondaires, sont fréquemment cités comme des points forts du système britannique par rapport aux autres systèmes de santé en vigueur dans l'UE. Les indicateurs de santé affichent des valeurs relativement bonnes. La croissance des dépenses est remarquablement modérée en comparaison des tendances observées dans la plupart des autres États membres. Le niveau de financement des soins de santé, soumis à un rigoureux contrôle budgétaire central, fait toutefois l'objet d'incessants débats publics et politiques. Les critiques s'alimentent en particulier des faibles ressources consacrées aux soins secondaires qui apparaissent comme l'une des principales causes des longues listes d'attente dans les hôpitaux. Le problème des listes d'attente explique pour une bonne part le niveau de satisfaction relativement médiocre des Britanniques à

l'égard de leur système de santé, tel qu'il ressort d'une enquête menée en 1996²⁷. À de rares exceptions près, le système fonctionne correctement pour les maladies graves ou urgentes, mais moins bien pour les affections qualifiées de mineures (qui n'en sont pas moins pénibles pour les patients).

Les effets de la réforme de 1991 et de la création d'un marché interne au sein du NHS sont encore incertains et controversés. Aux yeux des responsables politiques, il apparaît désormais nécessaire d'entreprendre une évaluation approfondie et systématique de ces effets, afin de décider s'il convient de poursuivre dans cette direction ou d'explorer de nouvelles voies.

POPULATION ET ÉTAT DE SANTÉ

Le Royaume-Uni comptait en 1996 58 millions d'habitants, dont 25 % de jeunes de moins de 20 ans {24,6 %} et 15,8 % de personnes âgées de plus de 65 ans {15}. La proportion des plus de 75 ans, qui est déjà la deuxième la plus élevée de l'UE {6,1 %}, devrait atteindre 12,4 % en 2020 {8,9 %}. Le vieillissement de la population devrait exercer des pressions de plus en plus fortes sur le NHS.

Globalement, l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré au cours des dix dernières années, et la majorité des indicateurs de santé se situent dans la moyenne de l'UE.

L'espérance de vie à la naissance, qui a progressé pour les deux sexes à un rythme soutenu depuis une vingtaine d'années, s'établit à 79,3 ans pour les femmes {80,2} et à 74,4 ans pour les hommes {73,9}.

Le taux de mortalité standardisé s'élevait à 7,9 pour 1 000 habitants en 1993 {8,2}. La **mortalité infantile**, estimée à 6,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1996, est supérieure à la moyenne de l'UE {5,4}, de même que la **mortalité périnatale**, qui s'élevait à 8,9 pour 1 000 naissances totales en 1994 {7,5}.

Comme dans le reste de l'UE, les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les accidents avant l'âge de 35 ans. Les estimations concernant les **années potentielles de vie perdues** à cause des maladies cardio-vasculaires sont significatives (tableau 2).

L'incidence du **sida**, après une augmentation progressive entre 1982 et 1994, a diminué depuis pour s'établir à 24 nouveaux cas par million d'habitants en 1996 {42,7}.

L'indice DMF de santé dentaire chez les enfants de 12 ans, estimé à 3,1 en 1990, correspond à la moyenne de l'UE {3,1}.

La **consommation d'alcool**, qui s'élevait à 8,9 litres en 1990, est inférieure à la moyenne européenne {11,6}.

²⁷

Cf. Mossialos, 1997.

La **consommation de tabac** est largement inférieure à la moyenne de l'UE pour les hommes – 29 % de fumeurs en 1992 {37,7 %} –, tandis qu'elle est relativement élevée pour les femmes, avec un pourcentage de 28 % {25,1 %}.

Malgré une égalité de droit dans l'accès aux soins, les inégalités sociales, sur le plan de l'état de santé comme de la prise en charge, demeurent un problème.

FINANCEMENT ET ORGANISATION

1. Structure du système

Le secrétaire d'État à la santé est responsable devant le Parlement de l'offre de soins au sein du NHS. Le conseil de direction du NHS est lui-même responsable devant le secrétaire d'État de la fixation des objectifs et des priorités du NHS en accord avec la politique du gouvernement. Le conseil de direction distribue les fonds, dans le cadre d'un budget annuel, aux 106 autorités sanitaires de district (DHA), qui couvrent chacune entre 250 000 et 1 million d'habitants. Les DHA et les *General Practitioner Fundholders* (GPFH) gèrent des budgets intégrés pour l'achat de soins primaires et secondaires. Les trusts du NHS, institués en 1991, sont des établissements hospitaliers autonomes qui tirent leurs ressources de leurs activités. Les généralistes et les dentistes ont un statut d'indépendant sous contrat avec le NHS, mais un nombre croissant de dentistes n'acceptent que des patients privés.

Le Royaume-Uni comptait en 1997 463 trusts, couvrant plus de 1 600 hôpitaux et représentant la grande majorité des établissements hospitaliers, des services ambulanciers et des unités de soins communautaires au sein du NHS. Les trusts hospitaliers proposent leurs services dans le cadre de négociations de contrats avec les acheteurs de soins.

Malgré la très large prédominance du secteur public dans la production de soins, le système a toujours été assorti d'un secteur indépendant marginal, mais en expansion. Il se compose de toute une panoplie d'organismes privés, bénévoles ou caritatifs qui complètent le service national de santé non seulement dans les domaines bien couverts par le NHS, telle la chirurgie électorale, mais aussi dans les secteurs où cette couverture est limitée, en particulier les maisons médicalisées et les maisons de convalescence.

2. Financement

Le NHS est financé essentiellement par l'impôt (95 %) et d'autres contributions (5 %) dans le cadre d'un budget global établi par le ministère et soumis à l'approbation du Parlement. Il existe des dispositifs à base assurantielle liés à un petit secteur privé qui a connu un essor rapide au cours des années 80 et 90. En 1996, 9 % de la population avait souscrit un contrat privé de complémentaire maladie afin de couvrir les services hospitaliers spécialisés et éviter de longs délais d'attente pour les interventions non urgentes, compte tenu du problème des listes d'attente au sein du NHS. Pour

autant, l'assurance privée ne couvre que 3,5 % des dépenses, de sorte que le financement demeure presque entièrement concentré sur les services fournis à l'intérieur du NHS ou pour celui-ci. De plus, le nouveau gouvernement travailliste a supprimé en 1997 l'allégement fiscal en faveur de l'assurance maladie privée. La participation aux coûts a progressivement augmenté pour un certain nombre de médicaments ainsi que pour les soins dentaires et les examens de la vue, mais de nombreux patients sont exonérés (enfants, personnes âgées, femmes enceintes, demandeurs d'emploi, titulaires de minima sociaux...).

Les hôpitaux publics sont devenus des **trusts hospitaliers**, dont l'autonomie s'applique notamment à la politique menée en matière de personnel ainsi qu'à la négociation de contrats de services médicaux. Ils sont également en mesure d'acquérir ou de vendre des biens immobiliers ou fonciers, et de générer des ressources par de nouvelles voies. Les trusts négocient avec les acheteurs de soins les tarifs et l'éventail des services de santé fournis. Avant la réforme, les rémunérations du personnel clinique et non clinique étaient décidées au niveau central.

En 1997, 60 % du personnel travaillait dans le cadre des contrats de services conclus avec des trusts locaux. Le personnel hospitalier est salarié, mais nombre de médecins exercent parallèlement en clientèle privée.

Le système de rémunération des **généralistes** consiste en une combinaison complexe d'honoraires et d'allocations spécifiés dans leur contrat. L'essentiel de la rémunération est constitué par la capitation, en fonction du nombre de patients inscrits sur la liste du médecin. Elle est pondérée par des facteurs tels que l'âge des patients. Certains services (contraception, vaccination) sont payés à l'acte. Il existe également des primes d'encouragement, par exemple en cas de réalisation d'un objectif d'immunisation. Les généralistes gestionnaires de fonds (GPFH), qui représentaient environ la moitié des médecins généralistes en exercice en 1998, reçoivent une enveloppe budgétaire destinée à financer les soins primaires qu'ils dispensent dans leur cabinet ainsi que les soins secondaires et tertiaires qu'ils achètent pour le compte des patients inscrits sur leur liste. Les GPFH ne peuvent pas accroître leurs revenus, mais seulement réinvestir les économies réalisées. Quant aux **dentistes**, ils sont généralement rémunérés à l'acte.

Il existe une liste négative de **médicaments** non remboursables. Les prix sont fixés par l'industrie, mais le gouvernement central exerce un contrôle sur les bénéfiques. Les médicaments en vente libre sont payés dans leur intégralité par le patient; pour ce qui concerne les médicaments prescrits, la part laissée à la charge du patient représente en moyenne 24 % du prix du produit. Les exonérations sont nombreuses (cf. plus haut). Les contraceptifs sont gratuits. Les médicaments génériques font l'objet d'une intense promotion au Royaume-Uni. Les honoraires des pharmaciens sont négociés entre le gouvernement central et la profession.

3. Dépenses de santé

Soumises à un strict contrôle budgétaire au niveau central, les dépenses de santé ont progressé beaucoup plus lentement que dans d'autres pays de l'UE. Entre 1965 et 1995, elles sont passées de 4,1 % à 6,9 % du PIB, ce qui représente l'un des plus bas niveaux de l'UE {7,7 %}. Cela équivaut à 1 005 ECU par habitant {1 413}. Les dépenses en matière de soins primaires et secondaires sont contrôlées essentiellement à travers les enveloppes budgétaires allouées aux médecins généralistes et aux trusts hospitaliers.

Figure 19: Évolution des dépenses totales de santé en % du PIB (1960-1995) et ventilation des dépenses en 1995

INFRASTRUCTURE ET UTILISATION

Les soins primaires et secondaires sont fortement cloisonnés au Royaume-Uni. L'accès au spécialiste est conditionné par une consultation préalable auprès du généraliste. La quasi-totalité de la population est inscrite auprès d'un généraliste, qui exerce une médecine de premier recours et filtre les patients vers les spécialistes et les services hospitaliers. L'utilisation des services de santé varie considérablement selon les classes sociales et la situation géographique (zone urbaine vs zone rurale).

Le document publié en 1992 par le gouvernement britannique sur "la santé de la nation" range parmi les priorités de la **promotion de la santé** la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies mentales, l'infection par le VIH et le sida, et les accidents. La responsabilité de la promotion de la santé relève largement des autorités sanitaires de district. Les **programmes préventifs** (immunisation, dépistage des cancers, etc.) sont assurés par la médecine scolaire, les médecins des services communautaires et les généralistes.

La majorité des **lits d'hôpitaux** sont fournis par le NHS; la part du secteur privé se limite à 6 % des lits en soins aigus. Le développement des services communautaires, qui se substituent aux hôpitaux pour la prise en charge des patients atteints d'affections chroniques, explique la diminution du nombre de lits d'hôpitaux, qui est passée de 2,7 pour 1 000 habitants en 1985 à 2,1 en 1994 {4,7}. La **durée moyenne de séjour** en soins aigus, estimée à 4,8 jours en 1994, est la plus courte de l'UE {7,6}. Le **taux d'admission** est passé de 13,6 % en 1985 à 19,9 % en 1994 {16,7 %}.

La Charte du patient hospitalisé, promulguée en 1992, définit les droits essentiels des patients ainsi que des objectifs en matière de soins et de traitement, afin que les hôpitaux et les services communautaires soient davantage centrés sur le patient et prennent mieux en compte les besoins locaux. Il semble que les listes d'attente ont diminué au cours des cinq dernières années.

Le nombre de **médecins en exercice**, estimé à 15,6 pour 10 000 habitants en 1994, est très inférieur à la moyenne de l'UE {28,1}. Toutes les professions de santé sont du reste concernées par le manque de personnel.

Tableau 23: Effectifs des professions de santé au Royaume-Uni

Professionnels de santé	Densité pour 10 000 habitants	Moyenne UE	Année
Médecins en exercice	16	28	1994
Généralistes	6	8	1994
Spécialistes et consultants	n.d.	13	1994
Dentistes en exercice	4	6	1994
Infirmières diplômées	n.d.	87	1994
Pharmaciens en exercice	6	7	1993

PRIORITÉS ACTUELLES

La grande réforme du NHS a été lancée au début de 1991. Le débat sur les effets du marché interne se poursuit à l'heure actuelle. La réforme était entièrement achevée en 1996, mais il est encore trop tôt pour évaluer son impact effectif, car l'observation est entravée par les fréquents changements intervenus, y compris le changement de gouvernement en 1997. L'introduction de mécanismes de marché et la mise en concurrence des prestataires devraient théoriquement se traduire par des gains d'efficacité, mais ceux-ci pourraient se voir neutralisés par la hausse des coûts de transaction. Pour réduire ces coûts, il serait nécessaire de s'attaquer aux insuffisances des systèmes de gestion et d'information, non seulement sur le plan de l'infrastructure technique, mais aussi du point de vue de la formation des médecins et des autres professions de santé. Il faudrait également procéder à une évaluation approfondie des ressources utilisées, des résultats de santé et du niveau de satisfaction des usagers. Malheureusement, le débat public, du moins dans la presse, se focalise sur la longueur des listes d'attente pour les interventions non urgentes. Or, non seulement ce n'est pas un critère

adéquat pour juger du bon ou du mauvais fonctionnement du système, mais il est carrément trompeur, dans la mesure où les listes d'attente tendent à s'allonger lorsque les ressources augmentent, et non pas le contraire. Les interventions “poussées par la technologie”, telles que les prothèses de la hanche pour les personnes âgées, en sont un exemple classique. Lorsque les ressources sont abondantes, les généralistes ont tendance à mettre les patients âgés sur la liste pour cette opération, alors qu'ils ne le feraient pas en situation de contraction ou de pénurie. Autrement dit, la “liste d'attente” s'allonge parce que les chances d'être opéré sont bonnes. La volonté de réduire les listes d'attente en injectant plus d'argent et de moyens risque ainsi de produire l'effet inverse de celui escompté.

L'un des principaux objectifs de la réforme du NHS était d'améliorer la qualité des services de santé aux yeux de l'utilisateur, mais celui-ci n'a toujours guère de prise sur le système. Les acheteurs suivent l'évolution des pratiques cliniques et les soumettent à des contrôles, tandis que le ministère de la santé diffuse des normes nationales. Suivant une tendance qui se généralise à l'échelle internationale, des institutions scientifiques de premier plan jouent un rôle croissant dans le développement de lignes directrices et de normes de bonnes pratiques médicales. Ainsi, la Cochrane Collaboration coordonne des analyses systématiques d'essais randomisés contrôlés, des lignes directrices sont établies sur la base de données cliniques confirmées, selon l'approche de la médecine factuelle (*Evidence-Based Medicine*), et diverses institutions universitaires ou ministérielles s'attachent à promouvoir l'évaluation des technologies de santé.

Paru en 1997, le livre blanc du gouvernement travailliste prévoit de nouvelles orientations pour le NHS. Le marché interne sera remplacé par un système de soins intégrés. L'unité de base du système sera le “groupe de soins primaires”, équipe formée de généralistes et d'infirmières communautaires qui est destinée à remplacer le GPFH individuel et qui assumera des responsabilités budgétaires sous le contrôle de l'autorité sanitaire de district. Un système d'information médicale communautaire fonctionnant 24 heures sur 24 a été introduit en 1998. De nouveaux liens électroniques sont prévus entre les généralistes, les pharmaciens et les hôpitaux. Les modalités de financement et les dispositions contractuelles porteront sur une période plus longue (3 à 5 ans) que ne le prévoyaient les accords du marché interne.

Il est projeté de créer un “Institut national de l'excellence clinique”, chargé de définir des normes de service à l'échelle nationale, ainsi qu'une “Commission pour l'amélioration de la santé”, qui contrôlera les performances des services cliniques.

Les plans de rationalisation des structures hospitalières ont suscité de nombreuses controverses, surtout pour ce qui concerne les grandes villes (et Londres au premier chef), qui souffrent de la vétusté d'un parc hospitalier créé au 19^e siècle et qui a grand besoin d'une restructuration destinée à l'adapter à l'évolution démographique et sociale ainsi qu'aux nouvelles technologies médicales.

TABLEAU SYNOPTIQUE

PAYS	ORGANISATION	ÉTAT DE SANTÉ	DÉPENSES	FINANCEMENT	HÔPITAUX	SOINS PRIMAIRES	MÉDECINS
AUTRICHE	Assurance maladie obligatoire, gamme complète de services couverts.	Indicateurs de santé proches de la moyenne de l'UE.	Dépenses élevées, dans l'absolu (par habitant) comme en pourcentage du PIB (7,7 %).	Part prédominante du régime légal d'assurance maladie, mais la contribution de l'assurance privée est significative.	Capacité hospitalière élevée. Le secteur public fournit la majorité des lits.	Praticiens indépendants exerçant dans les hôpitaux ou les cliniques spécialisées.	La majorité exerce en clientèle privée, mais sous contrat avec les caisses d'assurance maladie.
BELGIQUE	Assurance maladie obligatoire pour les risques majeurs.	Indicateurs de santé proches de la moyenne de l'UE.	Dépenses élevées, dans l'absolu comme en pourcentage du PIB (8 %).	Cotisations d'assurance maladie complétées par d'importantes subventions de l'État.	Parc hospitalier dominé par les établissements privés ou les fondations autonomes à but non lucratif.	Généralistes exerçant en cabinet individuel et rémunérés à l'acte.	Majoritairement indépendants. Forte densité médicale.
DANEMARK	Service national de santé financé par l'impôt.	Certains indicateurs de santé sont défavorables, notamment pour les femmes.	Niveau élevé des dépenses par habitant, mais faible ratio par rapport au PIB (6,5 %).	Système financé à 85 % par l'impôt, le reste étant tiré de la participation des patients aux coûts.	Gestion largement décentralisée: la quasi-totalité du secteur hospitalier relève de la responsabilité des comtés.	Généralistes indépendants exerçant en cabinet individuel ou de groupe.	La majorité des spécialistes sont salariés.
FINLANDE	Service national de santé, désengagement progressif de l'État et transfert du pouvoir de décision au niveau local.	Certains indicateurs de santé sont défavorables par rapport aux normes européennes. Forte incidence des maladies cardio-vasculaires.	Niveau élevé des dépenses par habitant, mais moyen en pourcentage du PIB (7,5 %).	Fiscalité centrale et locale (à peu près à parts égales), complétée par le régime national d'assurance maladie et la participation aux coûts.	Grande capacité hospitalière, taux d'admission élevé et durée moyenne de séjour relativement courte.	Réseau complet de centres de santé locaux, forte concentration sur les soins préventifs.	La majorité des médecins sont des agents publics, mais il existe aussi une médecine privée dont la part n'est pas négligeable.

FRANCE	Assurance maladie obligatoire couvrant la quasi-totalité de la population.	Espérance de vie très élevée, en particulier pour les femmes. Faible incidence des maladies du cœur. Possiblement lié à des facteurs diététiques.	Dépenses élevées, dans l'absolu (1 999 ECU par habitant) comme en pourcentage du PIB (9,3 %).	Cotisations aux caisses d'assurance maladie et participation aux coûts	Important secteur hospitalier privé, mais le secteur public demeure prédominant.	Généralistes exerçant à titre libéral, sauf dans les centres de soins municipaux.	Praticiens majoritairement indépendants. Densité médicale proche de la moyenne européenne.
ALLEMAGNE	Nombreuses caisses d'assurance maladie, secteur privé important.	Forte proportion de personnes âgées. Faibles taux de mortalité infantile et périnatale.	Dépenses très élevées: 2 362 ECU par habitant et 10,4 % du PIB.	Cotisations obligatoires et volontaires au régime maladie, seuls 21 % des recettes sont générés par l'impôt.	Plus de 50 % des hôpitaux sont des établissements privés ou des fondations autonomes à but non lucratif.	Large éventail de services assurés par des praticiens indépendants exerçant en cabinet individuel. Strictement séparés des services hospitaliers.	Forte densité médicale, entraînant des problèmes de surcapacité et de chômage.
GRÈCE	Assurance maladie obligatoire, service national de santé, secteur privé important.	Fort taux de mortalité infantile. Espérance de vie remarquablement élevée par ailleurs.	Dépenses très faibles par rapport aux normes européennes: 483 ECU par habitant et 5,8 % du PIB.	La part du secteur privé est substantielle, et il existe un important marché parallèle.	Les hôpitaux privés sont nombreux, mais ils ne représentent que 20 % des admissions.	Coexistence de centres sanitaires publics et de généralistes exerçant en clientèle privée.	Médecins salariés du secteur public. Très forte densité médicale.
IRLANDE	Service national de santé et système volontaire de complémentaire maladie.	Population jeune avec une espérance de vie relativement faible.	Ratio par rapport au PIB proche de la moyenne, mais seulement 733 ECU par habitant.	Financement dominé par l'impôt; une faible part des recettes provient de l'assurance.	Secteur hospitalier majoritairement public, mais tendance à l'autonomisation.	Généralistes indépendants exerçant en cabinet individuel ou de groupe.	Médecins salariés dans les hôpitaux publics. Faible densité médicale.
ITALIE	Service national de santé basé sur l'assurance maladie obligatoire.	Espérance de vie élevée et faible incidence des maladies du cœur. Possiblement lié à des facteurs diététiques.	Niveaux proches des moyennes de l'UE: 1 340 ECU par habitant et 8,3 % du PIB.	Fiscalité et cotisations sociales à peu près à parts égales.	Secteur hospitalier majoritairement public, mais présence d'un secteur privé assez important, en particulier dans le sud.	Généralistes indépendants ou employés par les unités sanitaires locales.	Données controversées. Le volume de l'offre est faible par rapport aux normes européennes.

LUXEMBOUR G	Assurance maladie obligatoire.	Indicateurs de santé souvent défavorables par rapport aux normes européennes, en particulier pour les hommes.	Niveau élevé des dépenses par habitant, mais moyen en pourcentage du PIB.	Cotisations sociales complétées par des subventions de l'État (à raison de 27 %).	Secteur hospitalier partagé entre établissements publics et établissements autonomes à but non lucratif.	Généralistes indépendants exerçant en cabinet individuel.	La quasi-totalité des praticiens sont indépendants.
PAYS-BAS	Système complexe d'assurance publique et privée, mais qui évolue vers un régime national.	Proportion relativement faible de personnes âgées. Indicateurs de santé globalement favorables.	Niveaux légèrement supérieurs aux moyennes de l'UE: 1 711 ECU par habitant et 8,6 % du PIB.	Cotisations sociales complétées par l'assurance volontaire ou privée.	Secteur hospitalier dominé par les établissements privés à but non lucratif.	Généralistes indépendants travaillant pour une large part dans des cabinets de groupe ou des centres de santé.	La majorité des praticiens sont indépendants.
PORTUGAL	Service national de santé basé sur l'impôt et l'assurance maladie obligatoire.	Mortalité infantile élevée et espérance de vie relativement faible.	Dépenses faibles dans l'absolu, mais supérieures à la moyenne de l'UE en pourcentage du PIB.	Fiscalité et cotisations sociales. Secteur privé marginal.	Secteur hospitalier majoritairement public. Capacité hospitalière plutôt faible.	Centres de santé majoritairement publics, dans lesquels les médecins sont salariés.	Volume de l'offre globalement satisfaisant, sauf dans certaines spécialités.
ESPAGNE	Service national de santé à l'état embryonnaire. Fiscalisation combinée avec l'assurance maladie.	Indicateurs de santé globalement favorables, en particulier pour les femmes. Possiblement lié à des facteurs diététiques.	Dépenses faibles dans l'absolu (894 ECU par habitant), mais proches de la moyenne de l'UE en pourcentage du PIB (7,6 %).	Financement dominé par l'impôt; une part relativement faible provient des cotisations sociales.	Plus de 50 % des hôpitaux sont des établissements autonomes à but non lucratif.	La majorité des généralistes exercent dans des centres de soins desservant des zones géographiques déterminées.	Médecins salariés. Densité médicale élevée dans presque tous les domaines.
SUÈDE	Service national de santé fortement décentralisé, important contrôle démocratique local.	Espérance de vie élevée et indicateurs très favorables, sauf en ce qui concerne l'incidence des maladies cardiovasculaires, proche de la moyenne de l'UE. Très forte proportion de personnes âgées.	Transfert récent de certaines dépenses au secteur social et diminution du ratio par rapport au PIB (7,2 %).	Prédominance de la fiscalité locale, complétée par des fonds publics et des cotisations patronales au régime national d'assurance sociale.	Bonne capacité hospitalière, taux d'admission élevé et durée moyenne de séjour relativement courte.	Maillon faible du système. Soins dispensés principalement dans des centres de santé. D'importants efforts ont été déployés récemment pour renforcer le secteur.	Médecins salariés du secteur public. L'offre se caractérise par une surabondance de spécialistes et une pénurie de généralistes.

ROYAUME- UNI	Service national de santé financé par l'impôt.	Forte proportion de personnes âgées. Certains indicateurs de santé sont défavorables par rapport aux normes européennes, ce qui est peut-être dû à des facteurs diététiques.	Niveaux inférieurs aux moyennes de l'UE: 1 005 ECU par habitant et 6,3 % du PIB.	Financement dominé par l'impôt. Secteur privé assez restreint.	Transformation des hôpitaux publics en établissements autonomes (trusts).	Généralistes indépendants exerçant principalement en cabinet de groupe.	Médecins salariés dans les hôpitaux. Densité médicale très inférieure à la moyenne de l'UE.
-----------------	--	--	--	--	---	---	---

GLOSSAIRE

Années potentielles de vie perdues: mesure des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée.

Assurance maladie obligatoire: assurance maladie instituée dans le cadre d'un régime public obligatoire et essentiellement financée par les employeurs et les salariés. Les cotisations sont généralement fonction des revenus.

Assurance maladie volontaire: assurance maladie souscrite et payée par les individus de leur propre initiative, ou par les employeurs au nom de leurs salariés et avec leur accord. Elle est proposée par des organismes privés ou publics (OCDE).

Les assurances complémentaires portent sur des services non couverts par le régime de base de l'affilié. Les assurances personnelles sont souscrites par les individus qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire.

Assurance privée: assurance volontaire souscrite auprès d'un assureur privé.

Assurance sociale: mécanisme de protection contre les risques sociaux, notamment le risque santé. L'assurance sociale, dont le cadre est fixé par l'État, est obligatoire pour l'ensemble de la population (couverture universelle) ou pour une partie de la population – par exemple, un ensemble de catégories socioprofessionnelles, ou encore les catégories dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond – (couverture quasi universelle). Elle est généralement financée par des cotisations relatives aux revenus, et administrée par une ou plusieurs caisses de sécurité sociale.

Barème des prestations: liste des prestations versées pour les services de santé couverts dans le cadre d'une formule d'assurance maladie.

Barèmes des honoraires: liste d'honoraires agréés ou de tarifs de convention correspondant à des services déterminés.

Budget fixe: plafond de dépenses fixe.

Budget flexible: plafond de dépenses adaptable aux variations du volume des services.

Coassurance (copaiement): fraction des dépenses de santé laissée à la charge du patient. Par exemple, une coassurance de 10 % signifie que 90 % de la facture sera payée par l'assureur, et 10 % par le patient.

Concurrence organisée: concurrence régulée par les pouvoirs publics au sein d'un marché de soins.

Concurrence: rivalité par les prix ou par les performances (par exemple, gamme des services délivrés ou assurés) entre offreurs de soins (prestataires) ou entre acheteurs (assureurs).

Consommation d'alcool: la consommation annuelle d'alcool est exprimée en litres d'alcool par habitant (population âgée de plus de 15 ans). L'estimation de la consommation de bière, de vin et de spiritueux est convertie en litres d'équivalent alcool et divisée par l'effectif de la population âgée de plus de 15 ans. Le facteur de conversion en équivalent alcool pur s'établit à 4-5 % pour la bière, 11-16 % pour le vin et 40 % pour les spiritueux. Ainsi, une consommation d'alcool de 12 litres par

an correspond à quelque 85 litres de vin, soit environ un verre par jour. Pour la bière, cela correspond à 240 litres par an, soit plus d'un demi-litre par jour. Pour les spiritueux, cela revient à 30 litres par an, soit une demi-bouteille par semaine. Bien entendu, dans la réalité, la consommation porterait sur un mélange de boissons alcooliques.

Copaiement: (voir *coassurance*) montant prédéterminé qui reste à la charge du patient pour chaque service reçu dans le cadre des soins ambulatoires ou d'une hospitalisation.

Cotisation: mode de financement de l'assurance maladie obligatoire, essentiellement à la charge des employeurs et des assurés sociaux. Les cotisations sont souvent proportionnelles aux revenus, l'assiette des prélèvements étant assortie d'un plancher et d'un plafond (OCDE).

Coût-efficacité: qualifie la recherche du meilleur résultat possible – par exemple, un bon état de santé de la population – pour un coût donné.

Démographie: étude des populations humaines dans leurs structures fondamentales (âge, sexe, etc.) et leur évolution.

Dépenses: sommes employées sur une période donnée, mesurées à prix constants ou à prix courants (MEMPHIS).

Dépenses individuelles courantes: dépenses de santé que les usagers paient de leur poche; elles ne sont pas nécessairement prédéterminées par le prix.

Droits (à prestation): droits ouverts à un ensemble défini de prestations.

Efficacité clinique: capacité clinique de guérir ou de traiter efficacement une maladie dans des conditions expérimentales de référence (par exemple, dans les conditions des essais cliniques, par opposition à l'efficacité empirique).

Efficacité: rapprochement des résultats obtenus, par exemple par un traitement, et des objectifs fixés.

Efficience: rapport entre les moyens employés, par exemple les ressources financières consacrées à la santé, et les résultats obtenus, par exemple le nombre de cas traités.

Enveloppe des prestations: ensemble des services garantis par une assurance.

Enveloppe globale: volume maximal des dépenses de soins autorisées. Synonymes: budget global, dotation globale.

Équité: objectif complexe des politiques et des dispositifs de santé en matière de financement et d'accès aux soins. Dans la présente étude, l'équité renvoie essentiellement à l'égalité d'accès aux soins, indépendamment des ressources dont disposent les individus, de la probabilité individuelle de réalisation d'un risque santé, et des caractéristiques personnelles telles que l'âge et le sexe.

Espérance de vie: nombre d'années à vivre en moyenne, calculé sur la base d'une génération fictive en tenant compte des conditions de mortalité de la période considérée (OCDE).

Évaluation des technologies de santé: analyse et évaluation des technologies médicales existantes et émergentes (dispositifs, équipements, procédures, services, médicaments, etc.) du point de vue de leurs conséquences médicales, économiques, sociales et éthiques.

Externalisation: contrat de sous-traitance ou d'impartition par lequel une institution publique centrale, qui assure le financement, confie à un organisme privé la prestation de soins de santé.

Franchise: montant déduit de la prestation d'assurance versée, et qui reste à la charge de l'assuré.

General Practitioner Fundholder (GPFH): au Royaume-Uni, médecin généraliste auquel est alloué un budget pour la gestion d'un ensemble délimité de services de santé à l'intention des patients inscrits sur sa liste. En règle générale, le GPFH assure lui-même les soins primaires et négocie l'achat de soins secondaires auprès des spécialistes et des hôpitaux.

Groupes homogènes de malades (GHM): classement des patients par groupes en fonction d'un diagnostic identique ou similaire, en postulant un coût standardisé pour les soins de santé dispensés aux patients d'un même groupe. Les GHM s'appliquent généralement aux patients hospitalisés et sont utilisés dans le cadre du remboursement des soins. Cette méthode de rétribution des soins hospitaliers fondée sur le diagnostic s'oppose à d'autres modes de financement tels que le prix de journée ou le paiement à l'acte.

Maîtrise des dépenses: politique visant à juguler la croissance des dépenses de santé en les maintenant à un niveau considéré comme acceptable (volume fixe, pourcentage stable du PIB, etc.).

Médecin de premier recours: médecin généraliste du type "médecin de famille" qui fait office de "portier" (*gatekeeper*) du système de santé en adressant ses patients aux spécialistes et aux hôpitaux, qui ne leur sont pas directement accessibles (sauf en cas d'urgence).

Modèle Beveridge: modèle d'organisation du secteur de la santé fondé sur un service national de santé, caractérisé par un financement largement appuyé sur l'impôt et une offre de soins placée sous la tutelle d'une institution publique centrale.

Modèle Bismarck: modèle de sécurité sociale fondé sur l'assurance maladie obligatoire et géré par des caisses maladie éventuellement indépendantes de l'État.

Morbidité: nombre d'individus touchés par une maladie ou atteints d'invalidité dans une population déterminée et pendant une période donnée; la morbidité est généralement exprimée sous la forme d'un taux pour 1 000.

Mortalité infantile: nombre des décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes.

Mortalité par chutes accidentelles: taux calculé en divisant le nombre de décès par chutes accidentelles par la population totale et en le multipliant par 100 000 (OCDE).

Mortalité périnatale: nombre des enfants mort-nés et des enfants morts dans leur première semaine de vie pour 1 000 naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances) (OMS).

Mortalité: rapport des décès dans une population, dans une période donnée, à l'effectif moyen de cette population; la mortalité est généralement exprimée sous la forme d'un taux pour 1 000.

Mutuelles/Mutualités: en France et en Belgique, organismes d'assurance maladie autonomes sans but lucratif.

Paiement à l'acte: mode de rémunération des prestataires de soins de santé fondé sur le paiement de chaque acte ou service individuel dispensé.

Paiement par capitation: système de rémunération des prestataires de soins reposant sur l'attribution d'un forfait par patient inscrit, sur la base d'un ensemble déterminé de services, indépendamment de l'utilisation de ces services.

Paiement prospectif: paiement fixé d'avance en anticipant sur des services ou un nombre de

patients traités, par opposition à la méthode rétrospective du remboursement.

Participation aux coûts: disposition d'un système d'assurance maladie ou de "tiers-payeur" en vertu de laquelle l'assuré doit supporter une partie du coût des soins médicaux qu'il reçoit. Cette participation, à distinguer de la cotisation, peut revêtir la forme d'une franchise, d'un copaiement ou d'une coassurance (ticket modérateur).

Prestataire sous contrat: implique généralement la rémunération directe du prestataire de soins par un tiers – "l'acheteur" de soins, l'assureur –, aux termes d'un contrat conclu entre les deux parties. Le patient reçoit des prestations en nature, souvent sans qu'il ait rien à déboursier.

Population non assurée: ensemble des individus qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation à un régime obligatoire et qui ne sont pas non plus couverts par une assurance maladie volontaire.

Prestation: service ou versement auquel a droit tout individu couvert par un système de sécurité sociale. En assurance maladie, il peut s'agir d'une prestation monétaire ou d'une prestation en nature, selon les risques médicaux couverts par le système de protection ou le régime assurantiel en question (OCDE).

Prime: dans le cadre d'une assurance volontaire, somme payée par l'assuré, relative aux risques encourus, sur une base forfaitaire individuelle ou sur une base mutualiste.

Prix de référence: plafond de remboursement garanti par un tiers-payeur pour un produit identique ou similaire (il s'agit essentiellement de médicaments). Si le prix effectif dépasse le prix de référence, la différence est à la charge du patient.

Soins de longue durée: services médicaux et infirmiers dispensés aux patients atteints d'une maladie chronique ou d'invalidité.

Prix de journée: dans le cadre d'une hospitalisation, forfait journalier par lit occupé.

Remboursement: (1) méthode rétrospective de rémunération des prestataires de soins, à la suite des services dispensés; (2) indemnisation versée au patient par une tierce partie, une fois que le patient a payé la facture initiale.

Résultats de santé: modifications de l'état de santé en conséquence de la prestation de soins.

Secteur privé de la santé: renvoie au financement privé des services de santé aussi bien qu'à l'offre de soins privée.

Secteur public de la santé: renvoie par définition à l'administration publique, mais aussi, dans le présent document, au financement ou à la prestation des soins de santé, car, dans l'Union européenne, un système de santé est considéré comme fondamentalement "public" dès lors que les services sont financés, mais pas nécessairement dispensés, par les pouvoirs publics.

Service national de santé: système de sécurité sociale dans lequel le financement et l'offre de soins relèvent essentiellement des pouvoirs publics.

Soins ambulatoires: dans le présent document, ce terme renvoie à l'ensemble des soins de santé à l'exception des soins délivrés aux patients hospitalisés.

Soins de santé: englobe tous les services dispensés par des professionnels de santé ou des membres des professions paramédicales, ayant une incidence sur l'état de santé.

Soins externes: soins de santé dispensés en médecine ambulatoire, essentiellement dans les

cabinets médicaux ou dans les services de consultation externe des hôpitaux.

Soins internes: soins de santé dispensés à l'hôpital à la suite de l'admission du patient.

Soins primaires: services médicaux de base constituant théoriquement le premier niveau de contact du patient avec le système de santé. Dans l'Union européenne, les soins primaires sont généralement dispensés dans un cadre ambulatoire (consultations en cabinet ou à l'hôpital).

Soins secondaires: soins spécialisés dispensés à l'hôpital ou chez un spécialiste, normalement à la suite d'un premier contact du patient avec les services de soins primaires.

Taux de mortalité standardisé: taux de mortalité pondéré en recourant à une population type, en l'occurrence la structure par âge de la région Europe (OMS).

Ticket modérateur: système de coassurance en vigueur en France et en Belgique.

Tiers-payeur: organisme public ou privé responsable de l'administration des flux financiers entre le patient et le prestataire de soins. L'organisme prélève des cotisations ou des primes auprès des bénéficiaires pour redistribuer des prestations liées aux services de santé utilisés, selon des modalités de paiement prospectives ou rétrospectives.

Utilisation: taux d'utilisation effective des services de santé, généralement pour 1 000 habitants, par an ou par mois.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

A. BASES DE DONNÉES

ÉCO-SANTÉ OCDE (1997), version 3.0 sur disquettes, OCDE/CREDES, Paris.

OMS- Base de données "Health for All" (version en ligne de 1997), Organisation mondiale de la santé, Copenhague.

B. PUBLICATIONS GÉNÉRALES

Abel-Smith, B. (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, Longman, Londres.

Abel-Smith, A., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995), *Choices in Health Policy - an Agenda for the European Union*, European Political Economy, Dartmouth.

Abel-Smith, B., Mossialos, E. (1994), *Cost Containment and Health Care Reform. A Study of the European Union*, LSE Health, Occasion Paper in Health Policy No. 2, The London School of Economics and Political Science.

Alban, A., Christiansen, T. (eds) (1995), *The Nordic lights: new initiatives in health care systems*, University Press, Odense.

Commission des Communautés européennes (1993), *Communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique*, COM (93)0559, Bruxelles.

Elola, J. (1996), *Health care system reforms in Western European countries: the relevance of health care organization*, International Journal of Health Services 26(2), p. 239-251.

Garcia-Barbero, M., Goicoechea, J. (1997), *Health Care Delivery Profiles and Innovations in selected European countries*, OMS, Bureau régional de l'Europe.

Gerdtham, U. G. (1992), *Pooling international health care expenditure data*, Health Economics 1(4), p. 217-31.

Honigsbaum, F. (1995), *Priority Setting in Action*, Oxford, Radcliffe Medical Press, Oxford.

Jerome-Forget, M., White, J., Wiener, J. M. (1995), *Health Care Reform through Internal Markets*, The Institute for Research on Public Policy, Montréal.

Lázaro, P., Fitch, K. (1995), *The distribution of "big ticket" medical technologies in OECD countries*, International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(3), p. 552-570.

Leidl, R. (1998), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam.

Lenaghan, J. (ed.) (1997), *Hard Choices in Health Care*, BMJ Publishing Group, Londres.

McKee, M., Mossialos, E., Belcher, P. (1996), *The influence of European law on national health policy*, Journal of European Social Policy 6(4), p. 263-286.

Mossialos, E. (1997), *Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union*, Health Economics 6(2) p. 109-116.

Murillo, C., Piatecki, C., Saez, M. (1993), *Health care expenditure and income in Europe*, Health Economics 2(2), p. 127-128.

OCDE (1992), *La réforme des systemes de sante: Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Études de politique de sante n° 2, OCDE, Paris.

OCDE (1994), *La réforme des systemes de sante: Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Études de politique de sante n° 5, OCDE, Paris.

OCDE (1995), *Nouvelles orientations dans la politique de sante*, Études de politique de sante n° 7, OCDE, Paris.

OCDE (1996), *La réforme des systemes de sante: La volonté de changement*, Études de politique de sante n° 8, Credes, OCDE, Paris.

Parlement européen, Direction générale IV - Études (1994), *Analysis of Issues and Trends in the EU Pharmaceutical Sector*, Environment, Public Health and Consumer Protection Series E-1, Chambers, G. R. (ed.).

Rosleff, F., Lister, G. (1995), *European healthcare trends: towards managed care in Europe*, Coopers and Lybrand, Londres.

Saltmann, R. B., Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, n° 72, Copenhague.

Saltmann, R. B., Von Otter, C. (eds) (1995), *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*, Open University Press, Buckingham.

Sassi, F., Abel-Smith B., Mossialos, E. (1995), *Economic Implications and Need for Assessment of New Medical Technology in the European Union*, STOA, Parlement européen, Luxembourg.

Schaapveld, K., Chorus, A. M. J., Perenboom, R. J. M. (1995), *The European health potential: what can we learn from each other?* Health Policy 33(3), p. 205-217.

Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofman, U., Huber, M., Köse, A., Sommer, J. H. (1995), *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg.

Schwartz, F. W., Glennester, H., Saltman, R. B., Busse, R. (eds) (1996), *Fixing Health Budgets*, John Wiley & Sons, Chichester.

Sheaff, R. (1994), *What kind of healthcare 'internal market'?* International Journal of Health Planning and

Management 1(9), p. 5-24.

Taylor-Goodby, P. (1996), *The future of health care in six European countries: the view of policy elites*, International Journal of Health Services 26(2), p. 203-219.

Walker, A., Alber, J., Guillemard, A. M. (1994), *Older People in Europe. Social and Economic Policies*, Commission des Communautés européennes, Bruxelles.

Wiley, M. M. (1996), *The acute hospital sector in selected OECD countries: an analysis of expenditure and utilization*. World Hospital Health Services 32(1), p. 5-13.

C. MONOGRAPHIES

Allemagne

Beske, F., Brecht, J. G., Reinkemeier, A. M. (1995), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, Deutscher Ärzteverlag, (2^e édition), Cologne.

Bundesministerium für Gesundheit (1997), *Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997*, Nomos, Baden-Baden.

Busse, R., Schwartz, F. W. (1997), *Financing reforms in the German hospital sector - From full cost cover principle to prospective case fees*, Med.Care 35(10), OS40-OS49.

Busse, R., Schwartz, F. W. (1998), "Decision-Making and Priority-Setting in Public Health and Health Care in Germany" in Holland, W. W., Mossialos, E., Belcher, P., Merkel, B. (eds), *Public Health Decisions: Methods of Priority Setting in the EU Member States*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Henke, K. D., Ade, C., Murray, M. A. (1994), *The German health care system: structure and changes*, Journal of Clinical Anaesthesiology 6(3), p. 252-262.

McKee, M., Chenet, L., Fulop, N. et al. (1996), *Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West*, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4(3), p. 214-224.

Mielck, A. (1994), *Krankheit und Ungleichheit. Ergebnisse der Sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*, Leske & Budrich, Opladen.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band I, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Nomos, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998), *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Nomos, Baden-Baden.

Schulenburg, J. M., Graf, v.d. (1994), *Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. A German perspective*, Social Science Medicine 39(10), p. 1473-1481.

Statistisches Bundesamt (1996), *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1994*, Gesundheitswesen, Reihe 6.1, Metzler Poeschel, Stuttgart.

United States General Accounting Office (1993), *1993 German Health Care Reforms - new cost control initiatives*, GAO/HRD-93-103, Washington.

Autriche

Bennett, C. L., Schwarz, B., Marberger, M. (1993), *Health care in Austria. Universal access, national health insurance, and private health care*, JAMA 269(21), p. 2789-2794.

Hofmarcher, M. M. (1998), *Hospital reform in Austria*, Eurohealth 4(1), p. 25-27.

Pfeiffer, K. P. (1996), "The possible effects of a new hospital financing system in Austria" in, Schwartz, F.W., Glennester, H., Saltman, R. B., Busse, R. (eds.), *Fixing Health Budget*, John Wiley & Sons, Chichester.

Radosch, U. (1995), *Provision of health care services in Austria. A time series approach*, Health Economics 4(6), p. 479-83.

Belgique

De Graeve, D., Carrin, G., Janssen, I. (1995), *Belgium: an overview of physician manpower policy issues*. Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 209-220.

Nonneman, W., van Doerslaer, E. (1994), *The role of the sickness funds in the Belgian health care market*, Social Science Medicine 39(10), p. 1483-1495.

Danemark

OCDE (1994), "Danemark" in *La réforme des systemes de sante: Etude de dix-sept pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.

Pallesen, T., Pedersen, L. D. (1993), *Decentralization of Management Responsibility, the Case of Danish Hospitals*. International Journal of Health Planning and Management 4(8), p. 275-94.

Pasternak-Jorgensen, K. (1997), *New cost containment initiatives in Denmark*, Eurohealth 3(2), p. 34-35.

Espagne

López-Bastida, J. (1995), *Major health care reforms of the 1990s in Spain*, Eurohealth 1(3), p. 32-34.

López-Casasnovas, G., Beith, A. (1996), *The Partido Popular s approach to health care reform in Spain*, Eurohealth 2(1), p. 26-28.

López-Casasnovas, G., (1998), *The current regional puzzle of health policy in Spain*, Eurohealth 4(1), p. 23-24.

OMS (1996), *Health Care Systems in Transition: Spain*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Ortega-Benito, J. M. (1995), *Looking after health: the Basque health care reform*, Journal of Public Health Medicine 17(3), p. 254-259.

Quintana, O., Infante, A. (1995), *Setting priorities in the Spanish health care system*, Journal of Medical Philosophy 20(6), p. 595-606.

Finlande

Hermanson, T., Aro, T., Bennett, C. L. (1994), *Finland's health care system: universal access to health care in a capitalistic democracy*, JAMA 24(271), p. 1957-1962.

Klavus, J., Hakkinen, U. (1996), *Health care and income distribution in Finland*, Health Policy 1(38), p. 31-43.

Kurunmäki, L. (1996), *Experiences with imposing a market control mechanism in Finnish health care*, Eurohealth 2(3), p. 30-31.

Linnako, E., Black, J. (1993), *From planning to market allocation in Finnish health care*, Finnish Hospital League, Finlande.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (1993), *Finland's Targets and Policies for Municipal Social Welfare and Health Care*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande.

OMS (1996), *Health Care Systems in Transition: Finland*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Riska, E. (1995), *Unemployed doctors: a challenge to the medical profession?* Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 382-384.

France

Adam, G., Blondel, M. et al. (1996), *Le Plan Juppé*, Droit Social 3, p. 1-345.

Bach, S. (1993), *Health care reforms in the French hospital system*, International Journal of Health Planning and Management 8(3), p. 189-200.

Bach, S. (1994), *Managing a pluralist Health System: The Case of Health Care Reform in France*, International Journal of Health Services 24(4), p. 593-605.

Colin, C., Geffroy, L., Maisonneuve, H. et al. (1997), *Country profile: France*, Lancet 349(9054), p. 791-797.

Duriez, M., Sandier, S. (1994), *Le système de santé français: organisation et fonctionnement*, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Paris.

Fielding, J. E., Lancry, P. J. (1993), *Lessons from France - Vive la Différence*, JAMA 270 (6), p. 748-756.

Henderson, J. W. (1993), *Liberty, equality, fraternity and delivery of health care in France*, Journal of the Medical Association Georgia 82(12), p. 657-660.

Lancry, P. J., Sandier, S. (1998), "Twenty years of cures for the French health care system" in Mossialos, E. et Le Grand, J. (eds), *Health Expenditure in the European Union - cost and control*, Ashgate Publishing, Aldershot.

Grèce

Levett, J. (1996), *Health policy reform in Greece*, Eurohealth 1(2), p. 33-34.

Matsaganis, M. (1996), *Family doctor budgets: is their introduction in Greece possible?* Primary Health Care 8(1), p. 23-30.

OMS (1996), *Health Care Systems in Transition: Greece*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Venieris, D. N. (1997), *The history of health insurance in Greece: the nettle governments failed to grasp*, LSE Health Discussion Paper n° 9, The London School of Economics and Political Science.

Irlande

Kinsellar, R., O Healai, R. (1995), *The Irish medical expenses insurance market: the proposed legislation*, Administration 3(43), p. 82-95.

Noonan, A. (1995), *Ireland: medical manpower in public hospitals*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 295-305.

Wiley, M. (1995), *Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment*, Journal of the Irish College of Physicians and Surgeons 4(24), p. 283-290.

Italie

Del Favero, A., Barro, G., Vicary, G. et al. (1996), *Country profile: Italy*, Lancet 348(9021), p. 167-175.

Ferrera, M. (1995), *The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy 1978-1994*, Journal of Health Politics, Policy and Law 2(20), p. 275-302.

Gardini, A. (1992), *Development of quality assurance in Italy*, BMJ 304(6828), p. 703-705.

Mantovani, L. (1995), *The reform of the Italian national health service: an update*, Eurohealth 1(3), p. 31-32.

Mapelli, V. (1995), *Cost containment measures in the Italian health care system*, Pharmacoeconomics 8(2), p. 80-90.

Mapelli, V. (1995), *Italy: towards privatisation of employment and European qualification of health manpower*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 307-324.

Pierella, P., Wagstaff, A. (1993), *Equity and Efficiency in Italian health care*, Health Economics 2(1), p. 15-29.

Saraceno, C., Negri, N. (1994), *The changing Italian welfare state*, Journal of European Social Policy 4(1), p. 19-34.

Vineis, P., Paci, E. (1995), *Epidemiology and the Italian national health service*, J. Epidemiol. Community Health 49(6), p. 559-562.

Luxembourg

Metz, H. (1996), *The health care system of the Grand Duchy of Luxembourg*, Bulletin of Social Science and Medicine of the Grand Duchy of Luxembourg 133(2), p. 13-25.

Service Central de la Statistique et des Études Economiques STATEC (1995), *Luxembourg: medical manpower development*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 325-328.

Pays-Bas

Maarse, H. (1996), "Fixed budgets in the Inpatient Sector: the Case of Netherlands" in Schwartz, F. W., Glennester, H., Saltman, R. B. et Busse, R. (eds.) *Fixing Health Budgets*, John Wiley & Sons, Chichester.

Schut, F. T. (1995), *Health care reform in The Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms*, Journal of Health Politics Policy and Law, 20(3), p. 615-52.

Van Het Loo, Kahan, J. P., Okma, K. G. H. (1998), "Health care cost containment in the Netherlands" in Mossialos, E. et Le Grand, J. (eds.), *Health Expenditure in the European Union - cost and control*, Ashgate Publishing, Aldershot.

Van der Wilt, G. J. (1995), *Towards a two tier health system in the Netherlands: how to put theory into practice*, Journal of Medical Philosophy 20(6), p. 617-30.

Portugal

Do Rosario-Giraldes, M. (1985), *Portugal: current distribution and development of the human health resources*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), p. 343-360.

Royaume-Uni

Department of Health (1997), *NHS White Paper*, UK Official Publications on the Internet (<http://www.official-documents.co.uk/dokument/doh/newnhs/wpaper1.htm>).

Fierlbeck, K. (1996), *Policy and ideology: the politics of post-reform health policy in the United Kingdom*, *International Journal of Health Services* 26(3), p. 529-546.

Glennester, H., Le Grand, J. (1995), *The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom*, *International Journal of Health Services* 25(2), p. 203-218.

Harrison, S., Choudry, N. (1996), *General practice fundholding in the UK National Health Service: evidence to date*, *Journal of Public Health Policy* 17(3), p. 331-346.

Labour Party, The (1996), *Renewing the National Health Service: Labour's agenda for a healthier Britain*, *International Journal of Health Services* 26(2), p. 269-308.

Maynard, A. (1993), *Competition in the UK National Health Service. Mission Impossible?* *Health Policy* 23(3), p. 193-204.

Maynard, A., Bloor, K. (1996), *Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service*, *New England Journal of Medicine* 334(9), p. 604-608.

Thompson, W. G. (1996), *Contemporary English health care: what lesson can we learn from it?* *Canadian Medical Association Journal* 155(5), p. 581-584.

Suède

Garpenby, P. (1995), *Health care reform in Sweden in the 1990s: local pluralism versus national coordination*, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20(3), p. 695-717.

National Insurance Board Sweden (1997), *Social Insurance Statistics: Facts 1996*, Stockholm.

OMS (1996), *Health Care Systems in Transition: Sweden*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Rado, G. (1992), *Health and Health Care in Sweden*, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Suède.